

**Типология нарушения психических процессов  
и состояния при разных видах патологии человека  
(диагностика и воздействие)**

*Учебное пособие для студентов психологического отделения*

**Список заданий для контрольных работ**

1. Психоанализ. Классический психоанализ. Психоаналитическая психотерапия.
2. Виды транзакций (скрытые, дополнительные, перекрестные). Что такое ритуалы?
3. Аутогенная тренировка. Аутогенное отреагирование и вербализация по Лутэ.
4. Поведенческая психотерапия. Рациональная психотерапия.
5. Плацебо-терапия.
6. Имаготерапия (методика И.Е. Вольперта)
7. Когнитивная психотерапия. Когнитивно-аналитическая психотерапия.
8. Гипноз. Гипнотерапия.
9. Эриксоновский гипноз.
10. Кризисная психотерапия. Кризисная интервенция.
11. Психологическое консультирование Р. Мэя.
12. Классификация методов психотерапии. Рационально-эмотивная терапия РЭТ.
13. Структура личности по Э. Берну.
14. Гештальт-терапия. 5 уровней невроза.
15. Процедура гештальт-терапии.
16. Методы и цель гештальт-терапии.
17. Положительное и отрицательное подкрепление («Жетонная система»).
18. Характерологический анализ Райха.
19. Отрицательные последствия (осложнения) гипнотерапия.
20. Систематическая десенсибилизация по Вольпе (Wolpe J.)
21. Рациональная психотерапия.
22. Арттерапия (основные положения)
23. Краткосрочная позитивная психотерапия.
24. Декапсуляция Чолакова.
25. Гипноз и внушение.
26. План терапевтической сессии, связанной с применением особых состояний сознания.
27. Самовнушение. Гипноанализ.
28. Когнитивная психотерапия А. Бека. Когнитивные модели.
29. Техники, применяемые в гештальт-терапии.
30. Психоаналитические методы. Что включается в термин «анализируе-

мые»?

31. Методика репродуктивных переживаний. Асатиани.
32. Гипноз. Гипноанализ. Методика Волберга (Wolberg L.R.)
33. Стресс и его преодоление (копинг) по Лазарусу, Мейхенбауму, Перре.
34. Работа с символами. Методика Катарсиса (стадии). Аналитическая психотерапия.
35. Психотерапевтическая система лечения больных неврозами по Кратохвилу.
36. Сновидения и работа с ними в психотерапии.
37. Процесс извлечения по К. Юнгу. Понятие «комплекс». Метод словесных ассоциаций.
38. Метапрограмма. Якорь. Два основных модальных операторов.
39. Самоактуализация в гештальт-терапии.
40. Латеральное движение глаз. Ресурсное состояние.
41. Метод Джейкобсона.
42. Условно-рефлекторная терапия.

### **Перечень основной и дополнительной литературы**

#### ***Основная:***

1. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. М., ТОО «Техлит», Медицина, 1992.
2. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. Учебник. СПб., Москва-Харьков-Минск, 2002.
3. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М., 2000.
4. Вид. В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. СПб., 1993.
5. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб., 1998.

#### ***Дополнительная:***

1. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальной дисгармонии. – М., 1991.
2. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. 2-е изд., 2000.
3. Мей Р. Искусство психологического консультирования. – М., 1997.
4. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – М., 1960.
5. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М., 1996.
6. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. – М., 1993.
7. Аведисова А.С., Бородин В. И., Чахава В.О. Психические расстройства с точки зрения психически больных и здоровых // Российский психиатрический журнал. 2000. № 6. С. 8–11.4
8. Антонова Н.Б. Проблема личностной идентичности в интерпретации современного психоанализа, интеракционизма и когнитивной психологии. // Вопросы психологии . 1996. №1. С. 131 0-143

9. Бинсвангер Л. История болезни Лолы Фосс / Бытие-в-мире: Избранные статьи. М. - СПб.1999
10. Босс М. Влияние М.Хайдеггера на возникновение альтернативной психиатрии // Логос. 1995. №5. С.88-100.
11. Гофман И. Моральная карьера душевнобольного пациента. / Пер. В.Г. Николаевой. // РЖ. Социология. 2001.01
12. Гроф С. За пределами мозга: рождение, смерть и трансценденция в психотерапии / Пер. с англ. Андрианова А. и др.; науч. ред. Майкова В.- 2-е изд.; испр. М.: Изд-во Трансперсонального ин-та, 1993. 498 с.
13. Dasein-анализ в философии и психологии / Кол. авторов; Под ред. Г.М. Кучинского, А.А. Михайлова. Мн.: Европейский гуманитарный университет, 2001.
14. Жоделе Д. Социальные представления как элементы, опосредующие отношение к отклонению // Психоанализ и науки о человеке. / Ин-т философии. Под ред. Автономовой Н.С. и Степина В.С., – М.: Прогресс; Культура, 1995.
15. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / Пер. с англ. М.И. Завалова. – М.: Независимая фирма «Класс». 2001.
16. Кляйн М. Печаль и маниакально-депрессивные состояния.
17. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Зайцев В.В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях. // Социальная и клиническая психиатрия 1999. Vol.9. №3
18. Лакан Ж. О вопросе, предваряющем любой возможный подход к лечению психоза // Инстанция буквы или судьба разума после Фрейда. Пер. с франц. А.К. Черноглазова и др. М.: Русское феноменологическое общество, изд-во Логос, 1997. С.88-136.
19. Юнг К. Проблемы души нашего времени / Пер. с нем. А.М. Боковинова. М.: Прогресс, Универс, 1994. 336 с.
20. Лэнг Р. Расколотое Я. / Пер. с англ. - Спб.: Белый кролик, 1995.
21. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
22. Полмайер Г. Психоаналитическая теория депрессии // Энциклопедия глубинной психологии. Т.1. Зигмунд Фрейд: жизнь. Работа, наследие. Пер. с нем. / Общ. ред. А.М. Боковинова. – М.: ЗАО МГ Менеджмент. 1998. С.681-718
23. Фрейд З. Бред и сны в “Градиве” Р. Иенсена // Фрейд З. Художник и фантазирование. М., 1995.
24. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 1997.
25. Финзен Ф. Психоз и стигма. М.: Алетейя, 2001.
26. Хелл Д. Ландшафт депрессии. М.: Алетейя, 1999. С.233-242

27. Юнг К.Г. Об отношении аналитической психологии к поэтико-художественному творчеству // Архетип и символ. М.:Ренесанс, 1991. С. 265-285.
28. Кемпински А. Философия шизофрении // Экзистенциальная психиатрия. Сборник статей / Пер. с польск. Боричева А.А. М.: Совершенство, 1998. С.148-157.
29. Руднев В. Бред величия.// Солнечное сплетение. 2001. N 18-19. <http://www.plexus.org.il/index.html>
30. Сартр Ж.-П. Воображаемое. Феноменологическая психология воображения. СПб, 2001. С.254-271
31. Стивен Л. Существует ли душевная болезнь? <<http://www.psychology.ru/romek/therapy/anti.htm>> (по состоянию на 21.01.2004)
32. Ясперс К. Стринберг и Ван Гог. Опыт сравнительного патографического анализа с привлечением случаев Сведенборга и Гельдерлина. / Пер. с нем. Г.Б. Ноткина. СПб.: Гуманитарное агентство; академический проект, 1999.

## **Раздел I. Принципы конструирования психиатрического диагноза**

«Наука, теория не может, не должна давать готовых рецептов – умение выбирать надлежащий прием для своего случая всегда остается делом личной находчивости, личного искусства. Это-то искусство и составляет область того, что должно разуметь под практикой в лучшем смысле этого слова».

К.А. Тимирязев

«Диагноз – это результат установления логического подчинения болезненных проявлений, отклонений от нормы, которые отмечаются у индивида, понятием болезни; тем самым создается возможность рассматривать их в рамках нозологической системы как случай какой-то болезни».

Г. Мюллер, 1973.

Диагноз означает: а) процесс классификации информации, значимой для эмоциональной сферы и поведения индивидуума; б) обозначение состояния, обычно взятое из общепринятой системы классификации.

Эриксон и Эйерстэй отметили, что история попыток человека понять психическую патологию может быть лучше понята в виде трех отдельных историй: а) естественнонаучного и эмпирического способа концептуализации причин психологических расстройств; б) эффективности решения лечебных проблем; в) гуманности обращения с душевнобольными людьми. Под этим углом зрения легче рассматривать сложную историю и культур-

ные особенности психодиагноза.

Для клинического психолога (психодиагноста) необходимы определенные знания в области психической патологии.

Клинический диагностический процесс обычно начинается в диадной обстановке отношений психолога и больного. Клиент – главный источник информации. Клинические данные, доступные на этом этапе, заключаются главным образом в сообщениях больного о своих ощущениях, эмоциях и мыслях. Больной может не испытывать симптомы (поведенческие или эмоциональные) непосредственно в момент беседы, в этом случае они воспроизводятся по памяти.

Учитывая тот факт, что методы клинической диагностики достаточно хорошо описаны в отечественных и в зарубежных руководствах, целесообразно привести их в данной работе.

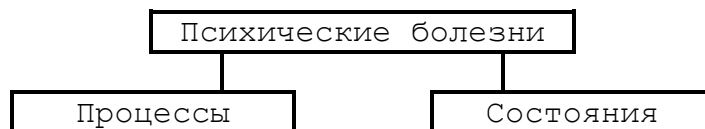
В данном разделе приводятся принципы конструирования психиатрического диагноза, этапность диагностического поиска, рассмотрение психотического и непсихотического реестра.

Диагностика психических заболеваний, способ конструирования психиатрического диагноза традиционно состоит из последовательно сменяющихся друг друга этапов:

1. Определение уровня (регистра) выявленных психических расстройств.
2. Оценка преобладания экзогенно-органического, психогенного или эндогенного типа реакций.
3. Выявление причин заболевания.
4. Установление предварительного диагноза на основании особенностей клиники и динамики наблюдаемых расстройств.
5. Подтверждение диагноза с помощью параклинических методов исследования (неврологического, соматического, биохимического, электрофизиологического, экспериментально-психологического и др.)

На первом этапе происходит распознавание болезни.

Рис. 1.



К психическим процессам относят психические болезни, которые имеют склонность к развитию, внутреннему патокинезу. В эту группу включаются психозы различной этиологии, неврозы и неврозоподобные состояния. К психическим состояниям причисляют не изменяющиеся на протяжении времени расстройства «дефицитарного типа», при которых обнаруживается лишь исчезновение нормального функционирования психической деятельности, в то время как патологических «позитивных» симптомов не наблюдается. К этой группе относятся состояния врожденного и приобретенного

слабоумия (олигофрения, деменции), психопатии.

Попытка классифицировать их по уровню (регистру) наблюдающихся психических расстройств: психоз или невроз, либо непсихотические (невротические, неврозоподобные, психопатические, психопатоподобные нарушения); либо состояния сниженного интеллекта (олигофрении, деменции). Условно последнее состояние обозначено «дефицитарным» (дементным) уровнем психических расстройств, как указывает В.Д. Менделевич (1986).

С целью определения указанных уровней важно знать – какие из симптомов преобладают в тех или иных случаях, что можно считать патогномичными параметрами того или другого уровня психических расстройств.

Для установления психотического уровня психических расстройств наиболее важным является определение в клинической картине пациента расстройств восприятия, сознания, мышления, эмоций и двигательнo-волевой сферы. При этом другие нарушения также могут встречаться при психозах, но при их обнаружении следует иметь в виду и иной уровень психических расстройств.

Диагностика непсихотического уровня базируется на выявлении нарушений эмоций, внимания, мышления; определение «дефицитарного» (дементного) уровня основывается преимущественно на расстройствах собственно интеллекта и его предпосылок (памяти, внимания).

Таблица 1.

Распределение нарушений по сферам психической деятельности в зависимости от уровня расстройств

Уровень расстройств. Сфера психической деятельности	Психотический	Непсихотический	«Дефицитарный» (дементный)
Расстройства мышления	+++	+	+
Расстройства восприятия	++++	+	-
Расстройства сознания	++++	-	+
Расстройства интеллекта	+	-	++++
Расстройства эмоций	+++	+++	+
Расстройства двигательнo-волевые	+++	+	+
Расстройства памяти	+	+	+++
Расстройства внимания	+	+++	+++

Обозначения:

при (++++) – в подавляющем большинстве случаев расстройства указанных сфер психической деятельности встречаются при данном уровне психических расстройств, т.е. доказывают его наличие;

при (+++) – расстройства часто являются проявлением данного уровня психических нарушений;

при (++) – иногда;

при (+) – редко;

при (-) – никогда.

Рассматривая подробнее нарушения сфер психической деятельности,

определим какие из симптомов соответствуют тем или иным уровням психической патологии. Можно выделить следующие группы расстройств:

- расстройства, наличие которых практически во всех случаях говорит об указанном уровне психических нарушений («определяющие симптомы»);
- расстройства, наличие которых не всегда (часто) указывает на подобный уровень («относительно определяющие»).

## РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

### Психотический уровень

*а) «определяющие симптомы»:*

1) бредовый идеи

- бред отношения
- бред преследования
- бред физического воздействия
- бред величия
- бред ущерба
- бред ревности
- бред самообвинения, самоуничужения
- ипохондрический бред
- нигилистический бред, бред отрицания
- бред изобретений и открытий
- бред реформаторства
- любовный, эротический бред
- сутяжный, кверулянтский бред
- бред высокого происхождения
- бред метаморфозы (интерметаморфозы)
- бред одержимости
- религиозный бред
- бред дисморфоманический

2) разорванность мышления

3) бессвязность мышления ,

4) инкогеренция

5) вербигерация

6) шперрунг

7) символизм

*б) «относительно определяющие симптомы»*

1) сверхценные идеи (реформаторства, изобретений, открытий, отношений, ревности, ущерба, ипохондрические, сутяжные, кверулянтские и др.)

2) контрастные навязчивости

3) резонерство

4) ускорение темпа мышления (до «скачка идеи»)

5) замедление темпа мышления

6) ментизм

### Непсихотический уровень





**РАЗОРВАННОСТЬ** – расстройство мышления, при котором нарушается логическая связь в предложении при сохраненной грамматической (в речи проявляется шизофазией).

**БЕССВЯЗНОСТЬ** – расстройство мышления, при котором нарушается логическая и грамматическая связи в предложениях (в речи проявляется паралогией и парафазией).

**ИНКОГЕРЕНЦИЯ** – расстройство мышления, при котором нарушается связь между слогами в произносимых словах.

**ВЕРБИГЕРАЦИЯ** – расстройство мышления, при котором отмечается стереотипное повторение отдельных слов или слогов.

**ОБСТОЯТЕЛЬНОСТЬ** – расстройство мышления, при котором затрудняется образование новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих.

**ПЕРСЕВЕРАЦИЯ** – расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления.

**РЕЗОНЕРСТВО** – «бесплодное мудрствование» (рассуждение ради рассуждения).

#### ПО ТЕМПУ

**УСКОРЕНИЕ** мышления – увеличение количества ассоциаций в единицу времени.

**«СКАЧКА ИДЕЙ»** – максимальное увеличение количества ассоциаций в единицу времени (в речи проявляется *логореей*).

**ЗАМЕДЛЕНИЕ** мышления – уменьшение количества ассоциаций в единицу времени (в речи проявляется *брадифазией*).

**МЕНТИЗМ** – «наплыв мыслей», «вихрь идей», увеличение количества ассоциаций в единицу времени, не сопровождающееся изменением речи больного, возникающее приступообразно и произвольно (разновидность ассоциативного автоматизма).

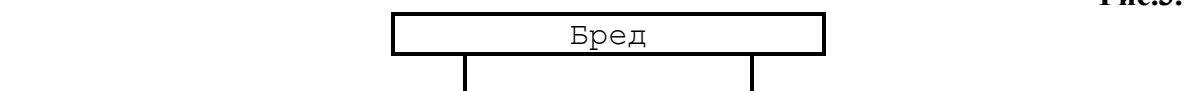
**ШПЕРРУНГ** – «закупорка мыслей», «обрыв мыслей», внезапная остановка, перерыв ассоциативного процесса. Ментизм и шперрунг можно одновременно рассматривать как нарушения мышления по темпу и стройности.

#### ПО ПРОДУКТИВНОСТИ

**НАВЯЗЧИВЫЕ ЯВЛЕНИЯ** (ананказмы) – мысли, представления, воспоминания, действия, желания, страхи, возникающие помимо воли больного при полной критической оценке чуждости и болезненности.

**БРЕДОВЫЕ ИДЕИ** – суждения и умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не поддающиеся коррекции (разубеждению) с отсутствием критического отношения к ним.

Рис.3.



ИНТЕРПРЕТАТИВНЫЙ  
(толкования)

- \*отношения преследования
- \*физического воздействия
  - \*величин
  - \*ущерба
  - \*ревности
  -
- \*ипохондрический
- 
- \*изобретений, открытий
  - \*реформаторства
  - \*любовный, эротический
- \*сутяжный, кверулянтский
- \*высокого происхождения
- 
- \*одержимости
- 
- \*дисморфоманический

ЧУВСТВЕННЫЙ  
(образный)

- \*отношения преследования
- 
- \*величия
- 
- 
- \*самообвинения
- \*самоуничижения
- \*ипохондрический
- \*нигилистический
- \*отрицания
- 
- 
- 
- 
- \*метаморфозы  
(интерметаморфозы)
- 
- \*религиозный
- 

**СВЕРХЦЕННЫЕ ИДЕИ** – идеи, возникающие в связи с реальной ситуацией, но в дальнейшем занимающие не соответствующее их действительному значению доминирующее положение в сознании больного, сопровождающиеся значительным эмоциональным напряжением и отсутствием критического отношения к ним.

## РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ

### Психотический уровень

#### а) «определяющие симптомы»

1) галлюцинации истинные, псевдогаллюцинации (сложные), зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные

2) деперсонализация и дереализация бредовые

#### б) «относительно определяющие симптомы»

1) галлюцинации элементарные простые (фотопсии, акоазмы, гипнагогические, гипнопомпические)

2) иллюзии вербальные парейдолические

### Непсихотический уровень

#### а) «относительно определяющие симптомы»

1) деперсонализация и дереализация небредовые

- аутометаморфопсия (нарушение «схемы тела»)
- психосенсорные и оптиковестибулярные расстройства
- метаморфопсии (микропсия, макропсия)

2) галлюцинации аффективные

3) сенестопатии

4) иллюзии

- зрительные
  - слуховые
  - тактильные
  - обонятельные
  - вкусовые
  - аффективные
- 5) гиперестезии и гипостезии

## РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ

**ИЛЛЮЗИИ** – искаженное восприятие реального объекта.

**ГАЛЛЮЦИНАЦИИ** – восприятия, возникающие без наличия реального объекта, сопровождающиеся убежденностью в том, что данный объект в данное время действительно существует.

**ЭЙДЕТИЗМ** – след только что закончившегося возбуждения в каком-либо анализаторе в виде четкого и яркого образа.

**Таблица 2.**

ИСТИННЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ	ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ
имеет реальную проекцию галлюцинаторного образа ( – реальная проекция – место в пространстве, которое с помощью органов чувств может быть воспринято)	реальной проекции не имеет
–	навязанный, «сделанный» характер галлюцинаторных образов
яркость, образность, звучность галлюцинаторных образов	приглушенность, «размытость» галлюцинаторных образов
возможно заслониться, укрыться от галлюцинаторных образов	-
угрожающий или индифферентный характер галлюцинаторных образов	императивный или комментирующий характер «голосов» (для вербальных галлюцинаций)

Дифференциация истинных галлюцинаций с псевдогаллюцинациями допустима лишь в случаях зрительных и слуховых обманов восприятия (В.Х.Кандинский, 1952), в то время как на обонятельные, тактильные, вкусовые галлюцинации приведенные выше критерии не распространяются.

**СЕНЕСТОПАТИИ** – разнообразные неприятные ощущения в различных частях тела мигрирующего характера, трудно поддающиеся больным описанию.

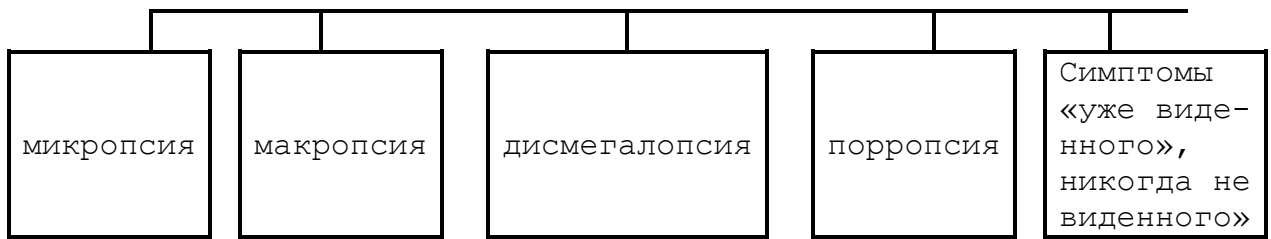
**ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ** – искаженное восприятие объективной реальности в целом или отдельных образов, их формы, величины, окраски и т.п.

**ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ** – искаженное восприятие собственной личности в целом, отдельных качеств, а также частей тела.

**Рис. 4.**

ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ  
(метаморфопсия)

---



**МИКРОПСИЯ** – расстройство восприятия в виде уменьшения размеров окружающих предметов.

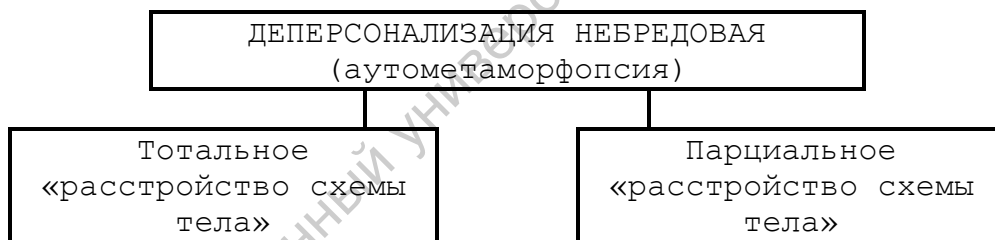
**МАКРОПСИЯ** – расстройство восприятия в виде увеличения размеров окружающих предметов.

**ДИСМЕГАЛОПСИЯ** – расстройство восприятия в виде удлинения, расширения, скошенности, перекрученности вокруг оси окружающих предметов.

**ПОРРОПСИЯ** – расстройство восприятия в виде изменения расстояния, отделяющего предмет от больного при неизменных размерах самого объекта.

**СИМПТОМЫ «УЖЕ ВИДЕННОГО», «НИКОГДА НЕ ВИДЕННОГО», «РАННЕ СЛЫШАННОГО»** – расстройства восприятия, возникающие пароксизмально, при котором незнакомая местность, помещение воспринимаются как давно знакомые и наоборот.

Рис. 5.



### ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ БРЕДОВАЯ

**АУТОПСИХИЧЕСКАЯ** – чувство отчуждения психических функций, собственных эмоций, мыслей (чувство изменения внутреннего «Я», чувство обезличенности).

**СОМАТОПСИХИЧЕСКАЯ** – чувство отчуждения организма в целом, отравлений организма.

**Аллопсихическая** – чувство изменения восприятия окружающего мира, потеря эмоционального контакта с окружающим миром.

### РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

#### Психотический уровень

а) «определяющие симптомы»

- 1) делирий
- 2) онейроид
- 3) аменция
- 4) сумеречное помрачение сознания

- амбулаторный автоматизм
- транс
- fuga
- сомнамбулизм
- синдром Ганзера

«Дефицитарный» (дементный) уровень

а) «относительно определяющие симптомы»

1) растерянность (амнестическая спутанность сознания)

Табл. 2

№ признака	Клинические параметры	РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ			
		Делирий	Онейроид	Аменция	Сумеречное расстройство
1	2	3	4	5	6
1	Нарушение ориентировки	в месте, времени	в месте, времени (при истинном) и в собственной личности	в месте, времени, собственной личности	вместе, времени
2	Преобладающие расстройства восприятия	яркие зрительные истинные галлюцинации и иллюзии	фантастические зрительные, слуховые псевдогаллюцинации	отрывочные слуховые истинные и псевдогаллюцинации	яркие зрительные и слуховые истинные галлюцинации
1	2	3	4	5	6
3	Преобладающие расстройства мышления	бредовые идеи преследования, отношения	фантастические, бредовые идеи величия, воздействия	бессвязность, инкогерентность, отрывочные идеи преследования	бредовые идеи преследования
4	Преобладающие аффективные нарушения	тревога, страх	эйфория, «зачарованность»	аффект «недоумения», смена аффекта	дисфория
5	Расстройства памяти	амнезия отсутствует	гипомнезия	амнезия	амнезия
6	Длительность	часы	сутки	сутки, недели	минуты, часы
7	Выход из состояния	постепенно с резидуальными явлениями	постепенный	постепенный	резкий

## РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

Психотический уровень

а) «определяющие симптомы»

- 1) депрессия с бредом и суицидальными тенденциями
- 2) мания с бредом

- 3) паратимия (неадекватность эмоций)
- 4) амбивалентность
- б) «относительно определяющие симптомы»
- 1) апатия
- 2) страх
- 3) тревога
- 4) «чувство потери чувств»
- 5) аутизм

#### Непсихотический уровень

а) «определяющие симптомы»

- 1) эмоциональная лабильность
- 2) слабодушие
- 3) страх навязчивый (непсихотический)

«Дефицитарный» (дементный) уровень

а) «определяющие симптомы»

- 1) благодушие

#### РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

**ДЕПРЕССИЯ** (депрессивный синдром, меланхолия) – пониженное, мрачное настроение (тоска), сочетающееся с двигательной заторможенностью и замедлением ассоциативного процесса.

**МАНИЯ** (маниакальный синдром) – повышенное, радостное настроение (эйфория), сочетающаяся с двигательным возбуждением и ускорением ассоциативного процесса.

**ЭЙФОРИЯ** – повышенное, беззаботное, неадекватно веселое настроение.

**ДИСФОРИЯ** – злобно-гневливое настроение.

**АПАТИЯ** – состояние эмоционального безразличия, равнодушия к самому себе или окружающей обстановке.

**СЛАБОДУШИЕ** – эмоциональная гиперестезия.

**ПАРАТИМИЯ** – неадекватный аффект, количественно и качественно не соответствующий вызвавшей его причине.

**СТРАХ** – чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием конкретных угрожающих событий, действий (страх проецируется во вне – страх острых предметов, животных и т. д.).

**ТРЕВОГА** – чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий (тревога чаще не проецируется вовне – тревога за свое здоровье, за работу, за правильное выполнение действий и т. д.).

**АУТИЗМ** – замкнутость, отгороженность, «уход в себя».

**ТОСКА** – тяжелое чувство напряжения, граничащее с болью, которое больные локализируют в области сердца (в отличие от тревоги сопровождается двигательной заторможенностью).

**БЕСПОКОЙСТВО** – чувство напряженного ожидания надвигающегося несчастья (бесфабульное, беспредметное).

ЧУВСТВО ПОТЕРИ ЧУВСТВ – мучительное чувство бесчувствия, переживание безвозвратной утраты возможности чувствования.

АМБИВАЛЕНТНОСТЬ – одновременное сосуществование противоположных чувств.

## ДВИГАТЕЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

### Психотический уровень

*а) «определяющие симптомы»*

1) двигательное возбуждение

- маниакальное
- кататоническое
- гебефреническое

2) ступор

- кататонический
- меланхолический (депрессивный)
- психогенный
- апатический

3) кататонический синдром

- стереотипии
- мутизм
- импульсивность
- парамимии
- каталепсия
- эхолалия
- эхопраксия
- амбитендентность

4) абулия, парабулия

5) манерность

*б) «относительно определяющие симптомы»*

б) гипобулия

### Непсихотический уровень

*а) «относительно определяющие симптомы»*

1) анорексия

2) импульсивные влечения

- kleptomания
- пиромания
- дипсомания
- дромомания

3) паракинезии функциональные (гиперкинезы, астазия-абазия и др.)

4) сексуальные перверсии

### «Дефицитарный» (дементный) уровень

*а) «относительно определяющие симптомы»*

1) парабулии (булимия, полифагия, полидипсии и др.)

## ДВИГАТЕЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

**ГИПЕРБУЛИЯ** (возбуждение) – нарушение поведения в виде двигательной расторможенности.

**ГИПОБУЛИЯ** (ступор) – нарушение поведения в виде двигательной заторможенности.

Рис. 6. (по В. Ф. Матвееву)

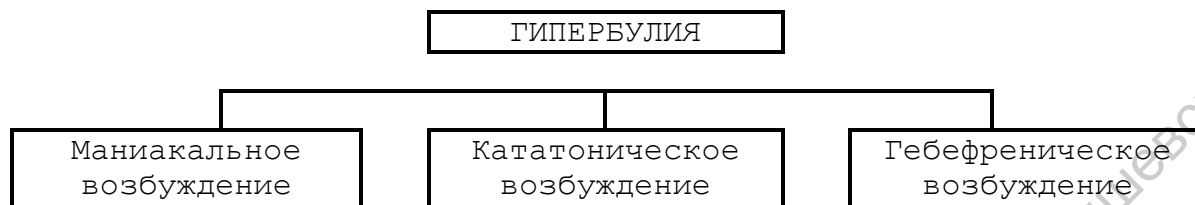


Рис. (по В. Ф. Матвееву)



## КАТАТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

**СТЕРЕОТИПИИ** – частое, ритмичное повторение одних и тех же движений.

**ИМПУЛЬСИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ** – внезапные, бессмысленные, нелепые акты без достаточной критической оценки.

**НЕГАТИВИЗМ** – проявление беспричинного отрицательного отношения ко всякому воздействию извне в виде отказа, сопротивления, противодействия.

**ЭХОЛАЛИЯ, ЭХОПРАКСИЯ** – повторение больным отдельных слов или действий, которые произносятся в его присутствии.

**КАТАЛЕПСИЯ** («симптом восковой гибкости») – застывание больного в одной позе, возможность сохранять приданную позу в течение длительного времени.

## РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

### Непсихотический уровень

*а) «относительно определяющие симптомы»*

1) гипомнезия (палимпсесты)

«Дефицитарный» (дементный) уровень

*а) «определяющие симптомы»* 1) амнезии

- ретроградная
- антероградная
- антероретроградная
- фиксационная
- перфорационная 2) парамнезии
- конфабуляции



- псевдореминисценции
- криптомнезии
- экмнезия

Рис. 7.

### АМНЕЗИИ

преморбид → эпизод нарушенного сознания → болезнь

ретроградная амнезия

антероградная амнезия

антероретроградная амнезия

### ПАРАМНЕЗИИ

**КОНФАБУЛЯЦИИ** – обманы памяти, при которых больной приводит вымышленные, не имевшие места события.

**ПСЕВДОРЕМИНИСЦЕНЦИИ** – нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее (в крайнем своем выражении проявляется **экмнезией** – «жизнью в прошлом»).

**КРИПТОМНЕЗИИ** – расстройства памяти, при которых больной присваивает чужие мысли, действия себе.

**ПАЛИМПСЕСТЫ** – утрата способности воспроизводить отдельные детали, эпизоды, подробности, относящиеся к периоду интоксикации.

### РАССТРОЙСТВА ВНИМАНИЯ

Непсихотический уровень

*а) «относительно определяющие симптомы»*

- 1) истощаемость внимания
- 2) повышенная отвлекаемость внимания

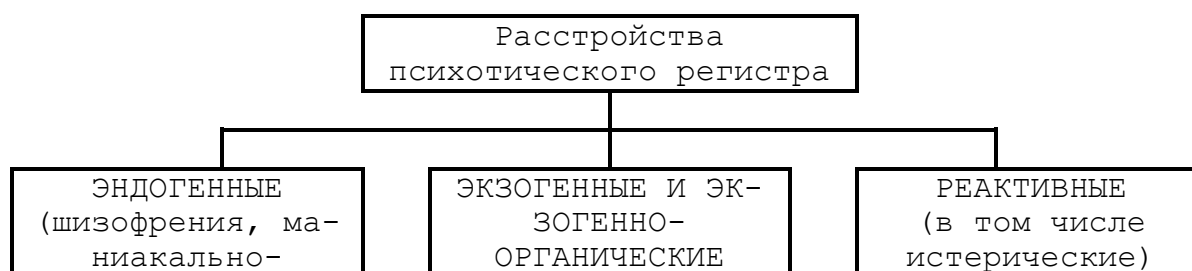
«Дефицитарный» (дементный) уровень

*а) «определяющие симптомы»*

- 1) инертность внимания
- 2) рассеянность внимания

На втором этапе диагностики психических заболеваний (конструирование диагноза) основное место уделяется определению преобладания тех или иных типов реакций: экзогенного и экзогенно-органического, реактивного, эндогенного.

Рис. 8.



депрессивный,  
инволюционные)

(сосудистые .  
травматические,  
эпилептические,  
инфекционные, при  
опухолях мозга,  
симптоматические .  
интоксикационные)

Табл. 2.

Расстройства, относительно определяющие тип реагирования при психозах

Расстройства сфер психиче- ской деятель- ности	Тип реакций		
	Эндогенный	Экзогенный и экзогенно- органический	Реактивный
1	2	3	4
Расстройства мышления	шперрунг, резонерство, ментизм, разорванность	обстоятельность, ригидность, персеверация	–
Расстройства восприятия	псевдогаллюцинации слуховые (вербальные), обонятельные, деперсо- нализация и дереализа- ция бредовые	Галлюцинации истинные, зрительные, тактильные, экс- тракампинные, деперсонали- зация и дереализация небре- довые (аутометаморфопсии, метаморфопсии), психосен- сорные и оптиковестибуляр- ные симптомы «уже виденно- го», «никогда не виденного»	галлюцинации аффективные психогенные
Расстройства сознания	онейроид	амения, делирий, сумереч- ное помрачение сознания	синдром Ган- зера
Расстройства эмоций	амбивалентность, суточ- ные колебания настрое- ния	дисфория, недержание аф- фекта	
1	2	3	4
Расстройства двигательно- волевые	кататонический синдром (стереотипии, эхолалия, эхопраксия, негативизм и др.), абулия, гебефре- ничность, манерность	судорожные припадки	
Расстройства памяти		Корсаковский синдром (амне- зии – ретроградная, антеро- градная, ретроантероградная, парамнезии – конфабуляции, псевдореминесценции, крип- томнезии, экмнезии)	
Расстройства внимания	-	-	-
Расстройства интеллекта		Нарушение осмысления	-

**Экзогенный** тип психического реагирования представляет собой пси-  
хические реакции, состояния и развития, возникающие вследствие органи-  
ческих поражений головного мозга. Под органическими причинами в пси-

хиатрии принято понимать любые нефункциональные (непсихогенные) причины, непосредственно воздействующие на головной мозг человека. К ним относятся черепно-мозговые травмы, сосудистые и инфекционные заболевания головного мозга, опухоли, а также интоксикации.

К **психогенному** типу психического реагирования относят психические реакции, состояния и развития, причины которых кроются в психотравмирующем влиянии. Любое событие, конфликт, фрустрация или жизненная ситуация могут вызывать расстройство, относимое к психогенному типу.

Под **эндогенным** типом психического реагирования подразумевают психические реакции, состояния и развития, вызванные внутренними (эндогенными), наследственно-конституциональными причинами.

Для каждой из групп психозов имеются существенные симптомокомплексы.

Как видно из таблицы, наиболее специфичными для экзогенного и экзогенно-органического типа реагирования являются симптомы и синдромы: психоорганический (энцефалопатический) синдром (нарушение осмысления, недержание аффекта, снижение памяти); Корсаковский синдром (фиксационная амнезия, парамнезии); делирий; сумеречное помрачение сознания; «грубая» (небредовая) деперсонализация и дереализация (аутометаморфозии, метаморфозии); судорожные пароксизмы.

Диагностика эндогенного типа реагирования базируется на выявлении расстройств мышления (шперрунг, ментизм, резонерство, разорванность), восприятия (слуховые псевдогаллюцинации, бредовой («тонкой») деперсонализации и дереализации), эмоций (амбивалентность, суточные колебания настроения с улучшением к вечеру), двигательной-волевой сферы (кататонический синдром, амбулия).

Сравнительно меньше достоверных симптомов и синдромов имеется для диагностики реактивных психозов. К ним можно отнести лишь истерическое сумеречное расстройство сознания – синдром Ганзера (псевдодеменция, пуэрилизм), крайне редко встречающийся при других типах реагирования; а также галлюцинации психогенного (аффективного) характера (в частности истерические).

Нарушения мышления, как бредовые и сверхценные идеи не имеют нозологической специфичности.

На рисунке представлены синдромы, характерные для разных типов реагирования (при сочетании синдромов различных типов реагирования, отмеченных звездочкой, можно предполагать сочетание психических заболеваний различного круга):

**Рис. 9.**

Синдромы, не имеющие нозологической специфичности
• паранойяльный
• параноидный
• парафренный
• галлюцинаторно-параноидный

- маниакальный
- депрессивный
- астенический
- ипохондрический

Синдромы, характерные для реактивных состояний
--

**невротические:**

- истерический
- ананкастический
- неврастенический
- психопатические
- псевдодементный
- пуэрильный Ганзера

Синдромы, характерные для группы экзогенных и экзогенно-органических заболеваний
--

- психоорганический (энцефалопатический)
  - амнестический Корсакова
  - вербального галлюциноза
    - судорожный
  - сумеречного расстройства сознания
    - аментивный
    - делириозный\*
- неврозоподобный (церебрастенический)
  - паралитический\*
  - дементный

Синдромы, характерные для группы эндогенных заболеваний
---

- кататонический\*
- онейроидный
- психического автоматизма
  - апатический\*
  - абулический\*
  - гебефренический
  - синдром Капгра\*

На различных этапах развития психиатрии делались попытки выделения различных форм бредовых идей, характерных для тех или иных заболеваний. Так, «бред двойника» считался патогномоничным для психозов при сыпном тифе; религиозный характер бреда упоминался, как доминирующий у больных, страдающих эпилепсией; бред одержимости описывался в рамках психозов, возникающих при эпидемическом энцефалите. В настоящее время ни одна из форм бредовых идей не может быть с высокой достоверностью отнесена к проявлению какого-либо конкретного заболевания, хотя в структуре бреда можно отметить некоторые особенности. Например, бредовые идеи величия могут встречаться при шизофрении, маниакально-депрессивном психозе, прогрессивном параличе, травмах головного мозга и других заболеваниях. При экспансивной форме прогрессивного паралича бредовые идеи величия носят нелепый, грандиозный, фантастический характер, и поведение больных полностью соответствует содержанию этих идей. При шизофрении часто наблюдается диссоциация между высказываемыми больными идеями величия и их «скромным», зависимым поведением. Бредовые идеи величия при маниакальной фазе ма-

никально-депрессивного психоза образуется кататимно, т.е. обусловлены эффектными расстройствами. При нормализации эмоциональных нарушений исчезают идеи величия (вернее, идеи переоценки собственных возможностей), носящие нестойкий, обыденный характер.

Галлюцинаторные расстройства так же, как и бредовые идеи, мало специфичны, хотя можно отметить большее значение вербальных псевдогаллюцинаций для диагностики эндогенного процесса, зрительных истинных галлюцинаций для определения экзогенных и экзогенно-органических психозов. Зрительные галлюцинации, которые характеризуются видимыми чаще в сумерках одушевленными, подвижными образами с критическим отношением больных к галлюцинаторным феноменам. Они возникают при поражении среднего мозга в области IV желудочка или ножек мозга. Экстракампинные галлюцинации с проекцией зрительных образов вне поля зрения специфичны для органических поражений головного мозга различного генеза. Сложен вопрос о психогенных (реактивно обусловленных) галлюцинациях. При реактивных психозах (также, как и при истерическом неврозе) возможно появление галлюцинаторных феноменов, которые отличаются повышенной чувственностью, образностью, непосредственной связью с психогенными факторами и отражают психотравмирующую ситуацию. Немаловажную роль в их происхождении играет резидуальный органический фон. Вербальные галлюцинации в рамках органических психозов травматического, атеросклеротического, инфекционного или иного генеза по мере течения заболевания имеют тенденцию к упрощению своей структуры. В то время как при шизофрении вербальные галлюцинации напротив склонны к усложнению, к переходу истинных галлюцинаций в псевдогаллюцинации. Спорным остается вопрос о кататоническом синдроме, считающимся более характерным для эндогенного процесса, хотя не исключается возможность его появления в рамках экзогенных и экзогенно-органических психозов.

Психической *реакцией* в психиатрии называется кратковременный (не дольше 6 месяцев) ответ на какую-либо ситуацию или внешнее воздействие. Психическим *состоянием* обозначается стойкий психопатологический синдром без склонности к развитию или регрессу (длительностью более 6 месяцев). Под психическим *развитием* понимается патологический процесс с внутренними закономерностями симптомообразования.

В такой системе координат оценка психического здоровья ребенка, перенесшего судорожный приступ (из приведенного выше примера), может быть основана на том, что судорожный припадок был единственным, причинно связанным с экзогенным (внешним) воздействием гипертермией и следовательно должен трактоваться как эпилептическая реакция. Следует иметь в виду, что сборное понятие «эпилепсия» в контексте принципиальности «реакция-состояние-развитие» феноменологически может быть представлено эпилептической реакцией, эпилептическим состоянием (болезнью) и эпилептическим развитием (изменениями личности или ины-

ми психическими расстройствами). Подобная трактовка распространяется на целый ряд психопатологических нарушений: реакцией, состоянием или развитием могут быть невротические симптомы (невротическая ситуационная реакция, невроз, невротическое развитие личности), шизофрения, особенно в западной психиатрической традиции (шизофреническая реакция, шизофренический психоз).

Психоз, по определению фон Фейхтершдебена (1846), это психическое состояние, характеризующееся тяжелым нарушением психических функций, контакта с реальной действительностью, дезорганизацией деятельности обычно до асоциального поведения и грубым нарушением критики.

**Дефектом** в психиатрии принято обозначать продолжительное и необратимое нарушение любой психической функции (например, «когнитивный дефект»), общего развития психических способностей («умственный дефект») или характерного образа мышления, ощущения и поведения, составляющего отдельную личность. Дефект в таком контексте может быть врожденным или приобретенным.

Однако, как правило, термин «дефект» в настоящее время в психиатрической науке и практике употребляется по отношению к приобретенным психическим расстройствам и обусловлен перенесенным психическим заболеванием. К примеру, «шизофреническим дефектом» называются стойкие состояния, включающие негативные психопатологические симптомокомплексы, возникшие после исчезновения острых психотических проявлений.

Наиболее существенной характеристикой дефекта выступают именно негативные расстройства, поскольку в резидуальном периоде психоза или иных психических расстройств возможно появление продуктивных психопатологических феноменов, например, психопатизации, и тогда состояние будет обозначаться не дефектом, а изменениями личности. Справедливости ради, следует указать, что подобное разделение до настоящего времени не нашло своего места и всестороннего анализа в психиатрии.

Противоположностью дефекта выступает **выздоровление**, т.е. полное восстановление утраченных на время психического заболевания психологических функций или **хронификация** психических расстройств, когда в клинической картине болезни продолжают преобладать продуктивные (позитивные) психопатологические симптомы и синдромы.

**Адаптация** – это процесс приспособления организма или личности к изменяющимся условиям и требованиям окружающей среды.

**Компенсация** – состояние полного или частичного возмещения (замещения) нарушенных в связи с болезнью психических функций.

Два приведенных параметра близки по сути, но имеют некоторые отличительные черты. Так, при адаптации происходит как бы «смирение» с новым болезненным статусом, приспособление к нему, выработка положительного отношения к имеющимся расстройствам, «мирное сосуществование» с психопатологическими симптомами. При компенсации происходит

замещение утраченных психических функций иными приемлимыми для личности и организма, т.е. не смирение (как при адаптации), а активное преодоление.

В психиатрической практике адаптация выглядит так: пациент нормально работает, проживает в семье, считается окружающими «психически нормальным», однако при этом он может испытывать на себе воздействие галлюцинаторных образов, к которым у него есть критика, и которые не сказываются на его поведении, что нередко наблюдается при синдроме вербального галлюциноза. При компенсации человек, к примеру, с олигофренией замещает «умственный дефект» тем, что трудится на доступном его пониманию и освоению производственном процессе или занимается еще чем-нибудь, что ему удастся. При психопатии компенсация может быть достигнута при выборе сферы деятельности, в которой базовые черты характера человека задействованы в полной мере (к примеру, работа эпилептоидного психопата бухгалтером).

К *позитивным* (продуктивным, плюс) симптомам в психиатрии причисляют те психопатологические проявления, которые являются болезненной «надстройкой» над здоровыми психологическими свойствами. Патологические симптомы и синдромы как бы «плюсуются», прибавляются к тому, что у человека уже существует.

*Негативные* (дефицитарные, минус) симптомы – это психопатологические феномены, соответствующие выпадению тех или иных психических процессов. В данном случае к здоровым проявления психической деятельности не добавляется ничего нового, а лишь устраняется, удаляется то, что было человеку присуще до болезни. По-другому эти симптомы называют симптомами «обкрадывания» – болезнь крадет нормальные функции.

Если к позитивным можно отнести большинство известных и ярких психопатологических симптомокомплексов, то негативные расстройства представлены лишь несколькими, менее яркими по сравнению с позитивными симптомами и синдромами. К последним относятся аутизм, апатия, абулия, амнестические расстройства, деменция, изменения личности и некоторые другие.

Отличия расстройств непсихотического регистра друг от друга достаточно сложны, и вопрос об их принципиальных различиях является до настоящего времени не разрешенным. Можно лишь указать на известную триаду Ясперса, характерную для психогенных (истинно невротических) расстройств.

Для реактивных (психогенных) нарушений характерна триада, описанная Ясперсом (1913):

- 1) реактивное состояние вызывается психогенной травмой;
- 2) психогенно-травмирующая ситуация отражается в клинической картине заболевания, в содержании его симптомов;
- 3) реактивное состояние прекращается с исчезновением вызвавшей его причины или с течением времени.

В отличие от невротоподобных нарушений при невротических не встречается психосенсорных и оптиковестибулярных нарушений, вегетативная симптоматика носит симпатикоадренальную направленность сосудистых реакций. В.М.Бехтеревым проводился еще один дифференциально-диагностический параметр – повышение мышечного тонуса у больных с неврозами и понижение при невротоподобных состояниях.

Под непсихотическим уровнем понимаются симптомы и синдромы, сопровождающиеся критикой, адекватной оценкой окружающей действительности, когда больной не смешивает собственные болезненные субъективные ощущения и фантазии с объективной реальностью, а поведение находится в рамках социально принятых норм.

Исходя из дефиниций уровней психических расстройств, к психотическому уровню причисляются такие симптомы и синдромы, как галлюцинации, бредовые идеи, расстройства сознания, ментизм, шперрунг, разорванность и бессвязность мышления, амбивалентность, аутизм и другие. К непсихотическому – астенический, фобический синдромы, расстройства внимания и пр. Однако и при оценке уровня психического расстройства также, как и в других случаях необходим феноменологический подход, учитывающий принципы «понимания», «эпохе», «контекстуальности», поскольку подавляющее большинство психопатологических симптомов могут трактоваться альтернативно и при определенных условиях могут быть отнесены либо к психотическому, либо к непсихотическому уровню. Даже казалось бы однозначно психотический галлюцинаторный синдром может расцениваться как непсихотический, если будут отсутствовать критерии психотического – не критичность, грубая дезорганизация деятельности контакта с реальной действительности. В этом отношении показателен пример расстройств восприятия, сходных по клиническим проявлениям, но различающихся параметром критики.

Депрессивный синдром, оценивается как психотический, как правило, на основании присоединения к нему кататимных бредовых идей (самообвинения, самоуничтожения) и не поддающихся коррекции суицидальных намерений.

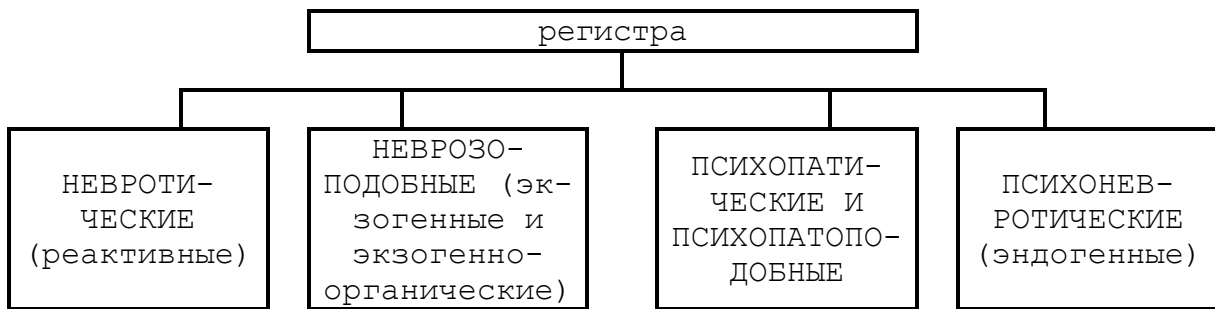
Особые сложности возникают при анализе уровня негативных психических расстройств (аутизма, абулии, деменции, изменениях личности и некоторых иных). Связано это, с одной стороны, с малой теоретической разработанностью характера самосознания и полноты критичной оценки при них, с другой, их негативными психопатологическими свойствами. В связи с этими непреодолимыми на настоящем этапе развития психиатрии препятствиями, нами было предложено, наряду с психотическим и непсихотическим уровнями психических расстройств, выделить третий уровень, условно обозначенный дефицитарным (см. главу 2). По нашему мнению, в него следует включать многие негативные психические расстройства.

Расстройства непсихотического регистра могут рассматриваться в рамках следующих состояний (рис. 10).

**Рис. 10.**

Расстройства непсихотического





Псевдоневротические расстройства в рамках эндогенных психических заболеваний сочетают в себе некоторые признаки неврозов с нарушениями ассоциативного процесса (в частности, с аморфностью мышления). Причем астеническая симптоматика в процессе течения эндогенного заболевания сменяется стеничностью с исчезновением вегетативной стигматизации.

Следующим этапом диагностики (III) является определение причин заболевания с помощью объективного и субъективного анамнеза. Наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний мозга, соматических болезней, предшествовавших развитию психопатологической симптоматики, может указывать на этиологию и патогенез данного состояния.

Подтверждением диагноза на следующем этапе его конструирования могут служить особенности динамики психопатологических расстройств (IV этап диагностики). В случаях экзогенных и психогенных нарушений с течением времени симптоматика обычно не имеет тенденции к усложнению, а наоборот склонна к упрощению. В то же время для эндогенных заболеваний характерна прогрессивность симптоматики, смена простых симптомов и синдромов более сложными.

Последним этапом конструирования психиатрического диагноза (V) является проведение дополнительных методов исследования – неврологического, соматического, биохимического, экспериментально-психологического, электрофизиологического (ЭЭГ, РЭГ, ПЭГ) и др., направленных на уточнение диагноза, но приоритет в диагностике психических заболеваний принадлежит клиническому психопатологическому методу исследования.

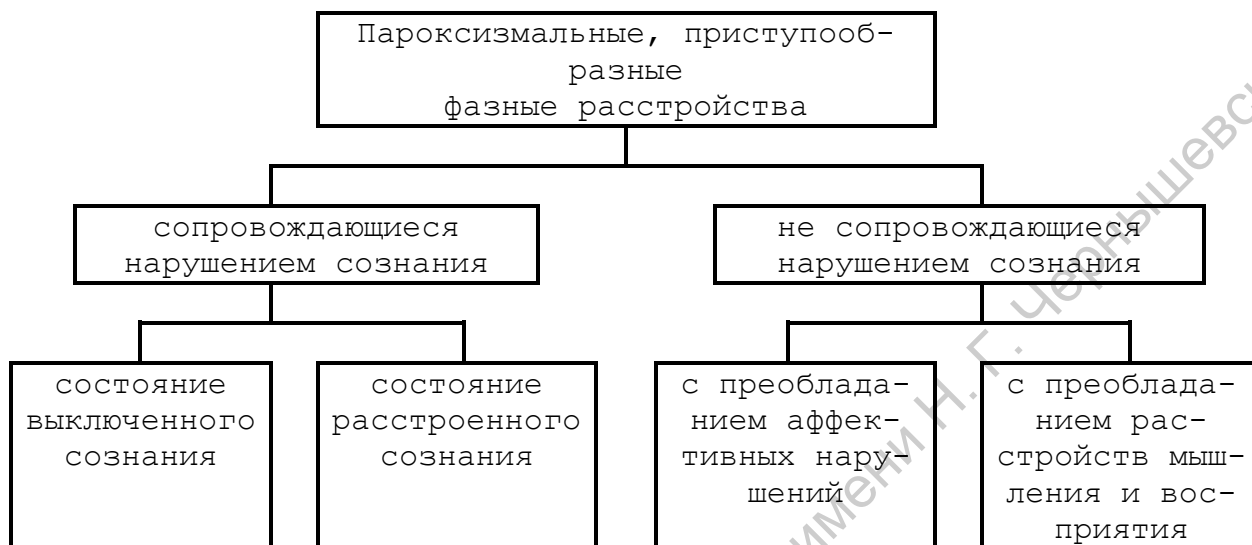
### **Диагностическая оценка пароксизмальных, приступообразных и фазных состояний в психиатрии**

При рассмотрении принципов конструирования психиатрического диагноза в предыдущих разделах в первую очередь обращалось внимание на перманентные, сквозные симптомы, оценка которых производилась на разных этапах их развития. Значительные трудности для диагностики представляют психические расстройства, носящие непостоянный (пароксизмальный, ундулирующий, приступообразный или фазный) характер. Связано это, в первую очередь, с кратковременностью подобных состояний, нередкой их амнезией больным. В этих случаях врачу часто приходится основываться лишь на анамнестических сведениях, реже непосред-

ственно наблюдать психические расстройства.

Пароксизмальные, приступообразные и фазные психические расстройства можно разделить на две группы (рисунок 11).

Рис. 11.



Пароксизмальные, приступообразные и фазные психические расстройства могут длиться несколько секунд, минут или часов, приступообразные и фазные нарушения более продолжительны по времени – несколько суток (таблица 5).

Табл. 5.

Длительность расстройств

Секунды	Минуты – часы	Сутки
абсанс	делирий	депрессия
ментизм	онеириод	мания
шперрунг	амения	
метаморфопсии	сумеречное расстройство	
аутометаморфопсии	сознания	
симптомы «уже виденного»	острый параноид	
симптомы «никогда не виденного»	дисфория	
паратимия		
импульсивные влечения		

В отечественной психиатрии «чистые» аффективные депрессивные и маниакальные фазы, не включающие расстройств других сфер психической деятельности, рассматривают в рамках маниакально-депрессивного психоза (т. е. эндогенного типа реагирования). При присоединении к аффективным нарушениям качественных расстройств мышления подобные состояния оцениваются чаще как проявления шизофрении (шизоаффек-

тивного типа).

Так, в диагностическом плане сложно отграничение внешне схожих, но принципиально различных по механизму возникновения пароксизмально возникающих психопатологических симптомов: абсанса и шперрунга, аутометаморфозии («нарушение схемы тела») и дисморфомании. В клинической оценке абсанса важное значение имеет невозможность вступить в контакт в этот период, а также наличие амнезии после его окончания. Внешне абсанс проявляется кратковременным «отключением» больного, остановкой на несколько секунд предшествовавших действий и речи. По миновании абсанса пациент продолжает незаконченную фразу или действие с того места, на котором они были прерваны. В отличие от абсанса шперрунг проявляется осознаваемым пациентом перерывом в мышлении (часто брегово интерпретируемым), после которого больной, как правило, не заканчивает прерванной мысли.

Аутометаморфозии («нарушение схемы тела») в отличие от сходных расстройств в рамках дисморфомании возникают пароксизмально без контроля зрения и исчезают при визуальной оценке.

Если конструирование психиатрического диагноза при делирии, аменции, сумеречном состоянии сознания относительно несложно, т.к. перечисленные синдромы специфичны для экзогенного и экзогенно-органического типа реагирования, то в случаях острого параноида диагностики бывает затруднена. Последнее обстоятельство связано с тем, что синдром острого параноида встречается практически при всех типах реагирования. Даже в случаях острого кратковременного синдрома Кандинского-Клерамбо не всегда легко провести клиническую дифференциальную диагностику, несмотря на то, что он считается наиболее специфичным для эндогенных психозов.

В рамках реактивных психозов кратковременный острый параноид, длительность которого исчисляется днями, был описан С.Г. Жислиным и назван «железнодорожным параноидом» или «параноидом внешней обстановки». К реактивному острому параноиду близки бредовые синдромы, возникающие в иноязычной обстановке, а также «бред тугоухих». Подспорьем в дифференциальной диагностике подобных состояний может служить триада клинических симптомов Ясперса и, в первую очередь, ее положение о прекращении психического расстройства вслед за нормализацией внешней обстановки. Наряду с реактивнообусловленными психозами с синдромом острого параноида, в литературе (С.П. Позднякова, 1978) описана форма «острого скоропереходящего алкогольного параноида», характеризующегося стремительным развитием в короткий срок (от нескольких часов до 2 дней), критическим выходом из психоза, отсутствием стойких резидуальных явлений.

Наиболее значимым в оценке нозологической принадлежности острого параноида может быть факт остроты состояния – чем кратковременнее

психическое расстройство, тем более вероятна его экзогенная обусловленность. Важным параметром является быстрота восстановления и полнота критического отношения к болезненным переживаниям, которая указывает на роль экзогенных и психогенных факторов в развитии психотического состояния.

Ниже будут приведены некоторые психопатологические синдромы, имеющие достаточно оснований для отнесения их к одному из типов психического реагирования. Т. е. перечисленные в табл. 8 синдромы позволено считать продуктами лишь одного из известных типов.

**Табл. 6.**

Экзогенный	Эндогенный	Психогенный	Личностный
судорожный, психоорганический, амнестический, делириозный, сумеречного расстройства сознания, дереализационный и деперсонализационный, (небрედовые)	психического автоматизма, кататонический	псевдодементный	истерический, ипохондрический

Как видно из приведенной таблицы, некоторые психопатологические синдромы не укладываются ни в один из трех традиционно выделяемых типов психического реагирования. Вследствие чего нами предложено выделять, наряду с экзогенным, психогенным и эндогенным, личностный тип психического реагирования. В него, по нашему мнению, следует включать, в первую очередь, истерический и ипохондрический симптомокомплексы, а также некоторые симптомы однозначно социального звучания (например, копролалия, клептомания, пиромания и некоторые иные). Не вызывает сомнений тот факт, что истерический и ипохондрический синдромы не могут быть причинно вызваны эндогенными или экзогенными факторами. Они есть суть социально опосредованного отношения к действительности и собственному месту в обществе. Их можно обозначить, как личностные реакции на социально значимые события или изменения своего статуса. Невозможно себе представить их возникновение по иным механизмам, к примеру, биологическим (что подтверждается их отсутствием при моделировании психических феноменов на животных). Проблематично относить их и к психогенному типу психического реагирования, поскольку принципиальное значение в данном случае имеет не характер психотравмирующего влияния, но личностное отношение к нему. Если сравнить истерический и ипохондрический симптомокомплексы с иными, которые часто ставятся в один ряд с ними (синдром навязчивостей, фобический, депрессивный), то несомненны разительные их отличия. Синдром навязчивостей, фобический или депрессивный синдромы могут возникать как по личностным, так и по иным механизмам (экзогенному, эндогенному, психогенному). Истерический и ипохондрический синдромы никак не способны формироваться вне личностного типа реагирования.

Спорным представляется отнесение симптома копролалии (на-

насильственного и непризвольного произнесения бранных слов) к экзогенному типу реагирования на основании включения его в качестве существенного и патогномоничного симптома синдрома Жиля де ля Туретта, который заключается в рамки экзогенного типа психического реагирования. Теоретически возможно представить возникновение насильственных движений мышц, формирующих речь, и обосновать с нейрофизиологических позиций. Однако объяснить почему насильственно произносимые слова носят нецензурный характер (определенную смысловую нагрузку) нейрофизиологическими механизмами не правомерно. Морально-нравственные критерии, коррекция собственного поведения и направление его в этически поощряемое русло зависит только от личностных свойств.

### **Психопатологические симптомы поражения отдельных областей полушарий мозга**

Подавляющее большинство «чисто» психопатологических расстройств до настоящего времени не могут быть поняты и объяснены локальными изменениями функционирования полушарий мозга. Среди наиболее известных симптомов, возникновение которых рассматривается в связи с локальными поражениями, можно выделить т.н. педункулярный галлюциноз Лермитта.

По данным Н.Н. Брагиной и Т.А. Доброхотовой синдромов, объясняющихся специфическим локальными (полушарными) изменениями, гораздо больше. Далее будет приведена разработанная этими авторами таблица синдромов, возникающих при избирательном поражении правого и левого полушарий мозга (у правой).

Табл. 7,

Синдромы	Клиническая характеристика
<i>1</i>	<i>2</i>
<b>I. Пароксизмальные</b>	
Основным признаком является приступообразность возникновения. Эти состояния внезапно возникают и быстро обрываются	
<b>ПРАВОПОЛУШАРНЫЕ</b>	
Галлюцинаторный	Ложные восприятия того, чего нет в действительности. Возможны зрительные, тактильные, слуховые, обонятельные, вкусовые галлюцинации. Слуховые выражаются в мнимых ритмических звуках – музыкальных мелодиях, природных шумах – пении Птиц, шуме прибора. Обонятельные и вкусовые галлюцинации, возникающие обычно при поражениях глубоких отделов височной доли правого полушария, имеют неприятный, тягостный характер
<i>1</i>	<i>2</i>

Дереализационный	Восприятие окружающего мира измененным, лишенным реальности. У больных возможны разнообразные ощущения этой измененности: иной, чем есть в действительности, окраски мира; большей, чем привычно по прошлому опыту, яркости света; искажения пространственных очертаний, контуров, размеров, форм предметов (иногда разные по размерам, архитектурному решению дома и другие строения представляются сходными, не различающимися между собой). Крайним вариантом дереализации можно считать ощущение обездвиженности, мертвости, обездвученности мира, когда все движущееся (включая окружающих людей) воспринимается больным обездвиженным
симптомы «уже виденного»	Мгновенное ощущение того, что сейчас развертывающаяся реальная ситуация «уже пережита», «уже видена», «уже слышана», хотя подобной ситуации в прошлых воспоминаниях не было
«никогда не виденного»	Ощущение, противоположное предыдущему. Хорошо знакомая, много раз виденная, переживавшаяся ситуация воспринимается больным как «незнакомая», «никогда не виденная», чуждая
«остановка времени»	Мгновенное ощущение того, будто время «остановилось». Это ощущение обычно сочетается с крайним вариантом проявления дереализации. Цвета в восприятии больного становятся тусклыми; объемные, трехмерные предметы – плоскими, двухмерными. Больной при этом воспринимает себя будто утеревшим связи с внешним миром, окружающими людьми
«растягивание времени»	В ощущениях больного время переживается как «растягивающееся», более долгое, чем привычно ему по прошлому опыту. Это ощущение иногда сочетается с противоположными (по сравнению с предыдущим феноменом) изменениями восприятия всего мира. Плоское, двухмерное представляется объемным, трехмерным, «живым, движущимся», а серо-белое – цветным. Больной обычно становится расслабленным, благодушным или эйфоричным
«утеря чувства времени»	Ощущение, раскрываемое больным в других выражениях: «времени будто бы нет», «освободился от гнета времени». Этому всегда сопутствует измененное восприятие всего мира. Предметы и люди кажутся более контрастными, в эмоциональном восприятии больных – «более
«замедление времени»	Ощущение, будто время «течет более медленно». Восприятие всего мира, движений людей и предметов изменяется. Люди представляются «кукольными, неживыми», их речь – «казенной». Больные называют время «замедленным» на основании того, что движения людей воспринимаются замедленными, их лица – «угрюмыми»
«ускорение времени»	Ощущение, противоположное предыдущему. Больному время представляется текущим более быстро, чем было ему привычно по прошлым восприятиям. В восприятии больного измененным воспринимается весь окружающий мир и собственное «Я». Мир будто «не естественен», «нереален», люди воспринимаются как «суетливые», очень быстро движущиеся. Хуже, чем в обычном состоянии, чувствуют свое тело. С ошибками определяют время суток и длительность событий

1	2
«обратное течение времени»	Ощущение, уточняемое больными в следующих выражениях: «время течет вниз», «время идет в обратном направлении», «я иду назад во времени». Измененным воспринимается окружающий мир и собственное «Я» больного. Интересна грубая ошибочность воспроизведения давности уже пережитых событий; секунду – минуте назад состоявшиеся события воспринимаются как бывшие «давным-давно»
Ритмическая повторяемость переживаний	Множественное повторение (через равные промежутки времени) развиденного или слышанного. Ситуация как реальность уже исчезла, но в сознании больного она как бы мелькает, переживается снова и снова, будто она еще есть в настоящем времени и пространстве
Палинопсия	Обозначается еще как «визуальная персеверация». Этот феномен близок к предыдущему. Уже отсутствующая в реальной действительности ситуация как бы задерживается в поле зрения больного. У больных этот феномен может сочетаться с нарушением левого поля зрения, снижением или утерей топографической памяти
Деперсонализационный	В рамках синдрома деперсонализации описаны различные варианты измененного восприятия собственного «Я». Могут восприниматься измененными соматическое или психическое «Я»; возможны сочетания того и другого
Соматическая деперсонализация	Встречается чаще. Выражается в ином, чем привычно больному по прошлым восприятиям, переживании или ощущении собственного тела или различных его частей. Хуже чувствует все тело или только левые его части. При максимальной выраженности больным игнорируются (не воспринимаются) левые части тела, чаще рука; больной не пользуется левой рукой, если даже слабость в ней незначительна. Иногда нарушается ощущение целостности тела; оно (или отдельные его части) «увеличивается» или «уменьшается». Возможно ощущение множественности, например, больному представляется, что у него не одна (левая) рука, а несколько рук; при этом часто больной оказывается неспособным различать среди них свою собственную – ту, что есть в действительности
Психическая деперсонализация	Выражается в измененном переживании своего «Я», своей личности, взаимоотношений с окружающими, эмоционального контакта с людьми. Больные говорят, что лишаются чувств, теряют контакт со всеми окружающими людьми, употребляя при этом фразу: «ухожу в другое пространство, а все остаются в этом пространстве», «я становлюсь посторонним наблюдателем», без «всяких чувств» смотрю на то, что «происходит в этом пространстве»
Тотальная деперсонализация	Включает в себя измененность восприятия и соматического и психического «Я», которые как бы обретаются вновь, когда больной выходит из приступа. Описано одновременное возникновение ощущений «чуждости» собственного голоса, «физического расщепления тела на мельчайшие частицы», расщепление психического «Я»: «все части тела существуют в это время как бы самостоятельно и обладают своим «Я», помимо общего «Я»

Двухколейность переживаний	Состояние, когда больной продолжает воспринимать окружающую действительность; иногда воспринимается только то, что есть справа от больного. При этом возникает второй поток переживаний в виде непроизвольного оживления, как бы повторного проигрывания в сознании какого-то конкретного отрезка времени. В своем сознании больной дан как бы одновременно в двух мирах: в реальном сейчас мире и в том мире, который был в прошедшем времени больного. Больной и себя идентифицирует в сознании, с одной стороны, с тем, какой он есть сейчас и здесь (в настоящем времени и пространстве), и с другой стороны, каким был в конкретном отрезке прошедшего времени
«Вспышка пережитого»	Состояние, впадая в которое, больной перестает воспринимать то, что есть в действительности (в объективном настоящем времени и реальном пространстве) и в своем сознании как бы весь возвращается в какой-то отрезок прошедшего времени. В сознании больного проигрываются вновь все события, которые были в том прошлом, и переживаются они больным в их истинной последовательности. Больной воспринимает самого себя таким, каким был в том отрезке прошлого времени
Онейроид	Имеется в виду кратковременное преходящее онейроидное состояние. Больной перестает воспринимать себя и окружающий мир такими, какими они есть в объективном времени и пространстве. В сознании больной переживает как бы иной, нереальный мир, чаще – мир фантастических событий (полеты в космос, встречи с инопланетянами). В ретроспективном (после выхода из приступа) описании больного иной мир выглядит лишенным пространственно-временных опор. В момент переживания онейроида больной часто испытывает ощущение невесомости. Оно близко к «гравитационным иллюзиям», описанным как субъективное переживание изменения массы собственного тела, что объясняется активизацией в коре головного мозга тех энграмм, в которых запечатлен приобретенный опыт субъективных ощущений при кратковременных изменениях веса тела
Синдром эмоциональных и аффективных нарушений	Возможны три варианта нарушений: 1) приступы тоскливости, страха или ужаса (при височной локализации поражения), сочетающиеся с висцеро-вегетативными расстройствами, обонятельными и вкусовыми галлюцинациями; 2) эйфория с расслабленностью (при поражении теменно-затылочных отделов); 3) состояние безэмоциональности – преходящего перерыва аффективного тонуса (при височно-теменно-затылочном поражении), сочетающееся часто с явлениями дереализации и деперсонализации
<b>ЛЕВОПОЛУШАРНЫЕ</b>	
Галлюцинаторный	Наиболее часто возникают слуховые – словесные галлюцинации. Больные слышат голоса, окликающие их по имени или сообщающие что-либо. Галлюцинации могут быть множественными: больной слышит сразу много голосов, не может разобрать содержания того, что эти голоса говорят



1	2
I Синдромы речевых нарушений	Преходящие (моторные, сенсорные, амнестические) афазии, внезапно наступающие и быстро обрывающиеся. Такие преходящие нарушения речи в момент приступа возникают у больных еще в тот момент, когда вне пароксизмов не наблюдается никаких изменений речи
Нарушения мышления	Чаще возникают два противоположных друг другу состояния: 1) «провалы мыслей» – ощущение пустоты в голове, будто бы «прекратилось образование мыслей» внешне в момент приступа больной выглядит! тревожным, растерянным, на лице – выражение недоумения; 2) «насильственные мысли», «наплывы мыслей», «вихрь мыслей» – ощущение внезапного! появления в сознании мыслей, не связанных по содержанию с текущей мыслительной деятельностью; иногда стремительно, «как молния», появляется множество мыслей «мешающих друг другу», «от этих! мыслей пухнет голова»; ни одна мысль не завершается, не имеет законченного содержания; переживаются эти мысли с оттенком тягостности, насильственности, произвольности – невозможности освободиться от них до тех пор, пока не закончится приступ;
Нарушения памяти	Возможны два крайних варианта: 1) «провал воспоминаний» – беспомощность, несостоятельность вспомнить нужные слова, имена близких, даже свой возраст, место работы, сопровождается растерянностью, тревогой; 2) «насильственное воспоминание» – мучительно тягостное ощущение необходимости что-то вспомнить, но при этом остается недостижимым осознание того, что именно подлежит воспоминанию; такая недоступность осознания предмета воспоминания сочетается с тревожным ощущением, опасениями того, что с больным что-то «должно случиться»
Абсанс	Выключение больного из сознательной психической деятельности, которой он был занят до приступа. Поза, в которой застал больного приступ, сохраняется. Все признаки внимания в облике больного исчезают, взгляд становится неподвижным, лицо – «каменным». Длится мгновение и собеседник может принять вынужденную позу естественной. Сам же больной не помнит о случившемся; на приступ абсанса, как правило, наступает полная амнезия. Долгое время приступы могут не замечаться самим больным и окружающими. Становятся очевидными по мере их усложнения за счет добавления речевых и других феноменов
Психомоторные припадки	Длятся минуты, часы, редко – несколько дней. Впадая в приступ, больной продолжает быть активным. Совершает разнообразные действия, иногда – сложную и последовательную психомоторную деятельность. От сумеречных состояний сознания эти припадки отличаются малой целесообразностью и меньшей последовательностью действий: больные бросаются бежать куда-либо, начинают сдвигать с места чрезвычайно тяжелые предметы. Поступки и действия сопровождаются выкриками, обычно лишены смысла. Поведение больного становится упорядоченным лишь по выходе из приступа, на который наступает амнезия

1	2
Сумеречное расстройство сознания	Внезапно наступающее и вдруг обрывающееся состояние измененного сознания, для которого характерна реализация сложной последовательной психомоторной деятельности, заканчивающейся социально значимым результатом, а также амнезия на приступ. Условно можно различать два варианта: 1) будучи в сумеречном состоянии сознания, больные продолжают реализовывать ту программу, которая была в сознании до наступления этого состояния; 2) впадая в сумеречное состояние сознания, больные совершают действия и поступки, никогда не бывшие в их намерениях, чуждые их личностным установкам; эти действия определяются психопатологическими переживаниями – галлюцинаторными, бредовыми, возникающими вместе с наступлением измененного состояния сознания. Первый вариант совпадает с состоянием, известным как амбулаторный автоматизм. При втором варианте возможны злоба, раздражение, гнев, агрессивность
Синдром эмоциональных, аффективных нарушений	Многие из перечисленных выше пароксизмальных состояний (преходящие афазий, насильственные мысли и воспоминания и т.д.), как правило, сопровождаются аффектом тревоги, растерянности. Возможны самостоятельные пароксизмы, в момент которых больные переживают аффект тревоги; на этот момент становятся суетливыми, двигатель-1 но беспокойными, нетерпеливыми. Выражают опасения: «что-то со мной должно случиться». Эти опасения всегда обращены в будущее
<b>II. Непароксизмальные ПРАВОПОЛУШАРНЫЕ</b>	
1	2
Конфабуляторная спутанность	Нарушение сознания, при котором больной дезориентирован в пространстве и во времени так, что реальную сейчас действительность воспринимает как бы через содержание прошлого времени. Это выражается в обильных конфабуляциях: как случившиеся только что (в стационаре) больной называет события, бывшие когда-то в прошлом и в каком-нибудь другом месте (на работе, дома и т.д.). Больные ничего из происходящего не запоминают. Могут быть двигатель-1 но беспокойными. Слова «здесь» и «теперь» для них лишаются смысла

1	2
Корсаковский синдром	В состав синдрома обязательно входят дезориентировка в пространстве и во времени. Иногда больной дезориентирован и относительно собственной личности; амнезии – фиксационная, ретроантероградная; конфабуляции (в ответ на вопрос, например, о том, чем занимался больной утром, может назвать события, имевшие место много лет назад); ложные узнавания (в окружающих лицах больной «узнает» своих близких и называет их именами этих людей); эмоционально-личностные изменения (больные расслаблены, благодущны или даже эйфоричны, многоречивы, обнаруживают анозогнозию и, при очевидности полной беспомощности больных для всех окружающих, сами считают себя здоровыми); расстройства восприятия пространства и времени (так, утром больные могут сказать, что идет уже вечер; ошибаются в сторону удлинения в определении длительности событий). Корсаковский синдром часто сочетается с левосторонними гемипарезом, гемианестезией, гемианопсией, а также игнорированием левого пространства
Левосторонняя пространственная агнозия	Характеризуется прекращением восприятия (игнорированием) событий, которые происходят слева от больного. Игнорируются больным все стимулы: зрительные, слуховые, тактильные. Больные плохо чувствуют свое тело или вовсе его не воспринимают, чаще это относится к левым частям, особенно к левой руке. Игнорируют левую часть текста при чтении, левую часть бумаги при рисовании и т.д. Больные при этом эйфоричны, расслаблены; обнаруживается анозогнозия
Тоскливая депрессия	Характеризуется тоской, двигательной и идеаторной заторможенностью. Такая триада симптомов возникает обычно при поражении височного отдела правого полушария. Больной малоподвижен, говорит тихо, медленно; лицо застыло в одном выражении
Псевдологический	Больные проявляют тенденцию упоминать или даже подробно описывать как случившиеся с ними события, в действительности не имевшие места. Как правило, из таких псевдологических высказываний больные не извлекают никакой выгоды, Больные обычно многоречивы и благодущны, быстро вступают в контакт с окружающими людьми
Эмоционально-личностные изменения	Наиболее часто и ярко выражена тенденция к преобладанию благодущного или эйфорического настроения, неадекватного состоянию больного, его тяжести. Снижается критика. Нередко неосознание и отрицание своего заболевания, болезненности состояния – анозогнозия. Иногда эйфория в выраженной степени сочетается с двигательной активностью! вплоть до расторможенности; больные веселы, многоречивы, подвижны, хотя могут обнаруживать лево-1 стороннюю гемиплегию, слепоту и другие признаки глубокой неспособности

<i>1</i>	<i>2</i>
Расстройства сна и сновидений	Часты указания больных на увеличение числа сновидений: «впечатление такое, будто всю ночь вижу сны». Иногда отмечаются цветные сновидения. Больные нередко отмечают, что им бывает трудно отличить то, что было во сне от того, что происходило в действительности. У некоторых больных отмечается стерео-типное повторение одного и того же сна
Периодический психоз	Напоминает маниакально-депрессивный психоз, где периодически повторяются состояния, напоминающие гипоманиакальное и депрессивное. Отличаются они большей выраженностью не собственно эмоционального компонента, а общей активности; при «хороших» состояниях больные повышено активны, продуктивны, мало спят; при «плохих» состояниях – вялы, сонливы, утомляемы
<b>ЛЕВОПОЛУШАРНЫЕ</b>	
<i>1</i>	<i>2</i>
Дисмнестический	В центре синдрома – ослабление словесной (вербальной) памяти. Больной забывает слова, имена, номера телефонов, действия, намерения и т.д. Забывание не доходит до степени невозможности воспроизведения нужной информации. У больного есть понимание! дефекта и активное стремление к компенсации. Они заводят записные книжки, записывают все, что подлежит запоминанию
Тревожная депрессия	Характеризуется тревогой и двигательным беспокойством, растерянностью. Больные находятся как бы в непрерывных поисках двигательного покоя; меняют положение, встают, садятся и вновь поднимаются. Вздыхают, недоуменно озираются по сторонам, вглядываются в лицо собеседника. Высказывают опасения, что с
Бредовый синдром	В центре синдрома – нарушение мышления с ошибками суждения, не поддающимися коррекции. Больные становятся все более подозрительными, недоверчивыми, тревожными. Подозревают окружающих в недоброжелательном к ним отношении, намерении нанести вред (отравить, изуродовать, плохо на них воздействовать). Внешне больной напряжен. Иногда отказывается от еды, лекарств
Изменения речи	Еще до появления афазий может быть речевая аспонтанность с отсутствием побуждений к речевой деятельности или все более частыми становятся оговорки, когда больные одно слово заменяют другим и сами этого не замечают. Речь становится все менее раз-
Расстройства сна и сновидений	Отмечается урежение сновидений. Иногда отмечается больными исчезновение сновидений в качестве одного из признаков изменений их сна и сновидений
Эмоциональные и личностные изменения	При поражении лобных отделов больные все менее инициативны, аспонтанны; височных – все более тревожны, напряжены, растеряны; наступает как бы повышение бдительности больных, они постоянно мобилизованы. При поражении задних отделов левого полушария обычно преобладает страдальческий оттенок в настроении

### **Основные параклинические методы диагностики**

Параклинические методы диагностики психической патологии, к которым в психиатрии относятся патопсихологические, психофизиологиче-

ские, нейропсихологические, неврологические и некоторый иные методы, считаются дополнительными по отношению к основному – клинко-патопсихологическому методу.

Использование параклинических методов осуществляется лишь на пятом (заключительном) этапе диагностического поиска. Основной целью при этом становится подтверждение клинического диагноза, поиск факторов, которые могли способствовать возникновению отмечаемых в клинике психопатологических феноменов, оценка этиопатогенетических механизмов психических расстройств.

Основной задачей параклинических методов на практике является обнаружение данных за органический характер изменений деятельности головного мозга, который мог бы лечь в основу представлений об органической, а не функциональной обусловленности регистрируемых клинически психопатологических нарушений при поражении тех или иных структур головного мозга, вследствие патогенных (экзогенных) влияний на мозг.

Параклинические методы диагностики психических заболеваний представляют собой обширный набор способов оценки деятельности головного мозга. Каждый из них представляет инструментарий какой-либо области науки. Вследствие этого освоение всех параклинических методов и способов диагностики не входит в компетенцию психиатров. Но умение подобрать необходимые при конкретной клинически выявленной психической патологии параклинические методы, обосновать необходимость их использования, верно трактовать полученные с их помощью результаты считается неотъемлемой составляющей деятельности врача-психиатра.

Наиболее адекватной и важной вспомогательной методикой для процесса психиатрической диагностики считается патопсихологическая диагностика. Ее принципы приведены ниже.

Патопсихологическая диагностика использует батарею экспериментально-психологических методик-тестов, в помощью которых возможна оценка функционирования как отдельных сфер психической деятельности, так и интегративных образований – типов темперамента, особенностей характера, личностных качеств. При сложных диагностических случаях в психиатрии часто применяется патопсихологическая диагностика.

Именно на выявление этих особенностей и направлено патопсихологическое исследование. В таблице 6 представлены показания для использования тех или иных методов патопсихологической диагностики.

Табл. 6

**Основные методы патопсихологической диагностики при нарушениях тех или иных сфер психической деятельности**

<b>Сфера психической деятельности, в которой отмечены нарушения</b>	<b>Патопсихологическая методика</b>
<i>1</i>	<i>2</i>
Расстройства внимания	таблицы Шульте, корректурная проба, счет по Крепелину, методика Мюнстерберга

<i>1</i>	<i>2</i>
Расстройства памяти	тест десяти слов, пиктограмма
Расстройства восприятия	сенсорная возбудимость, пробы Ашафенбурга, Рейхардта, Липмана
Расстройства мышления	тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение, ассоциативный эксперимент, проблема Эверье, пиктограмма
Расстройства эмоций	тесты Спилбергера, Люшера и др.
Расстройства интеллекта	тесты Равена, Векслера

## Раздел II. Диагностика психозов

«Психоз – это произведение искусства отчаяния».

Клези.

«При неврозе Я может восстановиться благодаря защитным механизмам, а при шизофренических психозах Я распадается».

Федерн.

### Диагностика шизофрении

Она известна с древности, но только в 1896 г. Крепелину удалось вскрыть общие признаки болезни за большим многообразием ее клинических картин. Для первого ее названия – dementia praecox – дали повод, с одной стороны, расстройства мышления («слабоумие»), а с другой – раннее начало болезни в противоположность сенильной деменции.

Термин «шизофрения» был предложен Блейлером в 1911 г. Для этого было несколько оснований: ни деменция, ни раннее начало необязательны при этом заболевании; к тому же имеются «элементарные расстройства в недостаточном единстве, в раздробленности и расщеплении мышления, эмоций и воли и субъективного чувства личности». Это и было расценено как психоз расщепления, или шизофрения. Э.Блейлер распознал фундаментальные расстройства при этом заболевании и вывел основные симптомы шизофрении – тетрада Блейлера: 1) разорванность мышления, 2) эмоциональная тупость, 3) аутизм, 4) неадекватность.

Самые ранние формы шизофренических психозов обнаруживаются в начальной школе, в возрасте 8-9 лет [2]. Ее частота резко нарастает в препубертатном и пубертатном периодах. Детская шизофрения, прежде всего, проявляется в потере контакта с другими людьми и распаде речи, но бывают случаи бреда и сильных аффективных сдвигов.

Для постановки детской шизофрении надо учитывать то, что до этого времени происходило нормальное развитие, и лишь потом, сразу или постепенно, стало утрачиваться, т.е. происходит надлом в развитии, который позволяет легко отграничить детские формы шизофрении от раннего детского аутизма, возникновение которого прослеживается до 2,5 лет.

Пубертатная симптоматика характеризуется состоянием «нервозности», но может стать первым признаком начинающегося шизофренического процесса, хотя именно в этом возрасте даже такие тяжелые нарушения Я, как деперсонализация и дереализация, или выраженная симптоматика навязчивостей, могут исчезнуть за короткое время без следа.

Большинство заболеваний шизофренией начинается между пубертатом и третьим десятилетием жизни, у мужчин чаще между 20 и 25 годами, у женщин – между 25 и 30 годами, причем поздние шизофрении у женщин наблюдается чаще.

Вначале отмечаются необычные формы поведения и такие проявления, которые не воспринимаются как болезненные, а производят впечатление какой-то измененности или невротичности. Эта нехарактерная предстация может длиться месяцы и годы. Многие больные чувствительны и робки, замыкаются в себе, другие слишком оживлены, так что родители жалуются, что их ранее послушные дети становятся неуправляемыми. Характерно непонятное поведение (так называемая бессмысленная деятельность), до тех пор, пока не наступит тяжелая симптоматика. Острое начало более редко.

После первого приступа, дальнейшее течение шизофрении очень разнообразно, но не всегда неблагоприятно. Примерно 1/3 впервые заболевших выздоравливает без последствий; человек остается клинически здоровым, т.е. без психопатологических нарушений, хотя и не бесследно для его собственных переживаний. У других больных возникают рецидивы в разные периоды времени и с различной частотой, которые обусловлены, соматическими и еще чаще психическими факторами, а также возможным сопротивлением больного и недостаточным или прерванным лечением.

Только у 1/3 больных течение неблагоприятное: волны оставляют стойкие и нарастающие изменения личности, с каждым рецидивом усиливается распад личности, что ведет к госпитализации.

**В каждом конкретном случае по началу заболевания трудно определить его прогноз. Статистически можно определить благоприятные и неблагоприятные признаки. В пользу хорошего прогноза говорят позднее начало болезни, ее острота, большое количество дополнительных симптомов, выраженная аффективная симптоматика. У женщин прогноз лучше, чем у мужчин.**

**О плохом прогнозе говорят такие факторы как: медленное начало болезни, наличие основных симптомов, шизоидные и другие личностные расстройства, расширение желудочков мозга на компьютерной томограмме, а также развивающийся алкоголизм.**

С возрастом шизофренические симптомы большей частью редуцируются, в том числе и при хроническом течении. Рецидивы с острой симптоматикой встречаются реже. Сама симптоматика становится однообразнее. В позднем возрасте выздоравливает около 20%, значительное улучшение наблюдается у 45% больных.

Шизофрения считается самой распространенной психической болезнью после старческих психозов и встречается примерно у 1% населения. Заболеваемость составляет 15-50 новых больных в год на 100 000 взрослых людей. Мужчины и женщины заболевают приблизительно с одинаковой частотой. Люди, рожденные с февраля по май, имеют более высокий риск по шизофрении, возможно, из-за повышенной заболеваемости простудными инфекциями во время беременности в зимние месяцы.

**Современные исследования показали, что у больных шизофренией значительно больший процент родственников, также больных шизофренией, чем в среднем среди населения.**

Более четкие данные показывают исследования близнецов. По последним данным, конкордантность у однояйцовых близнецов составляет 31-78%, у двуяйцовых – 6-28% (как и у братьев и сестер). Эти данные оцениваются как наследственный фактор, но они же указывают на то, что имеются и другие условия возникновения, так как при только наследственной обусловленности конкордантность однояйцовых близнецов была бы стопроцентной.

**На биологические отношения указывают данные Кречмера о телесной конституции: у больных шизофренией преобладает астенический, лишь иногда пикнический тип телосложения, а при аффективных психозах соотношения обратные [7]. Однако эти данные, как и их интерпретация (биологическое сродство между**

**психозом и телесной конституцией), подвергаются сомнению.**

**Классификация.** МКБ 10 в разделе F20 различает шизофрению вначале по отдельным подформам и по формам течения: эпизодические, хронические, ремиттирующие и т.д. Отдельные категории определены в соответствующем месте.

#### **Клиническая симптоматика**

Основными симптомами являются расстройства мышления, в первую очередь разорванность, амбивалентность и аутизм. *Дополнительные симптомы* – это бред, галлюцинации и кататонические расстройства; они очень впечатляющи, но не облигатны, не специфичны и потому не являются решающими для диагностики.

**Мышление.** При *разорванности* мышление бессвязно и алогично. В экстремальных случаях речь больных становится совершенно непонятной, она представляет не связанные между собой слова (словесная окрошка). Разорванное мышление во всех отношениях бессмысленно. Оно может иметь смысл в психотических переживаниях и, по крайней мере, частично понятно, если тщательно разбираться в картине болезни.

Мышление, исходящее из желаний у взрослых, может приходиться в противоречие с реальностью, что Э. Блейлер обозначил как «аутистически-недисциплинированное мышление». Аутистическим здесь является то, что мышление, в противоположность аутизму при шизофрениях и при раннем детском аутизме, представляет в широком смысле направленность на себя.

Шизофреническое разорванное мышление, хотя и имеет определенное отношение к обычному мышлению, исходящему из желаний у здоровых, отличается от него вычурностью и абсурдностью, внутренней противоречивостью и связями с бредовыми переживаниями. Этим оно отличается и от абсолютно бессвязного мышления (инкогеренции) при органических-психозах (делирий). Разорванное мышление указывает на нарушение отношения к реальности и аутизм больных шизофрениями, которые могут передавать другим только неполноценные сообщения.

Шизофреническое расстройство мышления определяется еще рядом типичных признаков: *штеррунг* мышления, или обрыв мыслей, плавно текущий процесс мыслей внезапно обрывается, иногда в середине фразы. Больной не может довести мысль до конца, молчит, хотя и болезненно осознает это расстройство мышления. *Сделанные мысли* больной переживает как свой собственный мир представлений (не так, как галлюцинации), но они сформированы кем-то другим, «принудительно» (Ясперс). Противоположным является *отнятие мыслей*: мысли отнимаются извне, может быть определенным человеком. Эти симптомы находятся в тесной связи с нарушениями Я и с бредовыми переживаниями. *Распад понятий*: понятия теряют свои точные значения и четкие отграничения от других понятий. Самые различные, часто несоединимые значения амальгамируются. Эти патологические связи называются *контаминациями*.

Контаминации легко определяются в тесте Роршаха.

Бредовые переживания – это неспособность переноса. Невозможность изменить систему отношений, застревание на ситуативном опосредовании (Янцарик). Нарушение оценки переносного смысла слов определяется на основе трактовки известных поговорок.

При шизофрениях также встречаются и противоположные нарушения смысловых понятий в виде расстройств оценки реальных отношений. Символизм (сверхвключение) состоит в том, что понятия осмысливаются только в переносном (метафорическом) смысле. Символ овещается патологическим образом. Так, больной шизофренией деревенский работник считает, что его разоблачит то, что свинья забежит в коровник, и это означает его свинскую склонность к сексуальным притязаниям к коровам.

Эти и сходные расстройства мышления при шизофрениях обнаруживают также *экспериментально-психологически* и обозначают как *когнитивный дефицит*.



Для шизофрении характерны сосуществование упорядоченного и разорванного мышления, часто в быстрых сменах одним другим. При хорошем контакте с больным нередко устанавливается, что в процессе длительной беседы мышление больного постепенно упорядочивается.

В описанной степени выраженности эти расстройства встречаются не у каждого больного и не в каждой стадии болезни. Часто расстройства мышления малозаметны или определяются только при настойчивом расспросе. Полезен вопрос о «концентрации», например при чтении. Простой способ заключается в повторении и рассказе после прочтения сказки о животных, когда больше внимания обращается на смысл (который при шизофрениях может неправильно восприниматься), чем на противоречия в частностях (которые с трудом схватываются при органических нарушениях).

**Речь.** У некоторых больных и в некоторых фазах заболеваний речь изменяется. Своеобразные нарушения речи также часто коррелируют с другими психопатологическими расстройствами (когнитивными, аффективными, личностными). Они качественно и количественно очень различаются по многим параметрам/ Возможна выраженная речевая активность, а возможна выраженная речевая заторможенность, вплоть до *мутизма*. Характерны – хотя и не патогномичны, – манерность речи, новообразование слов (*неологизмы*), которые часто возникают посредством идеосинкретического композиционирования, когда, например, «traugam» состоит из слов «траурный» и «зверский» (контаминация по Блейлеру). Больные могут вставлять в ненарушенную речь новообразования, или речь целиком состоит из них, и поэтому смысл сказанного невозможно распознать, как жаргон. Эмпирически-лингвистический анализ речевых текстов больных шизофрениями обнаруживает тонкое отличие от речи здоровых, например малое количество связующих слов (Шонауэр), что обусловлено названными коммуникативными нарушениями.

*Манерность* шизофренической речи проявляется в ненатуральной речевой технике с чрезмерно старательной, утонченной, манерной артикуляцией, «важным» способом выражений, необычным подбором слов и судорожными усилиями говорить на чистом языке, когда все вокруг говорят на диалекте.

Манерность сказывается и на письменных выражениях: стиль ненатуральный и тяжеловесный, он не соответствует уровню образования больного, выбор слов не соответствует содержанию и напыщенный. В почерке бросаются в глаза своеобразные формы букв, завитки, необычный порядок строк и письмо в разные стороны. Неологизмы, манерность и другие расстройства речи могут быть обусловлены или усилены влиянием окружающей среды.

*Шизофазия* (речевая спутанность) – это картина шизофрении, определяющаяся выраженными расстройствами речи: от больного вряд ли услышишь осмысленные выражения, ответы не имеют отношения к вопросам и непонятны; при этом больные говорят охотно и много. Их поведение показывает, что мышление у них грубо не нарушено: они выполняют распоряжения и могут исполнять некоторые виды работ. К окружающим относятся дружелюбно, но их расстройства речи затрудняют более тесные контакты.

**Восприятие.** Клинически расстройства восприятия у больных шизофрениями встречаются редко. Гештальт-психологический анализ свидетельствует о том, что в воспринятом объекте преобладают свойства сущности и выражения, тогда как особенности структуры, соединений и положения не принимаются во внимание. Процесс восприятия не ведет к конечному результату, а застревает на деталях.

**Аффективность.** Нарушения эффективности у больных шизофрениями многообразны и изменчивы. Наблюдаются расстройства настроения различного рода. *Состояние повышенного настроения* может иметь маниакальный отпечаток, но оно менее витально, привлекательно и продуктивно, чем при аффективных психозах. Для больных

шизофрениями характерен иной вид повышенного настроения, который производит впечатление несерьезности и глупости, особенно у молодых больных (так называемые гебефренические формы). Больные часто необузданные, расторможенные, шумные и бесцеремонные.

*Депрессивные расстройства настроения* у больных шизофрениями часты и многообразны, иногда они очень схожи с меланхолией. Но чаще шизофреническая депрессивность иная: больные беспомощны и требуют поддержки. Эти расстройства часто зависят от обстановки, больных можно отвлечь и развлечь. С другой стороны, могут встретиться глубокие депрессии с суицидальностью. Суицидальные действия больных часто непредсказуемы. Шизофреническая аффективность характеризуется нестабильностью.

Депрессивные синдромы встречаются при шизофрениях особенно в конце острого периода (*постремиссионный синдром истощения* по Хейнриху). *Классифицируются* они как постшизофреническая депрессия.

*Страх* особенно часто определяет переживания больных шизофрениями: страх перед неизвестным и непривычным в переживаемом психотическом изменении личности, особенно в начальной стадии шизофрении. Позже страх больного определяется чаще бредовыми идеями, прежде всего бредом преследования. С помощью страха больной отгораживается от сближения с другими, поскольку он не в состоянии поддерживать межлические отношения. Страх стоит позади возбуждения и агрессивности больных шизофрениями. В острых случаях страх практически всегда налицо.

В то время как описанные до сих пор аффективные нарушения оцениваются как дополнительные шизофренические симптомы, к основным аффективным симптомам относится *неадекватная аффективность (паратимия)*. Состояние эмоций и реальная ситуация не соответствуют друг другу. Выражение аффекта в мимике, жестах и речевых оборотах контрастирует с тем, что больной переживает, или с тем, что он говорит. Больной может говорить о серьезных или даже печальных вещах и при этом смеяться. Это же относится и к шизофреническим, бредовым переживаниям, которые часто не соответствуют эмоциональности (иначе, чем при меланхолическом бреде). Эти аффективные расстройства являются признаками шизофренической дезинтеграции: нарушение единства переживаний, согласованность переживаний, согласованность внутреннего состояния и его выражения.

У других больных, особенно в поздних стадиях болезни, преобладают застывание аффекта и бедность модуляций. В экстремальных ситуациях больные равнодушны и апатичны. Это состояние определяется как эмоциональное опустошение и атимия, однако аффекты не угашены. При хорошем контакте с больным обнаруживается, что за внешней маской безразличия скрывается живой и даже чувствительный аффект, проявления которого блокированы. Психодинамически определяется, что больной шизофренией скрывает свою излишнюю чувствительность под маской равнодушия, чтобы защититься от эмоциональных нагрузок, особенно в межлических отношениях.

**Амбивалентность.** Переживания противоречивых эмоциональных реакций или противоположных стремлений называются амбивалентностью (амбитендентностью). У больных шизофренией амбивалентность оценивается иначе, чем у здоровых и при неврозах, необъединимые качества переживаний так соотносятся друг с другом, что это невозможно представить при нормальных переживаниях, и эти непримиримые противоречия осознанно не оцениваются. Они встречаются одновременно и равноценны в проявлениях; больной одновременно плачет и смеется. Оба чувства читаются на его лице. Он переживает сразу страх и радость. Поведение изменяется трудно описуемым образом, больной шизофренией одновременно и любит человека, и презирает его. В бреде тоже могут господствовать несоединимые идеи. И здесь определяется дезинтеграция шизофренических переживаний.

**Аутизм.** Как и амбивалентность, аутизм является основным шизофреническим симптомом. Аутизм означает погруженность в себя и потерю реальности отношений. Больной шизофренией в своих переживаниях инкапсулируется от внешнего мира своеобразным и трудно описуемым образом и обращается к своей собственной персоне. Аутизм, с одной стороны, проявляется в пассивности: больной почти не принимает участия в делах окружающих (например, мутизм и ступор). С другой стороны, аутичен тот больной, который погружен в свои бредовые переживания и не может вести себя так, чтобы это соответствовало окружающей его реальности.

Он не обращает внимания на текущие нужды или придает этому мало значения; в кругу больных он не разговаривает или говорит долго, но не о том, что относится к теме. Он ставит невыполнимые задачи, поскольку представляет себе реальность иным, аутистическим способом. Он говорит с врачом, как если бы он был один, спрашивает что-то, не ожидая ответа и не обращая внимания на ответ. Он выражает желания, удовлетворение которых не будет иметь никакого результата. Он действует отстраненно и изолированно. Психодинамически аутизм рассматривается как защита и отделение человека с нарушениями Я; обратное развитие может привести к резидуальному состоянию.

Следует заметить, что термин «аутизм» применяется в разных значениях: здесь — как симптом шизофрении, а с другой стороны, как понятие болезни (ранний детский аутизм). В более широком смысле слова аутизм означает неболезненное отчуждение от мира и погружение в себя, но без потери связи с реальностью, как при шизофрении. В связи с нарушением Я аутизм приобретает специфичность при шизофренических переживаниях и поведении.

Шарфеттер различает пять «основных направлений сознания Я», которые могут быть нарушены при шизофрении: нарушение *витальности Я*, осознания собственной полноты жизни, например при кататоническом ступоре или возбуждении, при ипохондрическом и нигилистическом бреде; нарушение *активности Я*, осознания собственного настроения, переживаний мышления и действия, например при бредовых переживаниях воздействия и преследования; нарушение *согласованности Я*, осознание наличия у себя комплекса переживаний, прежде всего переживаний своей внутренней разобщенности, разложения своей самостоятельности и деградации; нарушение *отграничения Я*, отграничения собственных качеств, например в переживаниях дереализации, изоляции и аутизма, границы Я и окружающего размыты и проницаемы; больной чувствует, что его Я растворяется во «все» или что все, что случается «вовне», чрезмерно могущественно и непобедимо; нарушение *идентификации Я*, осознание самого себя проявляется в многочисленных кататонических симптомах и бредовых переживаниях; больной уверен, что он является выдающейся исторической личностью и одновременно самим собой, что приводит к расщеплению личности.

Переживание отчуждения, которое чаще бывает при неврозах и подростковых кризах, встречается и у больных шизофренией, но в другой форме выражения. Потеря «присущего мне» при шизофрениях часто связана с переживанием «сделанного» извне. Переживаемое отчуждение они объясняют влиянием на расстоянии, гипнозом, облучением и т.п. Следовательно, шизофреническая дереализация имеет бредовый характер, но переживания нарушения Я больного шизофренией идут много дальше.

Больной параноидной шизофренией не имеет представления о болезненном характере своих переживаний. Он принадлежит сущности своего бреда, и поэтому не может руководствоваться здоровыми суждениями, он не в состоянии перестроиться, т. е. принять иную точку зрения и соответственно выправить себя, он неспособен к корректуре. Даже при отрешении от бреда у больного шизофренией вообще отсутствует *сознание болезни*. Он «понимает» свою психическую измененность не как болезнь, т. е. он не в состоянии ее понять; осознание происходит так, что болезнь кажется правильной

реальностью. Это свойственно большей части больных на всех стадиях без исключения. В начале шизофрении и в ремиссиях может, хотя бы частично и поверхностно, наступить осознание болезни и ее понимание. Такие пациенты особенно опасны в смысле суицида.

Бред иногда определяется как расстройство содержания мышления и этим противопоставляется *формальным расстройствам мышления*. Эти термины недостаточно полноценны, поскольку бред не опирается на нарушенные мыслительные функции, а относится как к переживаниям, так и к самой жизни больного; и при описываемых расстройствах мышления вряд ли удастся разделить друг от друга формальный и содержательный аспекты.

Конрад в *геиштальанализе* шизофренического бреда описывает пять стадий. В предстадии тремы бредовое напряжение сопровождается беспокойством, страхом, чувством вины, заторможенностью, реже – приподнятым настроением. В стадии апофении развивается патологическое осознание особого значения событий, правильная их оценка становится невозможной. В стадии анастрофы больной становится пленником самого себя и считает себя центром мироздания. Самая тяжелая фаза – апокалиптика – с ослаблением связей в восприятиях, распадом мышления, с наплывом подсознательных переживаний и галлюцинаций; бред становится разорванным и абсурдным (бредовый хаос); аффекты и поведение дезинтегрируются. После этих острых стадий наступает консолидация.

**Галлюцинации.** Ни при каком другом заболевании галлюцинации не имеют такого значения, как при шизофрениях. Чаще всего это слуховые галлюцинации: больные слышат шумы разного рода, звон, свист, грохот, стуки, шаги и т. п.; обычно это *голоса*, которые шепчут, зовут, бранят и угрожают. Как источник голосов больные шизофренией называют определенных лиц из своего прошлого или настоящего окружения. Часто это преследователи в рамках бреда. То, что голоса должны слышаться издали, больному объяснять не надо. Часто они сопровождаются страхом.

Услышанное состоит из отдельных слов или коротких фраз. Длинные речи редки. Иногда больной разговаривает с голосами или слушает голоса, которые разговаривают между собой. Многие голоса комментируют действия больного: «Сейчас он встанет – он должен идти обедать». Другие больные описывают свои голоса как слышащиеся им собственные мысли; это звучание мыслей можно объяснить нарушенным межлическим общением как видом разговора без партнера.

Значительно реже слуховых встречаются *зрительные галлюцинации*. При шизофрении они качественно иные, чем при органических психозах. Галлюцинаторное видение объектов (например, маленьких и оживленно двигающихся животных) характерно для делирия, при шизофрении это вряд ли бывает. Во время делирия зрительные галлюцинации почти не связаны с другими психическими нарушениями и действуют как случайный патологический продукт нарушенного восприятия, при шизофрении они вплетаются в параноидно-галлюцинаторные переживания: при бреде преследования на высоте параноидного страха больной видит «две черные руки, возникающие из стены» или «голову из кровати». Многие зрительные галлюцинации при шизофрении имеют характер видений; они находятся в переходной области к псевдогаллюцинациям и эйдетическим феноменам.

Как в слуховых галлюцинациях не так существенно услышать, как понять смысл сказанного, так и в зрительных галлюцинациях важнее содержание, чем форма. Больной шизофренией чувствует взгляд и голоса, направленные против него. Таким образом, галлюцинации – это не столько смысловые доказательства, сколько материал для суждений, и поэтому они приводят к тому, что параноидно-галлюцинаторные переживания основываются на нарушениях межлических отношений.

*Обонятельные и вкусовые галлюцинации* в большинстве случаев включаются в страх возможного отравления при бреде преследования. В питье и еде больной обнаруживает своеобразный привкус, он ощущает своеобразные запахи, считая их отравляющими веществами.

Обманы осязаний (*гаптические* или *тактильные галлюцинации*) и телесных чувств (*галлюцинаторные непривычные телесные ощущения*) при шизофрениях часты и многообразны. Больные ощущают на себе воздействие электричества, магнетизма, облучения или другие физические процессы. Они ощущают жжение, уколы, удары, а во внутренних органах – жжение, рези, укусы. Сердечная деятельность нарушена, стул задерживается, моча не отходит; еще больше воздействий направлено на половые органы. Мужчины чувствуют рвущие боли, жжение, отнятие семени, вообще лишение сил. Женщины чувствуют, что их используют, насилуют, бесчестят. Телесные галлюцинации описываются совершенно абсурдным образом. От невротических ипохондрических ощущений, которые тоже описываются гротескным образом, они отличаются некорригируемым восприятием сделанности.

От телесных галлюцинаций отличаются *сенестопатии* (болезненные телесные ощущения, тягостные соматические ощущения), которые также описываются гротескно потому, что они возникают в сходной форме при ипохондрических невротических развитиях, но сенестопатии при шизофрениях не связываются с описанными соматическими жалобами и несколько меньше устрашают больного, чем ипохондрические переживания. Еще обсуждается, следует ли выделять больных с такими расстройствами в отдельную подгруппу (сенестопатические шизофрении по Хуберу).

Галлюцинации в различных областях чувств возникают при остром шизофреническом эпизоде часто комплексно. Больной слышит шаги и угрожающие голоса преследователей, он видит направленные на него взгляды, он чувствует запах и вкус яда. Он испытывает телесные воздействия, и все это объединено во влияние большой банды преследователей. Галлюцинаторно-параноидный синдром не всегда исчерпывается одной темой; часто, особенно на поздних стадиях течения, он теряет единство и становится нестабильным; бредовые представления и галлюцинации возникают непостоянно и с изменчивым содержанием.

В целом галлюцинации мучают больного; если они смягчаются или подавляются лечением, больной чувствует облегчение. Но некоторые больные шизофренией воспринимают галлюцинации как привычные или даже приятные переживания; здесь действуют основные расстройства аффективности, в особенности нарушения Я. Некоторые больные переходят в хроническую стадию, несмотря на существование параноидно-галлюцинаторных переживаний, которые становятся несколько другими в связи с нарастанием дефекта.

Когда у больных затихают бред и голоса, то у них устанавливается душевное равновесие, медикаментозное лечение может устранить параноидно-галлюцинаторную симптоматику, сопровождаемую страхом и ажитацией. Некоторые больные жалуются на лечение их нейролептиками, устраняющее прежде приятные и даже радостные голоса.

**Кататонические симптомы.** Под кататоническими симптомами подразумеваются двигательные и волевые расстройства. В *ступоре* больной едва двигается и не говорит (*мутизм*). При этом он в ясном сознании и бодр, даже в какой-то мере поддается влияниям. Он воспринимает происходящие события, но не может в них участвовать. Об этом можно узнать из более позднего рассказа больного. В ступоре особенно мучительны страх, бред и галлюцинации. Забота о ступорозном больном и его лечение требуют особой осторожности и тонкости.

О *каталепсии* говорят тогда, когда части тела больного можно расположить в желательном, но неудобном положении, и они в нем застывают дольше, чем это способен

сделать здоровый; о *восковой гибкости* – когда при пассивных движениях конечностей чувствуется очень вялое сопротивление. Катаlepsия может появляться и вне ступора. При исследовании больной катаlepsией высоко поднимает руки и оставляет их в каком-то положении (в том числе в неудобном и гротескном положении находятся тело и голова), на длительное время и без дополнительных усилий.

С другой стороны, кататоническими симптомами являются *психомоторное беспокойство* и возбуждение. Больные постоянно в движении, бегают туда-сюда, сгибают ноги в коленях и делают разные гимнастические упражнения. Или же становятся агрессивными, разрушают то, что им попадает под руку, хватаются за больных и персонал или же наносят себе повреждения. В *кататонических состояниях возбуждения* сознание больного может периодически слегка затемняться, что при других видах шизофрении не встречается. Частота сердечных сокращений увеличивается, температура тела повышается (это бывает и при кататоническом ступоре).

*Кататонические гиперкинезы* (в отличие от быстрых некоординированных и нерегулярных хореических гиперкинезов) имеют обычно ритмический характер. Бывают такие *стереотипные движения*: стук пальцами, хлопанье ладошками, кивки головой, изгибание тела, отдергивание туловища, стереотипная ходьба взад и вперед, но с одинаковым числом шагов. В более легких случаях наблюдаются потирание рук, чмоканье губами, гримасничанье (парамимия), многократное отстегивание и застегивание кнопок на платье, определенные стереотипно повторяемые движения ножом и вилок во время еды, мастурбационные стереотипии и т.д. Кататонические стереотипии могут быть связаны с автоматией приказов голосов.

Имеются и стереотипии речи: повторение отдельных бессмысленных слов или фраз (вербигерации), в которых предпочитают неологизмы. Многие из этих автоматизмов напоминают навязчивые действия, от которых их трудно отличить. Типичные проявления навязчивости при шизофрении редки.

Как *манерничанье* или манерность отмечаются определенные позы, которые многие больные шизофренией принимают постоянно или длительно. Так, они имитируют определенную личность или принимают выражение высокомерия или пресыщенности.

*Шперрунг*, который упоминался в разделе расстройств мышления, проявляется и как *задержка стимулов*: больной хочет что-то сделать, но останавливается в середине своего движения (например, протянутая для приветствия рука). Крайняя выраженность шперрунга – это кататонический ступор. В других случаях стимул не столько заторможен, сколько парализован; это – *абулия*, тесно связанная с аутизмом.

Другие шизофренические расстройства импульсов – это *негативизм* и автоматическая подчиняемость. Негативный больной ничего не делает, о чем его просят, делает все наоборот. При неврологическом обследовании он не выполняет нужное задание. Когда к нему обращаются, он отворачивается. При *автоматической подчиняемости* больной выглядит безвольным и некритичным в отношении того, что ему поручают. Он автоматически подражает движениям и действиям тех людей, которые его окружают. Эхопраксией называют повторение движений, эхоталией – повторение чужих слов. Кажется, что у таких больных собственные импульсы заменяются переживаниями чужих импульсов и их механическими повторениями. Негативизм и автоматическая подчиняемость могут сменять друг друга.

*Психодинамически* кататонические симптомы могут интерпретироваться как выражение самой тяжелой психотической угрозы Я при невозможности избежать ее, как паника – в состоянии возбуждения и ступора. Многие стереотипии движений служат самоутверждению (активность Я) при глубоком его нарушении у больного, попытка его осознать и убедить себя, что он еще способен к деятельности (хотя бы и в рудиментарной форме). Больной, который бьется головой о стену, по возникающей боли чувствует, что он еще живой (самоповреждения поэтому не всегда свидетельствуют о суици-

дальних намерениях). Кроме того, гипервентиляцией больной добивается осознания своего живого состояния, если его витальность Я глубоко нарушена (Шарфеттер).

Шперрунг и ступор, негативизм и автоматическую подчиняемость можно рассматривать как крайнее и причудливое выражение нарушенных межлических отношений. Все эти сведения, которые относятся к больным шизофрениками, скорее всего надо рассматривать не как попытку этиологически-патогенетического объяснения болезни, а как оценку смыслового содержания шизофренической симптоматики. Они могут привести к лучшему пониманию больного и его лечению.

Описание многочисленных шизофренических симптомов показывает, что при шизофрении могут затрагиваться все психические функции. Шизофренические симптомы не встречаются все у одного и того же больного и не всегда полно выражены. Частично они объединяются в определенные синдромы; часто изменчивы. Но даже если шизофреническая симптоматика выражена слабо, речь всегда идет о глубоких психических расстройствах – больной переживает «ландшафт смерти души» (Бенедетти).

При развитии шизофрении нарушается психическое единство. Отдельные формы переживаний находятся безотносительно друг к другу или друг против друга. Из-за этой глубокой и обширной дезинтеграции нарушаются отношения Я и мира, особенно межлические отношения. Однако можно видеть, «что здоровая психическая жизнь прячется и продолжается на заднем плане наряду с рациональной направленностью на приспособление к жизненной действительности иррациональной жизни у больного шизофренией. И у здорового идет скрытно и на заднем плане аутистическая жизнь, ... в которой создается свой собственный мир, свое собственное существование, свои собственные желания и надежды, собственные потребности, страхи и опасения ... У больного шизофренией ... фантастическая, иррациональная жизнь переходит те границы, которые устанавливает себе здоровый» (М. Блейлер). В этом и заключается иная, специфическая жизнь больного шизофренией.

**Галлюцинаторно-параноидная форма.** Шизофрении могут начинаться с параноидно-галлюцинаторного синдрома. Часто они имеют предстadium с нехарактерной симптоматикой. Длительное наблюдение показывает, что у 80% хронически больных шизофренией хотя бы однажды в течение болезни появляется бредовая симптоматика.

*Классификация по МКБ 10: F20.0.*

Шизофрении с чисто параноидно-галлюцинаторной симптоматикой начинаются позже других форм. Разгар болезни приходится на четвертое десятилетие, у 35 % еще позже. Если болезнь развивается десятилетия или дольше, говорят о поздних шизофрениях (раньше они причислялись к инволюционным психозам). В таких случаях личность мало меняется, а резидуальные состояния невыраженные; но сама параноидно-галлюцинаторная симптоматика становится хронической. У стареющих и одиноких больных говорят о *параноиде недостаточного контакта*.

**Кататоническая форма.** Острая кататоническая симптоматика дает в целом благоприятный прогноз. Часто наряду с кататонической симптоматикой наблюдаются бред и галлюцинации. При хронически протекающих шизофрениях и при выраженных резидуальных состояниях кататонические симптомы отсутствуют редко. При поздних шизофрениях кататонические формы едва ли встречаются. По МКБ 10 классифицируется как F20.2.

*Эпизодические кататонии.* Это особый тип течения: остро возникающая и резко выраженная кататоническая симптоматика, хорошо поддается терапии, краткая длительность эпизодов болезни. Имеются тенденции к рецидивам, но не к резидуальным состояниям. Эта форма близка к шизоаффективным психозам.

*Злокачественная кататония.* Наряду с кататоническими симптомами при этой форме развивается высокая лихорадка (без явной инфекции), отмечаются расстройства кровообращения, эксикоз, цианоз и иногда геморрагии. Больные или чрезмерно возбу-

ждены (они буйствуют и кричат), или находятся в ступоре с напряженным мышечным тонусом и очевидной аффективной напряженностью (тихое возбуждение). Это состояние угрожает жизни.

Раньше злокачественные кататонии часто были с летальным исходом, отсюда их название: «острая смертельная кататония». При современных возможностях лечения прогноз значительно улучшился. Отграничение от сходных синдромов при энцефалитах и от злокачественного нейролептического синдрома довольно затруднительно.

**Гебефреническая форма.** Определение «гебефренический», с одной стороны, отражает определенную симптоматику, это прежде всего несерьезное, нелепое расположение духа и поверхностность, как и расторможенность, а с другой стороны, это определенный тип течения – начало заболевания в юношеском возрасте и довольно неблагоприятный прогноз. Таким образом, это понятие неоднозначно. Однако симптоматика и неблагоприятный прогноз совпадают. Поэтому правильнее разделить определения «гебефренический» и «гебефрения». Американская психиатрия говорит о дезорганизованном типе шизофрении. *Классификация* по МКБ 10: F20.1.

Характерным для шизофренических психозов в юношеском возрасте является быстро меняющееся поведение между психотически неприспособленным и нормально приспособленным. С таким юношей можно настойчиво поговорить и вывести из психотического поведения и мышления, но, конечно, на очень короткое время. Эта быстрая смена легко порождает впечатление, что пациента нельзя принимать всерьез, а его поведение называется «нелепым».

**Простая шизофрения.** При этой форме болезнь развивается почти незаметно и в своем течении остается недраматической. Не возникает каких-либо острых синдромов с параноидно-галлюцинаторной или кататонической симптоматикой. Постепенно, а вначале для окружающих вряд ли заметно, развиваются ведущие симптомы шизофрении.

Когда больные попадают к врачу, позади у них уже много лет болезни. Они постепенно ослабевают в витальности и динамичности, обращают на себя внимание в конце концов падением инициативы и бессилием, все больше запускают свои дела, слабеют их межчеловеческие связи и вообще их отношение к реальности озабочивает, больные становятся аутичными. Чаще всего показательны расстройства мышления, дополнительные симптомы отсутствуют, хотя могут наблюдаться отдельные бредовые явления и легкие кататонические симптомы, например гримасничанье. Болезнь протекает прогрессивно и приводит, хотя и не без исключений, к выраженным резидуальным состояниям.

При простой форме шизофрении симптоматика редуцируется до основных симптомов. Речь идет не об abortивных формах, а о ядерной группе шизофрении. Возможности терапевтического влияния значительно меньше, чем при шизофрениях с острой манифестацией и с дополнительными симптомами.

*Классификация* по МКБ 10: F20.6.

Легкие формы простой шизофрении нередко обнаруживаются среди *родственников больных шизофренией*, многие из которых никогда не попадают на лечение. В таких случаях говорят о *латентной шизофрении* или *ее стертых формах*. Многие чудачки и отчужденные личности – это латентные шизофреники. Они выделяются в своей среде упрямством, необычным образом жизни и малой приспособляемостью. О латентной шизофрении приходится думать и тогда, когда без видимых причин падает витальность и динамичность, и личность опускается в своем развитии. Это может случиться в пубертате и юношестве, а также в более позднем возрасте.

## **Диагностика эмоциональной сферы у больных шизофренией**

### ***Восприятие и оценка эмоций у больных шизофренией***



Нарушения состояния аффективности различны. Для больных шизофренией характерен такой вид повышенного настроения, который производит впечатление несерьезности и глупости, особенно у молодых больных (так называемые гебефренные формы).

Депрессивные расстройства настроения у больных шизофренией часты и многообразны. Они часто зависят от обстановки больных можно отвлечь и развлечь. Но могут встретиться и глубокие депрессии с суицидальностью. Шизофреническая аффективность характеризуется нестабильностью.

Депрессивные синдромы встречаются при шизофрении особенно в конце острого периода (постремиссионный синдром истощения по Хейнриху).

Страх особенно часто определяет переживания больных шизофренией. В начальной стадии шизофрении это страх перед неизвестным и непривычным в переживаемом психотическом изменении личности. Позже страх больного определяется бредовыми идеями, прежде всего бредом преследования. Эти аффективные нарушения оцениваются как дополнительные шизофренические симптомы. К основным аффективным симптомам относится неадекватная аффективность (паратимия). Состояние эмоций и реальная ситуация не соответствуют друг другу. Эти аффективные расстройства являются признаками шизофренической дезинтеграции: нарушены единство переживаний, согласованность переживаний, согласованность внутреннего состояния и его выражения.

У других больных, особенно в поздних стадиях болезни, преобладают застывание аффекта и бедность модуляций. Это состояние равнодушия и апатии определяется как эмоциональное опустошение и атимия, однако аффекты не угашены. Психодинамически определяется, что больной шизофренией скрывает свою излишнюю чувствительность под маской равнодушия, чтобы защититься от эмоциональных нагрузок, особенно в межличностных отношениях.

Переживания противоречивых эмоциональных реакций или противоположных стремлений называются амбивалентностью (амбитендентностью). У больных шизофренией амбивалентность проявляется иначе, чем у здоровых людей. Больной шизофренией одновременно может любить человека и презирать его.

В отечественной и зарубежной литературе не существует единого представления о структуре (представления) эмоциональных изменений при шизофрении. По утверждению некоторых психиатров (Крепелин Е., 1916; Блейер Е., 1920; Случевский И.Ф., 1951; Andreasen, 1982) их специфика понимается как «тотальное угасание эмоций», «аффективное отупление». «эмоциональное оскудение».

Отношение больных к опыту свидетельствует об определенном эмоциональном снижении. Отсутствует соответствие между количеством полученной информации и положительными эмоциональными реакциями, а также отрицательные эмоциональные реакции на стадии опыта, характеризующейся увеличением количества возможных гипотез. У части больных в процессе опыта все же отмечалось некоторое эмоциональное оживление за счет «игровых» эмоций.

Рассуждения больных в процессе опыта носят характер резонерских, отличаются многословием, отсутствием содержания, отрывом от реальной ситуации. Часто больные в своих рассуждениях привлекают категории высшей математики, философские, хотя выполнение задания этого не требует.

Полученные данные демонстрируют наблюдающиеся у больных шизофренией расстройства такой стороны познавательной деятельности, как логический ход анализа и оценки информативности стимулов при опознавании зрительных образов. Причем эти расстройства тесно связаны с характерными для больных шизофренией нарушениями мышления и аффективно-личностными нарушениями.

Для диагностики шизофрении важно исследование эмоциональных проявлений обследуемого. Характеристика эмоциональной сферы больных в клинике обычно явля-

ется результатом субъективной оценки врачом поведения больного и его взаимоотношений с окружающей средой. В связи с этим понятно значение возможности объективно регистрировать в патопсихологическом эксперименте эмоциональные расстройства у психически больных, в первую очередь у больных шизофренией. Особенно трудно бывает оценить эмоциональность больных с еще не сформировавшимся грубым эмоциональным дефектом, при нерезко выраженных явлениях эмоционального уплощения («неопределенный тип аффекта», по Я. П. Фрумкину и И. Я. Завилянскому, 1970).

Впечатление об эмоциональных особенностях обследуемого складывается в процессе самого экспериментально-психологического исследования, даже без применения специальных методик. При этом учитывается характер установления контакта с обследуемым, его отношение к ситуации исследования, интерес к оценке исследующим его решения. Больные шизофренией часто безразлично относятся к патопсихологическому исследованию, замечание исследующего о неправильности избранного модуса решения заданий не влияет на дальнейшую деятельность больного. Эмоциональные расстройства, наряду с искажением процесса обобщения, играют определенную роль в том, что ошибочные суждения больных шизофренией в эксперименте не корректируются.

Несколько отличаются результаты исследования методикой ТАТ больных шизофренией, осложненной алкоголизмом (В. М. Блейхер, Т. М. Красовицкая, 1980). Атипичность протекания шизофрении в этих случаях, по мнению большинства исследователей-клиницистов, заключается в меньшей выраженности личностного ущерба, в относительной сохранности эмоциональной сферы. У больных шизофренией, осложненной алкоголизмом, рудиментарны такие основные шизофренические симптомы, как аутизм и эмоциональная тупость, нередко у них проявляется своеобразная синтонность, относительно сохранна практическая приспособляемость. Эти клинические особенности были подтверждены экспериментальными данными. При исследовании методикой ТАТ у этих больных отмечалась известная эмоциональная сохранность, у них не наблюдались характерные для больных шизофренией с такой же давностью заболевания, но без алкогольной патоластики, лаконично-формальные «застывшие» сентенции. В то же время в рассказах по рисункам ТАТ проецировались болезненные переживания больных, особенно бредового характера. Так, по таблице, на которой изображены двое сосредоточенных мужчин – пожилой и молодой, больной составляет рассказ, лейтмотивом которого является тема заговора. В рассказах находило отражение отношение к ним больного – беспечно-эйфоричное или, наоборот, брюзгливо-недовольное. Отдельные суждения больных носили характер резонерских, однако в целом определение рисунка через краткую резонерски-формальную сентенцию не наблюдалось. Лексика обследуемых включала характерные для страдающих алкоголизмом колоритные жаргонные слова, что иногда придавало рассказу налет алкогольного юмора. Таким образом, исследование обнаруживало своеобразный сложный «сплав» личностных свойств, присущих как шизофрении, так и алкоголизму, при известном смягчении первых.

Т. Н. Бояршинова (1975) обнаружила при исследовании методом ТАТ у больных вялотекущей шизофренией своеобразное «убывание формальности» в сюжетах рассказов по мере течения заболевания: от совершенно конкретного рассказа – к шаблонной стандартной последовательности определенных действий и далее к лишенному причинно-следственных связей рассказу.

Эмоциональное снижение у больных шизофренией обнаруживается и при предъявлении им юмористических рисунков. Чувство юмора является одной из наиболее сложных, обобщенных форм эмоциональных проявлений, выявляющих личностные свойства человека, его отношение к ситуации (С.Л. Рубинштейн, 1940, 1976). Нарушения чувства юмора у больных шизофренией связываются со своеобразным расщеплением интеллекта и эмоций (А.С. Познанский, В.В. Дезорцев, 1970).

Наиболее рано нарушается юмористическое отношение к жизненным ситуациям, не являющимся, по С. Л. Рубинштейну, «претенциозно-юмористическими». В известной мере это связано с недостаточной самокритичностью и проявлениями аутизма. Относительно длительное время более сохранным оказывается восприятие явно юмористической продукции, например карикатур.

Нарушения чувства юмора при шизофрении достаточно разнообразны. В ряде случаев они носят парциальный характер – отдельные юмористические рисунки интерпретируются правильно, тогда как другие воспринимаются формально, поверхностно. При значительной выраженности психического дефекта расстройства чувства юмора носят более общий характер. Однако и в этих случаях больные по стиливым особенностям рисунка могут правильно определить его жанр, но они не улавливают комизм ситуации. Исходя из определения жанра рисунка и пытаясь его интерпретировать как юмористический, больные нередко в качестве комических воспринимают детали и элементы сюжета, в действительности индифферентные в этом плане.

Особые затруднения у больных шизофренией вызывают серии рисунков, для правильного развития сюжета в которых требуется известная ретроспекция, перекомпоновка отдельных фрагментов в соответствии с цельностью сюжета, что может быть объяснено изменением мотивационного аспекта процесса восприятия. Восприятие лишается своей целенаправленности.

Нарушения эмоциональной сферы в форме обеднения и снижения эмоций являются важнейшим диагностическим критерием шизофрении и служат одной из основных причин социальной дезадаптации больных.

В экспериментальной психологии времени установлены некоторые общепризнанные закономерности интервалов времени в зависимости от их характеристик. Они зафиксированы в законах восприятия времени (С.Л. Рубинштейн) – законе заполнения временного отрезка и законе эмоционально-детерминированного временного отрезка. Общей является также и закономерность, фиксирующая недооценку при отсроченном оценивании по сравнению с непосредственным. Исходя из этого, необходимо решение следующей задачи: изменяется ли, а если изменяется, то как (только в степени выраженности или качественно) действие этих законов в случаях психической патологии – шизофрении – по сравнению с нормой. Для ее экспериментального решения использовался метод вербальной оценки интервалов времени. Оценке подлежали широко используемые противоположные по своим семантическим характеристикам интервалы: интересный и неинтересный, заполненный и незаполненный, непосредственно и отсрочено оцениваемый. Для моделирования объектов субъективно интересного интервала времени испытуемым предлагалось вспомнить и рассказать о каком-либо интересном, запомнившемся событии своей жизни; после окончания рассказа предлагалось оценить его время. Оценка неинтересного интервала проводилась после аналогичного рассказа о событиях первой половины дня эксперимента. Незаполненный интервал – это тот, который испытуемые оценивали, не контактируя с экспериментатором, отдыхая после очередного задания. Запомненный интервал моделировался введением в эксперимент несложной графической деятельности по рисованию геометрических фигур. В качестве материала для непосредственно и отсрочено оцениваемых интервалов времени испытуемым предлагалось два варианта методики «Исключение» одинакового уровня сложности. Время выполнения первого варианта оценивалось сразу же, второго – ретроспективно, спустя 12 минут после его завершения.

При психической патологии искажаются нормальные, свойственные здоровым испытуемым, закономерности оценки интервалов в зависимости от их характеристик. Так, например, в противоположность норме, интересный интервал существенно переоценивается больными шизофренией, искажаются различия в степени пере- и недооценки заполненного и незаполненного интервалов (больные шизофренией). Характер-

ны и изменения соотношения в оценке противоположных интервалов. Так, опять-таки, в противоположность норме, для больных шизофренией свойственно изменение переоценки неинтересного интервала по сравнению с недооценкой интересного на обратные отношения, обнаружены и такие изменения оценки различных интервалов. Так, для больных шизофренией доминирующим в этом плане является резкое изменение соотношения оценок интересного и неинтересного интервалов при нивелировке различий в оценке заполненного и незаполненного интервалов и относительной сохранности в соотношении оценок непосредственно и отсрочено оцениваемых интервалов.

Так, комплекс специфических для больных шизофренией нарушений, в частности, существенное искажение соотношения оценок интересного и неинтересного интервалов является следствием снижения их сензитивности к содержательной стороне оцениваемых интервалов, снижения эмоционального отклика на него (Ю.Ф. Поляков, М.О. Гуревич).

Изучалась способность больных шизофренией к правильной оценке собственных положительных и отрицательных эмоций.

Для этой цели используется непосредственный самоотчет испытуемых о выраженности у них четырех базальных эмоций – печали, страха, гнева и радости – и сопоставленные с надежным и валидным опросником Рабиновича. Оказалось, что у больных шизофренией по мере нарастания дефекта снижается точность оценки собственных положительных эмоций. Отрицательные оценки оценивались больными шизофренией более точно.

Данные опросника Рабиновича позволили нам охарактеризовать эмоциональность испытуемых. С этой целью подсчитывались показатели положительных эмоций  $\mathcal{E}^+$  (значение эмоции радости) и показатели отрицательных эмоций  $\mathcal{E}^-$  (среднее арифметическое значение печали, страха и гнева).

По мере нарастания дефекта у больных шизофренией снижается частота и интенсивность положительных эмоций. Склонность же к переживанию отрицательных эмоций возрастает у больных шизофренией незначительно.

У больных шизофренией отмечается нарушение когнитивного аспекта положительных эмоций при относительной сохранности когнитивного аспекта отрицательных.

Так, на больных изучалось воспроизведение слов с эмоционально-положительными или эмоционально-отрицательными значениями при произвольном запоминании. С испытуемыми дважды проводился ассоциативный эксперимент. Первый раз им предъявлялся список из 10 слов, ассоциирующихся с переживанием радости и 5 нейтральных слов. Во втором списке фигурировали слова, связанные с представлением горя.

Оказалось, что по мере нарастания дефекта у больных шизофренией снижается эффективность воспроизведения слов как с положительными, так и с отрицательными значениями. Частотный анализ подтверждает это наблюдение: в норме испытуемые лучше запоминают слова с отрицательными значениями; среди больных число лиц с такой структурой эмоциональной памяти возрастает до 52%.

По мере нарастания дефицитарных расстройств у больных шизофренией снижается точность оценки и адекватность восприятия эмоциональных ситуаций и собственных эмоций положительного знака, нарастают патологические тактики поведения в положительных эмоциональных ситуациях, снижается продуктивность запоминания положительных эмоциональных символов. Эти результаты можно интерпретировать как признаки снижения частоты и интенсивности положительных эмоций, повышения порогов их возникновения. Отрицательные эмоции остаются у больных шизофренией с чертами дефекта относительно сохранными. Однако сохранность отрицательных эмоций у больных шизофренией носит относительный характер. Отсутствие компенсаци-

рующего влияния положительных эмоций может вызвать у них патологические тактики поведения, повышенную агрессивность, повышенную чувствительность к конфликтам.

### *Интерпретация пятен Роршаха больными шизофренией.*

Из проективных тестов при шизофрении применяется прежде всего тест Роршаха. Наиболее частые симптомы при этом: негативизм в виде отказа от задания, колебания между хорошими и плохими определениями форм, слабая внушаемость, эгоцентричность, контаминации. Но эти признаки для шизофрении не облигатны и не специфичны.

Тест Роршаха позволяет вскрывать латентный страх у больного шизофренией, у которого напряженность и аутизм перекрывают аффективность. У других больных тест Роршаха выявляет неизвестные прежде бредовые установки.

Пиотровски и соавторы предложили для диагностики шизофрении «альфа-формулу». Согласно этой формуле, пяти показателям теста даются различные оценки в зависимости от их абсолютных величин, а в дальнейшем подсчитывается суммарная обобщенная оценка. Авторы утверждали, что предложенная ими формула с надежностью позволяет диагностировать шизофрению, но их гипотеза поддержки не получила.

Особенности толкования пятен Роршаха больными шизофренией можно разделить на четыре группы.

1. Изменения ряда количественных показателей: увеличение М (у параноидных больных), низкий F+%, низкий Р, увеличение количества низкодифференцированных цветовых ответов (С, CF, названий цвета, цветовой символики), преобладание целостных ответов с плохой формой W), укороченное время реакции.

2. Появление качественных особенностей, характеризующих измененный способ восприятия: отказы на «легкие» таблицы либо их необычное восприятие, большой диапазон различий в четкости формы, склонность к даче указаний на редкие детали dr, текучесть перцепций, конфабуляции, смещение фигуры и фона с плохой формой.

3. Патологические вербализации, отражающие расстройства мышления: ответы по количеству и положению, фабулизации, фабулизованные комбинации, контаминации, аутистическая логика, символические и абсурдные ответы, неологизмы, ссылки на себя, толкование абстракций и др.

4. Отклонения в содержательной стороне ответов, свидетельствующие о тревоге, враждебности, агрессии, ипохондрических установках и сексуальных расстройствах.

Особенности трактовки пятен Роршаха у больных **бредовыми формами** шизофрении определялись острыми аффективно-бредовыми состояниями в рамках рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофрении. У этих больных на фоне депрессии или гипоманиакального аффекта появлялись тревога, страх, растерянность, бредовые идеи особого значения, отношения и преследования.

У больных с **острыми аффективно-бредовыми расстройствами** с преобладанием депрессивно-параноидного и маниакально-бредового синдромов напоминали таковые у больных простой формой шизофрении, но отличались от них большей необычностью и неустойчивостью восприятия и большей выраженностью расстройств мышления. Главное, что отличало их интерпретации пятен Роршаха – это необычность, странность их восприятия и обилие патологических вербализаций. Часто определялись конфабуляторные ответы.

По сравнению с больными в остром аффективно-бредовом состоянии больные в положении **ремиссии** давали меньше ответов, меньше указаний на необычные детали, на движение и на цвет. У них отмечался более высокий процент ответов с четкой формой, большее количество ответов по животным и популярным, увеличивалось количество персевераций.

Значительно уменьшилось количество патологических феноменов. Из последних

чаще всего встречалось смешение фигуры и фона.

У этих испытуемых в период ремиссии после перенесенного острого парафренного приступа в рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении определялось много целостных ответов, основную часть которых составляли интерпретации с плохой формой. Процент ответов с четкой формой оставался низким. Увеличивалось количество ответов по животным, появлялось большое количество персевераций.

Больные **прогредиентной** шизофренией с систематизированным персекуторным бредом. В наблюдениях он проявлялся синдромом **Кандинского-Клерамбо**, при котором бред преследования и воздействия сочетался с псевдогаллюцинациями и явлениями психического автоматизма. Больные утверждают, что соседи, цыгане, «шайки», «агенты КГБ», «телепаты» преследовали их и оказывали на них влияние посредством гипноза, ультразвука, лазера. Они жалуются, что преследователи воздействуют на их чувства, изменяли их настроение, узнавали их мысли и сообщали об этом окружающим, давали им мысленные команды. Им казалось, что преследователи вызывают у них спазмы в груди, «отслойку сетчатки» и «расщепляют мозги».

В целом, роршаховские протоколы у больных этой группы ничем не отличаются от протоколов здоровых взрослых испытуемых. Эту способность больных параноидной формой шизофрении к «нормальной» интерпретации пятен Роршаха отмечал Лехман.

Больные параноидной шизофренией с хроническим парафренным синдромом. Это состояние развивалось на поздних этапах заболевания, спустя десятилетия от его начала. На первый план у этих больных выступали фантастические идеи величия и высокого происхождения, конфабуляторные и псевдогаллюцинаторные переживания. Больные называли себя детьми и внуками известных людей, обладателями несметных богатств, большими учеными, разгадавшими великие тайны природы и обеспечившими бессмертие всех людей на Земле, религиозными и государственными деятелями, волшебниками, королями, богами, создателями «мировой космической цивилизации». Все больные с данным синдромом обнаруживали кататонизацию моторной сферы, эмоциональное опустошение и разноплановость мышления.

При трактовке пятен Роршаха больные этой группы дают мало ответов, которые характеризуются большим количеством целостных интерпретаций, низким процентом ответов с четкой формой, уменьшением количества кинестетических интерпретаций, увеличением количества персевераций

Как и у больных с острыми парафренными состояниями, есть контраст между фантастичностью бредовых идей и бедностью содержательной стороны ответа. Эту особенность, т. е. крайне бедную продукцию в ответах на таблицы Роршаха у больных шизофренией с пышным фантастическим бредом, отмечал Ю. С. Савенко.

Роршах полагал, что тенденция к даче целостных ответов соответствует стремлению больных к систематизации бредовых идей.

Вайнер, наоборот, считал, что тенденция усматривать в таблицах мелкие и необычные детали свидетельствует о чрезвычайной чувствительности больных к тонким нюансам своего окружения и склонности приписывать особое значение совершенно незначительным событиям.

По мнению Матуссека, при остром чувственном бреде больные выделяют отдельные составные части восприятия из их естественной взаимосвязи, фиксируются на частностях, застывают на рассмотрении определенных объектов восприятия и не могут перевести взор на другие объекты.

По данным Швартца и Винстеда, больные параноидной формой шизофрении более быстро, чем здоровые испытуемые, осуществляют переработку зрительных паттернов, связанных только с высокими пространственными частотами; во всем остальном их способы переработки зрительной информации не отличаются от нормальных.

В целом, сопоставляя полученные данные, можно предположить, что больные с

параноидным бредом в своем восприятии чаще используют высокие пространственные частоты, больные с парафреническими синдромами – низкие пространственные частоты, а у больных с аффективно-бредовыми приступами наступает дезорганизация восприятия, для которой характерна частая смена разных видов пространственных частот.

Такие патологические феномены как: фабулизации, невозможные и маловероятные комбинации, неадекватную активность, фабулизованные комбинации, символические, абстрактные ответы, аутистическую логику, абсурдные и неопределенные ответы, резонерство, амбивалентность, ссылки на предыдущий ответ и на себя, указания на необычные части людей и животных – следует отнести к нарушениям мышления. В этих феноменах мало внимания уделяется конкретным характеристикам пятен либо увиденное трактуется чересчур буквально. Это проявляется в игнорировании формы и величины пятен, соотношений между ними, чрезмерной обобщенности или, наоборот, в конкретности и эгоцентричности мышления больных.

Что касается конфабуляторных ответов у больных шизофренией, то в этом феномене могут проявляться как расстройства восприятия, так и нарушения мышления. Некоторые из них сходны с конфабуляторными расстройствами, возникающими при правосторонних очагах поражения у больных с органическими заболеваниями мозга, и близки к зрительным агнозиям. Но большинство конфабуляторных ответов у больных шизофренией относятся к конфабуляторным distortions и обусловлены нарушениями мышления.

Группа патологических феноменов: указания на тревогу, агрессию, деструкцию и кровь – относится исключительно к категории содержания и отражает аффективную напряженность больных с острыми аффективно-бредовыми психозами.

В целом особенности интерпретации пятен Роршаха при бредовых формах шизофрении отражают особенности их клинической картины: при аффективно-бредовых приступах – нарушения зрительной перцепции, мышления, аффективные расстройства, при всех парафренических синдромах – определенную органическую недостаточность, а при систематизированном интерпретативном бреде – отсутствие зрительных расстройств, склонность к детализации и выраженную тенденцию к стереотипиям.

При **острой шизофрении** Бинсвангер описал разные типы изменений показателей теста Роршаха. У одной группы больных он отметил малое количество ответов, отказы, коартативный тип переживания с малым количеством цветовых ответов, у другой, напротив, – очень много ответов, экстратензию, большое количество конфабуляторных ответов и персевераций, а в содержании – указания на глаза, анатомию человека, кровь и сексуальные ответы.

При **острой неклассифицированной шизофрении** Раппорт и соавторы наблюдали расширенный тип переживания, т. е. относительно большое число как кинестетических, так и цветовых ответов, сексуальные интерпретации и большое количество патологических вербализаций. Можно предположить, что в этих случаях речь шла об аффективно-бредовых состояниях.

У больных **галлюцинаторно-параноидной** формой с симптомами психического дефекта Л. Ф. Бурлачук наблюдал большое количество целостных ответов с плохой формой, конфабуляторные интерпретации, снижение количества популярных ответов, отсутствие кинестетических интерпретаций, склонность к персеверациям и случайным ассоциациям, отсутствие цветовых ответов, бедность содержания и отсутствие указаний на человеческие образы.

У больных **хронической шизофренией с дефектной симптоматикой**, Колманн-Джоес и Колман отметили у них нарастание психоорганических признаков в виде персевераций и других индикаторов стереотипии.

В ответах на пятна Роршаха больные с **психопатоподобной** формой шизофрении обнаруживали отчетливо выраженную активность. Они охотно включались в работу,

давали нередко развернутые многословные ответы. Общее количество ответов было примерно таким же, как у здоровых испытуемых, отмечалось разнообразие способов восприятия, часто выделялись фрагменты белого фона. В ряде наблюдений отмечались интерпретации с указаниями на необычно выделенные части фигур животных и людей.

В целом различия в интерпретации пятен Роршаха апатических и психопатоподобных расстройствах во многом противоположны друг другу. Больные с апатическим деффектом дают мало ответов, ориентируются на все пятно, не выделяя необычных деталей и фрагментов белого фона. У них определяется малое количество ответов по движению, много отказов персевераций, бедность содержательной стороны ответов, редкость патологических феноменов.

Напротив, больные с психопатоподобными изменениями личности дают много ответов и среди них много указаний на движение и цвет. У них не бывает отказов и встречается относительно мало персевераций. Содержательная сторона их ответов нередко отличается образностью и некоторой вычурностью, с обилием патологических вербализаций. Вместо этого увеличивается количество указаний на необычные детали и фрагменты белого фона.

Больные психопатоподобной шизофренией реже, чем здоровые лица, выделяют в пятнах Роршаха наиболее вероятные обычные детали и чаще здоровых лиц указывают на маловероятные необычные детали. Тенденция к актуализации сведений и свойств, мало используемых здоровыми людьми, при интерпретации пятен Роршаха выражается в многочисленных патологических феноменах, а в практической деятельности – в странности суждений и поведения и в избирательной аутистической активности.

Заключения Ю. Ф. Полякова были основаны на изучении познавательной деятельности больных главным образом психопатоподобной шизофренией и были распространены на всю группу больных шизофренией в целом.

Медник показал, что высокий уровень побуждений у больных шизофренией ведет к появлению необычных и «отдаленных» ассоциативных ответов.

Пейн отметил зависимость особенностей восприятия и мышления при разных формах шизофрении от степени корковой возбудимости. Полученные данные позволяют предположить, что при простой форме шизофрении активизация или, напротив, ослабление психической активности предопределяют формирование двух различных когнитивных синдромов со свойственными каждому из них особенностями восприятия и мышления.

## **1. Шизофрения**

### **1. Испытуемый М-28.**

F = 66%; F<sup>+</sup> = 79%; A = 39%; P = 14%; RI = 4; M:C = 1:9 (экстратензивный тип переживания); средний цветовой тип; тип восприятия W-D. Средний уровень формы 0,76, персеверация 18%; стереотипии – 5, контаминации – 4, указаний на симметрию – 2, сексуальный ответ – 1, перевёрнутый ответ – 1, конфабуляция – 1, конфабуляторная комбинация – 1, символический ответ – 1, ответ с агрессией – 1

### **Заключение**

В этом протоколе поражает необычность ответов, большое количество персевераций и стереотипии, ответы бессмысленные. В ответах присутствуют повторения, называние частей целого. Очень мало ответов Н, что говорит о нарушении контакта с людьми. Отсутствие ответов на «цветные» карты является не только проявлением торможения чувствительности, но и свидетельствует о психотическом оупении, например при шизофрении. Малое количество Р-ответов говорит о недостаточной интеллектуальной приспособленности. Чувствительность испытуемого контролируется интеллектом. Средний интеллектуальный уровень. Большое количество D свидетельствует о хорошо развитом чувстве действительности. Преобладание W над M говорит о чувственной незрелости. У испытуемого много ответов Oг<sup>-</sup>, по статистике это характерно для шизоф-



рении. На интеллектуальную активность испытуемого оказывают достаточное влияние эмоциональные раздражители, идущие от окружения.

Испытуемый легко поддается неприятным дисфорическим состояниям. Контаминированные W свидетельствуют о шизофрении. Большое количество FC указывают на тревогу. О шизофрении также свидетельствует частое повторение ответов At, большое количество стереотипии и персевераций. Потеря контроля над действительностью проявляется в странных, абсурдных, непонятных ответах. Слабое содействие с окружением.

### **Острый парафренный приступ**

#### **2. В-27.**

##### **Заключение**

Отмечается низкая степень интеллектуального приспособления, согласия с окружением. Заинтересованность людьми, их чувствами. Интеллектуальная согласованность. Способность вчувствования в других людей, идентификация с ними. Невнушаемость. Общественно адаптированная чувствительность, контролируемая интеллектом. Недостаток практичности, реализма. Развитое воображение. Повышенная эмоциональность. Чувственная незрелость. На момент обследования отмечено агрессивно-тревожное состояние. Повышенная чувствительность к критике.

### **Острый парафренный приступ**

#### **3. С-40.**

##### **Заключение**

Выявлен средний интеллектуальный уровень развития. Достаточное количество P говорит об интеллектуальной приспособленности. Высокий уровень D указывает на хорошо развитое чувство действительности и на лёгкость общения с другими. Этот человек недостаточно заинтересован людьми, о чём говорит низкий процент H. Воображение небогатое. Отмечена психическая незрелость. Интеллект контролирует эмоции, вследствие этого – низкая эмоциональность. Большое преобладание W над M говорит о чувственной незрелости. Из-за высоко развитого чувства реальности честолюбивые жизненные планы испытуемого реализуются в действительности. Отмечена умственная заторможенность при достаточно развитом интеллекте. Есть тенденция к усилению эмоциональной заторможенности. Очень большое количество чистых F свидетельствует об убогости внутренней жизни. Чрезмерное количество ответов «животного» содержания указывает на умственную негибкость, интеллектуальную бедность, умственную лень. Но не отвергается и оригинальность мышления. Соотношение W:M = 3:1 указывает на то, что жизненный размах испытуемого и его зрелость стоят на одном уровне. Усилен контроль над своими реакциями. Отмечена повышенная чувствительность к критике. В момент обследования у испытуемого возможно был острый приступ шизофрении.

*Ремиссия после острого парафренного приступа*

#### **4. К-13.**

##### **Заключение**

Судя по небольшому количеству W ответов мы можем говорить, что человек находится в состоянии депрессии, либо – это слабоумие, либо у него – простая форма шизофрении. Отмечается оппозиционная установка, о чём говорит реакция на белый фон. Малый процент W указывает на низкую степень интересов в поисках взаимосвязей между отдельными фактами опыта. Ответы на белый фон с хорошими формами, что следует рассматривать как проявление пластичности, гибкости и оригинальности мышления, но нельзя говорить о зрелости мозга. Отмечается достаточно чёткий ассоциативный процесс при одновременно устойчивом внимании и концентрационной способности. Предположительно наличие «острого дара наблюдения». Аффект – стабилен. По характеру кинестезии отмечается направленность на внешний мир. Отсутствие эмпатии.

тии. Возможна изоляция от окружения. Наличие творческих задатков не отвергается. Внутренняя активность сочетается с эмоциональной лабильностью и некоторой степенью внушаемости. Большой процент F свидетельствует о недостаточно дифференцированном интеллекте или бедной личностной организации. Отмечается стереотипия мышления. Наблюдается странное явление: девочка внутренне тянется к внешнему миру, но под воздействием определённых факторов одновременно отгораживается от него. У неё импульсивная жизнь и система ценностей не влияют друг на друга. Можно сделать вывод о наличии острожно адаптируемой и сознательно контролируемой аффективности.

Достаточно низкий процент F<sup>+</sup>%, уменьшение числа как кинестетических, так и цветовых ответов, высокий A%, обеднённый тип восприятия D-Dd, преобладание частей человеческих фигур над целыми человеческими образами, тенденция к даче неопределённых ответов, анатомических указаний, персевераций, наличие одной патологической вербализации свидетельствует о простой форме шизофрении с систематизированным интерпретативным бредом.

О систематизированном интерпретативном бреде свидетельствуют:

- 1) низкий W%;
- 2) F<sup>+</sup>% ниже нормы;
- 3) высокий A% (стереотипия мышления);
- 4) норма P%;

#### **5. И-28.**

##### **Заключение**

У больного с психопатоподобной шизофренией, с глубокой аутизацией личности при огромном количестве ответов отмечается относительно высокий удельный вес целостных интерпретаций (41 %) и большое количество (20 %) ответов группы Dd, много указаний на движение, цвет и светотень. Большое количество патологических феноменов (50) и персевераций свидетельствуют о нарушениях мышления и эмоциональных расстройствах.

#### **6. Д-23.**

##### **Заключение**

Диагноз: шизофрения юношеская. Апатико-абулический дефект. У больного определяется высокий удельный вес целостных ответов с плохой формой, отсутствие ответов на обычные детали, низкий показатель процента ответов с четкой формой, отсутствие кинестетических ответов, один отказ. Содержательная сторона ответов очень бедна: все они относятся только к двум категориям – животным и растениям. Чрезвычайно высок удельный вес персевераций.

#### **7. Т-47.**

##### **Заключение**

Шизофрения приступообразно-прогредиентная, тревожно-депрессивный синдром. У больной отмечаются необычно высокий удельный вес интерпретаций группы Dd (36%), снижение процента ответов с четкой формой, большое количество указаний на движение и цвет и 40 патологических феноменов, свидетельствующих о расстройствах мышления.

#### **8. В-42.**

##### **Заключение**

Шизофрения параноидная. Непрерывное течение. Синдром Кандинского-Клерамбо. У больного прогредиентной шизофренией с идеаторными, сенсорными и моторными автоматизмами трактовка пятен Роршаха близка к таковой у здоровых испытуемых.

##### **Заключение**

**Параноидная шизофрения.**

## **Мы представили вам исследование, которое проводилось на больных шизофренией с использованием теста Роршаха.**

Эти исследования нужно проводить в совокупности с клиническим методом обследования больного, т.е. клинический диагноз шизофрении подтверждается патопсихологическим. И только на основании совпавших данных правомерно ставить диагноз шизофрении. Наибольшая эффективность теста выявляется на ранних стадиях заболевания. Чем быстрее будет проведена диагностика, тем своевременнее начнется лечение.

### **Детские психозы**

Детские психозы представляют собой смешанную группу тяжелых расстройств с грубыми отклонениями от ожидаемых соц. и интеллектуальных возрастных норм. Детский аутизм и детская шизофрения – два наиболее распространенных психотических расстройства детского возраста.

Почти каждый аспект проблемы психозов детского возраста – от названий и критериев определения до интерпретации механизмов и тактики лечения – отмечен разногласиями. Несмотря на существующие противоречия, проявления психотических расстройств всеми описываются как «глубокие», «всепроникающие» и «тяжелые». Не подвергается также сомнению, что эти заболевания длятся на протяжении всей жизни, хотя небольшой процент больных и демонстрирует существенные улучшения. Неблагоприятные исходы болезни связывают с низкими (соответствующими умственной отсталости) показателями теста интеллекта, проводимого во время постановки диагноза, отсутствием речевых навыков до 5-летнего возраста, проявлением признаков психоза в возрасте до 10 лет и обнаружением у детей интроверсии, робости и заторможенности еще до появления трудностей.

Симптомы аутизма и детской шизофрении в значительной мере перекрывают друг друга. Группа британских психиатров предложила девять признаков, характеризующих эти и др. формы детских психозов.:

1. Серьезные устойчивые нарушения межличностных отношений. Они приобретают форму ухода в себя при аутизме и обсессивной привязанности (часто к матери) при детской шизофрении.

2. Видимое отсутствие сознания личной идентичности, проявляющееся в гротескных позах и нанесении себе увечий.

3. Повышенный интерес к неодушевленным объектам и необычные действия с ними, часто без понимания их обычной функции.

4. Крайнее сопротивление к переменам любого рода и ритуалы, направленные на поддержание однообразия.

5. Патологическое восприятие, приводящее к преувеличенным, дефицитарным или непредсказуемым реакциям на сенсорную стимуляцию. У ми. пациентов имеются нарушения концентрации внимания и отсутствие реакций на окружающую обстановку.

6. Повышенная, острая, неадекватная тревога; в некоторых случаях – панический страх обычных предметов домашнего обихода.

7. Тяжелые нарушения речи – обычно потеря или задержка развития речевых навыков. Речь некоторых пациентов неадекватна, напр. они неправильно используют местоимения или не пользуются флексиями.

8. Нарушения моторики, в том числе судорожные спазмы, обездвиживание, гиперактивность и манерные стереотипии. Часты попытки аутостимуляции в виде вращения корпуса, хождения на цыпочках, хлопанья в ладоши и раскачивания, в особенности в условиях относительной моторной депривации в мед. учреждениях.

9. Общая задержка развития интеллектуальных навыков. Свыше 50% больных постоянно остаются на сниженном уровне развития. Однако дети с аутизмом иногда демонстрируют нормальное или даже высокое интеллектуальное функционирование в

специфических областях, таких, например, как память, музыка или арифметика – способности, редко наблюдаемые у детей с шизофренией.

Эти девять признаков наблюдаются не исключительно при психозах и не у всех детей с диагнозом психоза. На практике часто трудно отличить психотические расстройства от задержки умственного развития, органического повреждения мозга и симптомов, сопровождающих слепоту или глухоту.

Помимо нарушений соц. приспособления и интеллекта есть и др. ключевые признаки дифференциального разграничения аутизма и детской шизофрении. Симптомы аутизма типично выражены с самого начала жизни, в то время как ребенок с шизофренией обычно выглядит нормальным до определенного момента, который наступает после первых 30 месяцев жизни (вплоть до 12-летнего возраста). Аутичный ребенок прилагает немало усилий, чтобы сохранить сложившийся распорядок жизни, тогда как ребенок, больной шизофренией, иногда совершенно не заинтересован в этом. У ребенка с аутизмом развита моторика, в то время как при шизофрении наблюдаются нарушения координации и равновесия. Ребенок с аутизмом демонстрирует повышенный интерес к механическим объектам, которые не вызывают аналогичного отношения у пациентов с шизофренией. Окружающую обстановку больные аутизмом скорее игнорируют, тогда как больные шизофренией обнаруживают спутанность в ее восприятии.

Существует также характерная разница в социальном происхождении больных аутизмом и шизофренией. Дети с аутизмом – выходцы из семей, принадлежащих к относительно высоким слоям общества, в роду у них низкая представленность случаев шизофрении. Дети с шизофренией – преимущественно выходцы из бедных семей и имеют повышенный уровень наследственной отягощенности шизофренией.

### ***Этиология***

Согласно большинству теорий, детская шизофрения имеет сходство со взрослым вариантом, что предполагает действие одних и тех же этиологических факторов в обоих случаях. Современные теории подчеркивают роль биохимических отклонений (в особенности, церебрального обмена дофамина). В некоторых случаях решающую роль играет генетический фактор, запускаемый стрессом. Хотя не все пациенты с детской шизофренией имеют признаки повреждений мозга в процессе родов, у них выявляется более высокий процент родовых осложнений и других признаков патологии нервной системы.

При аутизме – особенно в случаях, где симптомы выражены с младенчества, – исследователи предполагают церебральную патологию вследствие наследственной отягощенности или осложнений при родах. Не все согласны в том, что это за патология, присутствует ли она во всех случаях, вовлечены ли одновременно нескольких областей мозга. Тем не менее, есть данные об участии таких факторов, как пренатальные инфекции (например, краснуха), наследственные неврологические расстройства, кровотечения во время беременности и неизвестные генетические расстройства.

Исследователи факторов внешней среды редко различают между собой аутизм и шизофрению в детстве, считая их в принципе одним и тем же расстройством.

Родители психотических детей представляют собой далеко не гомогенную группу. У родителей больных шизофренией часто выявляется патология, включающая психозы, шизоидность и интроверсию. Однако нет очевидного подтверждения того, что расстройства у родителей предшествуют нарушениям у их потомства и провоцируют именно эти нарушения. У родителей детей с аутизмом не выявляются шизофрения и шизофренические симптомы. Имеющиеся у них психол. расстройства, по-видимому, чаще всего вызваны рождением аутичного ребенка или отношением работников здравоохранения, возлагающим вину за болезнь ребенка на родителей.

### ***Терапия***

Авторы, считающие, что это проблема главным образом органическая, основываются и на соматическом, и на психопедагогическом лечебных подходах. Гормоны тиреоидных, мощная витаминотерапия и другие лекарства могут обеспечить облегчение симптомов, особенно бессонницы, гиперактивности и агрессивности. Программы перевоспитания, часто поведенчески ориентированные, имеют целью развитие навыков коинга и устранение симптомов дезадаптации. Такие высокоструктурированные психопедагогические программы превосходят по эффективности др. формы психосоциальной терапии.

### **Анализ особенностей детей с расстройствами аутистического спектра**

Детский аутизм считается одним из наиболее тяжелых психологических расстройств этого возраста. Характеризуясь ранним началом, аутизм встречается у 6 детей на 10 тысяч родов при соотношении мальчиков и девочек 5:1. Этиология неизвестна. Прогноз плохой, хотя поведенческая (основанная на обучении) терапия в какой-то степени помогает. Аутизм обычно диагностируют на основании сочетания поведенческих дефицитов и эксцессов с наличием некоторых видов нормального поведения.

#### ***Поведенческие дефициты***

1. У ребенка с аутизмом практически отсутствует речь, как рецептивная (понимание), так и экспрессивная. Ребенок может быть немой, а если он иногда говорит, то его речь имеет форму эхололий (повторы элементов речи, услышанных от окружающих или по телевизору). Дефицитарность рецептивной речи проявляется в следовании лишь простым командам («садись», «ешь», «закрой дверь» и т.д.) при непонимании таких абстрактных элементов речи, как местоимения (твой, мой, его, ее и т.д.) или темпоральные термины (первый, последний и т.д.). Неспособность ребенка говорить или понимать речь – наиболее частая жалоба родителей при первичном осмотре ребенка. Проблемы с речью становятся очевидны на втором году жизни ребенка.

2. Ребенок ведет себя так, как если бы у него был явный дефицит ощущений и восприятия – т.е. как будто он слепой и глухой, но более тщательное обследование выявляет сохранность всех сенсорных модальностей. Родители детей с аутизмом жалуются на то, что им очень трудно привлечь внимание своих малышей. Обычно они не поддерживают контакт взглядов с родителями и/или не поворачивают голову и ответ на обращенную к ним речь.

3. Дети с аутизмом обычно не развивают тесных эмоциональных отношений с родителями. Это выявляется в первые месяцы жизни, когда родители обнаруживают, что ребенок не прижимается к матери, находясь у нее на руках, а иногда сопротивляется физическому контакту, напрягая спину и пытаясь выскользнуть из родительских объятий.

4. Дети с аутизмом не играют с игрушками, как это делают обычные дети. Они не проявляют особого интереса к игрушкам и не занимаются ими в свободное время. Если они играют, то часто весьма своеобразно, например, крутят колеса перевернутого игрушечного грузовика, компульсивно скручивают кусок веревки, нюхают или сосут куклу. Неспособность играть с игрушками может быть выявлена на втором году жизни.

5. Отсутствуют или заметно ограничены игры со сверстниками. Ребенок может либо не проявлять интереса к таким играм, или у него могут отсутствовать необходимые игровые умения и он, как правило, не обращает внимания на других детей, если только не участвует в простой игре типа «дай – возьми». Этот признак также легко обнаруживается на втором году жизни.

6. Навыки самообслуживания у детей с аутизмом отсутствуют или их развитие крайне задерживается. Им трудно научиться самим одеваться, пользоваться туалетом и есть без посторонней помощи. Эти дети также плохо распознают обычную опасность, и за ними нужен постоянный присмотр, чтобы они не получили серьезных травм, пере-

ходя улицу с интенсивным движением, играя с электрооборудованием и т.д.

Из этих разнообразных дефицитов, вероятно, наиболее важными являются 2, 3 и 5. Некоторые дети демонстрируют достаточно хорошее развитие в сферах 1, 4 и 6, однако, при наличии остальных признаков, диагностируются как аутичные.

#### ***Поведенческие эксцессы***

1. У детей с аутизмом очень часты вспышки ярости и агрессии. Эта агрессия может быть направлена на себя, когда дети кусают свои руки, бьются головой о пол, мебель или бьют себя кулаками по лицу. Иногда агрессия направляется на других, и тогда дети кусают, царапают или бьют своих родителей. Большинство родителей детей с аутизмом жалуются на то, что им трудно справляться с ними, на их низкую толерантность к фрустрации и реагирование даже на малейшее препятствие или запрет взрывом ярости.

2. Дети с аутизмом могут часто демонстрировать «самостимулирующее» поведение в форме ритуальных, повторяющихся стереотипных действий. Они раскачиваются всем телом стоя или сидя, хлопают в ладоши, вращают предметы, не отрываясь, смотрят на свет, вентиляторы и др. вращающиеся объекты, выстраивают предметы аккуратными рядами, подпрыгивают и приседают или крутятся на одном месте в течение долгого времени.

Эти два поведенческих эксцесса почти всегда присутствуют при А. и полностью выявляются лишь на втором году жизни.

#### ***Нормальное поведение***

Дети с аутизмом действительно демонстрируют ряд видов нормального поведения, обозначаемых как «навыки-осколки» или «островки интактного интеллектуального функционирования». Это нормальное поведение проявляется в следующих сферах:

1. Аутизм часто диагностируется на фоне нормального прохождения стадий развития, таких как овладение самостоятельной ходьбой в 15 месяцев. Часты сообщения о необычайно хорошем моторном развитии детей с аутизмом, которые ходят и легко удерживают равновесие.

2. Точно так же стало уже привычным искать признаки адекватной памяти при постановке диагноза аутизма. Например, ребенок с аутизмом может быть способен повторять в форме эхололий или как-то иначе голоса др. детей или рекламу по ТВ. Или он может хорошо запоминать зрительные детали.

3. Ребенок с аутизмом может иметь довольно развитые специфические интересы - играть с механическими предметами, приборами, заводными игрушками. Некоторые обнаруживают большой интерес к музыке и танцам. Может замечаться способность к складыванию мозаичных головоломок, любовь к числам или буквам и т.д.

4. У некоторых детей с аутизмом наблюдаются ограниченные, но специфические страхи, существующие в более кратковременной форме у обычных детей. Например, ребенка с аутизмом может необычайно сильно пугать звук включенного пылесоса или сирены проезжающей скорой помощи.

#### ***Дифференциальный диагноз***

1. Трудно провести границу между аутизмом и другими формами дизонтогенеза, например, умственной отсталостью, при которой у детей наблюдаются многие из перечисленных выше особенностей поведения. Дифференциально-диагностическое разграничение обычно основывается на следующих признаках: поведенческие нарушения 1, 2, 3 и 5; поведенческие эксцессы 1 и 2; нормальное поведение 1 и один из признаков 2, 3 или 4.

2. Одни авторы рассматривают аутизм и детскую шизофрению как одно расстройство, тогда как другие разделяют их. Разделение основано на: а) возрасте – при аутизме начало заболевания относится к первому году жизни, а детская шизофрения предполагает нормальное развитие по меньшей мере в течение первых двух лет и б) «нару-

шениях мышления» (галлюцинации, бред и т.д.), которые свидетельствуют в пользу детской шизофрении, предполагающей определенный уровень развития речи.

### **Психотерапия**

Z-процесс – это психотерапевтическая система, объединяющая в себе этологические принципы и принципы формирования привязанности, которая была разработана для преодоления сопротивления образованию связи между взрослым и ребенком, являющейся необходимым условием нормального роста последнего. Аутичный ребенок демонстрирует саморазрушительные формы агрессии и не способен направить агрессию на др. людей. Лечение аутистичных детей методом Z-процесса привело к заключению, что такая психопатология является следствием неспособности сформировать две цепочки привязывающего поведения, существенных для развития привязанности, стимулирующей эффективную жизнедеятельность: а) телесный контакт, необходимый для развития близости и базисного доверия, б) контакт глаз, необходимый для направления, интеграции и фокусирования сложного эмоционального и когнитивного взаимодействия ребенка и взрослого. Нарушение этих связей называют «комплексом медузы» (Medusa complex), коррекция которого осуществляется путем «выдерживания» ребенка «в состоянии протеста» при поддержании контакта глаз. Нико Тинберген и его сотрудники сообщили о существенном успехе применения метода «выдерживания» в работе с аутичными детьми.

Психиатры рассматривают детский аутизм как первазивное нарушение психического развития (т.е. нарушение, которое захватывает все стороны психики – сенсорную, перцептивную, речевую, интеллектуальную, эмоциональную сферу), на первое место которого выходит нарушение социального взаимодействия, коммуникации с другими людьми, что не может быть объяснено просто снижением уровня интеллектуального развития ребенка, как указывает Ковалев СВ.

В свою очередь, именно социальные и коммуникативные проблемы детей с аутизмом привлекали психологов, пытающихся выяснить природу дефицита понимания мира других людей.

В рамках психоанализа аутизм рассматривается как результат раннего психогенного воздействия, обусловленного безразличным холодным отношением со стороны матери (Беттельхейм, 2004).

Другие концепции, занятые поисками первичного дефицита при аутизме, можно разделить на две группы. Согласно теориям, относящимся к первой группе, причиной всех проявлений аутизма являются эмоциональные нарушения. Лебединский и Hobson указывают в своих исследованиях. По их мнению, аффективные расстройства также являются основной причиной трудностей взаимодействия с миром у детей, больных аутизмом, однако, сами они производны от специфических когнитивных нарушений (Baron-Coher).

К концепциям, согласно которым именно нарушение когнитивной сферы являются источником многочисленных симптомов при аутизме, относится теория дефицита «модели психического» у детей с расстройствами аутистического спектра.

Впервые о дефиците «модели психического» при аутизме высказывается Симон Барон-Кох в 1985 году в работе «Имеют ли аутисты «модель психического?», экспериментально показав неуспешность детей с аутизмом в понимании неверных мнений.

С того момента и по сегодняшний день теория дефицита «модели психического» у людей с расстройствами аутистического спектра развивается очень бурно.

Многочисленные эксперименты наглядно продемонстрировали, что большинство детей с аутизмом имеют специфические нарушения практически всех составляющих «модели психического», что не позволяет им развивать достаточный уровень понимания ментального мира других людей для формирования адекватных социальных отношений.

## Аффективные психозы: меланхолия и мания

Аффективные психозы (ранее: маниакально-депрессивные психозы) – это душевные заболевания, которые проявляются расстройствами чувств, настроения и потребностей в полярно противоположных формах, таких как меланхолия или (и) мания. Они протекают ограниченными во времени фазами, которые, как правило, дают полную ремиссию (интервалы здорового состояния), без существенных изменений личности или называют светлым промежутком или интермиссией (исследовал ее греческий врач Артей). Всем этим аффективные психозы отличаются от шизофрении.

**Частота.** Аффективные психозы – это относительно частое заболевание. Ожидание болезни (риск заболеваемости) лежит между 0,6–0,9 %. Меланхолические фазы встречаются чаще маниакальных. У женщин меланхолии бывают чаще, чем у мужчин (соотношение 2:1 теперь ставится под сомнение). При маниакальном и меланхолически-маниакальном течении разница в полах менее отчетлива. Названные показатели относятся к среднеевропейским странам. В ряде северно- и южноевропейских стран аффективные психозы встречаются чаще. Иногда приходится отказываться от дифференцировки разных депрессивных заболеваний.

### **Меланхолическая фаза**

Меланхолия является первичным определением этого расстройства, которое некоторое время считалось эндогенной депрессией. В современной классификации (МКБ) используется термин «*депрессивный эпизод*». Эта категория главным образом применяется для определения степени тяжести (большая депрессия), включая также тяжелые депрессивные состояния другого вида (в частности, невротические депрессии). Такое объединение к точки зрения показаний к терапии нецелесообразно. Поэтому идея меланхолии сохраняется для возможности более точного определения.

**Клиническая картина.** Выражение лица серьезное, больной отвергает подбадривание и шутки. Взгляд выражает часто тревогу и одновременно отрешенность, отсутствует внимание ко всему, что происходит вокруг больного. Самое примечательное – это бедность движений, которая идет в паре с трудом подавляемым внутренним» беспокойством. Мимика, жесты и речь отражают напряженность, нерешительность и чувство безнадежности. Тем, кто знал больного в здоровые периоды, бросаются в глаза уединение, сдержанность и смущенность.

**Аффективность.** Меланхолическое настроение не сходно и раже не имеет ничего общего с печалью. Больной скорее скажет: окаменелое, равнодушное, пустое, неживое, мертвое, выгоревшее. «Все во мне оборвалось и умерло».

Окаменелость и пустота причиняют ущерб всей аффективности. Дружбу, сочувствие, любовь или другие эмоции больной не может или почти не может испытывать. Подбадривание или призывы извне не действуют, часто мучительны. Меланхолик не расстроен, а скорее *придавлен* (Хейнрих). *Невозможность чувствовать* и *невозможность переживать* – это диагностически важные признаки меланхолии, это не краевые феномены (или признаки особой субформы анестетической меланхолии), они принадлежат ядру меланхолических переживаний (Шульте). При этом бесчувственность тяжело переносится, ощущается застенчивость, отсутствие любви переживается в экстремальных случаях как переживание отчужденности (*деперсонализация*).

Большинство меланхоликов говорит спонтанно или в порядке ответов на вопросы о чувстве страха. Они чувствуют меньше угрозу, а скорее подавленность или придавленность, что связано с заторможенностью и нарушением переживания времени (см. ниже). Все, что к меланхолику приходит и перед ним лежит, вызывает у него подавляющий страх от обязанностей, которыми он пренебрегает, до повседневных нужд, которые кажутся ему недостижимыми и непреодолимыми.



Меланхолический страх отличается от невротического по содержанию: меланхолики страдают страхом повседневности и недействительности, а невротические или депрессивные больные – скорее страхами, связанными с ситуацией, и страхами перед встречами и разлуками. Депрессивность и страх иногда обозначаются как альтернативные понятия, но такая понятийная дихотомия искусственна и клинически неприемлема.

**Побуждения.** Блокирование затрагивает и побуждения. Обычное обозначение – *заторможенность* – недостаточно отражает меланхолические переживания побуждения, которые имеют существенно иной характер, чем заторможенность в общепотребительном смысле. Больной не может собраться с мыслями, не может на что-то решиться, у него нет никакой инициативы, никакого порыва, никакой радости от труда, ничто не идет ему в руки, каждое действие причиняет мучения, особенно по утрам, «как мертвый в замкнутом пространстве». Упущения, которые возникают из-за этого, переживаются с чувством вины и мучения.

В самых тяжелых случаях наступает депрессивный *ступор* – больной безучастен и почти неподвижен, он едва говорит, но не проявляет внутренней напряженности и каталепсии, свойственных кататоническому ступору.

С заторможенностью часто связано мучительное внутреннее *беспокойство* в области груди или во всем теле. Оно распознается по поведению, в частности по лихорадочным движениям или невозможности оставаться на одном месте, тогда говорят об *ажитации*. Это дополнительный, но не альтернативный симптом (поэтому «ажитированная депрессия» не расценивается как самостоятельная болезнь). Раптус (неистовство) меланхолический встречается при ажитированной депрессии (в состоянии раптуса возможно самоубийство или расширенное самоубийство, возможно убийство родственников). Он часто связан с чувством страха и может проявляться в громких жалобах и ламентациях (жалобная депрессия). Больные одновременно и заторможены, и суетливы («беззвучная паника»).

*Мышление* однообразное и непродуктивное, оно вращается вокруг меланхолических страхов. Многие больные жалуются на забывчивость и нарушения концентрации внимания, которые иногда выражены значительно (так называемая депрессивная псевдодеменция). Там, где эффективность и побуждения блокированы одинаково («динамическая редукция» по Янцарику), развивается дефицит деятельности, и, в крайнем случае, больной не реализует своих собственных потребностей, которые исходят из его аккуратности и добросовестности (исключение или отставление, по Телленбаху).

*Расстройства восприятий* большей частью легкие: больной слышит все как-бы издали или же неуверенно оценивает отдаленность звуков. «Редукция восприятий до физикальных компонентов – восприятие больше невозможно – потеря смысла действительности и способности реально оценить ситуацию – нет концентрации и нет сил думать, неспособность ни к чему».

Легкие симптомы навязчивости при меланхолии нередки; при большой их выраженности (2% больных) говорят об ананкастической депрессии. Она ошибочно диагностируется как невроз навязчивости. Одновременно имеющиеся меланхолическое расстройство настроения и фазное течение болезни облегчают постановку диагноза.

*Основное нарушение* у больных меланхолией в «заторможении будущего». Больной переживает предстоящее время как бесконечно затяжное (что подтверждается и экспериментально), и одновременно оно протекает незаметно для больного. Нарушено также внутреннее чувство будущего, временности, заполняющегося переживаниями. Будущее закрыто для больного. Если надежда (для здорового) устремлена в будущее, то меланхолик живет без будущего и без надежд. Если «ничто больше не идет», то страх возникает перед всем, даже перед банальной повседневностью, собственно, перед самой жизнью. Меньше страх перед смертью, чем перед продолжением такой жизни.

Этот страх имеет иной оттенок, чем невротический страх, он напоминает больше экзистенциальный страх.

Когда прекращается субъективное *переживание времени*, когда утрачивается перспектива заглядеть свою вину последующими действиями, переживания этой вины становятся подавляющими. Штраус отмечает: «Чем больше нарастает заторможение, замедляется темп внутреннего времени и чем отчетливее переживается доминирующая власть прошлого, тем больше закрыто будущее для депрессивного больного, тем сильнее довлеет над ним прошлое, подавляет и связывает его». Старые переживания виновности, которые позже совершенно утратили свое значение, при меланхолии могут снова актуализироваться. «Старые комплексы – как большие камни в русле реки, которые при падении уровня воды мешают, выступая над поверхностью...» (Кречмер). Если жизнь не дает больше разрешения проблем, а только еще добавляет виновности, то суицид кажется спасением. Так можно связать безнадежность и страх, переживание вины и суицидальность как заторможение будущего.

*Суицидальность* характерна для большинства меланхоликов в течение длительного времени. Даже если забота родных и обусловленная болезнью заторможенность сдерживают суицидальность, все равно с этой опасностью следует считаться (Обычно в 4-5 часов утра депрессия может закончиться самоубийством больного, поэтому необходим строгий психиатрический надзор).

**Меланхолический бред.** Больные не ценят себя, считают себя виноватыми и ничтожными. Это может усиливаться до появления бредовых переживаний, которые обнаруживаются у 1/5 всех больных, а в их начальных ступенях – у половины больных.

*Переживания вины и бред виновности.* Многие больные обвиняют себя в тех или иных упущениях и ошибках. Они необоснованно приписывают себе виновность. При этом имеются все ступени тяжести: я сделал что-то (многое), все неправильно. Некоторые больные видят себя персонифицированными (дьяволом, что в этом случае не свидетельствует о шизофрении). Опирается ли больной в своем бреде виновности на прежние события (например, лежащие далеко в прошлом пустяковый обман или упущение) или нет (вторичный в отличие от первичного бреда виновности), менее значимо, чем та констатация, что меланхолический бред тематически может быть не оформлен, а может быть бессодержательным: вина и ничтожность без всяких комментариев.

*Представления об обнищании и бред обнищания.* Многие больные беспокоятся о своей финансовой обеспеченности, а еще больше о своей семье. У некоторых опасения повышены: доходы могут (хотя бы из-за болезни) уменьшиться, налоги невозможно будет оплатить, грозит переход на пенсию и т. д. Эти мысли могут возрасти до бредовой убежденности, что денег больше не осталось, дом разрушится, семья умрет от голода.

*Ипохондрические опасения и бред болезни.* Страхи перед неизвестной болезнью и преувеличенная оценка отдельных признаков недомогания у больных часты и их не всегда легко отличить от ипохондрических опасений невротических больных. При сильной их выраженности проявляется характерный меланхолический бред болезни: «Силы меня оставляют, я становлюсь все слабее, позовите моих близких, они должны прийти в последний аз». Больной находит у себя рак или иную тяжелую болезнь, ели у него показатели нормальные, он возражает: он скоро будет определенно смертельно болен. *Нигилистический бред.* Меланхолические переживания ничтожества и вины имеют экстремальное выражение в бредовом отрицании своего существования: больной оспаривает свое бытие или наличие у себя души, в лучшем случае его существование кажушееся.

*Другие бредовые темы при меланхолии.* Больной может чувствовать себя настолько виноватым, что его терзает мания преследования. Он видит в криминальных работах не своих врагов (как при бреде преследования в рамках шизофрении), а испол-

нителее заслуженного наказания (поэтому лучше сказать – *бред наказания* или *бред преступности*). Эта тематика бреда соответствует основному меланхолическому настроению, поэтому говорят [о конгруэнтном настроении или *синтонных бредовых переживаниях* (в противоположность неконгруэнтному настроению и бредовым переживаниям при шизофрении).

Эти *темы*, которые во многих случаях комбинируются, не делают для больного существенным меланхолический бред, это только содержание переживаний. «Все равно, какой горячий материал бросается в плавильную печь страданий и от чего разгорается огонь». – отмечает Телленбах. Основная психопатологическая линия – это измененное переживание времени (см. выше) и проистекающие отсюда чувства вины и ничтожности.

Шнейдер указывает три важнейшие меланхолические бредовые темы (самообвинение, обнищание, заболевание) интерпретируются как глубинный страх человека, заложенный в меланхолию. Дальше, чем это определение, идет тезис анализа существования, что речь не о «глубинном человеческом феномене», а о «потере конституциональных условий естественного опыта вообще» (Бинсвангер). Этому соответствует то, что больной сам определяет свое состояние словами, включающими «без-» – бессильный, безрадостный, бесчувственный, без удовольствия. Этимологически «без-» означает убыток или потерю.

Выраженные бредовые идеи при меланхолии происходят, как правило, из-за *отсутствия сознания болезни*. Больной расценивает свое состояние как следствие собственной вины. «Я совсем не болен, я оказался здесь (в больнице) случайно». Даже если это не согласуется с тем, что он уже перенес несколько приступов, которые условно согласен назвать болезнью, то многие больные оспаривают свое состояние как болезнь. Большинство же больных все же расценивают свое состояние как болезнь. Разделить меланхолию по сознанию болезни или его отсутствию необходимо как на бредовую и небредовую меланхолию, поскольку речь идет о разных степенях ее тяжести.

**Витальные симптомы и вегетативные нарушения.** Меланхолия проявляется не только в психопатологических, но и в соматических симптомах. Это «близкий к телесным» психоз, чем он и отличается от других форм депрессий. Речь идет о нарушениях в области «витального слоя», так называемого телесного чувства. Старое определение «витальная тоска» говорит о витальных симптомах, которые больной описывает так: общий спад, постоянная усталость, никакого отдыха после сна, бессонница и недостаточная глубина сна, отсутствие аппетита и запоры, чувство тяжести (как стокилограммовый камень) на груди или в области живота, голова налита свинцом, шея сдавлена, давление вокруг головы, как если бы ее стянули обручами, чувство беспокойства в груди, животе или реже в голове. «Моя депрессия лежит в теле и отнимает всякую радость жизни». У женщин прерываются менструации, у мужчин падает или исчезает потенция. Часть этих витальных симптомов можно объективизировать точными методами, такими, например, как вегетативные нарушения. Иногда вегетативные функциональные нарушения доминируют столь сильно, что говорят о *вегетативной депрессии*, без утверждений о самостоятельности такой болезни. Инстинкты – отсутствуют.

**Нарушения ритмов.** Ритм сна и бодрствования нарушен постоянно. Нарушения сна – самый частый или первый симптом меланхолии. Многие больные плохо засыпают, их сон поверхностный, они легко пробуждаются. Определяется сокращенный латентный период REM-фазы (время от засыпания до первой REM-фазы), который возникает нерегулярно и не специфичен для меланхолии. Чаще всего это такие расстройства сна, при которых больные просыпаются во второй половине ночи или очень рано утром и не могут больше заснуть, чувствуют себя в это время в наибольшем отчаянии.

**Дневные колебания.** Меланхолическая симптоматика колеблется в своей выраженности на протяжении дня: нередко она больше всего выражена ранним утром и до

обеда (так называемое утреннее углубление), после обеда и к вечеру наступает некоторое просветление. Эти типичные, казалось бы, дневные колебания впечатляют, но они не облигатны и не специфичны только для меланхолии. Они встречаются только у 1/3 больных !(и непостоянно ото дня ко дню); при других формах депрессии они встречаются, хотя и реже. У меланхоликов отмечается (существенно реже) и другое течение – ухудшение во второй половине дня (так называемый вечерний тип). Наряду с этими циркадными колебаниями наблюдаются и кратковременные колебания.

**Диагноз.** Выраженную меланхолию трудно не распознать. И все же легкие и средней тяжести случаи могут представлять диагностические трудности. Часть из них можно просмотреть, часть – спутать с другими заболеваниями. Наиболее важные диагностические признаки следующие: особенно нарушены побуждения, а не только эмоции; больные говорят о безрадостности, отсутствии мужества, утрате энергии и т.д.; они воспринимают меланхолическое состояние как качественное психическое изменение; измененное переживание времени (см. выше). Меланхолический бред показателен, но редок. Витальные симптомы и гневные колебания, – неспецифические симптомы меланхолии, диагностически они имеют ограниченное значение (но являются предиктором антидепрессантной фармакотерапии и терапии бодрствованием).

Соматическая триада при депрессии: расширение зрачков, запор, тахикардия, дополнительно проявляется снижение веса и бессонница.

Жалобы на витальные нарушения у многих меланхолических больных; столь выражены, что они как бы перекрывают прочие меланхолические симптомы и усложняют диагноз. В случаях таких соматических жалоб говорят о *ларвированной депрессии*, под которой подразумевается не фаза депрессии, а диагностическая проблема. Соответственно расценивается и «витальная депрессия».

Редкие в – детском возрасте меланхолии часто не поддаются диагностике, так как фазы в большинстве случаев очень короткие, иногда всего лишь несколько дней. То, что в возрасте полового развития, казалось бы, немотивированные колебания настроения проходят необычно, можно определить как начало аффективного психоза, в этом возрасте лишь ретроспективно.

Кроме симптоматики, диагноз меланхолии ориентируется на ее *течение*. Прежние (меланхолические или маниакальные) фазы убедительны, даже гипоманиакальные колебания. Типично, но не обязательно, острое начало (часто с расстройствами сна и другими витальными симптомами) и еще более впечатляющее, но и еще более редкое внезапное окончание меланхолической фазы (при фармакотерапии труднее распознаваемое). Некоторые больные определяют этот момент с точностью до минут.

Депрессивному больному трудно точно заполнить опросник, в том числе найти точные ответы на вопросы. Количественное определение для больного меланхолией затруднительно, поскольку он так глубоко подавлен, испытывает столь абсолютную безнадежность и безысходность, что ему определение глубины расстройств кажется бессмысленным. Хотя многие больные меланхолией осознанно относятся к контакту с врачом, обследования с помощью опросника затрудняют больного.

**Распознать опасность суицида** у больных меланхолией – это важнейшая диагностическая задача. Большинство таких больных в течение длительного времени хотя бы латентно суицидальны (критерии суицидальности рассмотрены выше). Уверенным поведением и тесной связью с больным можно хотя бы задержать суицидальные импульсы. Однако не всех больных удастся спасти таким образом от суицида и их приходится лечить в стационаре, иногда даже и в закрытом отделении.

При каждом медикаментозном предписании нужно думать о возможности суицидального злоупотребления медикаментом. Поэтому необходимо контролировать лекарственные препараты при приеме. Следует помнить, что во время лечения антидепрес-

сантами опасность суицида может возрастать, так как вначале снимается двигательная заторможенность, а лишь затем изменяется настроение и ослабевают идеи виновности.

Однако теперь, когда противосуицидальное лечение при меланхолиях стало чуть ли не правилом (при том, что всего лишь у 12% отмечаются опасные для жизни тенденции), можно сказать, что большинство больных, испытывающих суицидальные импульсы, мучает совесть; собственно говоря, пациенты находятся под *страхом* суицида – связанные мучительно-конфликтными обязательствами, вызывающими тяжелые стрессовые переживания.

#### **Дифференциальный диагноз.**

Меланхолии можно с уверенностью отличать от депрессивных реакций и неврозов. Однако вначале возникают довольно значительные трудности в дифференциальной диагностике, особенно если меланхолии предшествуют перегрузки и конфликты. При длительном наблюдении за течением заболевания, как правило, приходит диагностическое решение. Опыт учит, что в неясных случаях часто в конечном итоге приходится останавливаться на меланхолии.

Предшествующий конфликт не может оцениваться диагностически, так как он может вызвать не только депрессивные реакции и неврозы, но и отчасти меланхолии. На особенности личности также нельзя ориентироваться, поскольку меланхолии могут развиваться у лиц с разными структурами личности.

От депрессивного синдрома, обусловленного *органическим расстройством*, меланхолии трудно отличать по ряду причин: органические заболевания, особенно мозговые болезни, могут иногда вызвать депрессии, которые симптоматически (почти) идентичны с меланхолией; так, подобная меланхолическая симптоматика может возникать в начале сосудистой деменции; с другой стороны, выраженной деменции предшествуют состояния депрессии (т. е. смешанная психоорганически-депрессивная симптоматика), частью меланхолического рода; наконец, при многих меланхолических фазах могут наблюдаться преходящие когнитивные нарушения, вплоть до степени деменции (так называемая депрессивная псевдодеменция).

Несмотря на все эти трудности, очень важно вычленять меланхолию из различных полностью или частично *органических депрессий*, особенно в позднем возрасте, поскольку она доступна специфической терапии.

*Наиболее частые ошибки в диагностике меланхолии:*

- болезнь неизвестна исследователю;
- исследователь не устанавливает (распознаваемые) характерные симптомы;
- не расспрашивают о наличии прежних фаз;
- психореактивное выявление ложно рассматривается как решающий критерий;
- предполагается необходимость определенного поведения или определенной личностной структуры;
- из-за предшествовавшей или имеющейся в настоящем другой психической болезни диагноз меланхолии (ошибочно) исключается.

Следует считать, что меланхолия и другие психические болезни не исключают друг друга. Так, меланхолическая фаза может возникнуть у больного неврозом или с личностными нарушениями разного рода. Меланхолия может быть *второй болезнью* у больных, страдающих алкоголизмом, шизофренией, органическим мозговым заболеванием, эпилепсией или психической задержкой.

#### **Маниакальная фаза**

**Клиническая картина.** Мания (греческое слово «мания» означает неистовство, ярость, а не только повышенное настроение) распознается по повышенному настроению, повышению побуждений и ускоренному мышлению (скачка идей) Она во многих отношениях является противоположностью меланхолии, хотя и не зеркальным ее отражением.

*Настроение маниакальных больных* описывается как приподнятое. Однако жизнерадостность при мании сама по себе мало что значит, как и печаль при меланхолии. Меланхолик страдает бесчувственностью, а маниакальный больной – избытком чувств, желаний и импульсов. Маниакальный больной заражает своей веселостью и шутовской, открытостью и вдохновением (в противоположность эйфории органически-мозгового больного, которая проявляется скорее как пустая и расслабляющая). Однако многие маниакальные больные бывают возбуждены и требовательны, склонны к спорам и агрессии. При гневливой мании больные требуют выполнения их различных команд.

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

*Скачка идей* – это типичное расстройство мышления при мании. Больной постоянно высказывает все новые приходящие ему в голову мысли, которые поверхностны и непонятны. Часто они связаны между собой рыхло словесными или чисто звуковыми ассоциациями. В то же время больной замечает все, что происходит вокруг него, перескакивает с одной темы на другую и не в состоянии довести до конца какой-то продолжительный мыслительный процесс. Многие больные наряду с речевым потоком составляют поток письменный. В остальном они сохраняют способность к мышлению и память; сознание остается ясным.

Содержание скачущего мышления тесно связано с повышенной деятельностью и переоценкой собственной значимости. Больной представляет себя как высокоинтеллектуального человека; он может решить все проблемы, говорит о революционных преобразованиях, мировоззренческих и политических усовершенствованиях, больших финансовых предприятиях, коммерческих учреждениях и несоразмерных далеко идущих планах. Чувство повышенных творческих способностей и неутомимость маниакального больного прямо противоположны витальному расстройству самочувствия меланхолика.

Поскольку больные не имеют никакой критики к болезненному характеру их состояния, они склонны к реализации своих идей величия, например, многие что-то покупают, делают заказы, влезают в долги, соседей по палате называют своими компаньонами. С отзвучанием маниакальной активности критика восстанавливается лишь постепенно, из-за чего у получающего медикаментозное лечение и соответственно успокаивающегося больного еще долго сохраняется опасность необдуманных действий-

Идеи величия маниакального больного (*мегаломания*) вряд ли можно рассматривать как бредовые идеи в собственном смысле слова. Таким больным не свойственна стойкость убеждений, что присуще бредообразованию. Противоположный полюс меланхолического бреда виновности и греховности меньше переживается, чем маниакальный бред величия, как неспособность маниакального больного испытывать чувство вины и греха, как будто больной освободился от своего Сверх-Я.

Субъективно маниакальное состояние не всегда позитивно, но оно переживается по-разному. Многие больные переживают его как неестественное и чуждое его личности, временами мучительное, как оживление и суетливость. Другие расценивают его как форму существования, которое превышает обычное состояние, они чувствуют себя необычно здоровыми, трудоспособными и уверенными. Если им что-то не удастся, то в этом виноваты все остальные. Большинство больных спит мало, но они не обходятся без сна (в противоположность меланхоликам), не чувствуют себя усталыми, а испытывают безграничный прилив сил. Сон глубокий, но непродолжительный.

Отзвучавшую маниакальную фазу больной переживает так: «Высокий полет идет к концу и снова возвращаются повседневные заботы». До этого при наличии нейролеп-

тической терапии настроение оставалось повышенным, и больной был не в состоянии воспринимать мелкие повседневные проблемы; он настойчиво считает, что стал плохим семьянином, не может быть самокритичным.

*После окончания* фазы переоценка ценностей зависит от степени тяжести фазы. После легкой мании у ряда больных остаются положительные оценки. Однако многие маниакальные состояния оцениваются задним числом как постыдные, особенно если они сопровождались ссорами, финансовыми потерями или другими осложнениями. Иногда больной может видеть после мании разруху и проявить суицидальность.

**Диагноз и дифференциальный диагноз.** Названные три основных симптома мании не всегда одинаково выражены. Если преобладают идеи величия и двигательная активность, говорят об экспансивной мании, при отсутствии скачки идей – об упорядоченной мании; если на первый план выходят скачка идей и другие расстройства мышления, то это спутанная мания. В маниакальной фазе нередко наблюдаются параноидные, галлюцинаторные и кататонические симптомы. В таких случаях не следует немедленно переходить к диагнозу шизофрении, так как эти симптомы наблюдаются недолго, на высоте маниакальной фазы (так называемое перекипание), которая в остальном протекает типично. Если же эти симптомы остаются надолго, тогда речь идет о шизоаффективном психозе. Иногда, особенно у молодых пациентов, используя поперечный разрез, трудно поставить диагноз, и только наблюдение за течением подтверждает заболевание. В целях профилактики важно думать о мании как проявлении аффективного психоза.

Возможно смешение мании с экстагическим циклоидным психозом, но тщательное изучение различий между маниакальными и экстагическими эмоциями позволяет установить правильный диагноз. Маниакальный синдром может встретиться при органическом психозе, на почве церебрального или общесоматического заболевания. Поэтому маниакальные больные должны проходить тщательное соматическое обследование.

Шаржированное, необдуманное и непоследовательное поведение может ошибочно считаться проявлением характера, тем более что эти же больные в период здорового состояния проявляют гипертимные черты. Границы между манией и гипертимной личностью менее четкие, чем между меланхолией и депрессивной личностью.

**Смешанные состояния** – это аффективные психотические синдромы, в которых маниакальные и меланхолические черты встречаются одновременно и переплетаются друг с другом. Так, повышенное настроение может сочетаться с параличом побуждений и мышления (маниакальный ступор), оживленная деятельность – с бедностью мыслей (безумная мания). При тревожной мании аффект скорее меланхолический, в то время как повышенная активность и скачка идей указывают на манию. То же относится к ипохондрической мании.

Такие смешанные состояния встречаются редко. В большинстве случаев они протекают в течение нескольких часов или дней, особенно при переходе от меланхолической к маниакальной фазе болезни и наоборот. Иногда же такое состояние наблюдается на протяжении всей фазы. Эти смешанные состояния (которые не надо путать со смешанными психозами) в *классификации* МКБ 10 называются смешанными эпизодами при биполярных, аффективных расстройствах (F31.6).

**Течение отдельных фаз.** Длительность *меланхолических фаз* различна. Считается, что в 40-50 % случаев фазы длятся до трех месяцев, в 25-30 % – до года, в 20-25 % – свыше года. Многие меланхолики после окончания фазы удивительным образом возвращаются к повседневной жизни, возобновляя свои дела с того места, на котором они их оставили. Однако нередко трудности в восстановлении межлических, социальных и трудовых взаимоотношений.

Крайности лежат в длительности фаз – от нескольких дней до нескольких лет. Длительность фазы свыше двух лет говорит о *хронической депрессии*, при которой интенсивность симптомов может колебаться. Чрезвычайно быстрое течение с почти ежедневными сменами между здоровым состоянием и меланхолией называют *быстрыми циклами*.

Сокращаются ли и насколько фазы при лечении, не установлено. Фазы оканчиваются (независимо от их длительности) иногда постепенно, иногда внезапно. Удивительно, что пациенты после меланхолической фазы, которая полностью изменяла их переживания, почти сразу и в большинстве случаев без труда возвращаются к прежней жизни. Многие оставляют фазу за собой без всяких последствий. За меланхолической фазой в 10 % случаев следует *гипоманиакальный всплеск*, в основном малой интенсивности и длительности.

Течение *маниакальной фазы* имеет меньшую определенность. Длительность фазы в среднем короче, чем депрессивная. Маниакальная фаза может присоединяться в легком и коротком виде к окончанию депрессии. При маниакальной фазе наблюдается также депрессивная предстадия.

Длительность *интервалов между двумя фазами* различна, как и длительность самих фаз. Она составляет от нескольких дней до нескольких десятилетий. Прогностические предсказания в частных случаях невозможны. Длительность цикла, т. е. промежутков времени между началом одной фазы и следующей за ней, в начале болезни при униполярной меланхолии составляет в среднем от 4 до 5 лет, при биполярных аффективных психозах 3–4 года. Она сокращается тем больше, чем больше нарастает число фаз у данного пациента, и прежде всего за счет светлого промежутка. При мультифазном течении степень тяжести симптоматики возрастает и чаще встречается резистентность к терапии (если не проводится профилактика этого течения).

**Формы течения аффективных психозов.** С одной стороны, определяются по различным синдромам (меланхолия или мания), а с другой – по частоте фаз.

При униполярном течении встречаются только меланхолические или только маниакальные фазы: или однократные (однофазные), или многократные (многофазные). При биполярных формах течения встречаются как меланхолические, так и маниакальные фазы.

Чаще всего встречаются многофазные униполярные меланхолии. Но лишь одна четверть этих больных проходит одну меланхолическую фазу. По сравнению с униполярной меланхолией биполярное течение встречается наполовину реже. Униполярные маниакальные фазы отмечаются лишь у 5–10 % всех больных аффективными психозами; однократные мании очень редки. В целом меланхолические фазы наблюдаются в 3 раза чаще, чем маниакальные. Однако очень трудно представить достоверные цифры, поскольку диагностируются в основном тяжелые и повторные аффективные психозы, в то время как легкие и однократные заболевания редко попадают в эпидемиологические разработки. Ошибки могут возникнуть и из-за того, что биполярные аффективные психозы причисляются к монополярным, поскольку вначале возникает только меланхолическая (или маниакальная) фаза. Таким образом, биполярное течение встречается чаще, чем это определяется изначально.

В большинстве случаев болезнь начинается в 30–40 лет. Средний возраст *начала болезни* лишь немного выше, чем при шизофрениях. Первая маниакальная фаза встречается реже, чем первая меланхолическая. Биполярные аффективные психозы возникают раньше (в 20 % случаев до 20 лет), чем униполярные. Аффективные психозы возникают самое раннее в препубертатном возрасте, но и в этом возрасте они чрезвычайно редки. Депрессивные расстройства у детей практически всегда имеют невротическую природу или же при хронических депрессиях у *детей* речь идет о последствиях ранней детской депривации. Характерные меланхолические синдромы могут предшествовать



началу шизофренического психоза в юном возрасте. Неясно при этом, идет ли речь об атипичном начале шизофрении или о переходе от аффективного к шизофреническому психозу.

*Поздние меланхолии* (поздние депрессии) – это те заболевания, которые начинаются после 45 лет. Они имеют некоторые особенности по сравнению с заболеваниями, возникающими в более раннем возрасте; симптоматика их представляется менее характерной. Многофазное течение с учетом возраста столь же часто, как и в молодом возрасте. Мании и биполярное течение наблюдаются реже, чем в молодом возрасте. Но эти различия не обосновывают нозологически особое положение так называемых инволюционных депрессий.

*Осложнением* в течении аффективных психозов является *злоупотребление алкоголем*, вплоть до стадии зависимости, у маниакальных больных чаще, чем у униполярных меланхоликов. Некоторые больные пьют только во время фазы, у других развивается типичный алкоголизм. Эта комбинация заболеваний вызывает большие терапевтические проблемы.

**Резидуальные состояния.** В отличие от шизофрении при аффективных психозах не отмечается существенных резидуальных состояний в смысле потери потенциала. Более легкие психические изменения (например, остаточная депрессивность, эмоциональная лабильность) наблюдаются у части больных, по современным данным у 1/3; страдают исходный уровень и эмоциональное равновесие. При длительном течении могут наступать явные изменения психики, ее нивелирование и упрощение. Такие резидуальные состояния особенно часты после многократных маний и при биполярных психозах. Они расцениваются не только как прямые последствия болезни, но и как последствия нарушенного болезнью и социальными затруднениями развития личности. При этих заболеваниях реабилитационные мероприятия (работа, организация проживания и др.) проводятся не меньше, чем при шизофрении.

Аффективные психозы имеют в основном благоприятное течение. Однако тщательно изучив частоту рецидивов, затяжных форм течения, риска суицида (10–12 % меланхолических больных умирает вследствие суицида) и резидуальных состояний, к болезни следует относиться серьезнее, чем это представлялось до сих пор. С другой стороны, к настоящему времени прогноз стал благоприятнее благодаря терапевтическим и профилактическим мероприятиям.

*Меланхолии* в позднем возрасте встречаются редко, активность аффективных психозов в старости падает. Однако нужно считаться с возможностью меланхолических фаз в позднем возрасте, особенно если анамнез указывает на наличие таких фаз в прошлом; но в старости меланхолическое заболевание может возникнуть и впервые. Тогда может быть установлен ошибочный диагноз и неправильно проведено лечение.

Депрессия с меланхолическим отпечатком в позднем возрасте может предшествовать деменции, т. е. начинать ее. И при уже наступившей деменции, как и при сосудистой деменции, часто (около 40 %) возникают депрессивные состояния. В некоторых случаях это меланхолические фазы, которые в принципе излечимы, конечно, с осторожностью и соответственно соматическому состоянию.

В меланхолических фазах стареющих и старых людей вместо легких когнитивных нарушений могут обнаружиться явные и значительные проявления деменции, которые нередко (а для неспециалистов неожиданно) *обратимы*, т. е. исчезают с окончанием меланхолической фазы. Об этой депрессивной псевдодеменции (также синдром деменции у депрессивных) до сих пор известно мало (возможно, это предвестник скорой или наступающей позднее деменции). У этих больных клинически важно не торопиться говорить о старческой деменции, а лечить депрессивное состояние. Взаимоотношения между депрессией и деменцией сложны и малоизвестны.

*Мании в позднем возрасте:* речь идет о повторной или, реже, о впервые развившейся маниакальной фазе. Ошибочные диагнозы довольно часты, поскольку врачи не считаются с возможностью мании в этом позднем возрасте, или потому, что ее симптоматика нехарактерна, например, сочетается с бредовыми идеями или с психоорганическим синдромом. Диагностически ведущим синдромом является переоценка своей витальности и потребностей. Всегда в тех случаях, когда наступает гиперактивность, возможно, сочетающаяся с экспансивными и даже агрессивными эмоциями и поведением, что не соответствует колебаниям темперамента данного больного, нужно и у старых людей думать о мании.

**Генетические данные.** На генетические факторы указывают и данные терапии. При последовательно проходящих меланхолических фазах больной реагирует на трициклические антидепрессанты лучше, чем на ингибиторы МАО. Уровень трициклических антидепрессантов в плазме, который интериндивидуально очень различен, у однояйцовых близнецов практически идентичен. Кровнородственные меланхолические больные реагируют удивительно единообразно (позитивно или негативно) на трициклические антидепрессанты или ингибиторы МАО.

*Исследования близнецов* дают разные цифры у разных авторов, что зависит от различия методических подходов. В середине лежит конкордантность для однояйцовых близнецов – 70 %, для двуяйцовых – 20 %. При этом нужно обращать внимание на дополнительные условия – при неблагоприятных показателях среды. В то же время у разлученных взрослых близнецов конкордантность не меньшая, чем у выросших вместе. Изучение усыновленных детей, проводившееся реже, чем при изучении шизофрении, остается пока недоказательным.

В семьях больных с аффективными психозами встречается больше родственников с подобными заболеваниями, чем у населения в целом; вообще вероятность заболевания примерно в 15 раз выше (больше всего, если оба родителя больны аффективным психозом). При биполярной форме течения семейная отягощенность выше, чем при униполярно-меланхолической. При этом больные родственники пациента с униполярным расстройством редко имеют биполярные расстройства, в то время как родственники биполярных пациентов одинаково часто имеют как биполярные, так и униполярные расстройства. Кроме аффективных психозов, в семейном кругу часто встречаются и другие психические расстройства, однако шизофренические психозы встречаются достаточно редко.

Характер наследования в деталях точно неизвестен. На основе семейных исследований предполагается доминантный тип наследования с разной степенью пенетрантности. Изучаются и полигенный тип наследования, и различные гены для преморбидной структуры личности и болезни. Попытка определить место гена в 11-й хромосоме не удалась. Между монополярными и биполярными типами течения найдены различия только в части генетически достоверных исследований.

По данным генетических исследований, при аффективных психозах наследственный фактор реален, но не может объяснить полностью этиологию заболевания; необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

*Конституция:* данным Кречмера о соотношении строения тела и личности этих больных сейчас придается мало значения; пикническое строение тела при этом заболевании не встречается столь часто и не так выражено, как это представлялось раньше. Соответственно и данные о структуре личности только относительны.

## Раздел III. Неврозы

### Защитные механизмы – психологические стратегии

Защитные механизмы – это психологические стратегии, с помощью которых люди избегают или снижают интенсивность таких негативных состояний, как конфликт, фрустрация, тревога и стресс.

Поскольку предполагается, что большинство людей мотивировано к сокращению и ослаблению этих негативных состояний, теоретики уделяли значительное внимание идентификации защитных механизмов; результатом стало широкое множество предполагаемых механизмов защиты. Авторы большинства теорий о защитных механизмах – исследователи, ориентированные на психоанализе, начиная с Зигмунда Фрейда. В последнее время, однако, теоретиками разных направлений были предложены альтернативные объяснения соответствующих паттернов поведения.

Хотя существование и влияние различных защитных механизмов широко признаются, во многом это основывается лишь на изучении отдельных случаев или казуистике, а не на результатах научных исследований с должным контролем переменных.

Относительно защит в целом следует учитывать три момента. Во-первых, защитные механизмы используются, чтобы редуцировать отрицательные эмоциональные состояния или избежать их. Во-вторых, большинство защитных механизмов предполагает искажение реальности. В-третьих, люди обычно не сознают использование большинства защитных механизмов. Если бы они сознавали искажения реальности, то эти искажения не смогли бы эффективно редуцировать отрицательные эмоциональные состояния.

#### **Вытеснение**

Вытеснение – это избирательное забывание материала, связанного с конфликтом и напряжением. Вытеснение служит защитой, поскольку, если человек не знает о конфликтом и эмоционально нагруженном материале, конфликт и напряжение перестают для него существовать. Следует отметить три важные вещи, касающиеся механизма вытеснения. Во-первых, вытеснение есть мотивированное избирательное забывание. Это – потеря, имеющая целью избирательное удаление из сознания воспоминаний или связанных с ними ассоциаций, вызывающих у индивидуума чувство конфликта или напряжения. Во-вторых, вытесненный материал не теряется, а хранится в бессознательном. Если по какой-либо причине окажется затронутой связанная с этим материалом отрицательная эмоция, то вытесненный ранее материал может вернуться в сознание, причем его не нужно заучивать заново. В-третьих, Фрейд постулировал два типа вытеснения. Первый тип – первичное вытеснение, обеспечивающее «отказ в доступе в сознание» угрожающего материала. При этом типе вытеснения человек как будто и вовсе не воспринимал этот материал. Фрейд называл второй тип вытеснения собственно вытеснением, или вторичным вытеснением. Будучи уже в сознании, материал вытесняется, и человек перестает что-либо знать о нем.

Вытеснение, несомненно, – одно из наиболее важных понятий в теории личности и психопатологии. В самом деле, существование вытеснения служит предпосылкой для формирования сферы бессознательного, поскольку, если оставить в стороне понятие коллективного бессознательного по Юнгу, материал, предположительно, поступает в бессознательное благодаря вытеснению.

Первичное вытеснение изучалось в лабораторных условиях. Испытуемым предлагалось вслух прочесть провоцирующие напряжение или нейтральные слова, проецируемые на экран в течение очень коротких промежутков времени. Было обнаружено, что вызывающие напряжение слова, по сравнению с нейтральными, требуют более длительной экспозиции, для того чтобы их можно было прочесть. На основании этого заключили, что участвующие в эксперименте люди не позволяли провоцирующим напряжением стимулам регистрироваться в сознании. Последующие исследования показа-

ли, однако, что различия во времени чтения/ распознавания между вызывающими напряжение и нейтральными словами вызваны, главным образом, тем обстоятельством, что слова, провоцирующие напряжение, были менее знакомы испытуемым, что снижало вероятность их распознавания за короткий промежуток времени. Кроме того, провоцирующие напряжение слова вызывали у испытуемых замешательство; им требовалось время, чтобы убедиться, что они правильно прочли слово, прежде чем произнести его. Подобные эмпирически обоснованные альтернативные объяснения ослабляют убедительность первоначальных экспериментальных исследований первичного вытеснения.

В исследованиях собственно вытеснения использовали в основном модификации следующего подхода: участников эксперимента сначала проверяли на способность вспомнить серию нейтральных стимулов, затем у одной половины испытуемых вырабатывалась ассоциация экспериментально вызванного напряженного состояния с этими стимулами, тогда как состояние напряжения у другой половины испытуемых с ними не связывалось. Вслед за этим опять проверялась их способность вспомнить данную серию стимулов. Затем напряжение снималось, и еще раз тестировалась способность испытуемых воспроизвести по памяти серию стимулов. Результаты этих исследований обычно показывали, что ассоциация стимулов с напряжением затрудняла их воспроизведение по памяти – эффект, приписываемый действию вытеснения. Было также обнаружено, что при устранении напряжения вспоминание стимулов улучшалось, – и это интерпретировалось как результат возвращения вытесненного материала. Недавно, однако, были высказаны предположения, что ухудшение вспоминания может быть обусловлено интерференцией, вызванной эмоциональным возбуждением, а не вытеснением. В этой связи было обнаружено, что ассоциирование самых положительных эмоций со стимулами может также ухудшать воспроизведение последних по памяти – эффект, который невозможно приписать действию вытеснения. По-видимому, происходит избирательное вспоминание, однако этот процесс не вполне соответствует тому, что определяется термином «вытеснение».

### ***Подавление***

При подавлении человек избегает вызывающих эмоциональное напряжение мыслей, стараясь не думать о них. Поскольку трудно вообще не думать, подавление обычно предполагает размышление о других, не связанных с напряжением, вещах, замещающее связанные с напряжением мысли. Некоторые авторы называют это избегающим мышлением или отвлечением внимания. Подавление отличается от вытеснения тем, что при нем вызывающая напряжение мысль в принципе доступна, но игнорируется и блокируется др. мыслью, тогда как при вытеснении она полностью недоступна. Важно заметить, что, в отличие от других защитных механизмов, в некоторых случаях чел. сознательно прибегает к подавлению. При неоднократном использовании этой защиты реакция избегания может стать привычной и использоваться вне рамок сознания. Есть много подтверждений тому, что люди действительно используют подавление и что оно оказывается эффективным в снижении уровня напряжения.

### ***Отрицание***

При отрицании человек не реагирует на провоцирующие угрозу аспекты ситуации, меняя свое толкование ситуации таким образом, чтобы воспринимать ее менее угрожающей.

Отрицание отличается от вытеснения тем, что человек избирательно воспринимает и по-другому интерпретирует переживаемое, а не стирает его следы в сознании. Поскольку отрицание включает избирательность внимания, этот процесс предполагает какое-то использование подавления. В силу того, что реинтерпретация играет главную и уникальную роль в отрицании, некоторые исследователи используют для обозначения этой защитной стратегии термины «переопределение» и «переоценка».

Лабораторные исследования дают в целом непротиворечивые данные в пользу того, что люди спонтанно используют эту защиту и что она эффективна в снижении как субъективного, так и физиологического возбуждения перед лицом угрозы.

### **Проекция**

Проекция представляет собой приписывание личностных характеристик или мотивов др. людям в зависимости от собственных личностных характеристик и мотиваций человека. Было выделено три типа проекции. При атрибутивной проекции человек сознает наличие у себя определенной черты и только затем приписывает ее другому человеку. Например, человек, сознающий свою боязнь, может проецировать страх на других. (Следует отметить, что использующий этот тип проекции сознает свое чувство, однако не сознает использования проекции). Имеются достаточные экспериментальные подтверждения существования атрибутивной проекции. Относительно ее защитной функции предполагается, что, если человека гнетет осознаваемое обладание нежелательной чертой личности, проекция этой черты на любимых или уважаемых людей дает ему возможность переоценить эту черту и тем самым сделать обладание ею менее гнетущим. Хотя есть определенные доказательства того, что некоторые люди имеют склонность проецировать свои личностные особенности скорее на любимых или уважаемых людей, чем на кого-то другого, пока нет достаточного подтверждения того, что проекция снижает субъективное или физиологическое напряжение.

При комплементарной проекции человек сознает какую-то свою особенность или свое чувство и видит причину этого в другом человеке. Например, некто, испытывающий страх, может считать других людей опасными или враждебными. Существование комплементарной проекции экспериментально подтверждено. Считается, что защитная функция комплементарной проекции состоит в том, что она помогает человеку видеть мир более созвучным своим чувствам и действиям и оправдывать их. Пока нет, однако, достаточного подтверждения тому, что комплементарная проекция эффективно снижает субъективное или физиологическое напряжение. Наконец, при проекции сходства или классической проекции человек, не сознающий у себя определенной черты, проецирует ее на других. Фрейд рассматривал этот тип защиты как помощь вытеснению. Человек не только вытесняет знание о нежелательной черте, но и перемещает ее за пределы самого себя – на других. Хотя этот вариант реакции считается наиболее типичным для тех случаев, когда речь идет о проекции, эмпирическое подтверждение его существования полностью отсутствует.

### **Смещение**

Выделяются два типа смещения. Первый, известный как смещение объекта, происходит в тех случаях, когда человек проявляет к одному лицу или объекту чувство, крое в действительности испытывается им к другому лицу или объекту. Напр., человек, который разозлился на своего начальника, может прийти домой и вести себя агрессивно по отношению к жене; или человек, потерявший любимую жену, может щедро одаривать любовью своих детей. Считается, что обычно смещение объекта происходит при невозможности выразить чувство в адрес первичной фигуры или первичного объекта, и потому возникает необходимость выразить это чувство по отношению к вторичной фигуре или вторичному объекту. В приведенных выше примерах агрессия не может быть выражена по отношению к начальнику, поскольку это было бы опасно, а любовь невозможно было выразить жене, потому что ее больше нет в живых. Существование смещения объекта экспериментально подтверждено, хотя в большинстве случаев исследовательские данные свидетельствуют о смещении одной только агрессии.

Защитная функция смещения объекта может иметь два компонента. Во-первых, не выражая агрессию в отношении опасной первичной мишени, человек избегает угрозы возмездия. Во-вторых, принято считать, что выражение чувства или побуждения имеет следствием приятный катартический эффект. Таким образом, в случае смещения

объекта агрессии опасность избегается, а побуждение ослабляется. Имеются некоторые экспериментальные доказательства катартического эффекта. Конкретнее, смещение объекта, видимо, снижает последующую агрессию, но не ослабляет физиологическое возбуждение.

При втором типе, смещении влечения, человек перемещает энергию, связанную с одним чувством, на другое чувство и тем самым выражает чувство, отличное от вызванного у него первоначально. В отличие от смещения объекта, при котором чувство остается прежним, а меняется мишень, при смещении влечения прежней остается мишень, меняется же чувство. Наиболее типичным примером является смещение сексуального и агрессивного драйва. Энергия, связанная с сексуальным возбуждением, перемещается, выражаемая в качестве агрессии, в то время как энергия, ассоциированная с агрессивными импульсами, начинает проявляться в сексуальной активности. Изменение чувств позволяет человеку ослабить базовое влечение, выражая его приемлемым образом. Результаты экспериментальных исследований смещения влечения неоднородны, малоубедительны и доступны альтернативной интерпретации, поскольку недостаточно подтверждают существование этого явления.

Есть целый ряд объяснений изменения эмоциональных мишеней и эмоций, помимо перемещения. Например, то, что выглядит как смещение объекта, может быть следствием генерализации стимула. Реакция, связанная с определенным стимулом (лицом), может быть вызвана другим, сходным с ним стимулом (лицом). Предполагается также, что физиологическое возбуждение первоначально психологически неспецифично и становится таковым лишь благодаря маркировке сигналами окружающей среды; таким образом, при смене сигналов произойдет перенос возбуждения. Эти интерпретации включают наличие защитной основы в понятии смещения.

### ***Регрессия***

Понятие регрессии предполагает, что при столкновении с конфликтом, напряжением и особенно с фрустрацией, человек может вернуться к более ранней стадии жизни, в которой он чувствовал себя в безопасности, и таким образом избежать актуального конфликта или стресса. Фрейд выделял два типа регрессии. При регрессии объекта фрустрированный индивидуум, оказавшийся перед невозможностью получения удовлетворения от объекта (или лица), может вернуться назад, чтобы получать удовлетворение от объекта (или лица), от которых он получал его ранее. Например, покинутый любовник может искать внимания своих прежних партнерш или даже своей матери. При регрессии влечения индивидуум, фрустрированный при попытке получить удовлетворение от реализации одного влечения, может получить удовлетворение посредством деятельности, нацеленной на реализацию другого влечения (побуждения).

Хотя регрессия часто приводится в качестве объяснения «незрелого» или «примитивного» поведения, наблюдаемого у больных неврозами и психозами, в литературе нет убедительных данных, подтверждающих эффективность регрессии.

### ***Идентификация***

Используя идентификацию, человек принимает личностные характеристики (особенности поведения, аттитюды и т.д.) другого лица. Защитная идентификация может служить двум целям. С одной стороны, если удовлетворение какой-либо потребности представляется человеку слишком опасным, он может отождествлять себя с кем-либо, кому это удастся, и таким образом получать заместительное удовлетворение. С другой стороны, идентификация с опасным или угрожающим индивидуумом создает видимость собственной силы, снижая чувство ранимости. Последний тип защитной идентификации обычно обозначается как идентификация с агрессором. Наконец, следует отметить, что имитация, которую можно рассматривать как поверхностную версию идентификации, дает возможность использовать какого-либо успешного человека как модель для подражания и таким образом избежать многих проблем, снижая стресс.

### ***Компенсация***

Когда человек считает себя в каком-то отношении хуже других, он может пытаться преодолеть чувство неполноценности и связанную с ним тревогу, прилагая дополнительные усилия, чтобы достичь успеха в той области, где он чувствует свою неполноценность. Такое поведение называют компенсацией. Его защитная роль подчеркивалась в работах Альфреда Адлера, который полагал, что многое в нашем стиле жизни определяется попытками преодолеть реальные или воображаемые слабости. Адлер утверждал, что сам стал врачом, надеясь таким образом преодолеть проблемы своей физической и медицинской неполноценности. Очевидно, что во многих случаях компенсация представляет собой эффективную и адекватную реакцию. Экспериментальное изучение компенсации ограничено, но подтверждает наличие этого явления.

### ***Реактивное образование***

Фрейд утверждал, что, если существует возможность возвращения в сознание вытесненного угрожающего материала, человек может пытаться усилить вытеснение, ведя себя диаметрально противоположным содержанием вытесненного материала образом. Например, если человеку угрожают вытесненные гомосексуальные побуждения, то для усиления их вытеснения он может включиться в чрезмерную гетеросексуальную деятельность. Аналогичным образом, щедрость может интерпретироваться как защита от скупости, а чистоплотность – как защита от неряшливости. Такое контрмотивированное поведение обозначается как реактивное образование.

Хотя есть сообщения об аналогичных исследованиях на животных, экспериментальные работы, посвященные проверке существования и эффективности этого механизма у людей, единичны, а их результаты малоубедительны и неоднозначны. Поскольку паттерны поведения, приписываемые действию данного механизма, социально желательны, их использование может рассматриваться как попытка получить скорее вознаграждение/одобрение, чем как защита от угрозы, связанной с неосознаваемым материалом.

### ***Другие защитные механизмы***

Кроме описанных, выделяют и другие защитные механизмы. Большинство из них существенно перекрывается уже названными выше или не получило достаточного внимания в литературе. Рационализация может быть определена как использование «хорошего», но не реального обоснования определенного поведения. При помощи такой стратегии человек может дать рациональное объяснение поведения и таким образом скрыть от себя или других менее приемлемую мотивацию. Сублимация происходит, когда человек переводит энергию, связанную с неприемлемым импульсом или побуждением, в социально приемлемую деятельность. Во многих отношениях сублимация идентична смещению влечения. При изоляции человек отделяет эмоцию от присущего ей содержания и безразлично обращается с темами, которые в противном случае были бы угрожающими или ошеломляющими. Одним из приемов достижения изоляции является фокусирование внимания на абстрактных, технических или логических аспектах угрожающей ситуации, а не на ее эмоциональных компонентах; этот прием называется интеллектуализацией. Отмена происходит в тех случаях, когда человек ведет себя неподобающим образом, что вызывает у него тревогу, а затем ведет себя противоположным образом, так чтобы аннулировать или сбалансировать предшествовавшее поведение, устраняя вызванную им тревогу.

## **Неврозы**

Понятие невроза как негативной диагностики ввел в практику У. Куллен. Первоначально к категории неврозов относились нервные заболевания, не имеющие установленной причины. Под негативной диагностикой неврозов понимались те заболевания, при которых отсутствовала биологическая причина. Под неврозом понималось прогрессирующее

ное заболевание, характеризующееся обратимостью проявлений. В клинической картине доминируют эмоциональные, аффективные и соматовегетативные расстройства.

В отечественной психиатрии неврозы делят на реакции – состояния – развития.

Понятие «невротическое развитие» – это формирование характерологических изменений во время или после невроза, которые могут переходить в психопатию.

В истории изучения неврозов делались попытки группировки неврозов на основе:

- 1) особенностей, вызвавших невроз переживаний;
- 2) роли информационного фактора;
- 3) ситуационного или реактивного происхождения;
- 4) соотношения личностных и средовых факторов;
- 5) по конституциональным признакам;
- 6) по признаку профессии;
- 7) по ситуации возникновения.

В МКБ-10 классификация и группирование неврозов осуществляется по клиническим проявлениям.

Выделяют три формы неврозов: астенический, истерический, навязчивых состояний.

Невроз – психогенное (как правило – конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психических явлений. Обратимость патологических нарушений независимо от его длительности, по Павлову характеризует невроз как срыв высшей нервной деятельности, который может продолжаться дни, недели, месяцы и даже годы; во-вторых, психогенной природой заболевания. Которая, согласно В.Н. Мясищеву, определяется существованием связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуацией больного; и в-третьих, специфичностью клинических проявлений, состоящей в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

Основное место в концепции невроза по Павлову – это «срыв», «сшибка» высших нервных процессов и связь клинических форм невроза с типами высшей нервной деятельности. В патогенезе невроза лежит нейрофизиологический аспект (нейродинамическая концепция неврозов И.П. Павлова). Павлов объяснял длительное нарушение высшей нервной деятельности, вызванное перенапряжением нервных процессов в коре больших полушарий действием неадекватных по силе или длительности раздражителей. Срыв высшей нервной деятельности может быть обусловлен одним из трех факторов: перенапряжением раздражительного, тормозного процесса или их подвижности.

В отличие от неврозов, под психопатиями, как врожденными, так и приобретенными, следует понимать более или менее стабильное, постоянное для личности патохарактерологическое состояние, хотя имеющее свою динамику. Когда же говорят о невротическом развитии, то имеют в виду формирование характерологических изменений личности в период или после невроза, которые могут переходить в ту или иную форму психопатии.

При неврозах страдает часть личности (парциальность) с сохраняющимся критическим отношением к болезни. У больных психопатиями страдает вся личность (тотальность), осознание же болезни отсутствует. При неврозах отмечается большее влияние среды, чем при психопатиях. Метод клинико-патогенетического анализа неврозов был предложен В.Н. Мясищевым.

Различают клинический (описательный) и динамический (генетический) диагноз.

По клиническим данным невроз определяется характерными симптомами по генезу – лежащими в его основе условиями возникновения.

По симптоматике различают психоневрозы и органические неврозы (объединяемые как симптоматические неврозы), а также неврозы характера.



## Развитие неврозов

После обсуждения понятий конфликтов, переработки конфликтов и защитных механизмов возникают следующие вопросы: почему человек реагирует именно таким образом, т. е. невротическим? В основном существуют определенные условия развития неврозов, которые приводят к их возникновению. Следовательно, неправильное развитие может приводить к неврозам.

Важные открытия в генезе неврозов – это глубинно-психологическое учение о развитии, учение о фазах развития Фрейда, чьи произведения создали основу понимания психических нарушений, а также более поздние дополнения, особенно Эриксона и Малера.

**Грудной возраст** (безопасность, доверие). В первые месяцы жизни этого еще не самостоятельного и зависимого существования (а возможно, еще и в пренатальном периоде) переживания новорожденного определяются в основном впечатлениями от восприятий, которые вначале идут от кожи; рано включается слух, а за ним и зрение. Это называется *сенсорной фазой*. Качество восприятия зависит от эмоциональной установки их носителя. Недостатки или нарушения этих сенсорных переживаний могут привести к более поздним нарушениям – неуверенности в межчеловеческих контактах и к недоверию во взаимоотношениях, особенно при шизоидных неврозах и нарцисстических расстройствах личности. Развитие нарциссизма заслуживает особого описания.

В грудном возрасте в основном одно из ощущений имеет особое значение – это сосание. Оно служит для приема пищи, которая означает одновременно удовлетворение побуждений, установление контакта с матерью и ощущение, полное любви. Нарушение переживаний в этой *оральной фазе*, например вследствие потери удовлетворяющего лица (так называемая первичная потеря объекта) и даже угроза этому союзу двоих может привести к серьезному нарушению «первичного доверия» (Эриксон), которое в последующих стадиях развития вряд ли компенсируется. Такие оральные фрустрации – не редкость, они могут позже проявиться в так называемых оральных нарушениях (захватнические тенденции, стремление к обладанию имуществом, излишняя еда), особенно при депрессивных неврозах и наркоманиях. Повторные или длительно сохраняющиеся состояния недостаточности в этой фазе приводят к тяжелым необратимым нарушениям социализации (психический госпитализм).

Эти фазы, называемые также *стадией начальных контактов*, охватывают первый год жизни ребенка. В разделении фаз, по Малеру, различают аутистическую фазу (первые месяцы жизни), симбиотическую (тесная связь с матерью) и фазу отделения и дифференцирования (второе и третье полугодия), а затем фазу нового сближения.

**Младший детский возраст** (автономизация, индивидуализация). Вместе с моторным развитием (стояние, ходьба и т.д.) на втором году жизни ребенок начинает проявлять активность и особенно собственную волю, приучаясь говорить «нет» (так называемый возраст противоречий). Индивидуализация деятельности и развитие автономизации приводят к конфликтам с окружающей средой и могут вызывать агрессивные импульсы.

Примерно в это же время ребенок приучается контролировать мускулатуру сфинктеров мочевого пузыря и кишечника. Эти функции имеют значение и для психического развития, поэтому говорили об «анальной фазе», когда уход за детьми был сложнее, чем при наличии современных средств. То, что является продуктом выделения, становится предметом обсуждения, и тогда развивается широкий круг переживаний: самообладание – самоуверенность, иметь – не иметь, давать – брать, чистота и порядок. Многое зависит от родителей.

Слишком строгое воспитание в смысле чистоплотности и вообще строгость без нужды задерживают развитие. Однако особенно опасно, если мать (а иногда и отец)

слишком заботливы, что вызвано неосознанными страхами потерять ребенка. Такие родители могут иметь собственные непреодолимые проблемы автономизации, поэтому их соответствующие действия порождают страх у ребенка. Таким образом, у ребенка развивается убеждение, что каждое проявление его самостоятельности вызывает опасность разозлить родителей или даже потерять их.

В этой фазе развивается неизбывная конфликтосодержащая амбивалентность между желанием автономии и потребностью в зависимости, а также тенденция к абсолютному разделению между добром и злом (расщепление) в смысле «формирования патологической пограничной личности».

**Дошкольный возраст** (триангуляция, детская сексуальность). Эта фаза развития часто начинается уже на третьем году жизни, особенно если в воспитании участвует отец. Ребенок открывает для себя половые признаки и признаки другого пола у окружающих, в том числе у родителей. Он определяет, что его отец и мать имеют свою область жизни, которая ему недоступна. К этому на данном этапе развития присоединяются возрастание самостоятельности и ощущение принадлежности себе своего Я. Неминуемо начинается соперничество малыша с отцом за право на мать. При этом чувства амбивалентны: ребенок опасается отца и одновременно восхищается им; он любит мать и в то же время в ней разочаровывается. У девочек возникают примерно те же отношения. При этом на место диады оральная фазы (мать – дитя) приходит триада, иными словами, эдипальная ситуация (эдипов конфликт).

Эдипов конфликт – это нормальное и обычное явление в данной переходной фазе. Его появление и развитие необходимо и полезно. Однако если он сохраняется после этой фазы, то рассматривается как вредный для развития или патогенный, поскольку не преодолевается вследствие конфликтных отношений между родителями, с развитием фрустраций, страхов и агрессии.

У мальчиков может развиваться кастрационный комплекс, а у девочек комплекс зависти к половому члену, если речь идет о ситуациях требования «части за целое». Эдипов конфликт – это прототип конфликта амбивалентности в межлических отношениях. Неудачное разрешение его рассматривается как причина неправильного сексуального формирования, истерических и других неврозов, личностных нарушений.

Значительно больше, чем позволяет современная терминология, вкладывается смысла в здоровое формирование влечений и форм поведения. Вместо прежнего одностороннего понимания эдипова комплекса сегодня принимаются широкие концепции, которые раскрывают возможности переживаний и конфликтов. Понятие эдипальности включает отношения между детьми и родителями, проблемы взросления, которые никогда не завершаются. В широком распространенном смысле эдипальная тематика обозначает, что растущий ребенок постигает необходимость устанавливать различные взаимоотношения с разными людьми, которые имеют определенные взаимоотношения между собой.

**Дальнейшие фазы развития.** На следующем этапе развития (примерно от 7 лет до пубертатного периода) психосексуальная тематика относительно ослабевает (поэтому он называется *латентной фазой*). Приобретают значение новые области деятельности, особенно школа, друзья и вхождение в общество. С телесно-сексуального созревания в *пубертате* (инстинктивно-психологические проявления) начинается *генитальная фаза*. Психическое развитие на этом ни в коем случае не заканчивается.

Более поздние фазы развития исследованы меньше, чем ранние. В *подростковом возрасте* начинается ступенчатое вхождение во взрослый возраст. Ребенок в каждой из этих фаз развития имеет свои запросы, риск и возможности конфликта (а кроме того, и возможности компенсации и дозревания, о чем часто забывается). Невротизирующее влияние в это время, судя по многим прежним дискуссиям, скорее переоценивается. Устаревшим следует считать мнение, что единственным травмирующим переживани-

ем, способным в этом возрасте вызвать неврозы, является грубая сексуальная конфронтация. Не менее существенно наличие угрожающей ситуации, которая многократно повторяется в одном направлении (последовательное травмирование по Кейлсону).

Несмотря на то что отношения родители-дети в целом определяют семейную структуру, также следует анализировать отношения подростков с братьями и сестрами, отношение к родителям и споры между собой, их привязанности и соперничество, и непременно в зависимости от сиблинговой позиции.

Приводимые до сих пор пояснения наряду с эмоциональными и волевыми компонентами развития касались также формирования Я и возникновения межлических отношений. Этот аспект используется преимущественно в *Эго-психологическом* рабочем направлении психоанализа, которое ориентируется на *нарциссизм* при здоровом и невротическом развитии.

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

Вторичный нарциссизм можно определить эмпирически, тогда как первичный нарциссизм имеет чисто теоретическое обоснование. Современное понятие нарциссизма сегодня имеет различное значение и необязательно только патологическое.

«Здоровый», т. е. реалистично направленный, нарциссизм проявляется в позитивной установке к самому себе в смысле стабильного чувства собственной ценности, которая, однако, нуждается в подтверждении других людей и содействует развитию уверенности в себе. Более сильные нарцисстические признаки проявляются в тревожной неуверенности в случаях, когда необходимо налаживать контакты, связанные с излишне высокой самооценкой.

Нарцисстичный человек влюблен только в себя, это сказывается на его межлических отношениях, особенно на отношениях с партнерами. Он способен любить, у него есть пассивная потребность в любви, он мог бы полюбить, но без принуждения, он «любит» только по собственной воле. Здесь лежит источник невротического конфликта. Нарцисстическая неполноценность может быть понята как защитный механизм между потребностью в любви и отказом от нее: если я люблю себя, мне *нужно* любить кого-то еще и быть им любимым.

Как в партнерских отношениях проявляются сильные нарцисстические тенденции, такими же они могут быть и в отношении к детям. Нарцисстическая мать идентифицирует себя со своими детьми, в которых она видит часть самой себя. Ребенок нужен ей для игр. Нарцисстически-тревожная мать говорит: «Если ты храбрый, ты ради меня не пойдешь на улицу». Ребенок, таким образом, легко получает возможность полюбить самого себя, т. е. стать таким же нарциссистом.

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

*Задержкой* называется приостановка развития (торможение созревания), когда психическое (а нередко и соматическое) развитие не достигает показателей своего возраста. Если окружающие, как и сам субъект, предъявляют требования (прежде всего в межлических отношениях), которые тот не в состоянии выполнить, то возникают конфликты. При этом часто отдельные психические функции развиваются с различной скоростью; именно эта диссоциация обуславливает конфликты (асинхронные расстройства созревания при частичной ретардации или частичной акселерации). Ранние дет-

ские травмы мозга могут вызвать задержку развития, прежде всего в накоплении опыта, когда требования определенной фазы развития не могут быть выполнены. Примером тому может быть безотчетный отказ в психосексуальной области или в иных областях опыта, как и избалованность при гиперопеке.

*Регрессия* – это возвращение на ранние ступени развития. С психоаналитических позиций происходит регресс либидо, когда предпочитают более ранние его этапы, поскольку прежние переживания имеют особое значение и удерживаются (фиксация), особенно если следующая фаза развития насыщена конфликтами, которые преодолеваются не полностью. Регрессия становится разрешением конфликтной ситуации. Регрессию в отдельных областях, опыта, например в реализации и развитии побуждений, отличают от тотальной регрессии Я. Регрессия неспецифична для неврозов, но встречается также, и даже в более выраженной форме, при шизофрении. Именно в этом случае существование становится возможным только ценой регрессии.

При психотерапии тяжелых неврозов часто вначале не воздействуют на регрессию, а используют ее в терапевтических целях, представляя, что эта более ранняя стадия развития еще не преодолена и что это непреодоленное и неразрешенное будет переработано в психотерапевтическом переносе и устранено.

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

Как и регрессивные процессы, характер защиты могут иметь и *прогрессивные процессы*: акцентуированное ускорение роста служит тому, чтобы скрыть неуверенность и слабость; подчеркнуто активным и доминирующим положением могут маскироваться собственная неполноценность или партнерские конфликты.

### **Условия психологического научения**

В современных сообщениях о развитии неврозов большое внимание уделяется процессам научения, поскольку их значение в психоаналитическом учении о неврозах оценивается не полностью. В результате наблюдений за процессом научения обнаруживается, насколько этот процесс может играть роль в формировании неврозов. Как и человеческое поведение вообще является результатом научения, так и поведение больных неврозами является результатом неправильно заученных способов поведения. Наряду с классическим оперантное обусловливание участвует в симптомообразовании и течении невротических нарушений (например, страхов и навязчивостей). При этом следует опираться на общие закономерности оценки неврозов. Частности же раскрываются в описании специальных форм неврозов, особенно в главе о *поведенческой терапии*.

Значение подходов психологического научения, направленных на невротические нарушения (симптомы), заключается в том, что приобретенные знания в терапевтическом процессе меняются на противоположные.

Психодинамическое учение о неврозах и подходы психологического научения не противоречат друг другу, поскольку их различные положения не исключают одно другое, и терапевтически не поглощают друг друга. Изучение генеза неврозов и их лечения с разных позиций даже предпочтительно. Теперь при психодинамической терапии больше внимания уделяется поведению больного, а при поведенческой терапии – эмоциональным процессам; чисто же бихевиористический подход теперь дополняется *когнитивно-психологическим методом*.

### **Другие условия возникновения неврозов**

Стресс и разгрузка. Неврозы нехарактерны для таких угрожающих жизни ситуаций чрезмерного напряжения, какими являются катастрофы, военные действия, побеги, бедствия, землетрясения, поскольку неврозы развиваются медленно, вырастая из внутренних условий. «Внешние» перегрузки, в том числе в виде служебных проблем, хозяйственных забот, семейных неурядиц, не могут *стать причиной* неврозов. Все они могут иметь значение для возникновения неврозов лишь постольку, поскольку существующие душевные конфликты способствуют актуализации раннедетских конфликтных ситуаций. Это, например, такой случай, когда служебные неприятности оживляют имевшийся ранее в детстве конфликт отца с сыном или хозяйственные трудности оживляют с трудом подавленный партнерский конфликт. Чрезмерные нагрузки в подобных случаях становятся лишь разрешающим фактором нового обострения.

Если тщательно сопоставить отрезки времени и интенсивность внешних нагрузок, нередко можно обнаружить, что декомпенсация с развитием болезни наступает не во время действия стресса, а в последующем периоде относительной *разгрузки*. Такое явление встречается при многих соматических заболеваниях, но особенно характерно для неврозов. Разгрузка представляется барометром манифестации болезни (В. Шульте). Если длительный стресс внезапно обрывается (например, при окончании строительства собственного дома досрочно), человек становится «готовым», «конченным» в двусмысленном значении этих слов. Устранение целенаправленного напряжения может действовать патогенно, если напряжение и стресс служили защитой от невротического конфликта. Внешняя разгрузка провоцирует внутреннюю перегрузку.

**Конституция (генетические факторы).** Многое из того, что составляет эмоциональную и волевою структуру (темперамент) человека, определяется уже в первые недели и месяцы жизни, как показывают обстоятельные проспективные исследования (Томас и Чесе). Поэтому можно считать, что не все психические переживания и процессы возникают в период развития, но многие из них имеют врожденный характер. Отсюда следует: как родители ведут себя и какой стиль воспитания используют, зависит также от того, как ведет себя ребенок и как он воздействует на родителей.

Генетические факторы при неврозах имеют меньшее значение, чем при психозах. Результаты исследований развития близнецов показали, что конкордантные заболевания при неврозах у однояйцовых близнецов в 1,5–2 раза выше, чем у двуяйцовых. Даже в деталях конкордантность у однояйцовых близнецов выше, чем у двуяйцовых, – как в отношении признаков личности, так и в проявлениях неврозов (даже если близнецы растут отдельно). Это сходство больше всего отмечается при неврозе навязчивости, относительно меньше при конверсионных неврозах. К тому же при исследовании близнецов устанавливают значимость психореактивных условий возникновения (факторы среды) неврозов в раннем и часто в позднем детском возрасте, определяемых, кроме того, методом дискордантного анализа.

Происхождение неврозов объясняется не только генетически и не только психодинамически. Важную роль в определении вида невроза играет конституция, а время возникновения и степень тяжести неврозов зависят в основном от средовых факторов.

**Органические мозговые факторы.** Изменение готовности к реагированию может быть обусловлено органическим поражением мозга. Так, ранние мозговые повреждения способствуют возникновению неврозов. Ребенок с мозговым повреждением меньше, чем здоровый, защищен в борьбе с жизненными конфликтами. Легкие нарушения функций мозга могут быть причиной познавательных и нейропсихологических нарушений (частичные выпадения деятельности, сниженная активность). К тому же изменяется восприятие мира и в результате возникают затруднения в приспособлении и нарушения поведения (первичное невротизирование). Чаще это измененное восприятие мира приводит к неадекватной оценке окружающими поведения ребенка, к не правиль-

ным реакциям и ответным реакциям и, следовательно, к нарушениям отношений между ребенком и окружающими (вторичная невротизация).

Такая трактовка применима и к появляющимся позже мозговым повреждениям травматического, дистрофического или воспалительного характера, на основе которых возникает повышенная готовность к конфликтам, т. е. способность адекватно перерабатывать конфликты ограничивается.

Вследствие мозговых повреждений могут также появляться психопатологические синдромы, которые сходны с таковыми при неврозах (например, симптомы навязчивостей). Поэтому в каждом конкретном случае трудно бывает решить, идет ли речь об обусловленной органической болезнью навязчивости или о неврозе навязчивости; нередко в их генезе равное участие принимают органические мозговые и психодинамические элементы.

Сходные связи характерны и для таких моторных нарушений, как бле-фароспазм, писчая судорога и тортиколлис. И хромосомные aberrации, особенно в половых хромосомах, предрасполагают к личностным и поведенческим расстройствам.

Биохимическими и психофизиологическими исследованиями до сих пор не выявлено этиологически специфических сдвигов, способствующих развитию неврозов.

**Заключение к вопросу возникновения неврозов.** Возникновение неврозов – это комплексный процесс. Необходимо учитывать как психоаналитические условия, так и условия психологического научения, а наряду с ними генетические и органические мозговые факторы. Также необходимо помнить о различных диспозиционных и перистатических факторах, чтобы не впасть в ошибку односторонности, которой определяются социогенные, ятрогенные, экклезиогенные и ноогенные неврозы.

О сочетании условий этого мультифакториального патогенеза, т. е. о взаимодействии и взаимопроникновении различных факторов, известно немного. Будет ли и когда человек невротиком, зависит, вероятно, в основном от психодинамических и средовых условий, особенно в период его детства. Органические мозговые факторы, как показано, могут повысить риск заболевания. Генетические факторы, которые при неврозах имеют относительно меньшее значение, чем при психозах, меньше влияют на развитие заболевания, а больше на *тип* патологии, или особенности *формы* невроза. Степень тяжести и течение невроза во многом зависят от условий, в которых он протекает.

Отдельные ступени патогенеза (согласно мнению С.О. Гоффмана) можно суммировать следующим образом: ранний конфликт развития, ошибки научения, более позднее оживление их в соответствующей жизненной ситуации, формирование компромисса путем защиты и манифестации симптомов, дальнейшее обусловливание, хронизация симптомов (модель реактуализации конфликтов развития) (С.О. Гоффман).

Актуальную ситуацию можно рассмотреть в таком ракурсе: стрессы и другие ситуативные сдвиги как разрешающая ситуация; актуальный конфликт, страх и регрессия, способствующие разгрузке; оживление прежнего конфликта; усиление напряженности конфликта и страх, в том числе вследствие обусловливания; защитные меры, формирование компромисса, манифестация симптомов.

Такая патогенетическая модель годится для неврозов в целом, особенно для симптоматических неврозов. При неврозоподобных стрессовых реакциях и изменениях личности при экстремальных нагрузках акценты расставляются иначе: здесь большее значение имеют актуальная перегрузка при неврозах и особенности личности при ее патологии.

Иным представляется патогенез многих неврозов характера или расстройств личности, которые *непосредственно* возникают вследствие действия вредностей, имевшихся в раннем детстве (так называемые *ранние расстройства*): сохраняющаяся слабость Я, недостаточные возможности защиты, симптомообразование. Эта концепция так называемого структурного *расстройства Я* применима и к тяжелым симптомати-

ческим неврозам, и к пограничным расстройствам личности (модель сохраняющихся повреждений развития).

### Диагноз и разграничение

Невроз оценивается по симптоматическим критериям *и по* генезу. Различают клинический (описательный) и динамический (генетический) диагноз. Оба диагноза, как и вообще в психиатрии, должны применяться совместно. По клиническим данным невроз определяется характерными симптомами, по генезу – лежащими в его основе условиями возникновения. Указаний на наличие конфликта недостаточно, потому что конфликты встречаются и при других психических заболеваниях и у здоровых. Изолированной констатации невротической природы болезни недостаточно, так как за ней может скрываться другое заболевание.

Диагноз должен быть сформулирован ясно, например «невроз страха при партнерском конфликте у сенситивной личности», или «психовегетативный синдром при многократном тяжелом конфликте у личности с астенической структурой», или «суицидальная попытка при кризисе самооценки у шизоидного человека».

*Диагностические ошибки:* совершенно неправильно только на основании отрицательных данных медицинского обследования оценивать психогенез излагаемых больным жалоб и диагностировать невроз. Часто встречается порочная тенденция привлекать минимальные данные технических исследований для объяснения жалоб больного, даже если невротический генез их установлен. Следует помнить, что, установив диагноз невроза (по названным диагностическим критериям), ни в коем случае нельзя исключать одновременное наличие органического заболевания: каждый невротик может болеть органическим заболеванием. С другой стороны, органически больной может реагировать на конфликты, в том числе вследствие присущего ему заболевания.

*Разграничение.* Нарушения развития и конфликты (как и защита от них) не исключены ни в чьей жизни. Они могут преодолеваются более или менее успешно. Между адекватной переработкой и ее невротическими способами нет четких границ. Способы переработки конфликтов плавно переходят друг в друга. Вследствие этого разграничение «невротического» и «здорового» вряд ли возможно. Не каждую конфликтную ситуацию, которая не разрешается тотчас и сопровождается в течение некоторого времени расстройствами настроения или вегетативными сдвигами, можно назвать неврозом. Чем чувствительнее человек, тем сложнее у него переживания, которые еще не заслуживают определения как патологические. Пока не установлены описанные невротические процессы и симптомы, лучше говорить о кризисной ситуации.

Между неврозами и расстройствами личности также нет четких границ, поскольку расстройства личности (хотя бы отчасти) являются неврозами характера.

К разграничению с психозами: неврозы – это менее тяжело и менее закономерно протекающие психические расстройства без дезинтеграции Я и без тяжелых резидуальных состояний. В практической диагностике это разграничение в ряде случаев бывает трудным. Начинаясь шизофренический процесс может скрываться за невротическими симптомами. Только появление основных симптомов позволяет установить диагноз. Во всяком случае имеются пограничные случаи, называемые краевыми или пограничными психозами.

От органического психосиндрома и симптоматических психозов неврозы в принципе отличимы, даже если в отдельных случаях возникают дифференциально-диагностические трудности.

### Течение

При невротических состояниях часто наблюдается *смена симптомов*, например переход от конверсионной реакции к невротической депрессии. Переходы невроза в

психоз редки, в таких случаях следует считать, что был просмотрен псевдоневротический этап шизофренического процесса. Иногда в течении неврозов возникают психотические эпизоды, например преходящие витально-депрессивные состояния при тревожных неврозах. Они могут приводить к ошибочным диагнозам, если при определении диагноза не руководствоваться длительным наблюдением. Переход от невроза к наркомании – редкое явление.

При неблагоприятном течении происходит «хронификация» невроза, что приводит к значительной резистентности к терапии. Многие из таких больных страдают одновременно соматическим заболеванием, что повышает общую *болезненность* при хронических неврозах, а тем самым и *летальность*, в основном вследствие суицидов.

Как возникновение, так и течение неврозов зависит от окружающей обстановки, которая может задержать или затруднить эффект лечебной переработки конфликта и тем самым затянуть его исход. С другой стороны, благоприятные изменения среды помогают преодолеть конфликт. В результате целенаправленного напряжения и удовлетворяющей деятельности, а также во время какой-либо угрозы или нужды неврозы ослабевают.

В среднем возрасте неврозы часто ослабевают. Больной смиряется со своими проблемами и со своими симптомами. С годами ему легче удается приспособиться и сохранять душевное равновесие, и поэтому обострения возникают реже. Приспособление может достигаться за счет *сужения* круга проблем. Тогда развивается заключительное *резидуальное* невротическое состояние при одновременном смягчении личностных расстройств. Наблюдение за больными в позднем возрасте подтверждает их хороший прогноз, хотя бы симптоматологический.

### Нозология и классификация

Среди различных попыток *систематизации неврозов* ни одна не является общепризнанной. Более старые версии с трудом преодолеваются. До сих пор в мировом психиатрическом сообществе нет единства в названиях и классификации.

По *симптоматике* различаются психоневрозы и органические неврозы (объединяемые как симптоматические неврозы), а также неврозы характера. Часть *психических симптомов* неврозов неспецифична, так как они встречаются при большинстве типов неврозов, например неуверенность в себе, заторможенность затруднения контактов, расстройства настроения, а также вегетативные симптомы. Частично речь идет об относительно специфичных симптомах, которые определяют отдельные формы неврозов, например фобии, навязчивости, отчуждение. Но они редко встречаются изолированно и могут возникать в такой же форме при других психических заболеваниях.

*Соматические симптомы* встречаются при многих неврозах в различных формах. Так называемые *органические неврозы* (многозначное понятие) трудно отграничить от психосоматических нарушений и терминологически, и клинически.

*Неврозы характера*, которые проявляются определенными личностными признаками, клинически однозначны с расстройствами личности (хотя их теоретические концепции различны).

*Психодинамически* оценивая симптоматические неврозы и особенно психоневрозы, их определяют как неврозы перенесения и противопоставляют неврозам характера, которые обусловлены *ранними детскими нарушениями* или *структурными расстройствами Я*; во всяком случае эта концепция приложима также к тяжелым симптоматическим неврозам, пограничным синдромам, наркоманиям и сексуальным девиациям. Мы не разделяем резко неврозы и так называемые ранние нарушения, потому что здесь речь больше идет о различиях в степени выраженности.

Если исходить из патогенетических факторов, особенно из отношения между личностными особенностями и средовыми стрессовыми факторами, то целесообразно



отличать неврозы от тех заболеваний, которые возникают под действием тяжелых стрессов, но без предшествующего невротического развития личности.

Ни один принцип классификации не может удовлетворить полностью. Как и многие авторы, мы различаем конфликтные реакции и неврозы не по принципам систематики, а по преимущественным клиническим картинам, которые в определенной степени соответствуют типичным условиям возникновения. Такие подходы имеют преимущество в том, что они сходны по общепринятым описаниям, и исходят из того, *что* именно заставляет больного прибегать к врачебной помощи и *что* врач устанавливает впервые в его симптоматике. При этом проводится деление и по возрастным группам.

**Классификация.** Тогда как DSM (Диагностическое и статистическое руководство по психическим заболеваниям) в версиях III и III-R, исходя из своих теоретических и методических принципов не содержит раздела неврозов и почти опускает само понятие неврозов,

## Неврозы у взрослых

### Психовегетативный синдром / Функциональные жалобы

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

Активный психастенический упадок, неврастенический синдром, вегетативная дистония, нейроциркуляторная дистония, невропатия, вегетативный невроз, общий психосоматический синдром, а также сходное с ним соматизированное расстройство, в том числе соматоформное (среди прочих промежуточные формы: конверсионный синдром и ипохондрическое расстройство).

**Симптоматика.** Тогда как здоровый человек воспринимает натуральную усталость естественно, истощенный человек чувствует себя в напряжении и как чахоточный. Сюда добавляются слабость концентрации внимания, снижение трудоспособности, боязливость, возбудимость (раздражительная слабость), колебания настроения, дурное расположение духа, безрадостность и подавленность. Кроме того, отмечаются давление в голове, «несвободная» оглушенная голова: пульсирующие головные боли, периодические головокружения, мушки перед глазами; расстройства сна, прежде всего затруднения засыпания и беспокойный сон; мелкое дрожание пальцев; оживление рефлексов; учащение пульса, иногда с экстрасистолами, воспринимаемыми с неприятным чувством; другие ощущения в области сердца без органических нарушений; отсутствие аппетита, желудочные жалобы. Запоры или преходящие поносы, нарушения потенции и т.д.

**Условия возникновения.** Рабочая перегрузка может сопровождаться неосознанной, порождающей конфликт мотивацией. Кто думает, что он полностью перегружен работой и должен избегать чрезмерного переутомления, на самом деле имеет неосознанное желание устранить упущения или неполноценность в других областях жизни или защититься и вытеснить постоянное напряжение конфликтной жизни. Так называемое бегство в работу или работоголизм приводит к истощению тем скорее, чем менее осознанно переживается заинтересованность в этой работе. Источником конфликта может стать двойная или тройная перегрузка. Если женщина работает на производстве, дома или занимается собственным хозяйством, то ее постоянная перегрузка и недостаток сна приводят к синдрому истощения.

Патогенетически следует обратить внимание на «*органную неполноценность*» (по Адлеру); общим здесь является особая предрасположенность органов или систем к функциональным расстройствам, например желудочно-кишечного тракта, урогенитальной или сердечно-сосудистой системы. Такую органную предрасположенность можно видеть в наследственных факторах, которые способствуют раннему соматиче-

скому заболеванию, повышенной ранимости и сходным расстройствам у родственников (возможна и тенденция к идентификации).

**Разграничение и дифференциальный диагноз.** Отдельные функциональные расстройства, в том числе явной выраженности и длительности встречаются у многих здоровых людей (по подсчетам около 50%) Однако здоровье выражается не только абсолютно хорошим самочувствием об этом нужно помнить при оценке жалоб.

*Как органичные определяются и детские неврозы, поскольку они обычно начинаются с нарушения функции одного органа, как, например, при энурезе, при этом нарушения развития и затруднения в учебе переплетаются. Обращает на себя внимание и тот факт, что детские неврозы, не считая эмоциональных реакций, проявляются в основном в органичных манифестациях, а психоневрозы (тревожные неврозы и неврозы навязчивостей) предполагают соответствующее прогрессирующее развитие симптомов.*

Психовегетативные синдромы истощения встречаются также после травм мозга и после инфекционных заболеваний, прежде всего там, где затрагивается центральная нервная система; легкие параинфекционный и постинфекционный энцефалиты проявляются часто только переходящим психовегетативным синдромом (так называемая псевдоневрастения), что легко приводит к ошибкам в диагностике.

### **Основные формы неврозов**

#### **Неврастения.**

Для клинической картины неврастении весьма характерны общеневротические или нервно-психические нарушения, бессонница и головная боль, а также различные вегетативно-висцеральные симптомы.

Неврастению принято делить на гиперстеническую форму, переходную (раздражительной слабости) и гипостеническую форму или стадии заболевания (I, II, III).

Для гиперстенической формы неврастении характерны чрезмерная раздражительность, несдержанность, нетерпеливость, повышенная чувствительность к незначительным раздражителям, слезливость, нарушение внимания и др.

Гипостеническая (или астеническая), отмечаемая прежде всего более выраженным компонентом собственно астении, как психической, так и физической.

Снижающаяся работоспособность и интерес к окружающему, постоянное чувство усталости, вялости, несвежести, сонливости.

Форма раздражительной слабости занимает промежуточное положение. При ней наблюдается повышенная возбудимость и в то же время и слабость, истощаемость, а также легкие переходы от гиперстении к гипостении, от чрезмерной активности к апатии.

Эмоционально-аффективные нарушения при неврастении могут приобретать депрессивную окраску, и иногда достигают степени невротической депрессии.

Симптомы (нередки симптомы ипохондрического характера).

Невротические расстройства сна (сон с пробуждением ночью и легкие формы диссомнии), головная боль нервно-мышечного типа, зябкость конечностей, тахикардия, повышение сухожильных рефлексов. Дрожание век и пальцев вытянутых рук, боли в мышцах, гиперстезия отдельных участков кожи, вегетативные кризы, сексуальные расстройства у женщин, снижение полового влечения, аноргазмия, расстройства висцеральных функций, дыхания. ЖКТ, сердечно-сосудистой системы.

**Терапия.** Перегрузки должны по возможности устраняться. Корректируется образ жизни: регулярная еда без спешки, расслабление и полноценный сон обычной длительности. Занятия спортом и иная физическая деятельность являются важнейшими условиями улучшения. При этом аутогенная тренировка у таких больных может помочь достичь психофизического расслабления. Тяжелые вегетативные синдромы требуют щадящего режима, отдыха или лечения.

*Психотерапевтически* прежде всего надо рассмотреть патогенный конфликт. Часто бывает достаточно нескольких бесед, чтобы объяснить больному связи в его переживаниях и облегчить ему принятие соответствующего решения. В тяжелых случаях нужна длительная психотерапия.

### **Конверсионные реакции**

Конверсия – это превращение вытесненного душевного конфликта в соматическую симптоматику. Конверсионные симптомы, отражая конфликт символически, нацелены на выгоду от болезни.

*К терминологии.* Понятия «конверсионные реакции», «конверсионный синдром», «конверсионные неврозы», «конверсионная истерия» и «истерические реакции» во многом идентичны. При этом истерическая реакция обозначает не только соматические нарушения. «Истерическое» служит определением конкретных психических нарушений. Истерические реакции встречаются преимущественно у истерических личностей, но они не связаны жестко с какой-либо одной психической структурой.

**Симптоматика.** Конверсионные реакции проявляются двигательными, чувствительными и сенсорными симптомами, а также припадочными состояниями, например параличами одной или нескольких конечностей, часто обеих ног с невозможностью стоять и ходить (астазия-абазия), или полной обездвиженностью, которая соответствует встречающемуся у некоторых животных рефлексу мнимой смерти и производит впечатление отсутствия сознания. Но уже по тому, как больной активно отворачивается, это состояние легко отличить от комы или кататонического ступора. Противоположными являются психомоторные состояния возбуждения (например, тюремные реакции) – резкое двигательное возбуждение с бушеванием и криками. Своим явно демонстративным содержанием и выразительностью они отличаются от психотических состояний возбуждения.

*Функциональные припадки протекают хотя и драматично, но без потери сознания без резких падений и повреждений. Эти припадки продолжаются дольше, чем эпилептические, и на таких больных можно воздействовать внушением или энергичным окриком. Они характеризуются яркой выразительностью и отличаются от эпилептических припадков еще и сохранностью реакций зрачков и рефлексов.*

Функциональный *тремор* в большинстве случаев бывает крупноразмашистым, синхронным среди вовлеченных групп мышц, касается обычно верхних конечностей. Дистальные части туловища, руки и ноги вовлекаются в движение вторично (сотрясательный тремор); при обращении внимания на больного тремор усиливается; отвлечение же внимания приводит к его ослаблению или даже приостановке. Впрочем, следует помнить, что и асинхронный органический тремор может зависеть от эмоционального влияния.

При функциональных *расстройствах чувствительности* больной предъявляет жалобы на потерю чувствительности на отдельных участках кожи тела (анестезия). Очертания этих участков не соответствуют зонам иннервации, что характерно для органических центральных и периферических расстройств, а отражают телесные представления дилетантов. Так, становится нечувствительной верхняя половина тела, включая руки и не сохраняя ограничения строго по средней линии, или формируется похожая на носки область на ногах или как бы перчатки на руках.

К конверсионным расстройствам также относятся расстройства функций органов чувств. К ним принадлежит *функциональная слепота*, характерное трубкообразное сужение поля зрения, в котором размер предмета не соответствует его удаленности, а также *функциональная глухота*. Эти симптомы встречаются относительно редко и распознаются по неадекватному поведению больных.

Частыми симптомами конверсии являются *болевы́е состояния* в самых разных частях тела, но особенно головные боли и боли в животе. Само собой разумеется, что какое-либо органическое заболевание при них исключается. *Рвоты* также могут быть проявлением конверсионной реакции.

Невозможно обрисовать все *многообразие* конверсионных синдромов. Почти любую картину болезни можно имитировать в форме конверсионной реакции. Однако и действительно имеющееся соматическое расстройство и функциональная недостаточность могут расцветаться и поддерживаться подобными истерическими механизмами.

**Возникновение.** Конверсионные реакции были первой моделью, на которой Фрейд основал возникновение неврозов. Если неосуществленные желания и непреодоленные конфликты вытесняются в бессознательное, их энергия сохраняется. Позже она проявляется в самых разных формах, при конверсионных реакциях в виде признаков соматических расстройств.

*Выразительный* и символический характер конверсионных реакций лежит на поверхности: паралич ноги указывает на то, что человек не может больше ходить; расстройств зрения свидетельствуют о том, что пациент ничего не хочет знать о том, что происходит перед его глазами; при нарушении глотания – он не в состоянии «проглотить неприятности»; при наличии рвоты – пациенту «все противно». «Разговор тела» здесь «очень ясен и драматичен. «Тело становится мячом для игры» (Бланкенбург). Конверсионные реакции представляют собой неудовлетворенные фантазии и притязания. При этом не надо забывать о сексуальном их содержании, как это наблюдается при истерической дуге (сейчас редко встречающейся) – функциональном припадке с гиперлордозом и приподнятием таза у женщин.

Конверсионные синдромы направлены на освобождение от внешних и внутренних обязанностей, это призыв к окружающему миру, чтобы обратить на себя внимание. Они служат цели *получить пользу от болезни* в двух планах: путем образования истерического симптома достигается определенное удовлетворение от вытесненных побуждений (первичная польза от болезни), а кроме того, благодаря большему вниманию, признанию и оценке достигается нарцисстическое удовлетворение (вторичная польза от болезни).

С биологических позиций конверсионные реакции используют инстинктивные и рефлекторные механизмы (Кречмер). Так, двигательные конверсионные симптомы можно интерпретировать, как ранние и примитивные двигательные реакции, которые актуализируются и восстанавливаются в состоянии регрессии. Даже если они вначале проявляются более или менее произвольно, то со временем приобретают характер привыкания (обусловливание), так что в конфликтных ситуациях они воспроизводятся непроизвольно.

Конверсионные реакции более характерны для женщин, чем для мужчин. Они чаще проявляются у истерических, а также у астенических, нарцисстических личностей и у других, имеющих задержку личностного развития.

**Диагноз.** Решающим для диагноза являются демонстративное поведение, выразительность содержания переживаний и целенаправленность симптоматики. Благодаря этому конверсионные симптомы отличаются от органически обусловленных нарушений тех же функций. Дальнейшие наблюдения за пациентами обнаруживают факты лежащего в их основе конфликта.

Конверсию необходимо отличать от *симуляции*. Конверсионные симптомы не так легко воспроизвести произвольно, даже если они протекают не совсем осознанно (см. выше). Симуляция тем не менее очень редка: вместо того чтобы вскрывать обман, необходимо исследовать причины такого поведения.

Если конверсионные симптомы особенно «грубы» и наглядны, следует думать о психоорганических нарушениях, на основе которых способность к преодолению болез-

ни у больного снижается так, что становится невозможной дифференцированная реакция на трудности и конфликты.

### **Истерия (истерический невроз)**

Чаще у женщин, чем у мужчин. При истерии встречаются:

1) Психические нарушения: психогенные амнезии, сумеречные состояния сознания, синдром Ганзера, псевдодеменция, пуэрилизм.

2) Эмоционально-аффективные расстройства: фобии, астения, ипохондрические проявления, истерические эмоционально-аффективные расстройства. Чаще всего выступают в виде колебаний и снижения настроения, страхов.

Общими особенностями указанных нарушений является демонстративность, наигранность переживаний и совершенно определенная ситуационная их обусловленность.

К двигательным нарушениям при истерии относятся судорожные припадки, параличи, парезы, асказия – абазия, гиперкинезы, контрактуры, афония, мутизм, блефароспазм.

Из сенсорных нарушений наиболее характерными является истерическая слепота, глухота, нарушения чувствительности.

Больные истерическим неврозом отличаются повышенной чувствительностью и впечатлительностью, внушаемостью и самовнушаемостью, неустойчивостью настроения, эгоцентризмом, требуют признания.

**Разграничение.** От конверсионных синдромов следует отличать двигательные нарушения, которые выглядят подобно им, но имеют более сложную обусловленность. *Тортиколлис* (кривошея), *тики*, *графоспазм* (писчая судорога) и сходные с ними симптомы могут возникать при психореактивном соучастии; однако обычно при тщательном изучении устанавливают наличие органических мозговых (экстрапирамидных) факторов. Таким образом, речь идет о соматопсихических расстройствах.

**Лечение.** До начала лечения надо решить, будет ли оно направлено вначале на устранение симптомов или на разрешение конфликта. Остро возникающие конверсионные симптомы необходимо лечить и снимать как можно быстрее, прежде чем они закрепятся вследствие обусловливания (например, социальное подкрепление), когда появятся вторичные органические нарушения, например двигательные расстройства. Этому служат суггестивные воздействия и поведенческие терапевтические методы; в отдельных случаях показан гипноз.

Терапевт должен объективно и доброжелательно предусмотреть, чтобы его эмоции не были направлены против пациента и его выразительного поведения, и должен постараться разъяснить пациенту причину его страдания. Сказать – «это только психическое» столь же нелепо, как сказать: «у Вас ничего нет».

*Лечение физическими упражнениями* должно действовать на больного так, как при терапии органических нарушений, должно строить мост для устранения симптомов и избавления больного от стыда, который он испытывал при попытке их сохранения. Этому служат, например, лечебная гимнастика и гидротерапия и отчасти медикаментозная терапия (в остальных случаях психофармакотерапия не применяется).

При таких драматических конверсионных реакциях, как припадки и состояния возбуждения, внимание (как самого пациента, так и психотерапевта) должно по возможности отвлекаться от симптомов, чтобы избежать социального подкрепления и поисков выгоды от болезни. В таком случае важнее обратиться к личностной ситуации, особенно в процессе врачебной беседы.

В других случаях лечение следует начинать с *конфликтцентрированной терапии*, чтобы устранить динамические основы симптомов.

Ставить ли акцент на терапию, нацеленную на симптомы, или на конфликтцентрированную терапию – это зависит от индивидуальных особенностей состояния больного, вида и длительности симптомов, структуры личности и проводившихся ранее ле-

чебных мероприятий. Твердых правил здесь нет: план лечения надо определять в каждом конкретном случае.

Для переработки актуального конфликта и социотерапевтической помощи *аналитическая терапия* показана редко. Даже если начальный успех лечения кажется впечатляющим (так называемое «выздоровление от перенесения») и если методы лечения устраняют «игровое» поведение больного, многое зависит от эмоционального единения врача и больного.

Самая большая проблема в лечении конверсионных синдромов лежит в пользе от болезни: если, больной поглощен своими проявлениями болезни, если он воспринимает ослабление ее проявлений, как свою неудачу, то у него не будет стремления к выздоровлению. Предсказать успех терапии можно лишь тогда, когда у больного польза от болезни заменяется новой целью, для достижения которой улучшение здоровья или психосоциальных условий представляется достойным прилагаемых усилий.

**Экскурс: искусственно вызванные расстройства** проявляются в форме наносимых самому себе повреждений (кожным покровам; внутренним органам, например с помощью приема медикаментов). С одной стороны, речь идет о том, чтобы исключить симуляцию (так называемый *синдром Мюнхаузена*) с намерением лечиться (в том числе оперативно), а с другой стороны, речь может идти о серьезных аутоагрессивных действиях при тяжелых нарушениях невротического характера, например расстройствах личности (депрессивного или пограничного характера). Источник их возникновения можно предполагать в возвращении детской травматизации с последствиями в виде Я-структурных расстройств и хрупкой психической защиты.

#### **Диссоциативные нарушения**

*Диссоциацией* называется процесс, который трудно описать: то, что объединено, здесь распадается; совмещенные психические процессы разрываются на отдельные части (это не похоже на расщепление при шизофрении); из полноценной жизни что-то выпадает и это полностью не осознается. Эта психодинамическая модель родственна таковой при конверсионных реакциях (см. выше), которые проявляются соматическими симптомами, а при диссоциативных нарушениях касаются психических функций, особенно самооценки. К диссоциативным принадлежат описываемые ниже нарушения.

*Псевдодеменция (синдром Ганзера)*: казалось бы, простые мыслительные операции невозможны, в том числе самые очевидные. Характерно «мимоговорение»: ответ очень близко к правильному, например  $3 \times 6 = 19$  или 17. Эта диссоциативная, или истерическая, псевдодеменция отличается от органической демонстративным поведением, бьющим на вызывание к жалости. Ее не следует смешивать с так называемой депрессивной псевдодеменцией. С псевдодеменцией сходна диссоциативная утрата памяти.

*Диссоциативная (психогенная) утрата памяти (амнезия)*: прошлое не вспоминается, даже важные личные даты не воспроизводятся. Это беспомыслие бывает парциальным, часто касается лишь какого-то одного периода жизни (частично в связи с тяжелыми переживаниями). Ей родственны психогенные сумеречные состояния.

*Психогенные сумеречные состояния*: пациент кажется дезориентированным, во всяком случае частично, как в сумерках. Такое состояние длится от нескольких часов до нескольких дней. С этим может быть связана диссоциативная fuga.

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

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

Эти диссоциативные синдромы, которые иногда переходят один в другой, встречаются только у молодых людей. Описанные нарушения, хотя и не полностью осознаны, но часто так близки к осознанным, что возникает подозрение в симуляции. Выразительность содержания и легко распознаваемая тенденциозность поведения (польза от болезни) позволяют видеть их близость к другим «истерическим» расстройствам. У некоторых больных определяются (в большинстве случаев легкие) органические нарушения. Обусловленная этим редукция интеллектуальной деятельности в целом и особенно в отношении преодоления проблематичных ситуаций способствует готовности к такого рода реакциям.

*Диссоциативное идентификационное расстройство (множественная личность)* – это крайнее выражение диссоциативных нарушений: в одном индивидууме сосуществуют две (или больше) личности, чередуясь одна с другой. При этом одна из них не хочет ничего знать о другой (так называется альтернирующее сознание). Но эти описания скорее всего приукрашены. Так, во время психотерапии пациенты могут артистическим образом менять стиль своего поведения (как артист свою роль, что говорит о *истероидном*, демонстративном поведении). В повседневных условиях встречаются случаи двойной жизни. Например днем – это дама, а ночью – проститутка или днем – благородный человек, а ночью – преступник, а также, с одной стороны любящий родитель, а с другой – деспотичный шеф.

Рассматривая *психодинамический* аспект проблемы, можно считать, что непереносимый аффект или невыполнимые стремления приводят к созданию образа другой личности, в то время как претензии своего Сверх-Я остаются неизменными. Такая реакция нередко бывает заложена в травматическом жизненном опыте, полученном ребенком. Встречается данное заболевание редко.

### **Ипохондрические синдромы**

Ипохондрические расстройства определяются как чрезмерно заботливое отношение человека к своему телу с тревожным наблюдением за собой и страхом за свое здоровье, с мучительными домыслами на эту тему. Здесь речь идет не о болезни «ипохондрия», а о форме реакции и синдроме.

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

**Условия возникновения.** Автономность соматических функций может нарушиться, если внимание постоянно направлено на состояние организма, что приводит к их нестойкости. Свойственная сенситивной личности неуверенность в себе предрасполагает к ипохондрическому развитию.

При посещении больного кто-то начинает верить, что он чувствует подобные ощущения или как будто они у него были раньше, и ему кажется, что и у него такое же заболевание (тенденция идентификации).

*Психодинамически* ипохондрические переживания рассматриваются как сдвиг внимания на определенную телесную локализацию или на состояние здоровья. Эти переживания возникают тогда, когда диффузный страх закрепляется, направляясь на

агрессивное или сексуальное содержание переживаний; страх кастрации фиксируется на раннедетских либидинозно окрашенных частях тела и нарцисстически консолидируется. Чувство вины благоприятствует возникновению ипохондрических опасений. Пример тому, ставший уже историческим: как из мастурбации и чувства вины возникают ипохондрические опасения юноши («спинномозговая чахотка»).

Исключительно невротический генез – это не правило для ипохондрии. При многих ипохондрических симптомах обнаруживаются различные (например, психореактивные и органические) факторы происхождения. При этом ипохондрические страхи имеют защитные функции, поскольку они овладевают переживаниями больного и почти не оставляют места для иных представлений, особенно для конфронтации с более серьезными угрозами и с самой смертью.

Ипохондрические синдромы встречаются не только при неврозах, но и при психозах, и при мозговых заболеваниях. У больных с меланхолией могут наблюдаться выраженные ипохондрические опасения, а у больных шизофренией – нередко абсурдные ипохондрические представления, частично направленные на гениталии. Если при мозговых заболеваниях возникают ипохондрические нарушения, они необязательно бывают непосредственной причиной повреждения мозга, они могут объясняться как реакция больного на измененное соматопсихическое состояние.

**Диагноз.** С одной стороны, надо считаться с тем, что каждый человек может реагировать ипохондрически и что ипохондрический синдром развивается при разных заболеваниях. Если он появляется при меланхолии, шизофрении или мозговых заболеваниях, диагноз устанавливают уверенно на основании ведущих симптомов данного заболевания. С другой стороны, нельзя игнорировать тот факт, что человек с ипохондрическими переживаниями может действительно соматически заболеть. Мольер, автор пьесы «Мнимый больной», играл в ней главную роль, и на четвертом представлении он упал на сцене и чуть позже умер.

**Дисморффобии** (или комплекс Терзита) сходны с ипохондрическими нарушениями. Больные, в основном подростки и юноши, стойко убеждены (на уровне сверхценной идеи), что какая-то часть их тела деформирована и выглядит необычно, чаще всего это нос или другая часть лица и женская грудь. Объективно нет никаких или имеются минимальные отклонения. Больные упорно добиваются оперативной коррекции, перед которой необходимо провести тщательное психиатрическое обследование. В самых простых случаях речь идет об ипохондрии красоты (по Местеру). Чаще дисморффобии тесно связаны с неврозом; они же встречаются в бредовой форме при шизофрении.

**Течение**, исключая юношеские ипохондрические реакции, обычно длительное. У особенно чувствительных личностей ипохондрические состояния продолжают всю жизнь.

Если чувствительный человек находит себя в какой-то области и тем самым приобретает уверенность в себе, то ипохондрические установки могут стираться.

Ипохондрические нарушения в позднем возрасте превалируют в симптоматике неврозов и конфликтных реакциях, частично они связаны с депрессивными расстройствами и органическими нарушениями мозга.

## **Тревожный невроз, фобии, панический синдром, невроз сердца**

### **Предварительные замечания**

Каждый знает, что такое страх, его не надо определять, а надо описывать. Обычно страх беспредметен, но нередко имеет и определенную направленность. Нет смысла дифференцировать страх (беспредметный) и опасение (возникает перед чем-то).

Различают три формы страха, которые переходят одна в другую.

1. *Реальный страх* – встречается при внешней угрозе, при катастрофах и опасных



ситуациях. Естественными реакциями являются паника, отступление, бегство, а также ярость и агрессия. Сюда же относится и витальный страх при угрожающих жизни болезнях, например гипоксия при коронарной недостаточности. Выраженность этого страха зависит от степени участия психовегетативных процессов, их истощения или диссоциации, от личности и ее готовности к реакциям, от силы сопротивляемости и раннедетских переживаний страха.

2. *Экзистенциальный страх* – это общий опыт человека как образ жизни, который во многом определяется в процессе филогенеза связями с природой. Проявляется не только в больших или меньших способностях бороться с природой и достичь свободы, но и в потере чувства осторожности. Из «головокружения от свободы» (Кьеркегор) вырастает страх существования. С таких позиций он меньше нуждается в разъяснении того, что человек боится, чем то, что он свободен от страха. Онтогенетически человек от рождения незащищен, неполноценен и нуждается в обретении уверенности. Если в результате утраты любви он становится чувствительным, то у него возникают страхи. Они появляются позже в безобидных ситуациях. Тогда происходит переход к третьей форме.

3. *Невротический страх (внутренний)* возникает тогда, когда прерываются импульсы побуждений и/возникает угроза такого поведения, последствия которого не соответствуют стремлениям человека. Этот страх из «Оно» является страхом совести, который противостоит страху, исходящему из «Сверх-Я». Страх может рассматриваться как предупредительный сигнал для Я, когда конфликт непреодолим или отвергается потребность человека в чем-либо или стремление к чему-либо.

Страх – не столько психопатологический феномен, сколько форма реакции человека и вообще составная часть его жизни. Между реальным страхом, экзистенциальным страхом и невротическим страхом нет четких границ. Страх имеет, и познавательную сторону; которая находит выражение в формулировке Кьеркегора: «Кто научится правильно бояться, тот выучит самое главное». Страх может подстегивать, может вызвать самый большой подъем активности. Неспособность переживать чувство страха надо рассматривать как патологию, которая является признаком так называемой социопатической личности.

Страх *оказывает влияние на других* людей. Он имеет тенденцию присоединяться и распространяться на них. В совместной жизни, в воспитании, во врачебной деятельности осуществляется попытка направить человека на такой путь, на котором он испытывает влияние страха, вместо того чтобы ограничивать его свободу. Равновесие и «упорядоченность» часто поддерживаются только страхом.

**Частота.** Страх принадлежит к основным процессам психической деятельности, а также характерен для неврозов и психозов. Большинство невротических нарушений сопровождается страхом. Если же в картине болезни страх господствует, то говорят о *тревожном неврозе*. Если невротический страх направлен на определенный объект и ситуацию, это называется *фобиями*. Невротический страх может быть стойким или приступообразным. Особым выражением страха является хроническая симптоматика страха после чрезмерных перегрузок.

*По эпидемиологии* страха и родственных ему нарушений нет точных цифр из-за неоднородности диагностики.

**Классификация.** То, что описывается как тревожный невроз подразделяется на агорафобию, социальные фобии, специфические (изолированные) фобии и генерализованное тревожное расстройство. При этом агорафобия (страх перед переходом открытых пространств) в более широком смысле оценивается как страх перед обществом или страх одиночества, связанный с неудачным опытом такого одиночества. Эти терминология и классификация, к частностям которых мы еще вернемся, все-таки неудовлетворительны, поскольку понятия перекрещиваются и затруднено определение места каждого из них.

## Тревожные неврозы и фобии

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

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

От страха отличают *фобии*, которые направлены на определенные ситуации или объекты внешнего мира, например страх перейти улицу или пустую площадь (страх площадей, или агорафобия), страх находиться в тесном или закрытом помещении, в лифте (клаустрофобия), пребывать в толпе людей, ездить поездом или плыть на корабле, находиться на большой высоте (акрофобия со страхом падения), страх перед определенными, но безобидными животными и т.д. Страх оказаться в какой-то ситуации, так называемый страх ожидания, действует подобно порочному кругу, усиливая симптомы. Содержание страха столь многообразно, как и окружающие человека объекты и ситуации. Темы фобий переплетаются с их источниками, они становятся скорее заместительно-объектными и имеют символический характер.

Примером этого является страх покраснеть – *эритрофобия*. При наличии конфликта между интенсивностью побуждений и чувством совести гнездится корень страха быть распознанным, чего больные стыдятся. Если вазомоторные симптомы вначале имеют лишь характер соматических сопровождающих явлений, то при обращении на них внимания они приобретают главное значение, и появляется опасение за их способность выдать тайну. Это приводит к дальнейшему смущению, что способствует еще большему покраснению. Покраснение может вызвать каждое случайное событие (страх ожидания).

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

Фобии рассматриваются как элементарные, «архаические» процессы перехода в бессознательное: напряжение импульсов или чувство вины отвергается, страх переводится на окружающую действительность. Этот процесс реализует определенную защиту от напора инстинктов. Женщина не получающая удовлетворения в семейной жизни, защищается страхом перед улицей от возможной ситуации искушения. Этот невротический

ческий процесс имеет сходство с конверсионной реакцией (старое учение о неврозах пользовалось понятиями истерии страха и аффективной конверсии).

С позиций *теории научения* невротический страх объясняется как результат классического и/или оперантного обусловливания, а также как модель научения. Процесс научения надо обязательно выяснять при фобиях наряду с причиной конфликта, это поможет понять основные истоки происхождения болезни. Вследствие нарушения контактов может усилиться или расшириться вторичный конфликт. В смысле классического обусловливания фобии рассматриваются как заученные реакции: нейтральный стимул воспринимается с опаской, если он сочетается с необычными или вызывающими страх переживаниями. Модель научения показывает, как заместительное обусловливание создает страх путем подражания, имитации поведения другого человека. Фобии сохраняют далее свою силу благодаря оперантному обусловливанню: если вызывающие страх ситуации проходят и благодаря этому возникают положительные следствия, тогда процессы избегания систематически восстанавливаются и жизненное пространство больного все более суживается.

*Когнитивный* подход рассматривает невротический страх как следствие недостатка возможностей контроля, необходимого для преодоления притязаний, но которому человек еще не научен. Так возникает устрашающее восприятие мира и беспомощность в смысле иррациональной убежденности (по Эллису).

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

*Психофизиологически* состояние повышенной симпатикотонической активности рассматривается как соматическое соотношение страха.

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

Следует помнить, что при тревожном неврозе могут встречаться депрессивные расстройства с витальными симптомами и что больной с тревожным неврозом может заболеть меланхолией, и вообще тревога и депрессия часто возникают совместно. Содержание переживаний по своим определенным темам указывает на тот или иной диагноз. Так, при неврозах часты страхи перед соединением и разделением, хотя для меланхолических форм они нехарактерны.

При острых шизофренических приступах практически всегда имеется страх, диагноз определяется другими симптомами. При *одном из неврозов* переживания страха стоят в центре картины болезни, поэтому его определяют как психоз страха.

У *детей* следует осторожно определять каждый случай боязливости как тревожный невроз. Страх – это в первую очередь нечто естественное, и его сохранение зависит от многих факторов, особенно от воспитания. Только когда ребенок, с одной стороны, начинает понимать бессмысленность и необоснованность страха, а с другой – не может с ним бороться, только тогда можно говорить о тревожном неврозе. Это обычно бывает после 9-10 лет.

Всегда надо помнить, что страх, диагностируемый как невротическое или даже психотическое расстройство, может быть вызван соматическим заболеванием, например гипертиреозом.

**Терапия.** Прежде всего следует решить, с чего необходимо начинать лечение: стоит ли сперва браться за симптом страха (*поведенческая терапия*) или же приняться за изучение психодинамических основ (*психоаналитически ориентированная психо-*

терапия). Определять показания следует в индивидуальном порядке. Подчас один метод лечения дополняет другой или (в стационаре) лечение ведется параллельно.

Подробности тренинга избегания тревоги и тренинга управления тревогой описаны ниже. Весьма эффективны методики снятия напряжения, в особенности прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону. Лечение можно также проводить в форме групповой терапии. Поведенческая терапия может проложить путь для психодинамической терапии (и наоборот).

**Течение и прогноз.** Спонтанные выздоровления нехарактерны. По катамнестическим данным, лишь небольшое число больных после длительного наблюдения выздоровело. Большинство же страдает и дальше страхом и фобиями (наиболее часто – это волнообразное течение с длительными светлыми интервалами) или другими невротическими нарушениями. Во второй половине жизни наблюдаются улучшения, но нередко с изменениями, напоминающими резидуальные состояния. Не следует визуализировать страх при психотерапевтической работе с детьми (существуют специальные психотерапевтические методы работы со страхом).

### **Панический синдром**

Панический синдром (или панические расстройства, панические атаки, эпизодическая пароксизмальная тревога) – это только новое название известной картины болезни, а именно приступообразно появляющиеся тревожный невроз и фобии. Греческое слово «паника» означает страх, который возникает безосновательно и в мифологии исходит от бога Пана. Характерны повторные тяжелые тревожные атаки. Страх в основном связан с возможностью потери самоконтроля, развития сумасшествия или смерти. Часто страх связывают с соматическими нарушениями, а также с кардиофобией, при которой описываются течение приступов страха и другие особенности.

*К концепции «панические расстройства».* Это название болезни больше этиологическое, чем клиническое, без обращения внимания на уже известные условия возникновения. Оно исходит из (хотя бы при тревожных приступах), что страх обусловлен чисто соматически, а попытки объяснить страх чисто биологически – неубедительны. Даже если соматические процессы участвуют в происхождении страха, страх является комплексным феноменом; наряду с биологическим аспектом он имеет психодинамические аспекты и аспекты психологического научения.

### **Невроз сердца – кардиофобия**

Кардиофобия – это не единственная форма *функционального расстройства сердца*. К ней необходимо предпослать следующее: функция сердца автономна и при ее нормальной деятельности не замечается. Лишь сильная нагрузка, а также эмоциональное напряжение приводят к усилению сердечной деятельности и ощутимым реакциям сердца. При конфликтных ситуациях и неврозах сенсации со стороны сердца и жалобы часты и многообразны, их можно подразделить следующим образом:

а) функциональные сердечные жалобы (гиперкинетический кардиальный синдром, органический невроз сердца): они проявляются без органических изменений в сердце, больной жалуется на давление или колющие боли в области сердца, предъявляет неопределенные жалобы; у него наблюдаются общее снижение активности и другие функциональные явления, как при психовегетативном синдроме. На ЭКГ отмечаются синусовая тахикардия, иногда легкие проявления гипертонии. В таких случаях жалобы легко снимаются бета-блокаторами. Однако врач должен удостовериться в психореактивном происхождении жалоб;

б) пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии могут возникать в сходных условиях, но их следует расценивать не как чисто соматопсихические нарушения, которые, впрочем, могут усилить эти тахикардии;

в)кардиофобия: в основном она определяется такими терминами, как невроз сердца в узком смысле слова, сердечный невроз типа А, сердечная ипохондрия, сердечный тревожный невроз, тревожная истерия, синдром напряжения. Эта болезнь, нуждающаяся в психиатрически-психотерапевтическом лечении, здесь будет описана подробно. Она отграничивается от сердечного невроза типа В, который связан не столько со страхом, сколько с гиперкомпенсаторной (противофобической) переработкой.

**Симптоматика и течение.** Приступообразные тревожные состояния, при которых больные опасаются прекращения работы сердца и наступления смерти, могут возникать и без наличия соматического заболевания. В начале очередного приступа появляются тошнота, головокружение, внутреннее беспокойство, легкое сжатие сердца. Однако во многих случаях без всяких предвестников возникает тяжелый приступ: сильное сердцебиение, ощущаемое по всему телу, некоторое повышение кровяного давления, тяжелое чувство сжатия и стеснения в области сердца, нехватка воздуха, потливость, головокружение и чувство обморочного состояния (но не потери сознания), дрожь во всем теле и элементарный страх. Пациент считает, что его сердце через секунду остановится и он упадет замертво. Это страх самоуничтожения и смерти. При сильном возбуждении больные бегают и умоляют о помощи. Если приступ страха возникает во время поездки в автомашине, пациент вынужден остановиться и передохнуть.

Страх может быть вызван отнюдь не кардиальными функциональными расстройствами, и сами сенсации со стороны сердца не следует рассматривать как чистые последствия страха. Важнее установить психосоматическую связь: сердечные сенсации и аффект являются выражением единого соматопсихического процесса – страха. Приступ длится от четверти часа до двух часов. Когда приходит помощь или она только ожидается, возбуждение и страх ослабевают. Появление врача при этом важнее, чем седативная медикаментозная помощь. В больницах, где врач всегда доступен, кардиофобические приступы встречаются реже, чем вне больницы.

*Патофизиологически* при приступах фобий находят симпатико-вазальные сдвиги; но не всякий симпатико-вазальный приступ имеет кардиофобическую симптоматику.

После первого приступа происходит *фобическое развитие*. Больные теряют душевное равновесие, живут в постоянном страхе ожидая очередного приступа или смерти, испытывая страх возникновения страха (страх ожидания, фобия). При этом им не помогают ни сообщения терапевта о нормальных показателях работы сердца, ни уговоры, что предыдущие приступы не имели последствий. Частота приступов и промежутки между ними нерегулярны. В интервалах больной опасливо следит за своими сердечными функциями, контролирует пульс и регистрирует малейшие его отклонения. Случайные экстрасистолы он воспринимает как непререкаемые признаки болезни с безнадежным исходом. С опаской больные наблюдают и за другими вегетативными проявлениями, а также за легкими колебаниями своего самочувствия. Больные берегут себя, с трудом отваживаются ходить, стремятся устранить все нагрузки, волнения и в первую очередь трудные ситуации, чтобы предотвратить приступ (*уклоняющееся поведение*). Вместо страха смерти во многих случаях все больше выступает страх перед страхом и перед вызывающими страх ситуациями.

Из-за страха перед приступами больной неохотно остается один. Многие испытывают страх, что приступ у них разовьется во сне внезапно, и они не смогут достаточно быстро среагировать. Следствием этого бывают стойкие расстройства засыпания. Другие не могут больше оставаться среди людей – кардиофобия начинает сочетаться с агорафобией или клаустрофобией. Страх и его избегание приводят к фобическому поведению), что наносит существенный вред как служебной деятельности, так и частной жизни больного.

Кардиофобия имеет склонность к *хроническому течению*. Катамнестические исследования показали, что через 20 лет симптоматика сохраняется более чем у половины

больных, хотя и с не столь драматическими обострениями. Ранняя инвалидность – не редкость, хотя кардиофобия не приводит к органическим изменениям в сердце.

**Условия возникновения.** Поводом к первому кардиофобическому приступу чаще бывают острый конфликт и перенапряжение, разлука и разочарование, ситуация одиночества и покинутость, а также переживание в случае сердечной смерти кого-то из близких. Знание о том, что всегда может случиться сердечная смерть, даже у молодых и здоровых становится тревожащим фактором. Интенсивное употребление кофе и никотина может вызвать к жизни этот процесс.

Однако этих факторов для объяснения недостаточно. Актуальный повод может быть последним ударом после длительного невротического развития. Начало же часто исходит из детства. Преимущественно поражаются избалованные и несамостоятельные дети с выраженной зависимостью от матери, во многом с амбивалентными установками: ожидание любви, с одной стороны, и желание самостоятельности с агрессивными порывами с другой, с противоречивыми фантазиями привязанности и расставания. Такие установки особенно опасны при обрыве связей, разлуках и разочарованиях. Кардиофобик часто живет в страхе перед разлукой, прежде чем поймет, что он ее хочет и ее же боится. Регулярно возникают совместные проблемы с родителями и конфликты с партнерами.

В области *психологии научения* действуют те же закономерности, что и в случаях тревожных неврозов.

**Дифференциальный диагноз.** Страх, дрожь и возбуждение могут напоминать острый психоз и привести к ошибочному диагнозу ажитированной депрессии или психоза страха. Впрочем, кардиофобические жалобы встречаются и у меланхолических больных. Синкопальный припадок протекает менее драматично, он приводит к утрате сознания, страх и другие фобические явления при нем отсутствуют.

Самой важной; является дифференциальная диагностика с инфарктом, коронарной недостаточностью и пароксизмальной тахикардией. Кардиофобики чаще моложе, чем инфарктные больные; кровяное давление у них не падает, а слегка повышено, припадок соматически менее угрожающий: сопровождается страхом, который протекает более сильно и более шумно. Жалобы описываются как менее насыщенные болью. Как и при всех функциональных нарушениях сердца, боли в основном локализованы в левой стороне груди, но могут распространяться и на левую руку, т.е. локализация не отличается от таковой при инфаркте или коронарной недостаточности, которые бывают более длительными, чем кардиофобические приступы. Пароксизмальная тахикардия протекает также менее драматично для больного, Ускорение пульса выражено больше, чем при кардиофобическом приступе, а кровяное давление чаще падает.

Разграничение на основе только клинических данных не позволяет врачу обрести абсолютную уверенность в себе, поэтому при подозрении на кардиофобию нужно провести полное терапевтическое обследование для исключения коронарной недостаточности, нарушения проводимости и заболевания миокарда. На этом, как правило, настаивает и сам больной с кардиофобией.

**Лечение.** Если в остром состоянии наличие врача и беседа с ним не вызывают улучшения, показаны транквилизаторы или бета-блокаторы. Как и другие больные неврозами со страхом, многие фобики пытаются проводить самолечение алкоголем; но эффект его недостаточный, а опасность появления зависимости от алкоголя велика. Фармакотерапия – это только подсобное средство, прежде всего в острых случаях, а также начальное эффективное средство.

Решающей же является *психотерапия*. Чем раньше ее начинают, тем лучше. Изучение причин и конфликтных ситуаций сразу после первых кардиофобических приступов может приостановить последующее фобическое развитие. Позже лечение проводить тяжелее и требуется длительная психотерапия. При этих и других тревожных расстрой-

ствах особенно показана *поведенческая терапия* (возбуждающая конфронтация, познавательная терапия, тренировка уверенности в себе). Отличительная особенность *тренинга избегания тревоги* состоит в том, что он работает на модели десенсибилизации (к соответствующим условиям обыденных ситуаций), а *тренинг управление тревогой* – при помощи форсированного погружения в фобическую ситуацию (наводнение) и формирования стратегий преодоления. При тяжелых тревожных расстройствах необходимо проводить клиническое лечение с использованием различных моделей психотерапии.

### **Депрессивные реакции и депрессивные неврозы**

*Предварительные замечания к термину «депрессии».* Депрессия означает подавленное настроение. Словом «депрессивный» можно объяснить разные явления: адекватное поведение после болезненной потери, конфликтную реакцию и невроз, структуру личности и болезнь. Депрессивная симптоматика встречается при реактивной депрессии (депрессивная реакция или депрессивная конфликтная реакция), депрессивном неврозе (невротическая депрессия), эндогенной депрессии (меланхолия), депрессивном синдроме при шизофрении или при органических психозах. Об этом будет сообщено в соответствующих главах. Говорить просто о «депрессии» было бы непростительным упрощением. Диагностическое дифференцирование служит целенаправленной терапии. «Депрессия» же без более точного определения ни о чем не говорит. *Распространенность* депрессивных расстройств в целом составляет около 4-6 %, а в амбулаторной практике по меньшей мере – 10-20 %.

*Частота и разграничение.* При *реактивной депрессии* больной также грустен по поводу чего-то утраченного, потерянного или отнятого. От «здоровой» адекватной грусти реактивная депрессия отличается картиной большей интенсивности и большей длительности (с наличием преходящих соматических жалоб), возникающей после неодолимого конфликта.

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

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

**Реакции печали.** Если человек страдает от тяжелой потери, как, например, смерть близкого человека, то возникает болезненный психический процесс перестройки. Острая печаль протекает часто с соматическими жалобами и вегетативными нарушениями, такими как бессилие и истощение, особенно желудочно-кишечные расстройства. К психическим реакциям печали относятся отчужденность и раздражительность. За враждебностью стоит часто чувство собственной вины. Как и болезненную печаль, его пытаются преодолевать. Но только правильная оценка потери и печали, примирение с потерей может (в смысле деятельной печали) привести к преодолению трудной ситуации и к новой ориентировке. Это определяется, как работа печали, «после которой полнота Я снова становится свободной и неподавленной» (Фрейд).

*О патологической или болезнетворной ситуации печали* говорят тогда, когда она затягивается (нередко на месяцы и даже годы). В основе этого лежат разные причины: вначале вынужденное пребывание в обществе, которое сдерживает проявления тоски, часто – невыносимое одиночество и отсутствие партнера для беседы, а также самобичевание из-за реальных или мнимых погрешностей в уходе за умершим, оставшиеся неразрешенные с ним проблемы, при этом особую роль играют амбивалентные установки и вытесненная агрессивность; с другой стороны, выраженные дружеские от-

ношения, которые так внезапно прервались. В деталях эти реакции печали также многообразны и различны, как вообще человеческие жизненные ситуации.

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

Болезненная реакция печали рассматривается как образец депрессивной реакции вообще. Она встречается не только в случаях смерти, но и при потере близкого человека вследствие разлуки, развода и т.д. Для дифференциальной диагностики следует иметь в виду, что глубоко переживаемые потери могут вызвать и другие психические заболевания, например меланхолию.

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

**Депрессивные неврозы.** Причина, почему многие люди в результате потери безопасности находятся в угрожающем состоянии, проясняется из истории их жизни, из тематики болезненных детских переживаний, а не только из-за утраты атмосферы любви после расставания с матерью или разрыва семейных связей. Недостаток тепла, домашнего очага и «разбитый дом» – это часто лишь переоцениваемые крылатые слова. Столь же патогенными могут быть излишняя забота тревожных родителей, которые привязывают к себе ребенка и оберегают его от влияния окружающего мира, и именно поэтому затрудняется становление самостоятельности и стойкости.

Эта «сверхзаботливость» отражает недоверие, выражающее вытесненные агрессивные тенденции матери по отношению к своему ребенку. Таким образом, «теплично» воспитанный человек остается зависимым и нуждающимся в опоре и на незначительные перемены реагирует депрессивно. Когда родители становятся единственной постоянной опорой и воспитывается невозможность проявления агрессивных импульсов, закрепляется запрет на проявление настоящих чувств в проблемных ситуациях. Единственное, чему разрешено появляться в сознании, это страх и чувство вины.

Депрессивный невроз – это невроз характера или расстройство личности. При слабой их выраженности говорят о депрессивной структуре личности в смысле стойких психических отклонений. Детгрессивно-невротическое развитие, которое (с позиций психоанализа) начинается с оральной фазы развития, может приводить в течение жизни к скрытым депрессивным расстройствам настроения (*невротическая депрессия*). При этом актуальные затруднения являются поводом, а не причиной. С депрессивно-невротической структурой связано развитие других расстройств, особенно наркомании и анорексии.

Оральная фиксация при невротической депрессии может быть ответной регрессивной реакцией ухода на эту раннюю фазу с первичным чувством безопасности. Если отсутствует изначальная уверенность, развиваются несвободная зависимость и страх разлуки, и в последующей жизни потеря любви и разлука (и даже опасение разлуки) всегда означают глубокую нарцисстическую обиду. Поэтому возникают агрессивные побуждения в отношении другого человека, проявляющиеся в чем-то непреклонность.



Поскольку невротик не может реализовать свою агрессию, он переносит ее на собственную персону (у здоровых происходит наоборот – потрясения и печаль превращаются в злость и ярость).

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

*Концепция пограничных расстройств личности.* Тяжелые депрессивные/невротические (а также другие невротические и расстройства личности) обозначаются с психоаналитических позиций как пограничные состояния. Это не столько новый диагноз (и не случаи, пограничные между невротическими и шизофренией), сколько построение модели, которая в учении о фазах жизни связывает раннедетские переживания с последующими болезненными личностными развитиями: объекты мира разделены на добрые и злые (подобный их раскол – понятие, не равноценное расщеплению в учении о шизофрение), что приводит к «активному расчленению противоречивой интроекции и идентификации». Характерна определенная слабость Я как «выражение общей недостаточности при нормальных в остальных функциях Я» (Кернберг). Эта глубинно-психологическая конструкция *пограничной личностной организации* приложима не только к депрессивным невротическим, но (неспецифически и за рамками диагноза) и к другим психическим нарушениям, что подтверждается терапевтически, не говоря уже об описываемой психотерапии тяжелых невротических. Такие пациенты подвергаются более защищающей психотерапии, в основном психодинамически-интегративной. При этом психотерапевт должен действовать более активно (менее строга в сдерживании или уклонении), он должен скорее «строить мосты» (Кернберг) для больного, особую заботу проявляя о контрпереносе. Этот опыт базируется частично на психотерапии шизофрение.

**Терапия.** При *реакциях печали* показана психотерапия, но, естественно, только тогда, когда печаль становится сильной и больной не в состоянии ее преодолеть без посторонней помощи. Самым важным является тесная связь пациента и врача, в том числе как защита от суицидальных действий. Сопереживаниям с печальными событиями прошлого должно уделяться основное внимание, но без того, чтобы их значимость оставалась господствующей. Задача терапевта (не только врача, но и душеприказчика, родных или друзей) – это определение взаимоотношений больного с умершим, беседа с ним как бы с партнером, при этом с целью развенчивания идеализированного образа умершего можно переходить к конкретным проблемам дальнейшей жизни, давать совет и помогать завязывать новые межличностные связи. Последнее полезно и при депрессивных реакциях у переселенцев.

При *депрессивных невротических* показана тщательная *аналитическая психотерапия* с целью добраться до корней патологического развития. При этом расстройства настроения вначале могут и усилиться, импульсы к самоубийству обостряются. Такие больные особенно чувствительны к страху перед разлукой.

*Поведенческая терапия*, особенно в ее когнитивном направлении, при депрессивных невротических достаточно успешна.

*Антидепрессанты* показаны только при глубоких расстройствах настроения, в рамках депрессивно-невротических состояний. Их терапевтический эффект определенный, но меньше, чем при меланхолии. То же относится к показаниям на этом этапе к *терапии бодрствованием*. При тяжелых расстройствах сна можно кратковременно применять транквилизаторы. Эти виды соматотерапии не заменяют психотерапию, но могут способствовать улучшению, особенно они помогают больным в кризисном состоянии.

*Прогноз*, несмотря на высокую суицидальность больных, при депрессивных невротических лучше, чем при других формах невротических.

## Синдром отчуждения

Деперсонализация – это расстройство жизненного Я, сознания самого себя: такие психические процессы, как восприятие, чувство своего тела, эмоции, мышление и действия, переживания, осознаются как уже не принадлежащие Я, не как Мое. Само собой разумеющиеся жизненные процессы отчуждаются. Если внешний мир рольного (окружение, его существование или внешняя область его переживаний) втягиваются в отчуждение, тогда говорят о деперсонализации или шире – о переживаниях отчуждения.

**Симптоматика.** Больные с проявлениями деперсонализации объясняют, что у них теряются жизненные отношения к самому себе и к окружающему миру. Отчуждение проявляется часто вначале с таким чувством, как будто с головой что-то не в порядке. Это не головная боль, а скорее какое-то тупое чувство, сходное с оглушенностью, как если бы обруч был натянут на голову, или доска перед лбом, или завеса перед глазами, как туман, который движется перед глазами, и т.п. Больные не могут отчетливо думать или ясно видеть. Поэтому некоторые из них Идут к офтальмологу, если отчуждение начинается с области зрительных восприятий: при измененном акте зрения изменяется физиогномическое распознавание. Пациенты смотрятся в зеркало, чтобы идентифицировать самих себя, но в их лице появляется что-то чужое. Позже больные скажут, что они чужды сами себе, изучают себя как другого человека. Свои мысли они переживают как не принадлежащие им, их чувства – как посторонние, их действия – как механические. В то же время они осознают, что это они и есть, что их представления, стремления и характер поведения принадлежат им; но эта рациональная установка не соответствует непосредственному чувству принадлежности всего этого себе. Они не говорят «это не я», а «так как будто не я это думаю, чувствую, делаю...».

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

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

**Частота и происхождение.** Деперсонализация и дереализация принадлежат к неспецифическим психическим формам реакций. Они могут появляться изолированно или в рамках разных психических заболеваний.

Здоровые, молодые и взрослые люди при утомлении могут испытывать кратковременные, длящиеся секундами переживания отчуждения. При истощении и исчерпании сил эти переживания могут сохраняться дольше. Астенические личности особенно склонны к деперсонализации, иногда с признаками навязчивости. В ситуациях страха (например, при катастрофах) эти признаки могут проявляться остро, а после «паралича от страха» они опять исчезают. Если они сохраняются дольше, то входят в состав невротических переживаний. Это же относится и к реакции печали: здесь также могут появляться кратковременные переживания отчуждения; но они могут стойко сохраняться при болезненных реакциях печали. Переживания отчуждения после катастроф, в приступах тоски или при сопереживании насильственных действий над близкими могут интерпретироваться как защитные механизмы при желании стать другим, как будто бы эти переживания не относятся к нему.

Переход к невротическому синдрому деперсонализации плавный. Здесь отчуждение означает глубинно-психологические защитные механизмы Я против непреодоли-

мого переживания, особенно воспринимаемого с чувством вины агрессивного побуждения, которое в состоянии деперсонализации воспринимается не как таковое, т.е. не принадлежащее мне. При этом происходит регрессия в раннедетское мышление и способности переживаний, которые соответствуют тому возрасту, когда структура Я и отношение к реальности еще не стабильны.

Деперсонализационные синдромы манифестируют преимущественно в постпубертатном возрасте (Й.-Э. Мейер). Они носят характер кризов созревания у подростков без тою, чтобы рассматривать проявления деперсонализации как юношеское сомнение в сознании своей индивидуальности (с вопросом к самому себе: «кто я, собственно?»). Невротический синдром деперсонализации у подростков может быть преходящим, но может стать и хроническим. В некоторых случаях он переходит в невроз навязчивости.

**Диагноз и дифференциальный диагноз.** Переживания отчуждения можно посмотреть по многим причинам: больные не говорят о них спонтанно, наблюдатель часто не спрашивает об этом, и эти расстройства трудно вообще выразить словами. Переживания отчуждения встречаются при разных психических заболеваниях, поэтому диагноз необходимо ставить по совокупности симптомов.

Кроме неврозов, деперсонализация встречается при меланхолии вместе с «чувством бесчувствия», «невозможностью жить без грусти». При шизофрении переживания отчуждения особенно проявляются в начале болезни, чаще в чувстве «сделанности», которого не бывает при неврозах. Ставить диагноз «шизофрения/» при невротической деперсонализации ошибочно.

**Терапия.** Синдром отчуждения в большинстве случаев стойкий. При невротических формах показана психодинамически ориентированная психотерапия, которая особенно нацелена на отвергаемые агрессивные переживания. Направленное на симптомы лечение почти не дает результатов. Антидепрессанты и нейролептики выправляют состояние мало, они могут принести облегчение, но в ряде случаев усиливают симптоматику.

### **Невроз навязчивых состояний**

Навязчивости (ананкастность, обсессивно-компульсивный синдром) появляются тогда, когда содержание мыслей или импульсы к действиям постоянно навязываются и не могут подавляться или вытесняться, хотя и понятно, что они бессмысленны или, по крайней мере, безосновательно господствуют в мыслях и действиях. Поскольку эти импульсы стойкие, они вызывают неодолимый страх. Патологическим являются не содержание навязчивостей, а их доминирующий характер и невозможность избавиться от них.

#### **Ананкастность, обсессивно-компульсивный синдром.**

1) Невроз навязчивых состояний: упорные мысли и образы, заполняющие сознание, несмотря на все попытки избавиться от них, называются навязчивостями.

2) Потребность или тенденция совершать действия, выражающиеся в повторяющихся ритуальных поведенческих актах, называется компульсией.

Особенности течения невроза навязчивых состояний в отечественной литературе представлены прежде всего в работах Н.М. Асатиани. Он выделяет три типа течения:

- первый – однократный приступ болезни, который может длиться неделями или годами;

- второй – характеризуется рецидивами болезни, чередующимися с периодами полного выздоровления;

- третий – непрерывное течение невроза с периодическим усилением.

В течение невроза указываются три стадии, отражающие тяжесть заболевания.

I стадию характеризуют навязчивые страхи, которые возникают лишь под непосредственным влиянием травмирующего раздражителя;

II стадия – навязчивые страхи возникают также в случаях одного лишь ожидания встречи с травмирующей ситуацией;

III стадия – возникновение навязчивости под действием навязчивых представлений о возможной встрече с травмирующими обстоятельствами.

Страх – фобия в структуре невроза навязчивых состояний (кардиофобия, канцерофобия, агорафобия – боязнь открытых пространств, клаустрофобия – боязнь закрытых пространств).

Симптомы навязчивости встречаются и при психозах (меланхолическая фаза, ананкастная депрессия), при органических поражениях головного мозга (энцефалии, множественный склероз, церебральные расстройства кровообращения, эпилепсии).

Ананкастность – это почва, на которой симптоматика навязчивости может возникнуть, но не обязательно.

#### **Условия возникновения невроза**

1) Психодинамические;

2) Органические, чаще мозговые, неврологические отклонения.

Ананкастный вид реагирования происходит в результате строгого воспитания, непреклонного соблюдения порядка и чистоты, в результате запрещения эдипальных импульсов, фрустрации детских потребностей.

С психоаналитической позиции либидо во время эдипальной фазы детского развития фиксируется путем вытеснения на более ранней анальной фазе развития. Эта регрессия, интерпретированная соответственно этапам развития, является возвратом к магическому мышлению; магически окрашенные навязчивые действия должны устранить какие-то угрозы и страхи, которые возникают из неопределившихся и вытесненных сексуальных и агрессивных импульсов – тревожное опасение кого-то ранить (боязнь острых предметов).

**Картина проявлений.** Существуют легкие феномены навязчивости, которые относятся к области нормально-психологических, хотя бы и в ананкастных личностных структурах: если неотвязно звучат мелодии, имена, ритмы или ряды слов; если невозможно прервать подсчет ударов часов, ступеней лестницы или узоров на ковре; если из-за любви к чистоте всякий беспорядок воспринимается болезненно; если считают, что нельзя оставить письменный стол в беспорядке или комнату невымытой; если с горечью думают о том, что могла быть совершена ошибка; если верят, что можно устранить нежелательную ситуацию в будущем, предотвратив ее магической формулировкой, и таким путем защититься (воскликнув три раза – той, той, той). Сюда же причисляются навязчивые ритуалы при еде, курении, укладывании в постель и засыпании – фиксированные привычки, которые не воспринимаются мучительно и которые путем их отклонения или внешних влияний могут прекращаться без того, чтобы вызвать страх.

При этом по содержанию патологическая навязчивость направлена на несущественные явления, по интенсивности она очень различна, но всегда сопровождается страхом. Больной не может держаться на расстоянии от своего страха, ему ни уклониться, ни увернуться, он отдан во власть страху. Патологические навязчивости проявляются в мышлении (навязчивые мысли, навязчивые представления, obsessions), в области чувств, влечений и устремлений (навязчивые влечения, навязчивые импульсы) и в поведении (навязчивое поведение, навязчивые поступки – compulsions).

*Навязчивые мысли* больного определяются страхом, что он может кого-то ударить, кого-то толкнуть, кого-то переехать и т.п. При этих навязчивых представлениях речь идет не сколько о собственной персоне (как при фобиях), сколько о других людях: что-то может случиться с родными или уже случилось, и больной при этом виноват (патологическое чувство вины).

*Навязчивые импульсы* имеют часто такое содержание, как возможность навредить, и не столько себе, сколько другим, например что-то совершить со своим ребенком и при этом выпасть из окна; ножом, раз уж он попал в руки, кого-то поранить или даже убить; произнести неприличные или богохульные слова; хотеть, думать или делать за-

претное. Таким образом, навязчивые импульсы имеют преимущественно агрессивную окраску. У здоровых иногда можно проследить подобные импульсы, например, при взгляде на глубину – я мог бы туда броситься; или кого-нибудь ранить; но эти представления нестойки, сразу же преодолеваются «здоровыми мыслями»: ни себе, ни другому не вредить. Однако и больные не поддаются своим импульсам. До соответствующих действий дело не доходит; но они переживают это как несвободу; агрессивные побуждения, которые так пронзительно развиваются, дают повод для появления у больного резко выраженного этического чувства собственной вл-яовности и дальнейших страхов (страх совестливости).

Больной сопротивляется этим навязчивым действиям, поскольку считает их бессмысленными, но безуспешно: если он прерывает контролирование, счет, мытье и т.п., то возникает страх, что случится что-то плохое, произойдет несчастье, он кого-то заразит и т.д. Этот страх только усиливает навязчивые действия, но никак не проходит. Особенно мучительны контрастные ассоциации между неприличными и «священными» представлениями. постоянный антагонизм между запретными импульсами и предписаниями этики.

Симптомы навязчивости имеют тенденцию расширяться. Вначале скрытая дверь проверяется 1-2 раза, а затем это делается несчетное число раз; навязчивый страх вначале направлен только на кухонный нож, а затем уже на любые острые предметы. Мытье рук осуществляется до 50 раз или еще чаще.

**Частота.** Легкие феномены навязчивостей проходят вне рамок психических болезней, особенно у ананкастных личностей. Преходящее акцентуирование ананкастных свойств встречается в период беременности, родов, при климаксе и постинфекционном истощении.

Более сильные проявления навязчивостей характеризуют невроз навязчивости, который возникает обычно во время пубертатного периода или вскоре после него. До 10-летнего возраста навязчивости встречаются редко, так как лежащий в их основе конфликт опирается на развитое чувство совестливости (Сверх-Я) и определенные возможности абстракции в мышлении. У маленьких детей тоже отмечаются стереотипные действия, но здесь речь идет о простых привычках; у аутичных детей привычки выражаются фиксацией на объекте и ритуализацией. К тому же такие дети не страдают. Страх приходит впервые в том случае, если кто-то мешает их ритуалу

Кроме неврозов навязчивостей, которые изначально и на протяжении всей болезни проходят с симптомами навязчивости, наблюдаются такие виды неврозов, которые начинаются со страха, депрессии или ипохондрической симптоматики, а позже переходят на феномен навязчивости или наоборот, но это бывает реже. Проявления навязчивости как симптом или признак личности принадлежат к наиболее частым невротическим нарушениям

Симптомы навязчивостей встречаются и при психозах. Если меланхолия протекает с симптомами навязчивостей (в нескольких процентах случаев), то говорят об ананкастической депрессии (меланхолии); при этом можно думать о сочетании невроза навязчивого, с меланхолической фазой. При шизофрении типичные феномены навязчивостей встречаются реже, они господствуют лишь в инициальной фазе заболевания. Навязчивые явления встречаются также при органических мозговых заболеваниях преимущественно при поражениях ствола головного мозга, например после летаргического энцефалита в связи с экстрапирамидно-моторными нарушениями, при множественном склерозе, церебральных расстройствах кровообращения и при эпилепсии. При этом навязчивости переживаются больше как насилие и с меньшим чувством чуждости Я.

Под *болезнью навязчивости*, или злокачественным навязчивым синдромом, понимают болезнь, возникающую медленно и часто без определенного повода, постоянно прогрессирующую и с прогностически очень неблагоприятной картиной, тяжелыми на-

вязчивыми мыслями и действиями, вплоть до неспособности жить. Этиология этой болезни мало изучена, вероятно, в ней участвуют органические мозговые факторы.

Проявления навязчивости при различных психических заболеваниях показывают, что навязчивость – это самая частая и в конечном итоге неспецифичная форма реакции человека, как и страх, и депрессивность. Феномены навязчивости в целом не выводятся из причин, а обусловлены многими факторами.

**Условия происхождения.** Органический мозговой фактор в ряду условий встречается при неврозе навязчивостей чаще, чем при других неврозах. Об этом свидетельствуют слабо выраженные неврологические отклонения (особенно экстрапирамидные симптомы), легкая психоорганическая заинтересованность, патологические данные ЭЭГ и компьютерной томографии. Если у больного обнаруживаются подобные признаки, что объясняет его психодинамику, то это нельзя игнорировать. И наоборот, указание на психодинамические связи не дает оснований пренебрегать диагностикой органической патологии.

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

С психоаналитических позиций либидо во время *эдипальной фазы* детского развития фиксируется путем вытеснения на более ранней анальной фазе развития. Эта *регрессия*, интерпретированная соответственно этапам развития является возвратом к магическому мышлению; магически окрашенные навязчивые действия должны устранить какие-то угрозы и страхи, которые возникают из неопределившихся и вытесненных сексуальных и агрессивных импульсов – тревожное опасение кого-то ранить (боязнь острых предметов) перекрывает амбивалентно направленные побуждения (обращение в противоположность, *образование реакций*).

Навязчивое мытье символизирует очищение при сексуальном комплексе а частое мытье – очищение от переживаемых с чувством вины агрессивных тенденций или от тех и других. Враждебность направлена первично против лиц, которые активно подавляли потребности ребенка. Агрессивные импульсы тем больше замещаются страхом, чем больше они распространяются на лиц, которые любят пациента. Эта двойственность усиливает совестливый страх. Многие навязчивые действия выдают характер тенденции самонаказания при наличии слишком сильно выраженного Сверх-Я, которое со временем перенимает функции тех запретительных инстанций, которые задерживают развитие побуждений.

Частое отвращение невротиков с навязчивостью к грязи имеет явно символический характер. Такое навязчивое действие, как мытье, может объясняться как вторичный защитный процесс: навязчивые представления как амбивалентное переживание сексуального «загрязнения» преодолеваются таким же способом, как и защитные действия с заместительной функцией, а именно навязчивым мытьем рук. При этом в отличие от других форм неврозов эффект страха не вытесняется, а остается в сознании (неосознанным остается лежащий в его основе конфликт); благодаря изоляции или вытеснению навязчивые представления и действия могут отделяться от страха, хотя это полностью не удается.

Отсюда следует, что больной с неврозом навязчивости субъективно страдает особенно тяжело, часто он серьезно депрессивен. Навязчиво-невротическая защита приносит облегчения меньше, чем конверсия. У таких больных наступает ананкастный вид

невротической переработки конфликта, а не иной невротический процесс, что, что вытекает из предрасположения к реакциям навязчивости.

Грязь и беспорядок, уничтожение и хаос формируют, по антропологическому толкованию мир, с которым больной навязчивостями пытается амбивалентно разобрататься соответственными переживаниями.

Упомянутые феноменологические связи между навязчивостями, фобиями и ипохондрическими страхами находят подтверждение с антропологической точки зрения. Они могут рассматриваться как *танатофобический невроз* (И.-Э. МЕЙЕР). В начальной стадии этого развития нередко распознается страх смерти, позже это расценивается как опасение умереть, а в последующем можно видеть переход к представлению о брэнности существования в измененных образах: навязчивый страх перед болезнями, больными и мертвыми; страх причинить вред другому или убить кого-то; фобический страх перед головокружениями, сердечными приступами, обмороками, которые ограничиваются определенными обстоятельствами или ситуациями. Эти страхи и навязчивости покрывают проблему брэнности, которая не только входит в тематику невроза, но и имеет патогенетическое значение.

С позиций *психологии научения* наряду с классическим обусловливанием в возникновении этих состояний участвует и оперное обусловливание: попытка подавить навязчивости оживляет чувство страха; эта попытка упускает необходимость устранения страха; редукция страха является следствием подавления навязчивостей.

**Дифференциальная диагностика.** Симптомы навязчивости в рамках меланхолии распознаются по специфически-меланхолическим нарушениям побуждений, витальным симптомам и фазному течению; несмотря на это, нередко *ананкастическая депрессия* неправильно диагностируется как невроз навязчивости. В начале шизофренического процесса могут господствовать навязчивости, что может послужить поводом для диагностических сомнений, которые исчезают по мере дальнейшего развития болезни. Принципиально следует различать *бред* и навязчивости: бредовые идеи не оцениваются больными как бессмысленные, больные солидарны с ними; у бредового больного в отличие от больного с навязчивостями отсутствует осознание их болезненного характера. Хотя такое понятийное разграничение очевидно, в практической диагностике встречаются трудности. Имеются бредовые больные с частичной критикой и с ощущением, что их бредовые переживания по существу бессмысленны, но они не могут от них избавиться. Хотя *навязчивость* и ощущается в качестве чего-то непреодолимого, принудительного, все же в этом случае речь идет не о принуждении, а о зависимости.

**Течение и лечение.** Феномен навязчивости склонны к расширению. Нелеченные неврозы навязчивостей в 3/4 случаев принимают хроническое течение. Но и после психотерапевтических мероприятий прогноз может быть неблагоприятным. В большинстве случаев удается установить психологические связи и заставить больного также осознать их. Но в таких случаях не всегда достигается лечебный эффект. Неврозы навязчивостей для психоаналитиков – это «самые любимые», но в отношении результатов терапии – «самые трудные дети». Многие больные подчеркнуто вежливы и во время лечения кажутся кооперативными, но за этим поведением кроется латентная агрессивность или труднодоступность, из-за их застывшей и негибкой структуры личности.

Методом *поведенческой терапии* пытаются лечить *навязчивые действия*, больному объясняют необходимость осознать вызывающую страх ситуацию (возбуждающая экспозиция) и тем самым задерживать появление навязчивых действий как в социальной среде, так и во время лечебных сеансов. Цель лечения – избавление от симптомов болезни, что трудно достижимо. Уже редукция симптомов оценивается позитивно, и при этом принимается во внимание, что симптомы навязчивости имеют также защитную функцию против конфликтов и нарушений поведения. Партнер и родственники больного должны быть привлечены к лечению, особенно к тренингу преодоления навязчивостей. Во

время такой поведенческой терапии может всплывать биографический и психодинамический материал, с которым также необходимо обращаться психодинамически.

Лечить навязчивые *мысли* труднее. Лечение не ограничивается когнитивным методом «стоп-мысли», а создаваемая экспозиция служит также когнитивному построению альтернативного поведения; это родственно последующему «предписанию симптомов»: необходимости продолжать сознательно думать с определенными промежутками об определенных навязчивых идеях (по аналогии с парадоксальной интенцией). Результаты поведенческой терапии невротических навязчивостей благодаря дифференциации ее методов стали благоприятнее.

*В целом* невротические навязчивости не обязательно протекают неблагоприятно и не всегда рефрактерны к терапии. Нередкие препубертатные эпизоды навязчивостей имеют благоприятный прогноз и без лечения. Переходы к более серьезным и требующим лечения невротическим навязчивостям текучи. В подобных случаях отдаленные анамнезы свидетельствуют о выздоровлении или существенном улучшении в половине случаев. Конечно, и в этих случаях чаще всего речь идет о смягчении симптоматики с утратой динамики личности (невротическое резидуальное состояние). Но если даже выздоровление или стойкое длительное улучшение не достигается, нельзя недооценивать улучшения, которые нередко выражаются в утрате прогрессивности болезни.

### **Нервная анорексия и булимия**

*Анорексия* (букв.: затрудненный, ограниченный прием пищи) начинается в большинстве случаев в пубертатном или юношеском возрасте (сюда относится пубертатное стремление к голоданию) и медленно развивается с исхуданием и остальными симптомами (см. ниже). При этом встречаются эпизоды волчьего голода с прожорливостью, что называется *булимией* (букв.: волчий аппетит). С другой стороны, булимия может наблюдаться самостоятельно, однако тогда в анамнезе нередко периоды нервной анорексии. Если нервная анорексия и булимия сочетаются между собой, тогда говорят о нервной булимии или булимической форме анорексии. Еще не выяснено, идет ли здесь речь об одной или двух болезнях

*Нозология.* Анорексию и буимию трудно ввести в систематику психических заболеваний. Они произрастают из условий развития невротических, но по симптоматике ближе к психосоматическим заболеваниям, чем к невротическим. К тому же они имеют много общего с наркоманиями. К ожирению они относятся постольку, поскольку толстые люди хотя бы в своих мечтах должны быть булимическими. Нозологические связи простираются и в сторону депрессий (на это указывал еще Фрейд с психодинамических позиций), поскольку у аноректичных и булимических больных можно обнаружить депрессивные эпизоды. Очень неблагоприятно протекающие анорексии могут напоминать психозы (см. ниже).

**Частота.** Болезнь обычно развивается между препубертатным периодом и серединой третьего десятилетия жизни. Она встречается у девочек и женщин значительно чаще, чем у мужчин (у последних – около 6%). Булимия, которая как самостоятельное заболевание впервые была выделена в 60-е годы, в среднем начинается позже. У мужчин это заболевание не столь редкое (около 15 %). Точных цифр частоты и встречаемости нет.

**Симптоматика.** Больные *анорексией* снижают питание до минимума. Как на причины этого они указывают на отвращение к пище, невыносимое чувство переполнения и нежелание быть толстым. Многие едят только тайно и много пьют вместо еды. Таким образом, ведущий симптом – «искажающая, отвергающая и непримиримая установка в отношении пищи» (Местер). Все, что связано с приемом пищи, проблематично и становится предметом объяснений.

Больные сильно худеют, в среднем до 45% начального веса, на 25-35 кг. К такой кахексии может присоединиться брадикардия, понижение основного обмена, иногда



отеки, но без авитаминоза. Потребность в движениях часто повышена. Одни выглядят бледными и старше своего возраста, у других может быть обманчиво свежий цвет лица. Часты запоры, которые используются как предлог для приема слабительного средства, способствующего дальнейшему похудению. Последствиями становятся нарушения электролитного баланса и вторичный гиперальдостеронизм. Реже возникают судорожные припадки. Многие принимают средства, подавляющие аппетит, нередко подобно наркотикам. Практически неизбежна вторичная аменорея, а частично также гипоплазия матки. У мужчин снижаются либидо и сексуальная функция, у женщин отмечается частичная гипоплазия гениталий.

Психически многие больные депрессивны, у некоторых отмечаются суицидальные тенденции, другие ведут себя оживленно и почти эйфорично, но за этим скрываются отчаяние и безнадежность. У многих бросается в глаза чрезмерное развитие энергичности и честолюбия; несмотря на свою кахексию, они остаются активными в учебе и в труде. Их честолюбие, как и вся болезнь, несет в себе нечто «саморазрушительное». На первом плане стоят объяснения с родителями и противодействие лечебным мерам.

При *булимии* больные поглощают большое количество любой доступной пищи (припадок прожорливости) быстро и едва пережевывая, чтобы этим вызвать рвоту; отмечается злоупотребление слабительными средствами. Они признают болезненный характер своего состояния больше, чем больные с анорексией, часто бывают депрессивными. Обычно у них сохраняется вес и меньше соматических нарушений, чем при анорексии. Но и здесь нарушаются восприятия схемы тела и самоощущения.

1. В 1873 г. впервые описавшие анорексию Гуль и Ласег отметили психогенез заболевания. Позже он был подтвержден. Тем не менее длительное время (даже и теперь) искали эндокринные и другие соматические причины.

Чтобы психологически оценить нарушение приема пищи, следует констатировать, что еда – это самая ранняя и витальная потребность человека, при еде и питье маленький ребенок впервые испытывает удовлетворение потребности и устранение неприятного чувства, а именно чувства голода. По глубинно-психологическому учению, еда означает приобретение. Для маленького ребенка еда – это единственная возможность чем-то обладать. Стремление обладать за счет другого воспринимается так же, как агрессия, которая становится источником переживания виновности. Притязательно-агрессивное чувство вины постоянно наблюдается у стремящихся похудеть. Еда – это не простой естественный процесс, а сложное поведение, которое вследствие направленности стремлений, а также семейных и других межличностных отношений легко поддается внешним влияниям и может нарушаться. Сосание и чувство удовольствия на губах и зубах связывают еду с эротическим возбуждением; из-за этого при приеме пищи могут выявляться вытесненные сексуальные побуждения вследствие регрессии на более низкую ступень развития.

Общее и особенно психосексуальное развитие у стремящихся к голоданию задержано. Установка на свое тело означает нарцисстическую переоценку и проявляет амбивалентность: с одной стороны, сосредоточенность и повышенное внимание, а с другой – тревожная враждебность и дистанцирование от инстинктов. Пациентки не признают своей половой роли, роли взрослой женщины. Падение аппетита и рвоты означают отвлечение к сексуальности. В процессе невротической регрессии может возникать неосознанная индентификация между едой и возможностью забеременеть, между прибавкой в весе и беременностью. С помощью похудения подсознательно отвергается не только возможность создания женских форм, но и беременность. В стремлении к похудению, больная избавляется от необходимости быть чьим-то партнером и матерью. Психоаналитически здесь обнаруживается двухфазное вытеснение: поскольку психоневрологическое симптомообразование не достигает нужной степени защиты, к нему присоединяются соматические защитные процессы. I

Регулярно ухудшаются отношения с матерью (вследствие существования нарциссических привязанностей), а также одновременно и с отцом по типу эдипального конфликта. Конфликты между родителями отражаются на анорексии детей, что относится к семейным привычкам в еде, а также в ней отражаются проблемы сексуальности, авторитетов и зависимости. Нередко встречается картина «семейного невроза», который выкристаллизовывается в анорексии у дочери – носительницы конфликта, Противодействие семье врач встречает при анорексии столь резко, как ни при какой другой болезни.

У больных анорексией *мужского пола* с психодинамических позиций происходит конфликт между идеальным Я (детскость или бесплодность) и прогрессирующим развитием, а также значительная привязанность к матери и женская идентификация.

О психодинамике больных с чистой булимией пока известно мало.

Личностная структура больных анорексией и булимией не едина, навязчивые и истерические черты обнаруживаются наряду с депрессивными и шизоидными свойствами. Наблюдения за близнецами показывают довольно высокую конкордантность по анорексии у однояйцовых близнецов по сравнению с двояйцовыми, поэтому следует учитывать наследственный фактор.

Психодиагностические и радиологические исследования позволяют предполагать у некоторых больных органическое мозговое расстройство. При исследовании обмена веществ и эндокринных функций обнаруживают данные, которые надо трактовать скорее как симптомы, а не как причинные факторы.

**Степени тяжести и течение.** Картина болезни может иметь степени тяжести и виды течения, от сравнительно безобидных, которые проявляются в юности аскетическим идеалом и сверхценными принципами «изящной фигуры», до самых тяжелых форм. Нелеченая анорексия протекает хронически рецидивирующим образом. Катамнезы дают 40% ремиссий и 30% существенных улучшений. При редукции остальных симптомов аменорея остается дольше всего. У ряда больных на смену страсти к похудению позже приходит страсть к медаментам (*смена симптома*). Иногда при страсти к похудению встречается и страсть к воровству (клептомания).

Встречаются похудения, угрожающие жизни, с соответствующими соматическими осложнениями. Больные подвергаются опасности умереть вследствие нарушения обмена и интеркуррентных заболеваний, в крайних случаях вследствие похудения, а также суицидов. I

В отдельных случаях наблюдаются психотические формы: эти больные имеют непреодолимое отвращение к телесному благополучию; они мало контактируют с окружающими, личность изменяется все больше и больше. Стремления и интересы ограничиваются. Конечные состояния очень сходны с резидуальными состояниями при шизофрении, часто с органическим психосиндромом. У мужчин такое течение с ранним началом, очень тяжелой клиникой и резидуальным состоянием встречается чаще, чем у женщин.

**Диагноз и дифференциальный диагноз.** Диагноз устанавливают на основе патологических привычек в еде, других невротических симптомов, сопротивления лечению и ряда соматических симптомов.

Нервная анорексия, как длительное и требующее лечения заболевание, отличается от аноректических реакций. Последние возникают довольно часто в препубертатном и пубертатном возрасте, но быстро прекращаются, если не обращать на них внимания.

Дифференцировать приходится с эндокринными заболеваниями. Следует думать о гипопитарной кахексии или синдроме Шихена (определяется, кроме прочего, по электролитным нарушениям).

**Терапия.** В центре лечения стоит психотерапия. В ряде случаев необходимы соматотерапевтические мероприятия, особенно при резком исхудании. Изолированное

соматическое лечение не показано: даже в угрожающих жизни состояниях соматотерапия должна сочетаться с психотерапией.

Многие больные анорексией и булимией могут лечиться амбулаторно, но часто необходимо стационарное лечение, особенно при выраженном похудении, нарушениях обмена веществ, выраженных депрессивных и суицидальных тенденциях, резистентности к терапии.

Поскольку из-за кахексии нужно давать больному высококалорийное питание, может быть показано питание через зонд; оно поставляет полноценное питание и избавляет от бесплодных попыток преодолеть нежелание больного питаться. Но питание через зонд должно проводиться только в порядке подготовки к психотерапии и только путем выработки установки на психотерапию. Взятое изолированно, оно в терапевтическом отделении не должно проводиться. Инфузионное лечение не требуется. Половые гормоны не показаны. Нейролептики показаны временно и в средних дозах, особенно при страхе и подавленности. В легких случаях нет нужды и в соматотерапевтических мерах.

*Психотерапия.* Центр тяжести в лечении анорексии лежит в психодинамической терапии (соответствующей названным условиям возникновения) и поведенческой терапии. Часто применяются оба вида терапии, частью последовательно, частью одновременно. Динамическая психотерапия обрабатывает описанные условия возникновения. *Поведенческая терапия* направлена не только на нормализацию веса тела, но и на отношение к собственному телу и к окружающему миру, особенно к приему пищи: твердо определенное количество калорий в день распределяется на 4-6 приемов пищи, между ними паузы отдыха под контролем, регулируемый ритм жизни, никаких стрессов. Все это объединяется в лечебных сеансах, которые ограничены во времени. В целом одного из этих видов терапии бывает недостаточно. Чем моложе пациентка или пациент, тем важнее привлекать к лечению родителей или всю семью, в том числе в форме семейной терапии.

### **Реакция на стресс**

В отношении возникновения неврозов считается что «внешние перегрузки могут стать провоцирующими факторами, особенно если реактивируются прежние конфликты (на какое-то время компенсированные). Перегрузки не вызывают стойких психических нарушений в смысле психических заболеваний. Это положение долгое время оспаривалось.

Это не означает, что перегрузки не действуют на психику. Угрожающие или подавляющие переживания, такие как несчастья или нападения, военные действия и природные катастрофы, могут вызвать не только страх и панику, но и «отупение» с неспособностью реагировать. При этом речь идет скорее о естественных реакциях, чем о неврозах, которые предполагают сложное внутреннее развитие. Подобные реакции кратковременны. В классификации МКБ 10 они указаны как «острые реакции на стресс», под F43.0.

Такие психиатрические научные мнения на основе нового опыта должны быть пересмотрены: чрезвычайно тяжелые и длительно сохраняющиеся соматические и психические перегрузки, которые были характерны для фашистских концлагерей, приводили к серьезным и стойким психическим нарушениям. (Следует также вспомнить о последствиях выраженной раннедетской депривации.) После того как была описана клиническая картина изменений личности под действием экстремальных перегрузок, возникла тенденция определять связь с психическими последствиями и других тяжелых стрессов, что в большинстве случаев малооправданно. К этим попыткам относится также новая концепция посттравматической стрессовой реакции в американской психиатрии.

**Посттравматическая стрессовая реакции.** Последствия *стрессового* в смысле события исключительно угрожающего и катастрофического характера при природных происшествиях, тяжелых битвах во время войны, а также истязания, пытки и сходные с ними действия (в эту концепцию включается опыт вьетнамской войны).

*Симптоматика* состоит из тревожных воспоминаний и сновидений, эмоциональной притупленности и равнодушия к другим людям, потери дружелюбия и утраты активности. Характерны постоянно возвращающиеся воспоминания о стрессовой ситуации (повторные инсценировки).

*Течение* описывается как протрагированное и рецидивирующее; прогноз в большинстве случаев благоприятный, однако могут остаться стойкие изменения личности.

*В возникновении* следует учитывать, что речь идет (хотя и не всегда) о людях с преморбидными невротическими и личностными нарушениями, создающими повышенную ранимость. Однако психическая травматизация является непременным условием.

*Нозология и классификация.* Таким образом, речь идет не о неврозах в узком смысле слова, а о родственных им нарушениях, которые раньше называли травматическими неврозами или краевыми неврозами. В МКБ 10 они проходят под F43.1.

Следует добавить, что при так называемой посттравматической стрессовой реакции больше внимания обращают на события, чем на переживания, и что субъективный фактор исследовался мало, и картина болезни определяется скорее понятийно, чем клинико-эмпирически, и не соответствует категориальным и юридическим канонам (вопрос о компенсации вреда!).

### **Изменение личности после катастрофы (экстремального стресса)**

Возможность сопротивляться внешним стрессам или реагировать на них переходящими психическими нарушениями касается и тех стрессов, которые были вызваны длительным заключением в концлагерях, оставивших у части узников стойкие психические расстройства. Такие нагрузки относятся к психореактивным нарушениям, если не к неврозам в узком смысле слова.

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

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

Многие из них не могут работать под чьим-то руководством, поскольку они реагируют чувством страха на любого, кто старается ими распорядиться. Поэтому они меняют места работы или работают самостоятельно (например, в маленькой мастерской), часто ниже уровня их возможностей и образования, с недостаточным доходом. Другие стано-

ваются неспособными к доверительным межчеловеческим отношениям и преданности, что особенно пагубно отражается на семейных отношениях, особенно если супруг также был из числа преследуемых и общее страдание было лейтмотивом выбора супруга. Больше всего страдают эти преследовавшиеся от окрашенных страхом воспоминаний о ситуации в концлагере, которая постоянно остается в сознании или заново переживается в кошмарных сновидениях. Переживания преследования не могут быть ни забыты, ни вытеснены. К этому добавляется чувство вины «незаслуженно оставшегося в живых».

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

У детей, если они вообще пережили преследование, поздняя симптоматика ориентирована на возраст, в котором это преследование происходило. Преследование в раннем возрасте сказывается прежде всего на способности к контактам и на социальной самостоятельности. Если преследование пришлось на препубертатный и пубертатный возраст, симптоматика болезни все больше напоминает синдром преследования взрослых (Лемпп).

Катамнезы у лиц, преследовавшихся в детском и подростковом возрасте, показывают, что у них, даже в возрасте между 50 и 70 годами, после длительного латентного периода могут появиться описанные расстройства; здесь речь идет о декомпенсациях при сниженной сопротивляемости, которую надо рассматривать как последствия преследования.

**Диагноз.** Анамнез и такая ведущая симптоматика, как страх, депрессия и снижение активности, выражены столь характерно, что диагноз изменения личности, обусловленного этими переживаниями, не представляет затруднений. Опытные авторы едины во мнении, что здесь речь не идет о рентных неврозах. Это исходит из того положения, что синдром преследования наблюдался и описывался раньше, чем встал вопрос о возмещении ущерба. Сознательные рентные тенденции у жертв преследования встречаются реже, что не исключает некоторую акцентуацию своих переживаний в целях разъяснения ситуации собеседнику.

*Дифференциально-диагностически* следует думать, с одной стороны, о последствиях травматических и дистрофических повреждений мозга, а с другой – о невротических патологических реакциях и развитиях личности. Первые должны получать возмещение, поскольку эти состояния обусловлены преследованием. Вторые состояния в ряде индивидуальных случаев бывает определять трудно.

**Терапия.** На страх и депрессию этих больных повлиять трудно. Но даже в тех случаях, когда личностные сдвиги в общем необратимы, показаны психотерапевтические и медикаментозные меры. Важнее всего социотерапевтические мероприятия с целью вовлечь больных в жизнь и достичь профессиональной реабилитации.

### **Так называемые рентные неврозы**

После несчастных случаев и сходных с ними событий могут появляться жалобы и нарушения, которые как бы непосредственно вытекают из последствий несчастного случая. При этом речь идет не об обмане (симуляции), а о частично неосознаваемых тенденциях, преувеличенных представлениях и их усилении (агравация).

Симптоматика. Жалобы и нарушения сходны с конверсионными реакциями, наряду с соматическими жалобами появляются ипохондрические нарушения и депрессивное настроение

**Возникновение.** В самых простых случаях речь идет о тенденциях к объяснению, особенно когда больной свои действительные жалобы старается недостаточно обоснованно связывать с последствиями травмы (действительными или мнимыми).

Часто появляется желание добиться (высокого) финансового возмещения в форме вспомоществования или ренты. В этих ситуациях необходимо обращать внимание на жизненную ситуацию потерпевшего, так как такие тенденции к возмещению обнаруживаются скорее у людей с неудовлетворительной личностной или профессиональной ситуацией; тогда компенсация или рента должна стать медицинским обоснованием оправдания собственной неполноценности. В наше время в безбрежной системе страхования и компенсаций имеются даже случаи рентных неврозов у детей, когда возникают рентные тенденции у родителей, и дети (осознанно или бессознательно) им подражают.

К тому же встречается порочный ипохондрический круг: страх болезни – неприятные ощущения – усиление страха болезни. Иногда возникают кверулянтские тенденции.

**Диагноз.** Многословное описание болезненных ощущений, жалобы без конца, театральное предъявление затруднений и недостаточности, демонстративное поведение во время обследования заставляют подозревать тенденциозную рентную реакцию, но не позволяют еще основывать этот диагноз на подобных впечатлениях. Диагнозу должно предшествовать тщательное соматическое обследование с помощью всех возможных технических средств, с желательным привлечением специалистов других областей, чтобы исключить органические последствия несчастного случая и отграничить органически обусловленную часть предъявляемых жалоб.

**Терапия и профилактика.** Совершенно обязательна непредвзятость контакта с жертвой несчастного случая. Доброжелательность психологи может устранить аггравацию. Важно также немедленное решение вопросов о компенсации ущерба и пенсии. При этом только часть этих пациентов нуждается в дальнейшем лечении: социотерапевтические мероприятия для социальной и профессиональной реабилитации или психотерапия при ипохондрических или депрессивных реакциях.

### **Расстройства личности**

Норма и патология – по меньшей мере в том, что касается личности, – весьма относительные понятия, произвольные точки континуума или градиента. О расстройствах личности говорят тогда, когда структура личности вследствие резкой выраженности определенных свойств столь акцентуирована, что становится причиной серьезных страданий и/или конфликтов.

*Терминология.* Раньше говорили о психопатиях и психопатах, о психопатических и акцентуированных личностях. Эти понятия, равно как и предшествующие им анеопаты, социальный паразитизм, моральная дефективность, приобрели уничижительное звучание. Многие описания, в том числе и новые дефиниции расстройств личности, читаются как каталог отрицательных человеческих свойств и фигурируют в качестве контраста желательной личности (Й.-Э. Мейер).

*Распространенность.* Показатели распространенности расстройств личности значительно варьируют, что определяется в основном трудностями отграничения их как от здоровья, так и от неврозов. По данным немецких и зарубежных следователей, среди населения в среднем насчитывается около 5 % лиц с расстройствами личности.

**Условия возникновения.** Среди родственников чаще встречаются сходные расстройства, чем среди населения вообще. Среди биологических родственников отмечается значительно больше расстройств личности, чем в приемных семьях (в случаях усыновления). Исследования близнецов показывают многократно более высокую кон-

кордантность среди однояйцовых близнецов по сравнению с двуяйцовыми. Эти данные (которые указывают не просто на неблагоприятную наследственность, а на роль генетической неполноценности) соответствуют постулатам психологии развития: уже в первые недели и месяцы жизни ребенка можно констатировать существенные особенности аффективной структуры личности, которые со временем становятся более определенными и стойкими.

Факторы предрасположения интерферируют с условиями развития, на которые также следует обращать внимание, их значимость аналогична врожденным факторам. «Так, полезно выяснять, как выглядит переработка импульсов и влечений, в чем состоит функция Я, какие защитные механизмы используются в процессе формирования функций Сверх-Я и идеального Я описанных нами патологических типов» (Куипер). Детали условий возникновения описываются при каждой из форм.

*Поражения мозга* в перинатальный период (диагностирующиеся как минимальная мозговая дисфункция) могут также принимать участие в формировании расстройств личности, как при неврозах и других психических заболеваниях. Суммируя, можно сказать, что происхождение расстройств личности обусловлено многими причинами.

**Нозология.** Лица с расстройствами личности часто проявляют невротические реакции, а больные неврозами в свою очередь обнаруживают исходные признаки расстройств личности. Следовательно, нельзя проводить резкую грань между расстройствами личности и *неврозами*, поскольку здесь речь идет не столько о разных типах личностей, сколько о разных их аспектах: в первом случае описываются типы личности, а во втором подчеркиваются психодинамические этапы развития. Расстройства личности идентичны с неврозами характера (новые определения – ранние нарушения, структурные нарушения Я), т. е. подразумеваются одни и те же личности: ананкастные, шизоидные, истерические, депрессивные и сенситивные. Другие расстройства личности, определяются на основе форм невротических реакций (например, уклончивое или пассивно-агрессивное расстройство личности).

Нет строго определенных отношений между шизоидными расстройствами личности и шизофренией или циклотимическими расстройствами личности и аффективными психозами, да и у заболевших психозом людей находят разные исходные типы личностей и расстройств личности. Поэтому следует пользоваться такими понятиями, как циклотимическое, шизотимическое и пограничное расстройства личности. *Пограничное расстройство личности* не означает того же, что и пограничное как психоаналитическая конструкция. Это малоудачная попытка описать на поведенческом уровне тип личности, который очерчивается столь неспецифично, что его лучше представлять описательно. В детстве и юности имеет смысл описывать диагноз пограничного состояния как фазную форму психических нарушений и реакций, свойственных лишь этому периоду.

**Диагноз.** Тщательно определенное расстройство личности не означает еще полноценную диагностику. Диагноз расстройства личности имеет значение лишь в связи с дальнейшим предсказанием, которое заключается в основном в обозначении болезни или по меньшей мере синдрома. Даже такие диагностические классификации, как МКБ 10, требуют многостороннего диагноза. Такие формулировки, как психовегетативный синдром при астеническом расстройстве личности, суицидальная попытка при депрессивно-истерическом расстройстве личности, меланхолия у сенситивной личности и т.п., диагностически конкретны и информативны, а также полезны для определения показаний к терапии.

Только в судебной психиатрии «расстройство личности» может быть рассмотрено в полном смысле слова как единственный диагноз. Однако личностная диагностика преимущественно должна избегать недопустимого типирования.

У детей и подростков, личность которых еще не сформировалась, диагноз расстройств личности не ставят.

**Течение.** В критических жизненных ситуациях, характерных для данного расстройства личности, они выявляются сильнее, в других условиях скрадываются. Хотя признаки личности в течение жизни остаются качественно неизменными, степень их выраженности на разных этапах жизни и в разных жизненных ситуациях различна. У некоторых, людей расстройства личности с возрастом ослабевают. Требуемые лечения кризисы, которые при разных видах расстройств личности различны по частоте, у женщин возникают чаще, чем у мужчин, развиваются преимущественно в юном возрасте, а с возрастом встречаются все реже. При этом симптоматика их многообразна и не для каждой личностной структуры специфична. Расстройства настроения встречаются как у истерических личностей, так и у депрессивных, а у астенических личностей они особенно часты. Так называемые истерические реакции (конверсионные симптомы) наблюдаются не только у истерических личностей, но, хотя и реже, и при других личностных расстройствах. И вегетативные, и психосоматические синдромы возникают при всех расстройствах личности в кризисных ситуациях. Лишь синдромы навязчивостей тесно связаны с ананкастными расстройствами личности. Новые симптомы во второй половине жизни не возникают.

**Резидуальные состояния при расстройствах личности и неврозах.** Термин «резидуальный» заставляет думать о наступившем дефекте после органического мозгового поражения или в результате шизофренического психоза. Однако в описанном смысле он имеет характерные черты при неврозах и расстройствах личности.

*Разграничение.* С появляющимися после органического повреждения мозга синдромами – диффузными и локальными психосиндромами, с шизофренической потерей потенциала – невротические и психопатические резидуальные состояния имеют лишь внешнее сходство. Общее в них лишь то, что поражены преимущественно потребности и напряжение сил. Симптоматические же различия значительны. Дифференцируют с патологическими возрастными процессами: невротические резидуальные состояния возникают раньше, до пресенильного и сенильного возраста; кроме того, не отмечается психических и соматических признаков повреждения мозга.

### **Специальные формы**

**Ананкастные личности** (склонные к навязчивости) – выраженная совестливость (сильное Сверх-Я). Некоторые из перечисленных признаков соответствуют описанному Фрейдом анальному характеру, который определяется сверхпорядочностью, бережливостью и упрямством. Ананкастные неврозы характера – это определение для того же круга больных, что и ананкастные расстройства личности. Переход к неврозу навязчивости плавный. Внешний порядок – это остов, без которого самостоятельность сохранять трудно. Ананкастная форма существования, при которой такая реактивная готовность особенно выражена, родственна сенситивной структуре; общее для них – неуверенность в себе и нерешительность.

### **Депрессивные личности**

Депрессивные личности – тихие и сдержанные, действуют замедленно и подавленно, часто обнаруживают пессимизм или в крайнем случае скепсис. Они мало чего ждут для себя от жизни. О себе говорят неохотно, окружающие мало что знают об их сокровенной жизни. Депрессивные структуры могут скрываться под маской хладнокровия и уравновешенности. Наряду с такими флегматиками встречаются угрюмо-депрессивные, пессимизм которых отличается брюзгливостью, ворчливостью и сарказмом.

Чтобы избежать недоразумений. Нужно подчеркнуть, что между депрессивной структурой личности и депрессивным психозом (эндогенная депрессия, меланхолия) нет тесных взаимоотношений, равно как и с депрессивными реакциями. Депрессивный невроз (или невротическая депрессия) отличается только тем, что к описанной структу-



ре личности добавляются клинические симптомы расстройств настроения; границы их как клинически. Так и понятийно размыты.

Для развития депрессивной структуры наряду с предрасположенностью важны детско-родительские отношения, прежде всего наличие стойкой, с сильной амбивалентностью привязанности к матери, которая не способствует развитию самостоятельности ребенка. Из-за отрицательного переноса ребенка пугает возможность потери человеческой привязанности, а также страшит необходимость самоопределения. К кризам приводят чаще всего нарушения во взаимоотношениях с родителями, жизненные потрясения и другие конфликты в межлических отношениях.

В *психотерапевтическом лечении*, которое приходится проводить длительно, речь идет прежде всего о проработке тематики отрицательного переноса, становления самостоятельности и вытеснении агрессивности.

### ***Астенические личности***

Астенические личности страдают от недостатка сил, малой настойчивости, господствующего чувства слабости (психической и физической), быстрой утомляемости и особенно от истощаемости, без определенных соматических причин для этого. Часто выражены вегетативная лабильность и расстройства сна. Раньше эти состояния назывались невропатиями или неврастениями.

*Условия возникновения* мало известны, в анамнезе отмечается, что о будущих астениках в детстве чрезмерно заботились родители, это приводило к устранению нагрузок и лишению активности, не требовалось инициативы во взаимоотношениях с окружением. Астеническую структуру личности не следует смешивать с лептосомией или астеническим строением тела. В этих состояниях больные предъявляют многочисленные жалобы соматического характера, которые не соответствуют объективным данным. Здесь речь меньше идет об ипохондрических состояниях (боязнь болезни), а скорее о вегетативных расстройствах функций, которые причиняют ущерб больному по типу синдрома истощения. Большинство алкоголиков обнаруживает астеническую структуру личности.

Некоторые несимптоматологические признаки отличают расстройства личности от других клинических синдромов. Наиболее важными является широта и длительность их клинических симптомов. Характерные черты, по которым выделяются типы Р. л., чрезвычайно стойки; они часто отмечаются с детского или подросткового возраста и сохраняются в качестве определяющих черт на протяжении всей жизни индивидуума. Кроме этого, они проявляются в широком круге жизненно значимых ситуаций – в соц., профессиональном и семейном контекстах. Именно эта стойкость и повсеместность, а вовсе не специфичность паттернов поведения, служат главными критериями отличия Р. л. от др. клинических состояний.

В DSM-IV перечислены одиннадцать расстройств личности:

1. *Зависимая личность*. Этот пассивный паттерн отношений с окружающими характеризуется беспомощностью и тенденцией цепляться за других, подчинением и отсутствием инициативы, поиском привязанности, при к-рой можно полностью положиться на лидерство других в обеспечении эмоциональной поддержки и чувства безопасности.
2. *Гистрионическая личность*. Этот тип характеризуется лабильностью аффекта, капризным и демонстративным поведением, активным выпрашиванием внимания со стороны окружающих и манипулированием с целью получения его, ненасыщаемым и неразборчивым поиском одобрения и стимуляции.
3. *Нарциссическая личность*. Этот паттерн характеризуется эгоцентрической самоуверенностью и претензией на превосходство, тенденцией снисходительно эксплуатировать других для извлечения собственной пользы, инфантильными фанта-

- зиями и безразличным игнорированием прав др. людей.
4. *Антисоциальная личность.* Этот индивидуум недоверчиво относится к окружающим, ищет автономности и возмездия за то, что считает прошлыми несправедливостями, демонстрирует раздражительность, импульсивность и агрессивность и, нередко, социально безответственное поведение.
  5. *Компульсивная личность.* Более всего характеризуется неспособностью к выражению эмоций и ригидной конформностью к авторитетам и правилам поведения; эти индивидуумы выглядят безрадостными, ценят самодисциплину, отличаются перфекционизмом и чрезмерной педантичностью.
  6. *Пассивно-агрессивная личность.* Характеризуется проявляющимся во всем, вплоть до мелочей, хотя и пассивным, сопротивлением ожиданиям, предъявляемым окружающими; эти индивидуумы высказывают амбивалентные мнения по большинству вопросов, почтительность и конформность внезапно сменяются у них упрямым негативизмом и, в следующий момент, чувством вины и раскаяния.
  7. *Шизоидная личность.* Для этого типа характерна соц. пассивность, минимальная потребность в эмоциях и любви, общее безразличие и апатия, выраженное отсутствие как способности к поддержанию теплых и эмпатических межличностных отношений, так и интереса к ним.
  8. *Избегающая личность.* Для этого типа характерна соц. обособленность, генерализованная соц. тревожность и недоверчивость в межличностных отношениях, отчужденное отношение к собственной личности, низкая оценка себя и, несмотря на стремление к получению признания и любви, распространяющаяся на все сферы жизни сверхчувствительность к возможным оскорблениям и унижениям.
  9. *Пограничная личность.* Как чрезмерно выраженный или дисфункциональный паттерн, это расстройство характеризуется выраженными эндогенными настроениями, амбивалентностью или недостаточной ясностью личной идентичности (self-identity), отсутствием значимых межличностных отношений и повторяющимися эпизодами одновременно испытываемых к окружающим чувств гнева, любви и вины.
  10. *Параноидная личность.* Для этого типа характерно постоянное недоверие к окружающим, «колючесть» по отношению к предполагаемой критике, всепроникающая и, обычно, неоправданная подозрительность и ожидание обмана, провоцирующее поведение и цепкое, упорное отстаивание личной автономии.
  11. *Шизотипичная личность.* Этот плохо интегрированный и дисфункциональный тип характеризуется многообразием поведенческих странностей и массой неуместных отступлений в мышлении и коммуникации; эти индивидуумы часто выглядят погруженными в себя и демонстрируют или постоянную тревожную настороженность, или полное уплощение аффекта.

#### **Зависимая личность**

Эмиль Крепелин отмечал «нерешительность воли» у этих больных и легкость, с которой их могут «соблазнить» другие люди. Психоаналитическая характеристика этих больных дается в соответствии с теорией стадий психосексуального развития. Они определяются как представители «орального» типа.

Используя биосоциальную теорию научения для логического выведения типов личности, Теодор Миллон перечисляет следующие критерии для диагностики больных этого типа:

1. Мирный темперамент: обычно послушен и не склонен вступать в пререкания, избегает соц. напряжения и межличностных конфликтов.
2. Подчиняемость в межличностных отношениях: нуждается в более сильной, опекающей фигуре, без которой чувствует тревожную беспомощность; часто обнаруживает тенденцию к примирению, умиротворению и самопожертвованию.
3. Неадекватный Я-образ: воспринимает себя слабым, хрупким и неэффектив-

ным; демонстрирует неуверенность в себе, умаляя свои способности и компетентность.

4. Когнитивный стиль Поллианны (героиня рассказов Э. Портер): демонстрирует наивное или снисходительное отношение к испытываемым трудностям в общении, сглаживает конфликтные события.

5. Дефицит инициативы: предпочитает подчиненный, не богатый событиями и пассивный стиль жизни; избегает самоутверждающего поведения и отказывается принимать на себя ответственность.

Придавая этому расстройству статус отдельного и существенного расстройства, DSM-IV включает в качестве его центральной характеристики пассивное предоставление др. права принимать на себя полную ответственность за значимые формы деятельности индивидуума, что связано с отсутствием у него уверенности в себе и сомнениями в способности к независимому функционированию.

Заметна также готовность подчинить свои потребности требованиям лиц, от которых зависят больные, с тем, чтобы избежать выполнения независимых и самостоятельных соц. ролей. Для этих больных характерны тенденция к самоуничтожению, отсутствие инициативы, они не склонны предъявлять прямые требования к тем, от кого зависят, чтобы не подвергать риску обеспеченную безопасность. Многие обнаруживают социальную инфантильность, представляющуюся окружающим приемлемой, если не приятной, благодаря их искренне услужливому и дружелюбному характеру. Характерными чертами являются склонность к умиротворению окружающих и к примиряющему подчинению им, а также бросающаяся в глаза и часто причиняющая хлопоты склонность «цепляться» за поддерживающих их лиц.

#### **Гистрионическая личность**

Термин «гистрионический» (актерский, театральный) для DSM-IV является относительно новым, он заменил собой термин «истерический». Концептуально классиф. истерии восходит к античному миру (Древняя Греция и Рим). В 40-е гг. XIX в. симптоматическая картина клинической истерии была расширена до типа личности, встречаемого преим., если не исключительно, среди женщин. Теодор Миллон перечислил осн. критерии для диагностики Г. л.:

1. Изменчивость аффекта: демонстрирует непродолжительный, наигранный и поверхностный аффект, легко возбуждается и столь же легко пресыщается.

2. Социабельный образ Я: считает себя общительной, стимулирующей и притягательной личностью; легко заводит знакомства и наслаждается динамичной соц. жизнью.

3. Межличностная обольстительность: активно ищет признания и манипулирует окружающими с целью получения внимания и одобрения; манеры привлечения к себе внимания театральны и инфантильны.

4. Когнитивная диссоциация: плохо интегрирует жизненный опыт, что проявляется в хаотичности обучения и не критичности мышления; суждения беглые, неточные и хаотичные.

5. Незрелое поведение в поисках стимуляции: не переносит пассивности, что ведет к необдуманному и импульсивному реагированию; испытывает склонность к мимолетной восторженности, легким приключениям и близорукому гедонизму.

#### **Нарциссическая личность**

Хэвелок Эллис впервые придал психол. значение термину «нарциссизм». З. Фрейд внес важный вклад в изучение развития и патологии Н. л.

Авторами более поздних аналитических концепций являются Отто Кернберг и Гейнц Кохут. Согласно характеристике Керн-берга, Н. л. обладает «необычной степенью самоотнесенности в своих интеракциях», а тж завышенной потребностью в восхищении, поверхностной эмоциональностью, эксплуатирующими и иногда паразитическими отношениями с окружающими.

В своей формулировке с позиций теории соц. научения, избегающей психоан. концепций, Теодор Миллон представил следующие критерии для комитета по разработке DSM-III. Они послужили основой для операционализации в Руководстве критериев диагностики Н. л.

1. Раздутый Я-образ.
2. Эксплуататорский стиль межличностных отношений.
3. Когнитивная экспансивность.
4. Беззаботный темперамент.
5. Дефицит социального сознания.

В DSM-IV эта личность характеризуется как обладающая раздутым чувством собственной важности. Примечательны склонность выставлять себя напоказ и желание добиться внимания со стороны окружающих и их восхищения. Такой человек уверен, что имеет на это право, что тж является характерной особенностью данного типа личности. Дефицит продуктивности и соц. безответственность субъективно оправдываются хвастливой самонадеянностью, экспансивными фантазиями, поверхностными рационализациями и откровенным обманом. Явный отпор завышенной самооценке может вызвать серьезный срыв в обычно невозмутимом самообладании. Несмотря на внешнюю беззаботность и безразличие, этот человек часто крайне озабочен тем, какое впечатление он производит на окружающих. Критика или провал вызывают холодное презрение либо сильные чувства бешенства, унижения или пустоты.

#### **Антисоциальная личность**

Ричард Л. Дагдэйл, надзиратель в нью-йоркской тюрьме, провел тщательное генеалогическое исслед. семьи Джуков. Его сообщение, появившееся в 1877 г.: «Джуки: история преступлений, бедности, болезней и наследственности», содержит сведения о 7 поколениях, 540 кровных родственниках и 169 лицах, связанных браком или совместным проживанием. Вопреки общепринятому мнению, Дагдэйл пришел к выводу, что преступность семьи Джуков является продуктом не длинной цепи плохих генов, а среды: «Среда – это высшая, последняя контролирующая инстанция в том, что касается определения рода занятий людей, края и самой наследственности распределяет в форме организованного неизменным окружением итога. Семейство Джуков не составляет какой-то исключительный класс людей, подобных можно найти в каждом округе этого штата... На Джуках было показано, что наследственность зависит от постоянства окружающей среды». А. Г. Эстебрук, в распоряжении к-рого оказались первоначальные материалы Дагдэйла, нарисовал совершенно иную картину семьи в своей книге «Джуки» (The Jukes), изданной в 1915 г. В то время как Дагдэйл характеризовал Джуков как бедных, необразованных и чрезвычайно энергичных людей, Эстебрук описал их как ленивых, нечестных, коварных людей с низким интеллектом.

Поиск биологических факторов, лежащих в основе А. с, все чаще признается главной и-и. задачей. Один аспект таких исслед., возбуждавший как значительный интерес, так и споры, касается влияния патологических генотипов на антисоциальное поведение. Из всех сказок о «плохих генах» две самые знаменитые – о Джуках (Jukes) и Калликаках (Kallikaks).

История Калликаков является не менее захватывающей. Семейство Калликаков изучал Генри Г. Годдард, директор школы для умственно отсталых детей в Нью-Джерси. В книге Годдарда «Семья Калликаков» (The Kallikak family) прослежены две линии потомков одного и того же солдата войны за независимость США. «Хорошие Калликаки» были потомками брака солдата с женщиной из семьи квакеров предположительно «хорошей крови». «Плохие Калликаки» были потомками «нечестивого» союза солдата со слабоумной молодой женщиной. Отпрыск этого союза был столь ужасен, что получил прозвище «Старый Ужас». «Старый Ужас» породил 10 молодых ужасов, к-рые выросли и стали ответственными за сотни др. ужасов. Годдард взял на себя миссию проследить

историю жизни этих плохих Калликаков. Поскольку две эти семьи Калликаков происходили от одного и того же человека, было странно, что «плохие гены» не приводили к дегенеративному поведению в семье хороших Калликаков. Даже если признать предположение о генетической обусловленности антисоциального поведения нек-рых из Калликаков, игнорирование Годдардом факторов окружающей среды делает его исследование малозначимым с научной т. зр., хотя и интересным для чтения.

Связь между аномальным генотипом ХУУ и антисоциальным поведением впервые была установлена в 1965 г. П. А. Джейкобс и ее коллегами, работавшими в Западной больнице общего типа г. Эдинбурга. Теорет. значение лишней У-хромосомы для чел. агрессии может быть понято с т. зр. повышения маскулинности вследствие лишней мужской хромосомы. Нарушение обмена тестостерона может повлечь за собой необычайно высокий рост, большую физ. силу и повышенные агрессивные тенденции.

Джейкобс и ее коллеги обследовали 197 госпитализированных заключенных, представлявших б. или м. серьезную опасность для об-ва. Хромосомная конфигурация типа ХУУ была обнаружена у 7 заключенных (3,5%). Поскольку частота рождения мальчиков с синдромом ХУУ колеблется от 0,5 до 3,5:1000 (0,005–0,035%), результаты, полученные Джейкобе на выборке пациентов Западной больницы, расценивались как «высокозначимые». Исследователи идентифицировали также две др. черты синдрома ХУУ – высокий рост и сниженный уровень интеллекта, к-рые в сочетании с тенденцией к антисоциальному поведению были названы триадой ХУУ. В др. исслед., проведенном на репрезентативной выборке 2538 мужчин, содержащихся в различных исправительных учреждениях Шотландии, было обнаружено лишь 2,76 случая синдрома ХУУ на 1000 – частота, статистически значимо не отличающаяся от ожидаемого уровня 1,3 : 1000.

В исчерпывающем обзоре литературы за период, прошедший со времени публикации выводов Джейкобе и ее коллег, Джарвнк, Клодин и Мацуяма обнаружили присутствие конфигурации ХУУ у 1,9% криминальной популяции (98 из 5066 мужчин по результатам 20 исслед.). Авторы заключают, что эта частота в 15 раз выше обнаруживаемой у новорожденных мужского пола (0,13%) и здоровых мужчин (0,13%) и почти в 3 раза выше, чем у психически больных пациентов (0,7%). Авторы пришли к выводу, что хотя «лишняя У-хромосома предрасполагает к агрессивному поведению, ...можно с уверенностью утверждать, что лица с лишней У-хромосомой составляют незначительный процент среди совершающих насильственные преступления».

Хотя аномальная хромосомная конфигурация встречается в 20 раз чаще у заключенных мужского пола и пациентов психиатрических больниц, чем у новорожденных мужского пола и во взрослом населении, пока трудно сделать определенные выводы относительно влияния аберрантных генотипов на чел. поведение. Сейчас было бы преждевременным считать, что хромосомные аберрации играют каузальную роль в антисоциальном поведении, поскольку окружающая среда оказывается взаимосвязанной с эндогенными факторами в сложной матрице элементов, предопределяющих поведение. В этом отношении результаты исслед. детей, брошенных биологическими родителями, ведущими антиобщественную или преступную жизнь, и воспитанных в нормальных приемных семьях, свидетельствуют о том, что генетика действительно играет нек-рую роль в чел. агрессии. Важно иметь в виду, что поведенческие фенотипы мужчин с синдромом ХУУ, тж как и мужчин с нормальным набором ХУ хромосом, представляют собой продукт действия как генотипических, так и сре-довых факторов.

### **Компульсивная личность**

Начиная от описания анального типа характера, сделанного З. Фрейдом, вплоть до проблемы трудоголизма ХХ в., О.-к. л., называемая также ананкастной личностью, представляла собой дилемму для психиатрического здравоохранения. Характеристики этого расстройства тревожны, хотя нередко высоко ценятся в нашем об-ве.

Психоанал. трактовка этиологии подчеркивает нарушения в анальной стадии развития. С т. зр. теории, это означает необходимость использования таких защитных механизмов, как изоляция, отмена и реактивное образование для отражения анальнo-садистических импульсов. Однако Поллак не обнаружил достаточных доказательств справедливости психоанал. представлений об этиологии.

DSM рекомендовало использование термина «компульсивное расстройство личности» для обозначения синдрома, к-рый был назван О.-к. л. Диагностические критерии включают ограниченную способность выражать положительные эмоции, перфекционизм, упорство в реализации своих целей, чрезмерную вовлеченность в работу в ущерб личным отношениям и нерешительность.

Обсессивно-компульсивная личность - сверхконтролируемая приверженность нереалистическим стандартам в сочетании с неспособностью к принятию решений ведет у О.-к. л. к состоянию хронического субъективного дискомфорта. Расстройство чаще встречается у мужчин, чем у женщин.

В дифференциально-диагностическом плане, О.-к. л. отличается от обсессивно-компульсивного расстройства отсутствием obsессий (навязчивых нежелательных мыслей) и ритуального поведения (насильственно повторяемого субъективно неприятного поведения).

Т. Миллон сформулировал следующие осн. критерии для идентификации компульсивной личности:

1. Ограниченная эффективность: напряжен, не может расслабиться, безрадостен и мрачен; выражение эмоций находится под строгим контролем.

2. Идеал добросовестности: видит себя как деятельного, падежного и эффективного человека, ценит дисциплинированность, благоразумие и преданность.

3. Уважение к нормам отношений: выказывает необычную приверженность правилам соц. поведения и нормам морали; предпочитает вежливые, формальные и корректные отношения с окружающими.

4. Когнитивное сужение: конструирует свой мир в формулах правил, регламента, иерархии; лишен воображения, нерешителен и не переносит незнакомых или новых идей и обычаев.

5. Поведенческая ригидность: придерживается высокоструктурированного, четко регламентированного и монотонно повторяющегося образа жизни; предпочитает организованную, методичную, педантичную работу.

Описательные отличительные признаки этой личности включают в виде выраженных симптомов поведенческую ригидность, чрезмерный контроль эмоций и старательное подчинение правилам и авторитетам. Для этих лиц повседневное общение имеет традиционное, формальное и серьезное качество при наличии значительной озабоченности вопросами порядка, орг-ции и эффективности. Эта фиксация на процедурах и деталях затрудняет возможность широкого взгляда на вещи. Перфекционизм, ограниченность кругозора и отсутствие спонтанности, характерные для этого расстройства, проявляются в осторожности, нерешительности, медлительности и склонности к негативным эмоциональным реакциям в ответ на отхождения от повседневной рутины. Принятие решений избегается или откладывается, вероятно, вследствие чрезмерных опасений совершить ошибку. Эта нерешительность и вызываемое ею снижение эффективности сопровождаются значительным субъективным дистрессом. Типично мрачный вид и дисциплинированное самоограничение затрудняют неформальное общение и свободное выражение эмоций. Придающие большое значение соц. иерархии, эти личности тяготеют к авторитарности в руководстве подчиненными и к подбострастию в обращении с вышестоящими. В целом работа и продуктивность деятельности ставятся выше удовольствий и неформальных отношений.

#### **Пассивно-агрессивная личность (незрелая личность)**

### **Незрелая личность**

Н. л. – это родовый термин, охватывающий ряд связанных, но различимых между собой черт личности. Главное его значение связано с понятием психол. зрелости. Психол. созревание можно охарактеризовать как достижение стадии интеллектуального и эмоционального равновесия, на к-рой индивидуум может совладать с неизбежными разочарованиями и конфликтами, проявляя при этом минимум инфантильного поведения и восприятия. Т. о., для Н. л. свойственно отсутствие эмоционального равновесия, при к-ром даже незначительные стрессовые воздействия вызывают расстройства эмоциональной сферы.

Теме Н. л. посвящено не много эмпирических исслед.; тем не менее иногда выдвигались клинические предположения об этиологической природе этого расстройства. У людей этого типа часто уже в детском возрасте обнаруживается эмоциональная нестабильность, низкая фрустрационная толерантность и выраженная стойкость черт, характерных для самого раннего детства. Считается, что мн. из них никогда не находились в обстановке зрелого, стабильного, внутренне согласованного соц. окружения. Предлагались тж теории этиологической роли генетических или перинатальных факторов, но они обычно не находят эмпирического подтверждения.

Н. л. как диагностическая единица отсутствует в американской нозологической систематике и не использовалась в европейских кругах в течение неск. лет.

В издании «Руководства по диагностике и статистической классиф. психич. расстройств (DSM) 1952 г. приводится нозологическая категория эмоционально неустойчивой личности, описываемая как расстройство черт личности, проявляющееся в повышенной возбудимости, неэффективности совладания со слабыми стрессовыми воздействиями, недостаточной рассудительности и нерегулярно изменяющихся эмоциональных отношениях к окружающим с плохим контролем интенсивно проявляемых чувств враждебности, вины и тревоги. Расстройство эмоционально неустойчивой личности чрезвычайно трудно поддается лечению, поскольку эти пациенты редко обращаются за помощью по собственному желанию и часто преждевременно прекращают терапию.

Приведенные в издании DSM 1952 г. три подтипа пассивно-агрессивной личности – пассивно-зависимый, пассивно-агрессивный и агрессивный – служат параллелью подкатегорий пассивной зависимости и агрессивности Н. л.

Пассивно-зависимый тип характеризуется беспомощностью, нерешительностью и тенденцией льнуть к др., устанавливая зависимые отношения. Паразитический аспект отношений с окружающими побуждает такого чел. вести себя, как маленький ребенок, в постоянном ожидании того, что др. будут удовлетворять его потребности.

Пассивно-агрессивный тип склонен к конфликтам с начальством и выражению агрессии в форме обструкционизма, неэффективности, упрямства, враждебности, манипулирования и скрытого неповиновения. Они напоминают детей: маленький ребенок, не имея силы, смелости или способности открыто выразить протест, может демонстрировать медлительность, неэффективность, упрямство и затаенную обиду при выполнении требуемого от него задания. Рез-ты лечения м. б. положительными в случаях, когда индивидуум признает обреченную на поражение природу своего поведения.

Агрессивный тип характеризуется стойкими реакциями на фрустрацию, проявляющимися во вспышках раздражительности и деструктивного поведения, наряду с выраженной зависимостью от окружающих. Такие люди могут проявлять ничем не спровоцированную и бессмысленную ярость, после чего столь же непредсказуемо и быстро переходить к демонстрации мрачности, слезливости или чувства вины. Они редко выходят за пределы ограниченного уровня соц. или профессионального функционирования вследствие инфантильности и чрезмерной эмоциональной нестабильности. Сходство этих субкатегориальных типов очевидно; они часто сочетаются друг с другом.

Т. Миллон предложил систему операционализации этого расстройства в рамках теории биосоциального научения. Для идентификации данного синдрома сформулированы следующие диагностические критерии.

1. Лабильная эффективность (напр. часто раздражителен, демонстрирует переменчивую подавленность, легко фрустрируется и дает эмоциональные вспышки).

2. Поведенческое упрямство (напр. часто демонстрирует пассивную агрессивность, всем недоволен, все критикует; находит удовлетворение в том, чтобы обескураживать других и портить им удовольствие).

3. Неудовлетворительный Я-образ (напр. говорит о том, что его не понимают, недооценивают и унижают другие; обычно пессимистичен, рассержен и разочарован жизнью).

4. Недостаточные регуляторные механизмы (напр. выражает скоротечные мысли и импульсивные эмоции в некорректированной форме; внешние раздражители вызывают капризные и нерешительные реакции).

Межличностная амбивалентность (напр. конфликтный и нестабильный рисунок соц. ролевого поведения, в особенности зависимой подчиненности и напористой независимости; совершает непредсказуемые поступки и надувается без к.-л. причин, вызывая эмоциональный дискомфорт у окружающих).

### **Шизоидная личность**

Шизоидному расстройству личности во взрослом возрасте часто предшествует синдром, называемый «шизоидное расстройство детского или подросткового возраста». У таких детей мало близких друзей; если они есть, они тж находятся в соц. изоляции. Несмотря на хороший интеллект, часто выше среднего уровня, эти лица плохо успевают в школе, в особенности по математике. Они очень привязаны к телевидению или фильмам, в особенности предпочитая сцены насилия и фантастические сюжеты.

У многих больных шизофренией обнаруживались признаки Ш. л. до их психотического разрыва с реальностью, но большинство Ш. л. не заболевают шизофренией. Шизоидный тип личности чаще встречается у мальчиков, чем у девочек.

Л. Л. Хестон предположил наличие генетической предрасположенности к развитию Ш. л. Он называет эту предрасположенность шизоидней (schizoidia) и считает, что шизофренией заболевает каждый третий индивидуум с подобной предрасположенностью. У остальных будут в разной степени выраженные признаки шизоидное™ в зависимости от вероятного влияния окружающей среды или конституциональных факторов, к-рые могут умерить выражение глубинной генетической предрасположенности. Однако обзор исслед., посвященных семейному фону лиц с шизоидным расстройством личности и шизофренией, свидетельствует о том, что факторы окружающей среды во многом могут обуславливать манифестацию этих психич. нарушений.

Шизоидная личность – формальная категория психич. расстройств, расположенная на оси 11 классификационной системы, описанной в «Руководстве по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (DSM-UI). «Уход в себя» (withdrawn) – термин, наиболее часто встречающийся в клинических описаниях Ш. л. Отмечается выраженное обеднение соц. отношений. У этих индивидуумов мало друзей, они предпочитают типы деятельности и хобби, которыми можно заниматься в одиночестве. Предпочтение уединенности формируется вследствие чрезвычайной чувствительности к предполагаемой оценке себя окружающими. В качестве защиты шизоидный индивидуум может использовать чрезмерное фантазирование. В то же самое время он относительно невосприимчив к невербальному языку, используемому др. людьми для сообщения о своих чувствах. Ш. л. часто явно недостает способности к тому, чтобы остроумно и весело пошутить либо, напротив, выразить враждебное отношение к кому-либо.



Профессиональная жизнь шизоидных индивидуумов характеризуется узостью интересов, неясными притязаниями и плохой производственной биографией с частыми сменами места работы. Эти лица часто опаздывают на работу, склонны к совершению ошибок и не хотят найти для себя какую-то продуктивную деятельность, когда основная работа недостаточно заполняет их время. Окружающие говорят, что с ними неприятно вместе работать. Шизоидная личность, по-видимому, достигает наивысшей продуктивности на должностях, предполагающих минимум соц. взаимодействия.

### **Избегающая личность**

Типы личности, характеризующиеся соц. чувствительностью и уходом в себя, проявляются в ранних клинических описаниях расстройств личности, причем наиболее заметно – в описаниях шизоидных и фобических типов характера. Например, Кречмер описал гиперэстетический (раздражительный. – Примеч. науч. ред.) вариант шизоидной личности, отмеченный повышенной чувствительностью, застенчивостью и психич. конфликтом. Описания фобического характера у Фенихеля включают такую черту, как фобическое избегание желаемых объектов – параллель с совр. описаниями избегающего индивидуума.

Клинические наблюдения и эмпирические исслед. говорят о том, что лица с И. р. л. демонстрируют более сильные соц. страхи в отношении более широкого круга ситуаций, чем пациенты с генерализованной соц. фобией, однако мн. из осн. признаков обоих состояний (напр., страх отрицательной оценки) весьма похожи.

Есть также сходства между И. л. и некоторыми чертами, такими как застенчивость и соц. робость, свойственными отдельным людям в нормальной (неклинической) популяции. Ряд авторов, среди к-рых можно назвать Стивена Бриггса, утверждают, что избегающие индивидуумы и застенчивые люди различаются между собой скорее количественными, чем качественными характеристиками симптоматики. Обычно считается, что застенчивость и соц. робость вызваны врожденными различиями в физиолог. реактивности, в связи с чем можно предположить, что И. л. имеют более сильную наследственную предрасположенность по сравнению с застенчивыми людьми или, по меньшей мере, что негативный соц. опыт усиливает влияние наследственной предрасположенности, формируя более тяжелое состояние избегания.

Диагностический ярлык «И. л.», или «избегающее расстройство личности» (И. р. л.) впервые был включен в третье издание «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (DSM-III) для характеристики лиц, желающих иметь друзей, но уклоняющихся от соц. контактов из страха возможной критики и отвергания. Рабочая группа Американской психиатрической ассоц. при подготовке DSM-IV пересмотрела прежние диагностические критерии избегающего расстройства личности, уточнив различия между этим состоянием и смежными расстройствами. В соответствии с этими критериями И. л.:

- Часто ожидает критики или неодобрения в свой адрес в соц. ситуациях и испытывает по этому поводу беспокойство.
- Имеет мало друзей, несмотря на желание завязать личные отношения с др. людьми.
- Избегает общественной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами.
- Скованна в развитии интимных отношений из страха показаться глупым либо смешным или оказаться брошенным либо опозоренным.
- Обладает низкой самооценкой, потому что чувствует себя социально неадекватным и/или непривлекательным.

Избегающий паттерн обычно возникает в детском или раннем подростковом возрасте; мн. из тех, кому поставлен диагноз И. р. л., говорят о том, что были робкими всю свою жизнь. Лица с И. р. л. испытывают возвратные периоды тревоги и депрессии, в

течение к-рых им могут выставляться соответствующие диагнозы и проводиться лечение. Нек-рые из этих лиц прибегают к алкоголю или транквилизаторам, чтобы успокоить себя перед соц. событиями. У нек-рых попытки самолечения ведут к формированию синдрома лекарственной зависимости.

В терапии И. р. л. использовались различные подходы. Неск. эмпирических исслед. свидетельствуют об эффективности поведенческих и когнитивно-поведенческих моделей, приводивших к значительному повышению комфорта в соц. ситуациях и соц. активности у пациентов.

### **Пограничная личность**

Относительная новизна этой официальной диагностической рубрики объясняет отсутствие ист. традиции или клинической литературы. Тем не менее, имеются предшественники категории П. л., относящиеся по существу к той же констелляции признаков. Исходя из биосоциального (с ориентацией на теорию научения) подхода к личности, Т. Миллон сформулировал следующие диагностические критерии П.л. в работе Disorders of personality («Расстройства личности»).

1. Интенсивные эндогенные настроения (напр., настроение индивидуума все время не соответствует внешним событиям: он либо подавлен, либо возбужден, либо переживает повторяющиеся периоды уныния и апатии, перемежающиеся вспышками гнева, тревоги или эйфории).

2. Нарушенная регуляция уровня активации (напр., переживание беспорядочных приливов энергии и нарушение цикла сна – бодрствования; характерны периоды, в к-рых аффективное равновесие и уровень активации постоянно находятся под угрозой).

3. Осуждающее самосознание (напр., индивидуум демонстрирует повторяющиеся мысли о членовредительстве и самоубийстве; дурное настроение и неадекватное поведение периодически искупаются раскаянием и самоуничижением).

4. Тревога зависимости (напр., индивидуум озабочен завоеванием симпатий и сохранением эмоциональной поддержки, остро реагирует на расставание, жалуется на постоянно преследующий страх изоляции и утраты).

5. Когнитивно-аффективная амбивалентность (напр., индивидуум часто пытается во что бы то ни стало выразить аттитюды, не соответствующие собственным чувствам; одновременно переживает конфликтующие эмоции и мысли в отношении себя и других, особенно любовь, ярость и вину).

Исходя из того, что мн. пациенты демонстрируют смешанные симптомы неопределенной степени тяжести и меняющегося характера, некоторые теоретики предложили официально использовать понятие П. л. для характеристики среднего уровня интеграции личности или тяжести прогноза.

Наиболее выраженным симптомом, приписываемым П. л., является глубина и изменчивость их настроения. П. л. обычно испытывают продолжительные периоды подавленности и разочарования, по временам перемежающиеся короткими эпизодами эйфории и значительно более частыми эпизодами раздражительности с саморазрушающим поведением и импульсивными вспышками гнева. Большинство людей с этим типом личности имеют изменчивую, пеструю биографию, идет ли речь о межличностных отношениях, учебе или работе. Немногим удается достижение взрослых целей, у большинства отмечается неровность в выполнении нормальных соц. функций и обязанностей. В их жизни не редки поражения и неудачи, им не достает благоразумия и умения предвидеть события, они склонны к отклонению от первоначальных устремлений и неспособны использовать природные данные. Большинство не в состоянии извлекать уроки из прошлого неудачного опыта и продолжают попадать в те же самые сложные ситуации и затруднительные положения. Чрезвычайно часты нарушения идентичности и целей, проявляющиеся в неопределенностях в отношении самооценки, половых ролей и профессиональных намерений. Их периодически проявляющаяся склонность угрюмо

перечить окружающим часто сменяется субъективными чувствами изоляции, внутренней пустоты и скуки.

### **Параноидная личность**

Следующие критерии построены не на психоан. или конституциональной моделях, а были выведены из теории биосоциального научения.

1. Неусыпная недоверчивость (напр. демонстрирует нервную защиту относительно превосхищаемой критики и обмана, чрезмерную подозрительность, зависть и ревность к окружающим).

2. Провокационное межличностное поведение (напр. демонстрирует бранчливую, капризную и колкую раздражительность, провоцирует озлобление и гнев враждебной, осуждающей манерой поведения).

3. Упрямая автономность (напр. выражает страх потери независимости и возможности самоопределения, решительно сопротивляется всем источникам внешнего воздействия и контроля).

4. Минибредовые когнции (напр. искажает события своими субъективно логичными, но объективно иррациональными представлениями, приукрашивает тривиальные достижения, приводя их в соответствие с квазиграндиозным образом собственной личности).

5. Отнесение себя в разряд преследуемых (напр. трактует случайные события как критику в свой адрес, демонстрирует тенденцию к преувеличению незначительных и не относящихся к нему конфликтов, истолковывая их как доказательство преднамеренного обмана и злого умысла).

В DSM-IV этот хорошо известный синдром характеризуется стойкой, неоправданной подозрительностью и недоверчивостью. Со стороны эти люди производят впечатление осторожных, скрытных и ведущих уединенный образ жизни; они усиливают это впечатление своей склонностью сомневаться в верности др. лиц, поиском скрытых мотивов в их поведении и ожиданием, что их в чем-либо обманут. Они «делают из мухи слона», любят вступать в препирательства и всегда готовы к ответному нападению при малейшем намеке на потенциальную угрозу или критику. Упрямые и дефеизивные, эти люди твердо придерживаются своих взглядов и не склонны идти на компромиссы. Они не только не доверяют окружающим, но и постоянно сопротивляются внешним влияниям и испытывают страх перед утратой возможности самоопределения. Склонность к неверному истолкованию случайных поступков и высказываний как проявлений обмана или недоброжелательности граничит с иррациональностью, однако не принимает черты полностью сформированной бредовой системы. Они проявляют минимальный аффект и считаются окружающими «холодными» и лишенными юмора. В рамках своих представлений, они гордятся своей объективностью, рациональностью и эмоциональной холодностью. Быстрые на критику окружающих, П. л. чрезвычайно чувствительны к критическим высказываниям в свой адрес.

### **Шизотипичная личность**

Периодическая и выраженная соц. изоляция хотя и не постоянна, но может быть заметна, будучи связанной или с уплощенным аффектом, или с сильной тревогой в межличностных отношениях. Больные ведут малозначимую, праздную и неэффективную жизнь, бесцельно плывя по течению и оставаясь на периферии нормальных соц. отношений. У нек-рых отмечается выраженный аффективный и когнитивный дефицит, они выглядят безразличными, безмятежными, немотивированными и малопонятными, демонстрируя минимальную связь с внешним миром. У нек-рых отмечается дисфория, напряженность и уход в себя, тревожность и тенденция к соц. изоляции с целью при-

глушения повышенной чувствительности и защиты от предвосхищаемых внешних угроз. Заметен тж дефицит соц. привязанностей, постоянные неудачи в длительном, удовлетворительном и надежном выполнении соответствующих возрасту ролей. Многие испытывают повторные непродолжительные и обратимые периоды, в к-рых отмечается или вычурное поведение, колебания настроения, иррациональные побуждения, или бредовые мысли. Для мн. клиницистов шизофрентное расстройство является синдромальным прототипом, относительно к-рого шизотипичное расстройство личности представляет собой ослабленный и непсихотический вариант.

Согласно «Руководству по диагностике и статистической классификации психических расстройств», главными характеристиками расстройства является разного рода эксцентричность в поведении, мышлении, речи и восприятии.

### 1.5. Психотерапия

Неврозы лечатся в основном психотерапевтически.

Больных неврозами лечат, как правило, амбулаторно. Показания к стационарной психотерапии: тяжелые тревожные состояния и синдромы навязчивостей, выраженные психосоматические расстройства (например, анорексия) и опасность суицида; далее необходимо применять одновременно несколько психотерапевтических методик, добиваясь ограничения стрессовых факторов у больного (и связанных с ним лиц) при наличии критической конфликтной ситуации. Стационарное лечение, которое назначается как исключение, должно проводиться кратковременно и в максимально приближенных к домашним условиях. Невротики и психосоматически больные не должны содержаться в больших отделениях со строгим режимом.

*Показания.* При неврозах применяют многочисленные и разнообразные психотерапевтические методы. Показания устанавливают индивидуально, они должны быть ориентированы на основную цель лечения. Соответственно этой цели возможны такие варианты лечения:

1. успокоить больного, облегчить его страдания, поддержать и стабилизировать его состояние. Этому способствуют в основном врачебная беседа, советы, проводимая активная и поддерживающая терапия на длительную перспективу и меры по снятию напряжения;

2. изменять поведение, редуцировать симптомы, изменять к ним отношение, «переучивание». Кроме поведенческой терапии, здесь нужны обучающие мероприятия;

3. рассудительный подход, разрешение конфликтов, переориентировка, реструктурирование, созревание. Эти цели преследуют психодинамически ориентированные виды психотерапии, хотя они не в каждом случае эффективны. Нередко успех лечения ограничивается первой из названных целей. При этом обратное развитие невротических симптомов и стабилизация личности могут дать импульс к новым целям психотерапии.

Какой возможен исход, в каждом случае зависит от вида и тяжести нарушений, структуры личности и жизненных обстоятельств, лечения и мотивации больного, а со стороны психотерапевта – от его образования и опыта. Частности осваиваются в процессе дальнейшего образования. Лечение проводится часто путем групповой терапии, терапии парами и семейной терапии.

*Реабилитация* (социотерапия). При тяжелых неврозах могут понадобиться реабилитационные мероприятия, которые рассматриваются также с правовых позиций. Показания для этого – выраженная симптоматика, резистентность к терапии, длительность болезни, нарушения семейных и социальных отношений и значительное профессиональное снижение. В реабилитационной практике психотерапия и социотерапия идут рука об руку. Особое значение имеют поведенчески ориентированная трудовая терапия

и ступенчатые попытки трудоустройства. Реже возникает необходимость помощи в обеспечении жильем (например, переходный дом).

При тяжелых и хронических неврозах не следует ставить слишком высокую цель. Не всегда достижимо профессиональное восстановление. Нередко требуется обеспечение пенсией (профессиональная или общая нетрудоспособность).

*Результаты лечения.* Ложным следует считать мнение о неэффективности или о невозможности оценить результаты психотерапии. Многочисленные научно обоснованные наблюдения, результаты которых обобщаются и тщательно анализируются, указывают на эффективность психотерапии при неврозах. После психотерапии улучшение отмечается на 80 % чаще, чем в контрольной группе (которой психотерапия также была показана и предлагалась, но не была проведена). Это относится как к психоаналитически ориентированной, так и к поведенческой терапии. Катамнезы свидетельствуют о сохранении положительных результатов на более длительный срок. Но и здесь результат лечения не должен оцениваться односторонне по клиническим или социальным параметрам, поскольку больной часто переживает психотерапию как реальную помощь в консолидации личности.

В детской и подростковой психиатрии успех лечения оценить труднее, поскольку у детей в процессе развития непросто отделить успех лечения от спонтанного течения и излечения. Однозначные катамнезы из детских психиатрических клиник и амбулаторий, в которых лечат большую часть неврозов, свидетельствуют, что около 2/3 родителей оценивают результаты проводившихся там лечебных мероприятий как лечение. Состояние долечившихся пациентов лучше по сравнению с лицами, прервавшими лечение.

**Медикаментозная терапия.** Даже если условия возникновения неврозов скорее заставляют думать о психотерапевтических мероприятиях и они прямо показаны, следует помнить и о возможностях соматотерапии, особенно психофармакотерапии. Все теоретические убеждения, что психореактивные нарушения не поддаются соматотерапии, опровергаются прагматическим образом мышления.

На практике невротическим больным прописывают психофармакологические средства охотно и часто, что объясняется массовым их производством и привычками врачей. Тем не менее следует задаться вопросом в плане разумного и целенаправленного лечения: при каких неврозах, на каких их стадиях какие психофармакологические средства показаны?

Психофармакологические средства чаще всего прописывают и их эффективность изучают при депрессивных неврозах, тревожных неврозах и фобиях, а также при неврозах навязчивостей и анорексии-булимии. Частности освещаются в соответствующих главах. Во всяком случае, психофармакологические препараты эффективны при аффективных нарушениях (в основном депрессивные состояния, а также страх); в то же время на другие невротические симптомы они влияют мало или совсем не влияют.

При лечении неврозов чистой фармакотерапии недостаточно, однако психофармакологические препараты улучшают эффект психотерапии. Особенно при депрессивном неврозе такая комбинированная терапия по эффекту превышает чистую психотерапию.

Фармакотерапия при неврозах ограничена определенной стадией течения и ситуацией лечения. Так, при выраженном депрессивном неврозе, тревожном неврозе или неврозе навязчивости даже непродолжительная психофармакотерапия приносит облегчение и становится возможным применение психотерапии. В кризисной ситуации, возникающей в процессе психотерапии; если снова появляется обострение симптоматики (что встречается часто и не говорит против проведения психотерапии) и если тем самым затрудняется продолжение психотерапии, кратковременная медикаментозная терапия способствует выходу из кризиса. Но и здесь показания должны тщательно изучаться.

Не каждую просьбу пациента о медикаментозной помощи следует поддерживать. Но, с другой стороны, фармакотерапия может служить мостом, который облегчает и делает переносимыми возвращающиеся симптомы при рецидивах невроза и не создает дополнительного отягощения

Наконец, фармакотерапия показана при хронических и резистентных к терапии неврозах, когда после безуспешной психотерапии сохраняется значительная тяжесть симптомов. В таких случаях полезна даже длительная фармакотерапия, которая должна сочетаться с Поддерживающей и защищающей психотерапией.

При неврозах нег достаточного обоснования для фармакотерапии, но в то же время больной желает проводить медикаментозное лечение, он отклоняет психотерапию, считая ее слишком дорогим удовольствием. Эти заблуждения являются выражением сопротивления пациента или исходят из предубеждения врача. Нередко психотерапию не удается провести из-за внешних обстоятельств (например, нет достаточно опытного психотерапевта).

Поговорим с выборе психофармакологических средств. Сегодня больные неврозами меньше пользуются транквилизаторами и нейролептиками, а больше *антидепрессантами*, эффект которых скорее неспецифичен (см. выше). При длительном их применении следует обращать внимание на возможность побочных эффектов, а также на нарастание массы тела, влияние на сексуальные функции, не исключается и тератогенное влияние (одновременно необходима контрацепция).

Затрудняет ли фармакотерапия проведение психотерапевтического лечения? Легко можно представить, что медикаменты облегчают страдания больного и тем самым ослабляют заинтересованность в психотерапии, что эмоциональные колебания во время психотерапии будут уменьшаться, а это приведет к затруднению процессов перенесения и контрперенесения при аналитически ориентированной психотерапии. Однако подобное неблагоприятное взаимовлияние нельзя считать правилом. И в самой аналитически ориентированной психотерапии бывают различные взаимовлияния (имеется достаточное количество убедительных наблюдений такого рода).

Поведенческую, когнитивную, а также релаксационную терапию без всяких опасений можно комбинировать с фармакотерапией (когда в этом есть необходимость). Если фармакотерапия нужна, то ее должны предписывать те врачи, которые проводят психотерапию.

Эти ведущие правила медикаментозного дополнения терапии неврозов относятся в основном к *детям и подросткам*. При тяжелых неврозах страха и навязчивостей фармакологическое облегчение необходимо, как и при тяжелых депрессивных неврозах. Но в ряде случаев психофармакотерапия у детей и подростков может иметь и роковые последствия: ребенок не может найти реального разрешения конфликта со средой, а приучается бороться с неблагоприятной ситуацией с помощью успокаивающих средств (транквилизаторов). Таким путем ребенок лишь приучится подавлять негативное настроение и отрицательные эмоции, но это не позволит ему распознавать, оценивать и перерабатывать собственные побуждения. То же самое относится и к действиям воспитателей и родителей, которые считают возможным устранить неблагоприятную ситуацию с помощью психофармакологических средств, забывая о необходимости собственных усилий. Поэтому психофармакологические средства противопоказаны при расстройствах поведения любого рода. И напротив, тяжелые неврозы у детей и подростков оправдывают применение медикаментозной защиты, сила и длительность которой требуют постоянного контроля.

### **Неврозы у детей**

Невроз представляет собой неглубокое психическое расстройство, обычно включающее: а) недостаточное понимание причины проблем; б) чрезмерную тревогу; в) им-

пульсивное поведение, причем причины такого поведения часто вступают в конфликт друг с другом. Невроз может также включать симптомы соматической болезни, обсессивное или компульсивное поведение и специфические страхи или фобии. Единой классификации невротических расстройств нет, но в основном предлагаемые версии включают: истерию с эмоциональной лабильностью и конверсионными симптомами, представляющими собой превращение психич. проблем в физ.; генерализованную тревогу с недостаточным пониманием ее причин; обсессивно-компульсивные паттерны поведения – побуждения к нецелесообразному поведению или навязчивым ритуалам; фобии.

(частные моносимптомы)

Психические расстройства.

1. Эмоциональность: капризы, ночные страхи, фобии.
2. Поведение: утомляемость, невнимательность, неусидчивость, заикание, тики.
3. Мышление: фантазирование, навязчивость, ипохондричность.

Соматические расстройства

1. Головные боли.
2. Расстройства сна.
3. Сосудисто-вегетативная дистония.
4. Дыхательные расстройства: нервный кашель, «закатывание».
5. Желудочно-кишечные дисфункции, отказ от пищи, рвота, поносы, запоры, боли в животе\
6. Ночное недержание мочи.
  1. Детский невроз более длителен (несколько месяцев – 3-5).
  2. Один симптом говорит о неврозе.
  3. Невротичность вызывает конфликт между родителями (моносимптом), развод родителей.

Психотерапия с родителями и детьми

**Неврозы, типичные для детского возраста**

**Ночной и дневной энурез.** О ночном и дневном энурезе говорят только в возрасте ребенка свыше 4 лет. Около 10% детей к этому склонны, но энурез редко сохраняется до возраста зрелости, чаще он спонтанно прекращается. Первичный энурез возникает изначально, а вторичный – это новое его появление после светлого промежутка.

Не каждый случаи энуреза означает детский невроз в смысле психореактивного расстройства поведения. Поскольку развитие навыков опрятности – это процесс научения, то он может нарушаться органическими причинами (аномалии мочевых путей или расстройствами обучаемости (например, слабоумием).

*Симптоматика.* При ночном энурезе дети мочатся один или несколько раз за ночь не просыпаясь. Энурез диагностируется в 2,5 года (ночное недержание мочи относится к расстройствам сна). Некоторые дети просыпаются в процессе энуреза или сразу после него. При дневном энурезе упускание мочи происходит часто во время игровых занятий или в связи с аффективным возбуждением.

*Условия возникновения.* Легко или трудно приучается ребенок регулировать дневное или ночное мочеиспускание, зависит от разных факторов. Существует наследственная слабость (семьи энуретиков). Может иметь значение и характер приучения к чистоте. Слишком раннее требование к чистоте излишне добросовестной матери или нерегулярный режим дня могут затруднить управление функцией мочевого пузыря. Психические отягощающие факторы, такие как зависть к младшему ребенку в семье

или другие позитивные или негативные стрессовые факторы, могут вызывать рецидив энуреза.

*Терапия.* Существенным терапевтическим фактором является хладнокровие родителей. Часто бывает полезно вечером проявить побольше заботы о ребенке. Поведенческая терапия с программой награды и с ведением календаря, в трудных случаях – программа пробуждения с помощью звонка на трусиках или звонящего матраца часто дают результат.

Очень серьезным последствием сохраняющегося энуреза являются смущение ребенка при общении с друзьями, которым он не может признаться в своем недуге, и трудности, с которыми он сталкивается при необходимости многодневного пребывания в детском коллективе, например в детском лагере. Поэтому вторично могут возникать значительные воспитательные трудности.

**Энкопрез.** Как правило, возникает вторично (т.е. после определенного периода чистоплотности), вызывается обычно тяжелым конфликтом между ребенком и родителями, в основном с матерью, который часто почти осознается. У ребенка наблюдаются неудовлетворенная потребность и выраженная агрессивность. Психотерапевтическое лечение ребенка при участии родителей в большинстве случаев оказывается единственным эффективным средством.

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

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

*Терапия.* Вначале проводится упражнение моторных навыков методом лечебной гимнастики, целенаправленной логопедии, но не ранее 5-летнего возраста.

**Мутизм** – это отказ от речевого контакта при сохранной способности к речи. Тотальный мутизм с отказом от разговора со всеми людьми встречается редко и обычно указывает на начинающийся психоз. Чаще встречается селективный мутизм, при котором ребенок совершенно свободно говорит с хорошо знакомыми ему людьми, но проявляет негативизм по отношению к малознакомым или незнакомым лицам. В основе этого расстройства чаще всего лежит повышенная боязливость. Иногда этот феномен трактуется тенденциозно: ребенок своим поведением стараемся привлечь к себе внимание и требует дружеского участия А. В любом случае нужна длительная психотерапия.

**Затруднения воспитания и расстройства поведения** часто причисляются к детским неврозам: в основе их лежат нарушения воспитания. Нарушения поведения означают не что иное, как непонимание между воспитателями и ребенком и его способностью или готовностью к приспособлению. Поэтому особенности поведения ребенка следует вначале расценивать как нормально-психологическую реакцию на требования среды и как результат усилий родителей по его воспитанию. О детских неврозах следует говорить тогда, когда конфликт для самого ребенка и его окружения остается во многом неосознанным, и у ребенка возникает явное чувство страдания. Поэтому, как правило, возникает настоятельная необходимость в психотерапии ребенка, обычно с привлечением родителей или даже всей семьи.



Часто диагностируемым расстройством поведения является *гиперкинетический синдром* (синдром Цапфельфиллиппа). Его проявления состоят в постоянном двигательном беспокойстве, нарушении внимания, недостаточном контроле над побуждениями и низкой фрустрационной толерантностью. Встречается чаще у мальчиков, общее их число колеблется в пределах 1-15 %. Во всяком случае, диагноз этот ставится излишне часто. Двигательное беспокойство часто исчезает, когда ребенок чем-то заинтересован (например телевизионной программой). *Возникновение* этого синдрома следует оценивать многопланово: после легкой раннедетской травмы синдром встречается чаще. Средовые факторы (гиперстимуляция, постоянно напряженная семейная ситуация) также ему способствуют. Не ясно, влияют ли на него пищевые факторы – яды (фосфаты) или аллергия, но в ряде случаев их трудно исключить.

Частота гиперкинетического расстройства оценивается:

1. 1-6% детей в препубертатном возрасте.
2. 40-70% - пациенты детских психиатрических стационаров.
3. 30-50% - амбулаторный контингент детского психиатра.
4. 93% - у детей с кортикальным повреждением правого полушария.
5. 60% - у детей с серьезной недостаточностью питания на первом году жизни.

Гиперкинетические расстройства описываются в литературе как:

1. Минимальная мозговая дисфункция.
2. Синдром гиперактивности.
3. Дефицит внимания.
4. Психомоторная расторможенность.

Нарушения моторики при гиперкинетических расстройствах характеризуется:

1. Гиперактивностью в состоянии бодрствования.
2. Гиперактивностью во сне.
3. Невозможностью адекватного модулирования активности в ситуациях.

Неврологическое обследование детей с гиперкинетическим расстройством выявляет:

1. Асимметрия рефлексов.
2. Нарушения при выполнении координационных проб.
3. Нарушения воспроизведения ритмов и последовательностей.

**Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)** – это комплексное хроническое расстройство мозговых функций, поведения и развития, поведенческие и когнитивные последствия которого проявляются в разнообразных областях функционирования. Хотя причина или причины СДВГ до сих пор не ясны, современные исследования позволяют предположить в качестве первичного компонента расстройства неспособность мозга к адекватной саморегуляции (касающейся как инициирования, так и торможения поведения и активности) на постоянной основе и в разнообразных повседневных обстоятельствах и условиях. Лица с СДВГ испытывают широкий спектр поведенческих, когнитивных и коммуникативных затруднений, нарушающих их повседневное функционирование и самочувствие. Выраженность этих затруднений зависит от ряда факторов, а именно: что такого человека просят делать (или не делать), как долго и в каких внешних условиях. Лица с СДВГ могут нормально и продуктивно вести себя во мн. ситуациях и при разных условиях, но не в состоянии делать это постоянно в течение длительных периодов времени. Поэтому они нуждаются в ком-то, кто обеспечил бы их необходимыми внешними (поведенческими) и внутренними (медикаментозными) механизмами регуляции поведения.

**Симптоматика.**

1. Повышенная возбудимость, гиперкинетический синдром и гипердинамичность.
2. Снижение способности концентрации внимания, повышенная отвлекаемость при

постоянстве «непроизвольного внимания».

3. Нарушение коммуникаций.
4. Низкие способности. Неблагоприятное воздействие их поведения на окружающих приводит к ущербу социальной адаптации.

По мере роста ребенка симптомы могут смягчаться.

**Этиология.** Имеется ряд предположений об этиологии СДВГ – от мозговых механизмов до внешних токсинов. Хотя окончательные ответы остаются уклончивыми, недавние открытия говорят о действии нескольких возможных факторов. Этиологическую роль могут играть нейрохимические отклонения, в частности связанные с обменом моноаминов, включая катехоламины (допамин и норэпинефрин) и индоламин серотонин. На уровне гипотез предполагается возможный избирательный дефицит доamina и/или норэпинефрина.

Более обещающие результаты были сообщены недавно в трех публикациях. Лу, используя фотонно-эмиссионную компьютерную томографию для измерения церебрального кровотока, обнаружил снижение кровообращения и низкую нейрональную активность в стриарной и префронтальной орбитальной зонах у детей с СДВГ по сравнению с контрольной группой, в то время как в первичных сенсорной и сенсомоторной зонах было отмечено повышение кровотока. В исследованиях Сэттерфилда, использовавшего ЭЭГ методики картирования электрической активности мозга (ВЕАМ), получены сходные с результатами Лу данные о нарушении процессов обработки информации в лобных долях у детей с СДВГ. Наконец, Заметкин и другие, изучая взрослых с признаками гиперактивности в детском возрасте, обнаружил снижение обмена глюкозы в различных участках мозга, в особенности в премоторной и верхней префронтальной зонах, связанных с регуляцией внимания, двигательной активностью и обработкой информации. В целом эти результаты указывают на важную роль механизмов центральной нервной системы в развитии СДВГ, и в частности (с большой долей вероятности) механизма связей между префронтальными зонами и лимбической системой.

**Диагностика.** Диагностика СДВГ в настоящее время является трудоемкой задачей комплексного характера, для решения которой немногие профессионалы имеют достаточно адекватную подготовку. Широкий клинический обследование обычно включает: а) структурированное или полуструктурированное клиническое интервью с родителями ребенка; б) сбор детальной биографической информации о пре-, пери- и постнатальном развитии ребенка, прохождении им ступеней развития, а также изучение его медицинской карты и школьной документации; в) использование широко- и узкодиапазонных стандартизованных шкал оценки поведения, заполняемых учителями и родителями ребенка; г) прямое наблюдение ребенка в его взаимодействии с одноклассниками в школе или со сверстниками в клинической обстановке. Несколько компьютеризованных нейрокогнитивных тестов хорошо зарекомендовали себя в диагностическом процессе, однако их особая полезность как инструментов дифференциальной диагностики пока остается недостаточно подтвержденной.

**Лечебные режимы для детей с СДВГ.** Применяемые в настоящее время лечебные режимы для детей с СДВГ необходимо рассматривать как терапию текущей «поддержки», поскольку нормализация функционирования детей теряется при прекращении любого отдельного или комплексного лечения. Тем не менее, в последние годы появилось несколько новых поведенческих подходов. Хотя психостимуляторы остаются передним краем защиты, поведенческие и фармакологические подходы часто комбинируются, давая наилучший результат для ребенка. Влияние этих новых подходов на клиническое состояние детей с СДВГ будет изучено лишь в течение ближайших нескольких лет, и можно лишь надеяться, что они будут иметь более высокую эффективность, чем та, о которой сообщают недавние исследования с большой продолжительностью катамнеза.

После обсуждения нарушений поведения и невротизмов раннего детского возраста следует рассмотреть психореактивные патологические развития, хотя они, строго говоря, к невротизмам не относятся. Речь идет, как уже сказано, об изменениях личности и задержках в социальном приспособлении, которые происходят вследствие действия тяжелого и стойкого эмоционального дефицита в первые годы жизни. Это, так сказать, «реактивно возникающие нарушения личности». То же можно сказать и об изменениях личности вследствие чрезвычайных стрессовых ситуаций у взрослых.

### **Ранние детские психореактивные патологические развития (психический госпитализм)**

Под госпитализмом понимают психические последствия внезапной потери в раннем детстве основных воспитателей (смерть матери, ее уход или длительное пребывание ребенка в больнице), сюда же присоединяются психические последствия недостаточного эмоционального контакта и заботы на первом году жизни.

*Синонимы:* основное расстройство, базовое нарушение, депривационный синдром, синдром сепарации, эмоциональный фрустрационный синдром, ранняя запущенность, синдром покинутого.

*Возникновение.* Уменьшение и изолированность семьи, ее ограничение двумя поколениями приводят в последние десятилетия к более тесной связи ребенка с матерью, как с единственным воспитателем в грудном возрасте и на первых годах жизни. Потеря этого единственного лица вызывает, как указывают Шпитц и Боулби, характерные формы реакций и последствия, которые наблюдаются в плохо опекаемых домах ребенка и в детских приютах.

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

Различают 4 группы *симптомов*, которые частично перекрывают друг друга:

1. *Сепарационный шок*, который возникает у грудных и маленьких детей при каждой внезапной и достаточно длительной разлуке с матерью. У ребенка последовательно проявляются фазы протеста, отчаяния и наконец отказа (по Боулби). Пик чувствительности ребенка к разлуке с матерью приходится на период 6 месяцев – 3 года. Сепарационное тревожное расстройство длится не менее месяца у детей, проявляется в начале посещения детских учреждений и школьного обучения. Для семьи ребенка с сепарационным тревожным расстройством обычно характерно:

- 1) сверхценность ребенка для ухаживающего за ним лица;
- 2) потворствующая гиперопека;
- 3) распространение на ребенка тревожно-депрессивных установок взрослого;
- 4) конституциональная предрасположенность к тревожно-депрессивным расстройствам.

2. *Анаклитическая депрессия* (по Шпитцу) с симптомами апатии, ухода в себя и наконец задержки как в психическом, так и в соматическом развитии (Шпитц или Р. Спитц). В данном расстройстве присутствуют:

- 1) депрессивный аффект;
- 2) .....
- 3) обеднение спонтанной активности;
- 4) замедление реакции на внешние раздражители;
- 5) отставание в психическом и физическом развитии;
- 6) потеря аппетита.

Об анаклитической депрессии можно думать, если:

- 1) На 3-м месяце жизни нет слежения взором или ответной улыбки;

2) После 5 месяцев отсутствуют простые игры и невербальные просьбы взять на руки;

3) К 8-му месяцу нет проявлений привязанности к матери.

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

3. *Госпитализм* (по Пфаундлеру) с тяжелыми психическими и физическими нарушениями и витальной угрозой.

После фрустрирующего времени отрыва, которое также зависит от возраста ребенка и составляет в среднем 3-5 месяцев, возможна полная или частичная редукция симптомов. При сохранении фрустрирующей ситуации возможна фиксация отклоняющегося поведения. Ребенок вступает в кажущийся контакт, но остается внутренне замкнутым и эгоцентричным, часто его поведение сходно с таковым при раннем детском аутизме.

*Поздние последствия* раннедетской фрустрации могут предъявляться по-разному. Это глубинные нарушения контакта. Дети и подростки приучаются приспосабливаться к новой ситуации быстро, но поверхностно. Их способности устанавливать связи настолько нарушены, что в сложной ситуации они становятся чрезмерно требовательными к партнерам, стремятся добиться соблюдения только своих интересов, и хотя они в группе создают видимость приспособления, но на самом деле едва ли способны к контактам. Они остаются замкнутыми, мало проявляют способности любить а чаще склонны к диссоциативному поведению. Их эмоциональное состояние депрессивное, безрадостное и отчужденное (тип одинокого волка), что внешне может прикрываться видимостью душевного равновесия. Часто только проективные тесты могут выявить запрятанные в глубине души тяжелые депрессивные переживания.

### **Поздние психические последствия жестокого обращения и сексуального насилия над детьми**

Физическое и особенно сексуальное насилие над детьми встречаются чаще, чем это представляется, и может стать причиной многих психических реакций, расстройств и патологических развитий. Частота сексуального насилия, которое происходит преимущественно в семье и не зависит от социального ее уровня, встречается у 6-25% всех детей. Но только 1 случай из 100 становится известным.

Жестокость и сексуальные насилия наряду с физическими повреждениями могут проявляться разными психическими симптомами, такими как нарушения сна, энурез, снижение школьной успеваемости, неявные депрессивные нарушения, суициды и побег.

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

Жестокое обращение с детьми и сексуальное насилие в семье часто являются показателем грубо нарушенных взаимоотношений между членами семьи, которые нуждаются в длительном, постоянном лечении, контроле врачей и психологов. Изъятие ребенка из семьи часто нерезультативно, оно действует на ребенка как дополнительное отягощение и не достигает терапевтического успеха, равно как и извещение органов (милиции) или опеки. В наше время сексуальные злоупотребления инструментализируются, например в семейно-правовых процессах («злоупотребление злоупотреблением»).

## ОПРОСНИК ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ (LSI)

Методика предназначена для определения жизненного стиля человека на основе выявления особенностей функционирования механизмов психологической защиты. Устанавливает взаимосвязь защитных механизмов с различными аффективными состояниями. Разработана в русле психоаналитической концепции.

**Инструкция.** Вам будут предъявляться утверждения, касающиеся состояния Вашего здоровья и Вашего характера. Читайте каждое утверждение и решайте, верно ли оно по отношению к Вам. Не тратьте времени на раздумье. Наиболее естественна та реакция, которая первой приходит в голову. Если Вы решили, что утверждение верно, поставьте любую отметку справа в колонку с заглавием «верно».

Если утверждение по отношению к Вам неверно, поставьте справа от него любую отметку в колонке с заглавием «неверно».

При сомнениях помните, что всякое утверждение, которое Вы не можете расценить по отношению к себе как верное, следует расценить неверным.

№	Вопрос	верно	неверно
1	Я человек, с которым легко поладить.		
2	Когда я хочу чего-то хочу, у меня не хватает терпения подождать.		
3	Всегда существовал человек на которого я хотел бы походить.		
4	Люди считают меня сдержанным, рассудительным человеком.		
5	Мне противны непристойные кинофильмы.		
6	Я редко помню свои сны.		
7	Люди, которые всюду распоряжаются, приводят меня в бешенство.		
8	Иногда у меня появляется сильное желание пробить стену кулаком.		
9	Меня раздражает тот факт, что люди слишком много задаются.		
1	В своих фантазиях я всегда главный герой.		
0			
1	У меня не очень хорошая память на лица.		
1			
1	Я чувствую некоторую неловкость, пользуясь общественной баней.		
2			
1	Я всегда внимательно выслушиваю все точки зрения в споре.		
3			
1	Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.		
4			
1	Когда кто-нибудь толкает меня в толпе, я испытываю желание ответить тем же.		
5			
1	Многое во мне восхищает людей.		
6			
1	Отправляясь в поездку, я обязательно планирую каждую деталь.		
7			
1	Иногда, без всякой причины, на меня нападает упрямство.		
8			
1	Друзья почти никогда не подводят меня.		
9			
2	Мне случалось думать о самоубийстве.		
0			
2	Меня оскорбляют непристойные шутки.		
1			
2	Я всегда вижу светлые стороны вещей.		
2			
2	Я ненавижу недоброжелательных людей.		

3  
2 Если кто-нибудь говорит, что я не смогу что-либо сделать,  
4 то я нарочно хочу сделать это, чтобы доказать ему неправоту.  
2 Я испытываю затруднения, вспоминая имена людей.  
5  
2 Я склонен к излишней импульсивности.  
6  
2 Я терпеть не могу людей, которые добиваются своего, вызывая к себе жалость.  
7  
2 Я ни к кому не отношусь с предубеждением.  
8  
2 Иногда меня беспокоит, что люди подумают, будто я веду себя странно, глупо или смешно.  
9  
3 Я всегда нахожу логичные объяснения любым неприятностям.  
0  
3 Иногда мне хочется увидеть конец света.  
1  
3 Порнография отвратительна.  
2  
3 Когда я чем-нибудь расстроен, я много ем.  
3  
3 У меня нет врагов.  
4  
3 Я не очень хорошо помню свое детство.  
5  
3 Я не боюсь состариться потому, что это происходит с каждым.  
6  
3 В своих фантазиях я совершаю великие поступки.  
7  
3 В большинстве своем люди раздражают меня, так как они слишком эгоистичны.  
8  
3 Прикосновение к чему-нибудь склизкому вызывает у меня отвращение.  
9  
4 У меня часто бывают яркие, сюжетные сновидения.  
0  
4 Я убежден, что если буду неосторожен, люди воспользуются этим.  
1  
4 Мне требуется много времени, чтобы разглядеть плохие качества в людях.  
2  
4 Когда читаю или слышу о трагедии, это не слишком трогает меня.  
3  
4 Когда есть повод рассердиться, я предпочитаю основательно все обдумать.  
4  
4 Я испытываю сильную потребность в комплиментах.  
5  
4 Сексуальная невоздержанность отвратительна.  
6  
4 Когда в толпе кто-то мешает моему движению, у меня иногда возникает желание толкнуть его плечом.  
7  
4 Как только что-нибудь не по-моему,, я обижаюсь и мрачнею  
8  
4 Когда я вижу кого-нибудь в крови, это почти никогда не беспокоит меня.  
9  
5 В сложных жизненных ситуациях я не могу обойтись без поддержки и помощи друзей.  
0  
5 Большинство окружающих считают меня очень интересным.  
1  
5 Я ношу одежду, которая скрывает недостатки моей фигуры.  
2

5 Для меня очень важно всегда придерживаться общепринятых  
3 правил поведения.  
5 Я склонен часто противоречить людям.  
4  
5 Почти во всех семьях супруги друг другу изменяют.  
5  
5 По-видимому, я слишком отстранение смотрю на вещи.  
6  
5 В разговорах с представителями противоположного пола я  
7 стараюсь избегать щекотливых тем.  
5 Когда я не могу справиться с чем-либо, я готов заплакать.  
8  
5 Из моей памяти часто выпадают некоторые мелочи.  
9  
6 Когда кто-то толкает меня, я испытываю негодование.  
0  
6 То, что мне не нравится, я выбрасываю из головы.  
1  
6 В любой неудаче я обязательно нахожу положительные сторо-  
2 ны.  
6 Я терпеть не могу людей, которые всегда оказываются в цен-  
3 тре внимания.  
6 Я почти ничего не выбрасываю и бережно храню множество  
4 разных вещей.  
6 В компании друзей мне больше всего нравятся разговоры о  
5 прошедших событиях развлечения и удовольствиях.  
6 Меня не слишком раздражает детский плач.  
6  
6 Я бываю так сердит, что мне хочется крушить все вокруг.  
7  
6 Я всегда оптимистичен.  
8  
6 Я чувствую себя неуютно, когда на меня не обращают внима-  
9 ния.  
7 Какие бы страсти не разыгрывались на экране, я всегда от-  
0 даю себе отчет в том, что это только на экране.  
7 Я часто испытываю чувство ревности.  
1  
7 Я бы никогда специально не пошел на откровенно эротический  
2 фильм.  
7 Неприятно, что людям, как правило, нельзя доверять.  
3  
7 Я готов делать все, чтобы произвести хорошее впечатление.  
4  
7 Я никогда не был панически напуган.  
5  
7 Я не упущу случая посмотреть хороший триллер или боевик.  
6  
7 Я думаю, что ситуация в мире лучше, чем полагает большин-  
7 ство людей.  
7 Даже небольшое разочарование может привести меня в уныние.  
8  
7 Мне не нравится, когда люди откровенно флиртуют.  
9  
8 Я никогда не позволяю себе терять самообладание.  
0  
8 Я всегда готовлюсь к неудаче, чтобы не быть застигнутым  
1 врасплох.  
8 Кажется, некоторые из моих знакомых завидуют моему умению  
2 жить.

8 Мне случалось со зла так сильно ударить или пнуть по чему-  
3 нибудь, что я неумышленно причинял себе боль.  
8 Я знаю, что за глаза кое-кто отзывается обо мне дурно.  
4  
8 Я едва ли могу вспомнить свои первые школьные годы.  
5  
8 Когда я расстроен, я невольно поступаю как ребенок.  
6  
8 Мне намного проще говорить о своих мыслях, чем о своих  
7 чувствах.  
8 Когда я бываю в отъезде и у меня случаются неприятности, я  
8 сразу начинаю сильно тосковать по дому.  
8 Когда я слышу о жестокостях, это не слишком трогает меня.  
9  
9 Я легко переношу критики и замечания.  
0  
9 Я не скрываю своего раздражения по поводу привычек некото-  
1 рых членов моей семьи.  
9 Я знаю, что есть люди, настроенные против меня.  
2  
9 Я не могу переживать свои неудачи в одиночку.  
3  
9 К счастью, у меня меньше проблем, чем у большинства людей.  
4  
9 Если что-то волнует меня, я иногда испытываю усталость и  
5 желание выспаться.  
9 Отвратительно то, что почти все люди, добившиеся успеха,  
6 достигли его с помощью лжи.  
9 Нередко я испытываю желание почувствовать в своих руках  
7 пистолет или автомат.

### **Ключи к опроснику механизмов психологической защиты**

1. Отрицание: 1, 16, 22, 28, 34, 42, 51, 61, 68, 77, 82, 90, 94.
2. Подавление: 6, 11, 19, 25, 35, 43, 49, 59, 66, 75, 85, 89.
3. Регрессия: 2, 14, 18, 26, 33, 48, 50, 58, 69, 78, 86, 88, 93, 95.
4. Компенсация: 3, 10, 24, 29, 37, 45, 5, 64, 65, 74.
5. Проекция: 7, 9, 23, 27, 38, 41, 55, 63, 71, 73, 84, 92, 96.
6. Замещение: 8, 15, 20, 31, 40, 47, 54, 60, 67, 76, 83, 91, 97.
7. Интеллектуализация: 4, 13, 17, 30, 36, 44, 56, 62, 70, 80, 81, 87.
8. Реактивные образования: 5, 12, 21, 32, 39, 46, 53, 57, 72, 79.

Число положительных ответов по каждой шкале делится на число вопросов в ней.

#### **Содержательные характеристики механизмов психологической защиты (индекса жизненного стиля).**

1. «Отрицание» – защитный механизм, с помощью которого осуществляется отказ от сознательно непереносимых мыслей, желаний, фактов и поступков. Реальное оказывается как бы несуществующим или преобразуется так, что больше не является болезненно переживаемым. Эта защита в конструктивном ее варианте напоминает самовнушение благоприятного эмоционального настроения и надежды на лучшее, а в деструктивном – может приводить к игнорированию имеющихся проблем и отказу от их решения. Как процесс направленный вовне, «отрицание» часто противопоставляется «вытеснению», как психологической защите против внутренних, инстинктивных требований и побуждений. Авторы методики LSI объясняют наличие повышенной внушаемости и



доверчивости у истероидных личностей действием именно механизмов отрицания, с помощью которого у социального окружения отрицаются нежелательные, внутренние неприемлемые черты, свойства или негативные чувства к субъекту переживания. Отрицание как механизм психологической защиты реализуется при конфликтах любого рода и характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия действительности.

2. «Подавление» – вытеснение неприемлемых побуждений, желаний и мыслей из сознания в бессознательное, причем вытесненное не разрушается, и при ослаблении механизма подавления вызывает чувство тревоги и включение других защитных механизмов. Проявляется в забывании, игнорировании очевидных фактов неправильного поведения или симптомов болезни, а при умеренной выраженности – в уменьшении воздействия на субъекта отрицательных сигналов окружения.

3. «Регрессия» – возврат на ранний уровень развития, к детскому или примитивному способу реагирования на проблемы, обусловленные внешними обстоятельствами и внутренними конфликтами. Является филогенетически самым сильным способом защиты. В то же время может становиться препятствием для личностного роста. В тесной связи с этим способом защиты находится стремление «забыться», одурманить себя с помощью алкоголя и других психоактивных веществ.

4. «Компенсация» – механизм восполнения реальной или воображаемой неполноценности. Включает стремление к замещению неудач в одной области за счет успеха в другой, к достижению успеха в том, что было наиболее трудным (гиперкомпенсация), фантазирование, идентификацию со значимыми лицами.

5. «Проекция» – приписывание другим людям собственных неосознаваемых черт, побуждений и мотивов. Это выражается также в поиске среди окружающей обстановки того, что соответствовало бы душевному состоянию человека; этим иногда объясняют стремление ветеранов боевых действий снова оказываться в экстремальных условиях.

6. «Замещение» (перенос) – бессознательный механизм, при котором недостижимая или неприемлемая цель, эмоция или какой-либо объект заменяются сознательно более приемлемыми. Чувство переносится с актуального объекта на заменитель, в том числе и на себя самого. Конструктивность этого способа защиты зависит от степени осознанности его применения – например способности человека контролировать «вымещение злобы».

7. «Интеллектуализация» – рациональное объяснение поведения и событий, нахождение причин и мотивов для них. При этом истинные мотивы могут оставаться неосознанными. Тем самым утверждается чувство собственного достоинства и устраняется переживание вины.

8. «Реактивное образование» – такие черты характера или установки, которые по принципу противодействия осознанию неприемлемых переживаний полностью противоположны тому, что существует в скрытом виде в бессознательном.

\* \* \*

### Опросник Келлермана-Плутчика

**Инструкция:** прочитайте приведенные ниже высказывания, те из них те, которые соответствуют Вашему поведению и состоянию, отметьте в бланке для ответов знаком "+".

1. Со мной очень легко договориться.
2. Я сплю больше чем другие мои знакомые.
3. Я всегда нахожу человека, на которого хочу походить.
4. Если меня лечат, я стараюсь узнать, почему мне это все делают.
5. Если я чего-то захочу, не могу дождаться, пока не получу.
6. Я часто краснею.
7. Одной из самых больших моих достоинств - сдержанность.

8. Иногда у меня появляется побуждение пробить стену кулаком.
9. Я несдержанный.
10. Если меня кто-нибудь затащит в толпу людей, я готов его убить.
11. Я редко запоминаю свои сны.
12. Меня злят люди, которые командуют другими.
13. Мне часто бывает плохо.
14. Я - высоконравственный человек, как мало кто другой.
15. Чем больше приобретаю имущество, тем счастливее себя чувствую.
16. Я всегда нахожусь в центре своих мечтаний.
17. Мне делается неловко даже от мысли, что члены моей семьи ходили бы голыми.
18. Люди уже мне говорили, что я часто хвастаюсь.
19. Если меня кто-нибудь отвергает, у меня иногда даже возникает желание покончить с жизнью.
20. Люди мною часто любят.
21. Я иногда бывал так жесток, что даже ломал вещи.
22. Меня очень раздражают люди, сочиняющие всякие сплетни.
23. Я всегда вижу лучшую сторону жизни.
24. Я хочу, и все время стараюсь с помощью физзарядки изменить свой внешний облик.
25. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба разрушила бы окружающий мир.
26. Я не суеверен.
27. Мне уже говорили, что я бываю слишком импульсивным.
28. Меня раздражают люди, которые рисуются перед другими.
29. Ненавижу недружелюбных.
30. Я очень стараюсь никого не обидеть.
31. Я из тех людей, которые не плачут.
32. Я очень много курю.
33. Мне очень трудно расстаться с тем, что мне принадлежит.
34. Я плохо запоминаю лица.
35. Я много занимаюсь онанизмом.
36. Я с трудом запоминаю фамилии.
37. Если мне кто-то мешает, я ему ничего не говорю, а сразу жалуюсь кому-нибудь.
38. Люблю выслушивать различные мнения по обсуждаемому вопросу, даже если знаю, как его надо решать.
39. Мне никогда люди не надоедают.
40. Я не могу спокойно усидеть на месте.
41. Я мало, что помню из своего детства.
42. Я долго не замечаю отрицательные стороны своих знакомых.
43. Прежде чем сердиться, надо все хорошо обдумать.
44. Обо мне говорят, что я доверчив.
45. Мне неприятны люди, которые одним прыжком достигают своей цели.
46. Неприятные мысли я стараюсь выбросить из головы.
47. Я никогда не теряю оптимизма.
48. Перед путешествием я обдумываю каждую мелочь.
49. Иногда я сам вижу, что сержусь на кого-то больше, чем следовало бы.
50. Если дела идут не так, как мне хочется, я иногда становлюсь угрюм.
51. Во время спора я люблю указывать другим на ошибки в их рассуждениях.
52. Если мне бросают вызов, у меня появляется сильное желание его принять.
53. Неприятные фильмы меня бесят.
54. Я раздражаюсь, если на меня не обращают внимания.
55. Люди говорят про меня, что я не эмоционален.

56. Приняв какое-то решение, я даже после этого обдумываю его.
57. Если кто-нибудь говорит, что моих способностей недостаточно, чтобы сделать что-либо, то я обязательно стараюсь сделать это.
58. Когда я вожу автомобиль, мне иногда хочется разбить другую машину.
59. Многие люди меня раздражают потому, что они эгоисты.
60. Уезжая в отпуск, я всегда беру какую-то работу.
61. Я брезгую некоторыми пищевыми продуктами.
62. Я иногда грызу ногти.
63. Говорят, что я склонен обходить острые вопросы.
64. Я любитель выпить.
65. Я возмущаюсь, когда слышу вульгарные шутки.
66. Мне иногда сняться вещи, вызывающие неприязнь.
67. Карьеристы меня раздражают.
68. Я много вру.
69. Я брезгую порнографией.
70. Из-за своего характера я имел неприятности по работе.
71. Больше всего я ненавижу нечестных людей.
72. Разочарование в чем-либо приводит меня в плохое настроение.
73. Если я слышу или читаю о какой-нибудь трагедии, это не меняет моего настроения.
74. Прикосновение к чему-то слизистому вызывает у меня отвращение.
75. Когда я в приподнятом настроении, то начинаю вести себя как ребенок.
76. Я все-таки много спорю с людьми.
77. Я никогда не испытываю неприятных ощущений на похоронах от того, что нахожусь в одном помещении с покойником.
78. Я не люблю людей, которые стараются быть в центре внимания.
79. Многие люди меня раздражают.
80. Мыться не в своей ванне для меня настоящее мучение.
81. Мне неловко произносить нецензурные слова.
82. Я раздражаюсь, когда чувствую, что нельзя доверять людям.
83. Мне нужно, чтобы обо мне говорили, что я сексуально привлекателен.
84. Что бы я не начинал, я никогда не заканчиваю начатого дела.
85. Я стараюсь одеваться так, чтобы выглядеть более привлекательным.
86. Я придерживаюсь более строгих моральных принципов, чем мои знакомые.
87. В споре мои аргументы, как правило, бывают более логичными, чем у других.
88. Люди безнравственные мне неприятны.
89. Когда кто-то меня толкает, я способен взбеситься.
90. Я часто влюбляюсь.
91. Говорят, что я человек объективный.
92. Вид крови не вызывает у меня никакого волнения.

Ключ:

Реактивные образования: 17, 53, 61, 65, 66, 69, 74, 80, 81, 86.

Отрицание реальности: 1, 20, 23, 26, 39, 42, 44, 46, 47, 63, 90.

Замещение: 8, 10, 19, 21, 25, 37, 49, 58, 76, 89.

Регрессия: 2, 5, 9, 13, 27, 32, 35, 40, 50, 54, 62, 64, 68, 70, 72, 75, 84.

Компенсация: 3, 15, 16, 18, 24, 33, 52, 57, 83, 85.

Проекция: 12, 22, 28, 29, 45, 59, 67, 71, 78, 82, 88.

Вытеснение: 6, 11, 31, 34, 36, 41, 55, 73, 77, 92.

Рационализация: 4, 7, 14, 30, 38, 43, 48, 51, 56, 60, 87, 91.

## Раздел IV. Когнитивно-поведенческая терапия

Когнитивно-поведенческая терапия – это подход, предназначенный для изменения умственных образов, мыслей и мыслительных паттернов с тем, чтобы помочь больным в преодолении эмоциональных и поведенческих проблем. Он основан на теории, согласно которой поведение и эмоции отчасти обусловлены когнициями и когнитивными процессами, изменять которые можно научиться. Традиционные методы психотерапии всегда признавали важную роль когниций в поведении и эмоциях; однако К.-п. т. отличается от прежних инсайт-ориентированных подходов тем, что ее материалом являются лишь когниции, появляющиеся «здесь и сейчас». Работа с этими когнициями проводится также более систематически, чем в др. методах психотерапии. Она использует принципы модификации поведения для обнаружения имеющихся когниций и выявления тех из них, которые создают проблемы. Поведенческие техники используются для устранения нежелательных когниций, предложения новых паттернов мышления и способов продумывания проблем и для подкрепления этих новых когниций. Эти техники включают: а) регистрацию желательных и нежелательных когниций и фиксацию условий их появления; б) моделирование новых когниций; в) использование воображения для визуализации того, как новые когниции могут быть соотнесены с желательным поведением и эмоциональным благополучием; г) использование этих новых когниций на практике в реальных ситуациях, с тем чтобы они стали привычным образом мышления пациента.

Когниции, изменение которых может потребоваться, включают отдельные мнения и убеждения и их системы, а также мысли и образы. Человек организует и использует когниции с помощью когнитивных процессов. Эти процессы включают: а) способы оценки и организации информ. о себе и окружающей среде; б) способы переработки информ. для приспособления в жизни и решения проблем и в) способы предсказания и оценки будущих событий.

### *История*

К.-п. т. как самостоятельное направление выделилась из области модификации поведения и поведенческой терапии. Поведенческая терапия 1960-х гг. пыталась объяснить и лечить эмоциональные и поведенческие нарушения, используя те же законы оперантного (и др. видов) обусловливания, которые успешно использовались в исслед. поведения низших организмов, младенцев и лиц с задержкой психич. развития. Однако при исслед. взрослых было обнаружено, что даже очень мощные внешние манипуляции часто не могли закономерно изменять поведение. Напр., при лечении депрессий можно, в принципе, подкреплять «счастливое» поведение и наказывать за «депрессивное». Однако если когнитивные процессы больного содержат тенденции к самообвинению или к видению себя в качестве неудачника, эти внешние манипуляции окажутся неэффективными.

## ***Теория***

Жизнь чел. столь сложна и мы получаем через речевой канал так много информ., что когнитивных и когнитивные процессы могут создавать то, что не яв-ся точным отражением окружающей индивидуума реальности; эти когнитивных могут вызвать неадекватное, нежелательное поведение и/или эмоции. Одни и те же внешние условия могут вызвать у одних людей страх или депрессию и не вызвать никаких реакций у др.

Люди учатся удовлетворять свои нужды, наблюдая исход событий и поведения. На основе из этих наблюдений у них возникают ожидания относительно того, что произойдет в будущем и собственной способности действовать в этих обстоятельствах. Они также обнаруживают, что определенный ход событий вызывает определенные эмоциональные реакции. Они сравнивают себя с другими и формируют оценочные суждения относительно своего поведения и поведения окружающих. Т. о., наше поведение определяется не только внешними условиями, но и решениями, которые мы принимаем на основе наших когнитивных относительно этих условий. Так, когнитивных могут вызывать нежелательное поведение или эмоции, в зависимости от того, какие когнитивных индивидуум научился использовать в различных жизненных ситуациях. Если люди приучаются думать о себе как о неудачниках, они могут становиться депрессивными. Если они начинают думать, что не могут справиться с ситуацией, они будут пытаться избегать ее. Целью когнитивной терапии является изменение ошибочного образа мышления пациента в отношении себя и обучение его навыкам, необходимым для того, чтобы справиться с проблемными ситуациями. Терапия включает опыт обучения, имеющего целью изменить когнитивных т. о., чтобы они стали более адекватными и не препятствовали социальному или эмоциональному развитию.

### ***Обзор разновидностей когнитивной терапии***

#### ***Рационально-эмотивная терапия***

А. Эллис обнаружил у своих пациентов наличие таких иррациональных убеждений, как «я должен быть совершенным» и «каждый должен любить меня». Эти убеждения сопутствуют озабоченности пациента тем, как о нем думают окружающие его люди. Любое отклонение реальности от этих убеждений пациент интерпретирует как ужасное событие. Поскольку реальность редко соответствует иррациональным ожиданиям, развитие депрессии становится вероятным. Терапия основывается на том, что пациента стимулируют к принятию более рациональных когнитивных путем моделирования адекватных мыслей. Пациентов стимулируют к отслеживанию качества своих мыслей, сознательной регистрации частоты их появления и воздействия на эмоции.

#### ***Когнитивная терапия***

А. Бек описал, как люди могут стать депрессивными при использовании ими искаженного мышления. Примеры такого мышления включают фиксацию скорее на неудаче, чем на успехе, убеждение в том, что

одна неудача означает тотальный провал, и др. когнитивные тенденции видения себя в негативном свете. Терапия состоит в распознавании этих тенденций и выполнении домашних заданий, предназначенных для получения успешного опыта. Больному демонстрируют примеры более адаптивных, позитивных когниций, которые он использует на практике до тех пор, пока они не заменят старый стиль мышления.

#### ***Тренинг самоинструктирования***

Д. Мейхенбаум рассматривал когниций как самоинструкции, используемые при развитии поведенческих навыков. Эти инструкции находились на уровне сознания в начале обучения поведенческому паттерну. После завершения обучения инструкции исчезают из сознания и поведение совершается автоматически. Заучивание аномальных инструкций может вести к нежелательному поведению. Если инструкции являются ошибочными или неполными, пациент будет испытывать тревогу в связи с возможностью неадекватного поведения. Терапия заключается в обучении путем моделирования новым самоинструкциям. Пациент, опираясь на свое воображение, представляет себе использование новой системы инструкций для новой системы поведения. Эта терапия использовалась гл. обр. с агрессивными детьми и при экзаменационных фобиях.

#### ***Терапия методом скрытого моделирования***

Дж. Котела исследовал способы обучения людей совладанию со стрессовыми, вызывающими тревогу ситуациями, предлагая им мысленно репетировать требуемое поведение. Пациенты учатся представлять себе, что случится в результате их поведения и какие действия они могут предпринять, чтобы справиться с ситуацией. Больной также использует техники релаксации; т. о., тревога и стресс не препятствуют выполнению плана. Этот метод использовался в лечении фобий и неуверенности в себе.

#### ***Тренировка навыков копинга***

Эта терапия, описанная М. Голдфридом, сходна со скрытым моделированием. Пациент представляет себе стрессовую ситуацию, а затем совладение с тревогой. Однако при тренировке навыков совладания (копинга) визуализация проводится в виде последовательности все более устрашающих образов. Использование техники мышечной релаксации позволяет переносить более высокий уровень тревоги на каждой последующей ступени. Т. о., тревога никогда не мешает пациенту продолжить работу над совершенствованием совладающего поведения. Он может также практиковаться в ролевом разыгрывании проблемной ситуации. Эта терапия использовалась в лечении фобии экзаменов и при оказании помощи людям в совладании с собственной нерешительностью.

#### ***Тренинг контроля тревоги***

Эта терапия, описанная Р. Суинном и Ф. Ричардсоном, имеет сходство с др. методами в том отношении, что в ней используется мысленное представление событий, вызывающих тревогу. Психолог учит больного распознавать и использовать симптомы тревоги в качестве сигнала для исполь-

зования таких копинговых стратегий, как мышечная релаксация или мыслительные паттерны, ориентированные на успех. В этой модели считается важным использование широкого спектра воображаемых ситуаций, с тем чтобы лучше подготовить пациента к многообразию реальных жизненных проблем. Она обычно используется с лицами, которые не могут успешно действовать в определенных ситуациях вследствие чрезмерной тревоги.

#### ***Тренинг «прививка против стресса»***

В рамках концепции этого метода, предложенного Д. Мейхенбаумом, страх и тревога считаются следствием восприятия повышенного физиологического возбуждения и провоцирующих тревогу мыслей. Тренинг заключается в обучении мышечной релаксации и коррекции тревожных мыслей и чувств. Эти техники репетируются мысленно, а затем используются в актуальной стрессовой ситуации, в которую вводится врачом (напр., неожиданный удар электрического тока). Стрессовая ситуация позволяет пациенту развивать навыки использования релаксации и паттернов мышления, снижающих тревогу. Интенсивность действия стрессоров тщательно контролируется, давая больному возможность обрести уверенность в себе и не оказаться подавленным влиянием стрессора.

#### ***Терапия методами решения проблем***

Эта разновидность терапии исходит из того, что разрешение жизненных проблем требует набора когнитивных навыков, таких как способность подбирать адекватные средства решения для получения ожидаемых результатов, находить альтернативные решения и правильно предвидеть результаты этих решений. При отсутствии этих способностей могут возникать поведенческие и эмоциональные проблемы. В рамках варианта поведенческой терапии методом решения проблем, разработанного Т. Дзуриллой и М. Голдфридом, пациенты обучаются уточнению своих жизненных проблем, нахождению возможных решений и использованию лучших из них. Пациенты сами регистрируют свой процесс сопоставления средств решения и ожидаемых результатов и способность оценивать собственное поведение. Эта терапия использовалась в лечении детей с нарушениями поведения и взрослых с дефицитом навыков решения проблем.

М. Махони постулирует, что люди могут лучше адаптироваться к жизни, если они систематически используют последовательность процедур для нахождения решения, примерно так, как это делает ученый или инженер. Этими процедурами являются: а) спецификация проблем, б) сбор информации, в) идентификация причин или ситуативных паттернов, г) анализ вариантов выбора, д) сужение числа этих вариантов и их опробование, е) сравнение результатов и ж) расширение и пересмотр вариантов на основе полученных результатов.

#### ***Методология***

Методология К.-п. т. предполагает идентификацию и коррекцию специфических когнитивных процессов, детерминирующих эмоциональные и поведенческие проблемы. Акцент в терапии делается на систематическую

работу с целевыми когнициями, возникающими «здесь и сейчас», с использованием принципов соц. научения (моделирование и репетиции) наряду с тренировкой самонаблюдения и мышечной релаксации.

### ***Когнитивная терапия депрессии***

А. Бек описал свой подход к лечению депрессии в работе *Cognitive therapy and emotional disorders* («Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства»). Депрессивные больные считают себя неудачниками; терапия имеет целью дать им возможность почувствовать себя победителями. Вначале терапевт выбирает некоторые из проблем пациента – эмоциональных, мотивационных, когнитивных, поведенческих или физиолог. Каждая проблема исследуется на трех уровнях: в аспекте аномального поведения, такого как пассивность или соц. изоляция; в аспекте эмоциональных нарушений, таких как тенденции к бегству, и в аспекте когниций безнадежности и поражения.

Пациентам сообщают, что включение в повседневную деятельность улучшит их самочувствие. Терапевт и пациент вместе разраб. программу ежедневной активности. Поведение градуируется по степени сложности, что мотивирует пациента выполнять последовательность заданий нарастающей трудности, облегчая приближение к решению целевой проблемы. Если степень трудности нарастает медленно, пациент проходит через серию успехов. Терапевт в виде обратной связи комментирует успехи пациента, разрывая т.о. депрессивный порочный круг неудач и отрицательной самооценки.

С целью когнитивной переоценки пациент вместе с терапевтом рассматривает взаимосвязь между депрессивными когнициями и симптомами. Пациент самостоятельно отслеживает мысли, чувства и поведение, имевшие место до, во время и после проблемных ситуаций. С целью коррекции когнитивных процессов терапевт предлагает ему формулировать альтернативные объяснения прошлого опыта, демонстрируя существование других способов интерпретации событий помимо тех, которые отрицательно отражаются на самооценке. Терапевт осторожно исследует закрытую систему представлений больного, включающую негативное отношение к себе и окружающему миру; он выявляет причины появления таких представлений и противопоставляет им свидетельства, подтверждающие более позитивные установки. Когнитивные репетиции состоят в том, что пациент представляет себе последовательность событий, имеющих отношение к области проблем. Выявленные при этом препятствия и конфликты подвергаются обсуждению; при их проработке используются методики когнитивной переоценки и решения проблем.

### ***Резюме***

Важность мыслительных процессов как возможных причин эмоциональных и поведенческих проблем издавна признавалась во всех психотер. подходах. Однако отношения между мышлением, эмоциями и поведением часто объяснялись абстрактными теориями, что затрудняло пони-



мание их больными и эмпирическую оценку исследователями. В качестве реакции на этот переко́с в сторону невидимых и таинственных процессов поведенческая терапия ограничивалась лишь зримыми внешними событиями. И только позднее К.-п. т. сконцентрировалась на мыслях как поведении чел.

Однако К.-п. т. не представляет собой возвращение к традиционной инсайт-терапии. В отличие от более ранних подходов, К.-п.т. систематически исследует внутренний материал, категоризируя мыслительные процессы и увязывая их с внешними событиями в ходе тщательного наблюдения мыслей, чувств и поведения по ходу времени.

К.-п. т. нацелена на обучение – посредством тренировки – специфическим навыкам, имеющим прямое отношение к существующей проблеме. В К.-п. т. акцент на овладении навыками и собственной ответственности пациента за результаты применения этих навыков может способствовать повышению самообладания пациента и его способности справляться с трудностями. Если в конце концов будет подтверждена эффективность К.-п. т. как метода лечения, это будет означать успешное применение научного метода к анализу и коррекции наших невидимых мыслительных процессов.

### **Когнитивные терапии**

К. т. – группа слабосвязанных между собой подходов, придающих особое значение когнитивным процессам как детерминантам поведения. Они базируются на утверждении, что поведение и эмоции являются гл. обр. следствием оценки индивидуумом ситуации, и поскольку на эту оценку влияют представления, предположения, образы и внутренний диалог, все эти когниции (т. е. когнитивные процессы и их продукты) становятся мишенями терапии. Хотя эти терапии различаются конкретными методиками, у них имеются общие предпосылки. М. Махони выделил три общие для К. т. предпосылки: а) поведение и эмоции формируются и развиваются через когнитивные процессы; б) процедуры, осн. на теории научения, эффективно воздействуют на когнитивные процессы, и в) терапевт должен выступать в роли «диагноста-педагога», раскрывая дезадаптивные когнитивные процессы и организуя клиентам приобретение опыта их изменения.

#### ***Сравнение с другими видами терапии***

Хотя традиционные виды психотер., такие как психоан. и клиентоцентрированная терапия, признают важность представлений и др. психич. феноменов в том, что касается их влияния на поведение, К. т. отличаются от них в неск. важных отношениях. Во-первых, они подчеркивают примат когниций над эмоциями и поведением. Т. к. когниций побуждают людей к поведению и дают начало их эмоциям, главной заботой терапии должно быть изменение дисфункциональных мыслей, предположений и представлений.

На рубеже XIX–XX вв. швейцарский психолог П. Дюбуа писал в своей работе «Психическое лечение нервных расстройств» (The psychic

treatment of nervous disorders), что эмоциональный дистресс вызывается ошибочными мыслями и что задачей терапии является разубеждение больного в таких мыслях с помощью доказательств, логической индукции и здравого смысла.

Работы А. Адлера, появившиеся неск. позднее, оказали более прямое воздействие на развитие когнитивной терапии. В своей работе «Что должно значить для вас жизнь» (What life should mean to you) Адлер выразил свое убеждение в том, что в основе пораженческого поведения невротиков лежат несостоятельные представления вроде необходимости превосходства над окружающими. Он считал, что терапия должна иметь целью изменение таких представлений. Пациентов надо учить, что соц. интерес и сотрудничество являются более конструктивными ориентирами поведения, чем невротические потребности к превосходству и господству.

А. Эллис и А. Бек, получившие традиционную психотерапевтическую подготовку, разработали типично К. т., в к-рой сделан сильный акцент на когнитивных факторах.

### **Поведенческая терапия**

В психологии встречается целый ряд терминов, часто используемых как взаимозаменяемые, хотя они в той или иной степени различаются по своему происхождению и значению: П. т., модификация поведения, поведенческая инженерия, воздействие на поведение, прикладной анализ поведения, бихевиоризм, когнитивная модификация поведения, обусловливание, оперантное обусловливание, S–R (стимулю-реактивный) подход, соц. научение, заместительное (vicarious) научение, подкрепление, ситуационный менеджмент, контроль стимулов и мультимодальная терапия.

Первым известным источником, в к-ром появился термин П. т., был научный отчет Линдсли, Скиннера и Соломона (1953) о применении результатов своих исслед. оперантного обусловливания в лечении психически больных. Линдсли, предложивший этот термин Скиннеру, исходил из простоты понятия «поведение» и связи, через слово «терапия», с др. методами лечения.

Независимо от этого первого употребления термина П. т. и независимо друг от друга, А. Лазарус использовал термин П. т. для обозначения применения методики «реципрокного торможения» Вольпе в лечении больных неврозами, а Г. Айзенк – для обозначения приложения «совр. теории научения» к поведению невротиков. Наблюдения Айзенка основывались на процедурах, применяемых группой исследователей, работавших в то время в лондонской клинике Модели. Эти исследователи последовательно и единообразно определяли П. т. в терминах «теории научения».

В первой статье, посвященной «П. т.», к-рая была опубликована в журн. *Annual Review of Psychology*, Краснер доказывал, что этот новый подход к изменению поведения возник в результате слияния 15-ти направлений развития психол. науки в 50– 60-х гг. Эти направления можно крат-

ко охарактеризовать следующим образом.

1. Концепция бихевиоризма в эксперим. психологии.
2. Исслед. в области инструментального (оперантного) обусловливания.
3. Разраб. техники реципрокного торможения как процедуры «лечения».
4. Эксперим. работы группы исследователей в клинике Модели в Лондоне.
5. Применение понятий обусловливания и научения к проблемам поведения человека в 20–50-е гг. в США.
6. Интерпретация психоан. на основе теории научения, усилившая позиции последней как приемлемой базы для клинической работы.
7. Концепция классического обусловливания, берущая начало в работах И. П. Павлова, как основа для объяснения и модификации нормального и девиантного поведения.
8. Теорет. концепции и эмпирические исслед. в области усвоения соц. ролей и интеракционизм в соц. психол. и социологии.
9. Исслед. в психологии развития и детской психологии, подчеркивающие важность заместительного (викарного) научения и моделирования.
10. Исслед. соц. влияния характеристик требований, систематических ошибок экспериментатора, гипноза и плацебо.
11. Модель соц. научения в окружающей среде как альтернатива «модели болезни» в объяснении поведения человека.
12. Неудовлетворенность психотер. и психоаналитической моделью, подтверждаемая резкой критикой.
13. Развитие концепции клинического психолога в рамках модели ученого-практика.
14. Отход в психиатрии от ортодоксального сосредоточения на внутренней динамике и патологии в сторону концепций межличностного взаимодействия и влияния окружающей среды.
15. Утопический акцент на планировании соц. окружения, Призванном вызывать и поддерживать оптимальное поведение человека.

Основы «системы веры» приверженцев П. т. включают: а) формулирование понятий т.о., чтобы их можно было проверить экспериментально; б) понятие «лаборатории», распространяемое на весьма широкий спектр объектов – от лабиринтов для животных через типовые эксперим. ситуации для исслед. процессов научения у человека до больниц, школ, домов и общин; в) понимание исслед. как воздействия (лечения), а воздействия (лечения) как исслед. и г) подробно разработанную стратегию терапии или изменения.

Объединяющим фактором в П. т. служит ее происхождение из экспериментально установленных процедур и принципов. Сами эксперименты в области научения, давшие начало П. т., отличаются широким разнообразием, но все они имеют одну общую характеристику – строго соответствуют критериям научного исслед., включ. контроль переменных, представление данных, воспроизводимость результатов и вероятностный подход к пове-

дению.

Канфер и Филлипс выделили 4 типа П. т., и эта классиф. все еще в ходу: 1) интерактивная терапия, требующая продолжительного цикла личных интервью, в ходе к-рых вербальное поведение терапевта выполняет роль катализатора изменений у пациента; 2) побуждающая терапия, использующая предложения и задания с целью научить клиента быть терапевтом для себя самого; 3) воспроизводящая терапия, меняющая поведение путем воспроизведения отдельных значимых фрагментов жизни пациента в терапевтической обстановке, и 4) терапия вмешательства, в к-рой терапевт прерывает ограниченные, малоуспешные реакции по мере того, как они появляются во взаимодействии пациента в его обычном окружении.

Специалисты по прикладному анализу используют средовые переменные, чтобы произвести изменения поведения. Разработан широкий спектр методик вмешательства на основе принципов подкрепления, контроля стимулов, наказания и угашения, выведенных из результатов лабораторных исслед. Мн., если не большинство используемых в общественных приложениях (community applications) методик, могут служить иллюстрациями прикладного анализа поведения.

Второй подход, к-рый Каздин и Уилсон назвали необихевиористской S-R моделью с промежуточными переменными, осн. на принципах классического обусловливания, сформулированных в ранних работах И. П. Павлова, К. Л. Халла, Э. Р. Газри, О. Х. Маурера и Н. Миллера. Вольпе проделал осн. работу по интеграции этого материала в рамках систематического терапевтического подхода. Концепции промежуточных переменных и гипотетических конструкторов (напр. Халла и Маурера) служат оправданием использования терминологии, отражающей идею опосредования реакции на стимул промежуточными переменными. Дальнейшее развитие этого подхода иллюстрируется использованием ненаблюдаемых процессов, таких как мысленное представление вызывающих тревогу стимулов при систематической десенсибилизации.

Новейшая группа поведенческих терапевтов использует термин «когнитивно-поведенческая модификация» и понятие когниции для обозначения своего подхода к процедурам вмешательства. Эти исследователи подчеркивают важность находящихся в фокусе их внимания когнитивных процессов и внутренних событий как медиаторов изменения поведения. Ключевые понятия этой группы включают гипотетические модели действительности, атрибуции своего и чужого поведения, мысли, образы, самоотчеты, самообучение, установки, стратегии реакций и др. конструкторы для описания и объяснения «когнитивных процессов».

Подход к П. т. с позиций соц. научения получил теорет. обоснование в работах А. Бандуры. На паттерны поведенческих реакций оказывают влияние внешние стимульные события (гл. обр. через классическое обусловливание), внешние подкрепления и, что важнее всего, внутренние (промежуточные) когнитивные процессы. Изменение поведения достига-

ется в первую очередь благодаря процессу символического моделирования, при котором научение происходит через наблюдение и кодирование репрезентативных (представляющих) процессов), базирующихся на этих наблюдениях или даже на воображаемом материале.

Теория соц. научения подчеркивает реципрокное взаимодействие между поведением индивидуума и его окружением. Считается, что индивидуум способен управлять изменением своего поведения. Бандура придал законченное выражение подходу соц. научения в концепции «самоэффективности», центральное место в которой отводится ожиданиям индивидуума в отношении своего поведения, корректируемым под влиянием обратной связи эффективности действий, компенсаторной информ. и психод. изменений.

Краснер и его коллеги используют концепцию энвайроментального проектирования (environmental design) в подходе к изменению поведения, связывающем концепции прикладного анализа поведения и соц. научения с элементами энвайроментальной психологии, «свободного образования», архитектуры и соц. планирования.

Бихевиористы подчеркивают вечно актуальную тему: безотлагательное решение энвайроментальных проблем в нашем об-ве, – и убеждены в том, что именно они, бихевиористы, способны внести весомый вклад в решение этих проблем. Возвращается послевоенная тема «лучшего об-ва» как цели бихевиористов, хотя в действительности она была частью поведенческого направления в психологии на протяжении всей истории его развития.

Все ранние авторы в этой области полагали, что имеется тесная связь между их исслед. и социально-этическими приложениями и следствиями их научных изысканий. Спор о том, имеет ли наука ценностную ориентацию или она свободна от нее, был неотъемлемой частью истории П. т. Взгляды на связь научных исслед. и об-ва наиболее ясно отражены в публикациях Скиннера, в особенности в его романе «Уолден-два» (Walden two). Этот роман, написанный ученым, чьи осн. исслед. сами по себе еще не оказали тогда большого влияния на психол. науку, поднимал вопросы, касающиеся соц. систем, этики и морали; он предвосхищал соц. и этические вопросы, заданные П. т. и привлекшие к себе большое внимание в 70-е и 80-е гг. Растущую озабоченность как у профессионалов, так и у общественности все время вызывал вопрос: «П. т. – для чего именно?» Что является желательным поведением человека в данных обстоятельствах и кому это решать?

## **Психотерапия психозов**

**Психодинамическая терапия.** Что касается психодинамики шизофрении, так это указание на необходимость настойчивого психоаналитического лечения таких больных. Психоаналитическая, или психодинамическая, терапия шизофрении существенно отличается от психоаналитическо-

го лечения неврозов. Больные шизофренией не способны к перенесению, как это считалось долгое время, а перенесение больного «имеет особую силу и безусловность» (Балли), поэтому терапевтические отношения психолога и больного словом «перенесение» вряд ли будут полностью определены. Для психотерапии больных шизофренией особое значение имеют симпатия психолога, понимание нужд пациента и стабильная межчеловеческая коммуникация. При этом терапевт должен сохранять возможность границ. Его отношение к больному включает трудноописуемое сочетание близости и дистанции.

В психотерапии шизофрении анализируется преимущественно не прошлое, а больше «здесь» и «сейчас». Терапевтический медиум наряду с вербальными контактами осуществляет совместную с больным деятельность. Здесь речь идет не только о понимании, но и об опыте. Терапевт в общем действует активнее (чем при лечении неврозов), но без особого нажима, что могло бы вызвать у больного страх. У одних больных показано вызывание регрессии, у других – развивается напряженность по отношению к окружающему миру. Значения должны бережно оцениваться, особенно значение противодействия, которое больным представляется наиболее важным. По содержанию сексуальные переживания играют меньшую роль, чем вопросы самоидентификации, феномены перенесения происходят меньше в вербальном диалоге, чем в активных действиях, т.е. психолог переводит роль перенесения на уровень поведения, если он психотически регрессиентному больному помогаете малых повседневных делах. Гораздо больше, чем объяснения, полезно «ободрить слабое Я больного в его действиях, направленных на достижение удовлетворяющей его цели» (Бенедетти).

Из многочисленных моделей и методов психодинамической терапии шизофрении здесь в качестве примера коротко описываются два.

Прямой анализ (Розен, Бенедетти) нацелен на то, чтобы психолог в роли родителя позволил больному пережить недостававшую заботу и любовь.

В критической фазе лечения психолог своим поведением должен показать больному, что он, как символическая фигура родителя, не должен подвергаться презрению больного и намерению его уничтожить или проявить враждебность. Здесь термин «прямой» означает: прямо разъяснить ажитацию больного, его страхи или бред, его возбуждение и прежде всего его поведение. Решающим является «прямое вынесение эмоциональных конфликтов в ситуацию перенесения» (Бенедетти). При этом может происходить зеркальное перенесение, для которого характерна склонность больного переживать за психолога как за самого себя.

М. Сешехай в своей «символической реализации» переняла требование больного навестывать во взаимоотношениях психолог – больной возможность удовлетворения не удавшегося в первой фазе жизни орального удовлетворения. Этот психоаналитический опыт с больными шизофренией

заставляет думать об обращении матери со своим ребенком. Мать противостоит ребенку, ограничивая его в контактах, в способности понимания и самовыражения, тогда как сама старается остаться преимущественно на превербальных взаимоотношениях, способствуя пониманию фантазий и ирреальности ребенка, перенося их на реальность, которая наконец постепенно признается ребенком, только уже больным.

*Показания* к лечению надо тщательно взвешивать. Не каждому больному шизофренией и не в каждой стадии болезни показана аналитически ориентированная психотерапия. Она не всегда проводится у юных больных с начинающейся шизофренией, поскольку при обращении к материалу бессознательного требуются особая открытость и большая полнота переживаний. Поскольку в юношестве границы Я еще мало очерчены и вытеснение не функционирует, «вскрывающая» психотерапия может (как и при лечении неврозов) привести к усилению нарушений Я, и пациент глубже погружается в психоз. В этой ситуации он беззащитен, *ведущее-поддерживающая терапия* или же когнитивная либо *поведенческая терапия* скорее сузят возможности сдерживать дезинтеграцию Я, устранять тяжелые степени психотических состояний и приводить к консолидации и реабилитации.

*Успехи* психоаналитической терапии при шизофрении очевидны. Конечно, лечение требует столь длительного времени и усилий, что не все больные могут его провести. Однако полученный с помощью динамической психотерапии опыт можно изложить здесь достаточно четко, так как он приводит во многих отношениях к важным показателям и достижениям:

- больные шизофренией доступны психотерапии;
- подтверждается наличие психодинамических условий возникновения (определенных еще в 1845 г. Гризингером);
- психопатология и диагностика шизофрении расширяются в направлении динамической психопатологии;
- с пользой применяются взгляды психологии развития, психодинамики и семейной констелляции;
- психодинамические данные улучшают понимание этих больных и контакты с ними и могут стать основой для других видов психотерапии. На основе этого опыта модифицирована психотерапия неврозов;
- получены импульсы и основания для групповой психотерапии и семейной терапии при шизофрении.

На *семейную терапию* вначале возлагались очень большие надежды. Однако результаты проводящейся психоаналитической или системно ориентированной семейной терапии при шизофрении вряд ли можно подтвердить длительными катамнезами. Семейная терапия в настоящее время понимается в широком смысле слова как практическая работа с родственниками и социотерапевтическое санирование семейной атмосферы, а также как поведенческая терапия.

*Телесно-ориентированная терапия.* Этот терапевтический прием Шарфеттера развился из упомянутой психопатологии Я при шизофренических нарушениях. На это же указывалось при описании кататонических симптомов. Соматические нарушения и моторные расстройства, которые указывают на главную ущербность Я, в этой терапии лечатся не столько вербальным, сколько телесным воздействием. Как пользуется терапевт этим методом, зависит от его опыта и интуиции, поэтому здесь метод описан только схематически. Среди прочего он заключается в совместных упражнениях пациента и терапевта, которые позволяют больному снова почувствовать витальность и активность своего Я. Многие элементы такие же, как и при терапии разрядкой и движениями, только у этих больных они должны быть более сдержанными и осторожными, применяются во «взвешенно дозируемых количествах». Совместные действия позволяют больному преодолеть психотические изоляцию и аутизм.

**Поведенческая терапия.** Применяемые при шизофрении методы поведенческой терапии относятся не только к обучающим теоретическим приемам, но и во многом связаны с психодинамическими методами.

Такие выявляющие психоз факторы, как семейные конфликты и другие межчеловеческие осложнения, анализируются и с позиций психологии научения, чтобы исходя из них найти пути к лечению. С помощью *тренингов по разрешению проблем*, которые используются в основном в познавательных целях, могут выявляться неблагоприятные реакции и поступки пациентов (и их близких), и эти реакции выправляются терапевтическим путем, чтобы по возможности избегать в дальнейшем подобных ситуаций и редуцировать таким способом риск рецидивов.

При хроническом течении шизофрении следует обращать внимание на нарастающий дефицит психической деятельности (расстройства мышления). Программы поведенческой терапии направлены на редукцию этих когнитивных нарушений (*тренинг концентрации*) воздействием на следующие функции: когнитивную дифференцировку, социальные оценки, вербальные коммуникации, социальную готовность к деятельности, решение межличностных проблем.

Если в результате хронического течения и длительной госпитализации появляются такие выраженные патологические формы поведения, как пассивность и аутизм, поведенческая терапия полезна в форме *оперантного обусловливания*. Она проводится в основном в группах: тщательно анализируется поведение отдельного больного (например, его работа, еда и т. д.)- Исходя из этого, систематически поощряется желательное «нормальное» поведение (позитивное усиление в форме уменьшения ограничений, большая свобода, внимание к нуждам больного).

Чтобы осуществить необходимое длительное нейрорепитивное лечение и улучшить восприимчивость к нему, необходима *психообразовательная тренировка*. Пациентов (в группе) детально информируют о нейрорепитивах, тщательно анализируют результаты предыдущего лечения у отдель-



ных больных, оговаривают раннее выявление угрозы рецидива, чтобы больной в этой ситуации сразу же обращался к психологу или же сам пользовался медикаментами в определенных дозировках, согласованных с психологом (кооперативная фармакотерапия).

Терапевтическая работа с *родными* в рамках лечения шизофрении имеет следующие цели: информирование часто испуганных, ничего не знающих родственников, помощь в обращении с больным, совместная работа по распознаванию ранних симптомов рецидивов, уменьшение вызывающих болезнь эмоциональных перегрузок (выраженные эмоции). Если работа с родными проводится планомерно, то это способствует улучшению течения психоза и уменьшению осложнений и страданий у самих родственников.

По *когнитивной теории* (А. Т. Бек) при депрессиях налицо основная установка, определяемая как негативная оценка своей личности, окружающего и будущего (так называемая когнитивная триада). В частности когнитивные расстройства определяются следующим образом: арбитражная интерференция (мышление по типу короткого замыкания), селективная абстракция (взгляд в туннель), сверхгенерализация (обобщение отдельных элементов негативного опыта), магнифицирование или минимизирование (взгляд через бинокль), персонализация (направление вины на соответствующую персону), абсолютистское мышление (все или ничего). Здесь речь больше идет об описании депрессивных переживаний и поведения и меньше об этиопатогенетических выводах. И все же эти определения полезны для лечения депрессивных больных.

*Личность.* Структура личности этих больных сегодня оценивается не столь определенно в смысле значения для возникновения и диагностики заболевания. И все же у части больных находят (ни в коем случае не регулярно) признаки резковыраженной аккуратности, особенно выраженной приверженности правилам и соблюдению порядка, которые Фрейд описал как анальный характер, а японские психиатры – как иммобилитимию, и вместе с дальнейшими соображениями это привело к концепции меланхолического типа личности (Телленбах). Данные, полученные на примере униполярной меланхолии, не специфичны для этой болезни (они встречаются и при других заболеваниях и часто у здоровых) и не определяют полностью личность больных, у которых встречаются разные личностные структуры и даже патологические личности.

**Социокультуральные аспекты.** Меланхолические и маниакальные заболевания мало зависят от социальных факторов. Предположение, что меланхолии встречаются чаще в верхних слоях общества, чем? в нижних, не подтверждается. Более высокая заболеваемость у женщин вряд ли зависит от социальных факторов (женщины охотнее лечатся).

*Транскультурально* меланхолическая симптоматика имеет существенные различия. Во многих регионах Африки больные меланхолией часто обнаруживают бред преследования, они переживают агрессию не изнутри,

а снаружи - как отравление, колдовство или сглаз. Витальные нарушения в разных этнических условиях переживаются одинаково. В юго-восточноазиатских и негроафриканских культурах меланхолии переживаются как соматическое страдание чаще, чем в западных странах, где как исключение диагностируется даже ларвированная депрессия. С восточных позиций здешняя депрессия представляется чрезмерно психотизированной.

**Заключение к этиологии и патогенезу.** Аффективные психозы определяются как выражено генетические, биологически обоснованные заболевания. Современные знания о модусе наследования и патофизиологических процессах имеют еще много пробелов. Клинический опыт показывает, что меланхолические и маниакальные фазы возникают в основном спонтанно, но частично проявляются благодаря физическим или психологическим факторам. Эти внешние факторы сопутствуют патогенетическим, поскольку эти фазы манифестируют у каждого больного при соответствующем предрасположении, хотя момент возникновения заболевания зависит от дополнительных условий. И все же нельзя объяснять аффективные психозы исключительно экзогенными факторами. Даже если абсолютно очевидны причины развития болезни, невозможно объяснить, почему возникла меланхолия или мания, а не какое-либо другое заболевание. Тип возникающего заболевания очень трудно объяснить иначе, чем предрасположенностью к определенному типу реагирования. Однако и она в большинстве случаев оказывает решающее влияние лишь на ход болезни, а в остальном определяющими являются сопутствующие переживания и окружающие условия. Следовательно, аффективные психозы также имеют мультифакторную обусловленность.

### **Психотерапия меланхолии**

Основное лечение направлено на проведение лечебных антидепрессивных мер. Показанием для стационарного лечения является выраженная суицидальность. Однако следует помнить, что суицидальная попытка не исключена и в психиатрической больнице.

*Основа лечения* в психиатрическом специализированном отделении это направленная специально на меланхолического больного терапевтическая среда: подготовленные медсестры, санитарки, специалисты по гимнастике и эрготерапии и т. д., которые ведут меланхолического больного по нелегко находимому пути между отчаянием и надеждой, успокоением и возбуждением. Именно поэтому стационарное лечение больных меланхолиями в непсихиатрических отделениях противопоказано.

Прогноз амбулаторного лечения зависит от стойкости родственников, которых врач должен поддерживать и ободрять. Амбулаторное лечение ложится сегодня на плечи семейного врача, который приобретает соответствующие знания и работает совместно с психиатром. В каждом случае основой лечения является *психотерапевтическая установка* врача к больному.

**Антидепрессантные препараты** стоят на первом месте в соматическом лечении меланхолии.

*Длительность и окончание лечения.* Соответственно длительности меланхолической фазы должно продолжаться и антидепрессивное лечение. Большинство больных может само определять, закончилась фаза или еще сохраняются ее остатки. Требуется продолжительное лечение еще несколько месяцев после окончания фазы, чтобы предупредить возможность рецидивов. Рецидивы бывают вдвое чаще после раннего прекращения лечения, чем после длительного лечения. В сомнительных случаях всегда лучше лечить подольше. Редуцирование доз должно проводиться ступенчато.

*Результаты.* Антидепрессивный эффект этих лекарств проверен многочисленными исследованиями. Показатель успеха при меланхолиях лежит в пределах 70 %, это значительно выше, чем при применении плацебо. Как правило, происходит не полная ликвидация депрессии, а ее значительная редукция. Поэтому стационарное лечение или отвергается, или сокращается. Больной снова занимается повседневными и профессиональными обязанностями, даже если остаточная меланхолическая симптоматика длительное время сохраняется, фаза протекает по своим собственным закономерностям (с облегченной симптоматикой). У 30% больных лечение не достигает цели. Предиктором благоприятного или раннего терапевтического эффекта являются особенно выраженные витальные расстройства, что имеет значение для всех антидепрессивных мероприятий.

**Стандартное лечение.** Для лечения больных меланхолией недостаточно предписания одних антидепрессантных препаратов. Стандартное лечение состоит из комбинации фармакотерапии с терапией бодрствованием, поддержанной постоянной психотерапией. При бредовых и других очень тяжелых меланхолиях начинают с нейролептиков (например, галоперидол в 2 приема по 4-8 мг), затем их комбинируют с антидепрессантами.

**Терапия бодрствованием (лишение сна)** особенно эффективна при меланхолии и показана как в начале лечения, так и повторно при дальнейшем течении, лучше всего в комбинации с антидепрессантами. Она может помочь при фармакорезистентных меланхолиях и заменить судорожную терапию.

**Судорожная терапия.** Электросудорожная терапия (ЭСТ) – это эффективное антидепрессивное лечение. Долгое время она была единственной лечебной возможностью для больных меланхолией. Сегодня она применяется реже, но имеет определенные показания как очень полезное, иногда спасающее жизнь средство. Особенно это касается лечения самых тяжелых меланхолий с высокой опасностью суицида, нигилистическим бредом и(или) сту-порозным состоянием. Кроме того, судорожную терапию проводят тогда, когда другие средства не помогают или когда лечение

предыдущих фаз показало преимущественный эффект судорожной терапии по сравнению с другими средствами.

**Меланхолично-маниакальные смешанные состояния.** Если преобладают меланхолические элементы, то следует лечить антидепрессантами, при преимущественно маниакальных – нейролептиками. Однако лечение затруднительно, поскольку смешанные состояния часто так изменчивы и переменны, что фармакотерапия не успевает за ними. Поэтому не следует слишком быстро менять препараты, а более высокие дозы нейролептиков необходимо даже редуцировать. В сомнительных случаях надо давать нейролептики с антидепрессивным действием (например, меллерил, таксилан и др.).

**Расстройства сна** как самые частые симптомы меланхолии могут смягчаться антидепрессантами, но некоторые антидепрессанты способны его усиливать. Дневной режим надо регулировать: не спать после обеда и не ложиться рано на ночь. Обе эти меры больные вначале воспринимают как принуждение, а затем начинают осознавать пользу глубокого ночного сна. Непрерывного сна до утра достичь не удастся, даже с помощью снотворных. Часто бывает лучше, когда больной встает рано утром и старается чем-то заняться. Вызывать продление сна нецелесообразно по двум причинам: снотворные средства ограничивают действие антидепрессантов и продолжительный сон не способствует лечению. С другой стороны, врач должен помогать в бессонные ночи мучающемуся от этого больному. Кстати, как антидепрессивное и одновременно снотворное действует 5-гидрокситриптофан (левотим).

**Психотерапия.** Наряду с соматотерапией для больных меланхолией необходима психотерапия по следующим причинам: больной нуждается в изменении психотерапевтическим путем своих глубоких меланхолических сдвигов в переживаниях; вследствие отрыва от жизни из-за болезни ситуация может так перемениться, что возникнут новые проблемы и их надо будет решать; к тому же для предстоящих конфликтов может также понадобиться психотерапия.

Психотерапия меланхоликов следует определенным правилам, отличным от психотерапии других депрессивных состояний. На первом месте, в том числе во временной последовательности, стоит *коммуникативная психотерапия* по Шультце, в том числе *партиципативная психотерапия* по Бенедетти.

Доступ к меланхолическому больному нелегко. Здоровый не может вчувствоваться в меланхолическое состояние. Больной знает это и отвергает уверения, что его понимают. Также фальшиво звучат разубеждение больного в его жалобах и попытки ободрить его. Вместо того чтобы утешать и успокаивать больного, врач должен постоянно выслушивать эти жалобы и относиться к ним серьезно. Нужно воспринимать больного, какой он есть, с его жалобами и самобичеванием; это важнее, чем указывать, что меланхолическое чувство вины и страх за будущее необоснованны.

«Решающим является то, что меланхолический больной может регулярно доходить до понимания, что никакое торможение, никакое самообвинение и никакие разоблачения врача не могут его оттолкнуть от больного, он остается с ним. Удивительно, как высоко это оценивается, привязывает и облегчает» (Шульте).

Больной меланхолией нуждается во враче, который не разочарует его в случае неуспеха терапии и не усугубит отчаяние больного, который сильнее больного, способнее его и может поддерживать отчаявшегося больного. Даже, казалось бы, абсолютно потерявший надежду больной, который отвергает любое ободрение, ждет в своей беспомощности убеждения, что его депрессия кончится (когда это произойдет, врач предсказать не может). Он настроен на повторное выслушивание этого уверения, а также на повторную информацию о деталях его болезни и лечения. Даже если врач определил возможности лечения и хороший прогноз, он должен одновременно подчеркивать, сколь глубоко чувство безнадежности у больного, так как иначе больной будет только выслушивать с недоверием уверения и считать себя непонятым. Сообщение больного после окончания фазы показывает, что врач придал больному больше стойкости и уверенности, чем он сам предполагал. При этом надо бережно сохранять перенос и контрперенос. Это же относится и к близким родственникам, которые часто бывают сами удручены тем, что должны участвовать в лечении.

Мысли о возможном *суициде* должны смягчаться у больного постольку, поскольку он еще видит путь к этому открытым. Об этом врач должен говорить с больным откровенно. Бессмысленно удерживать его от суицида ограничительными мерами. Если больной чувствует себя отрезанным от своего последнего выхода, он будет еще настойчивее искать пути немедленной реализации своего суицидального намерения. Личная связь с психологом и врачом – лучшее средство предупреждения суицида.

Психотерапия меланхолии не должна ограничиваться этим «сопровождением» с тех пор, как появилось успешное соматическое лечение. Если врач назначает эффективное средство, к нему растет доверие пациента. Лекарственное лечение убеждает больного, что он действительно болен, что лекарство дает ему облегчение. Часто больным осмысливается проблема заболеть «без причины». Безосновательность болезненного процесса особенно тяжело воспринимается, когда при многофазном течении интервалы становятся короче. Надежда на профилактику с помощью лития очень полезна.

Программа *поведенческой терапии* скорее направлена на невротические депрессии, особенно для целенаправленных побуждений и соответствующих задач, но может быть полезна и при меланхолии. Но при меланхолии полезно только осторожное активирование, без твердого плана во времени, требования могут повышаться лишь постепенно. В сомнительных случаях щажение имеет преимущество перед активированием.

*Когнитивный компонент* терапии депрессии (А. Бек) направлен на депрессивные представления и переживания, связанные с чувством безнадежности и вины. Эти так называемые негативные и дефектные познания определяются в частностях, в их связях с конкретными жизненными ситуациями и способами поведения, анализируются окружающими лицами и диалектически перерабатываются. Контраргументы развиваются и усиливаются в смысле позитивных альтернатив. Когнитивная терапия показана таким больным не в самой глубокой меланхолии, она особенно показана при проблемах выхода из фазы.

*Интерперсональная психотерапия*, особенно показанная депрессивным пациентам, работает проблемно- и конфликтцентрированно (без ограничения направленности), с использованием психодинамических методик, а также подходов когнитивной и поведенческой терапии. Терапевтические отношения не являются основными, а прорабатываются лишь при негативных результатах.

*Психодинамические, конфликтцентрированные виды психотерапии* показаны не при каждой меланхолии, а только в определенных ситуациях. Хотя многие больные переносят на врача свои трудности и конфликты, но они возникают преимущественно из их меланхолических переживаний и ликвидируются в период ремиссий. Если не учитывать этого, то можно диагностировать реактивную депрессию или «реактивную ее часть» и предпринять ложные меры по психотерапии, а именно психодинамическую психотерапию, которая превышает силы больного меланхолией, дополнительно его отягощает и усиливает чувство вины. Отчаяние и усиленная суицидальность могут стать опасным последствием такой процедуры.

С другой стороны, больные (а нередко и их родственники) ищут «причины» болезни и ожидают психотерапию. В этой трудной ситуации врач должен поступать так: меланхолические идеи виновности и конфликты подвергнуть описанной коммуникативной психотерапии, т. е. выслушивать и обсуждать, но не перерабатывать. Если же анамнез указывает, что заболеванию предшествовали серьезные невротические конфликты, то психодинамическая психотерапия показана, но она должна начинаться на спаде фазы и продолжаться в интервале заболевания. Эта психотерапия ориентирована на личность и нацелена на конфликты, а не на симптомы заболевания.

Большинство больных меланхолией в здоровом *интервале* не нуждается ни в какой систематической психотерапии. Но многие придают большое значение сохранению контакта с психологом. Этим больным предлагаются периодические встречи, даже если не проводится медикаментозная профилактика.

### **Обзор методов лечения депрессий**

Депрессия может начаться реактивно, а затем проявить меланхолическую симптоматику. Или однозначная невротическая депрессия переходит временами в более глубокое меланхолическое расстройство с витальной

симптоматикой. Нередко обнаруживаются течение и симптоматика меланхолии, а при более тщательном изучении пациента становится ясным нарастающее тяжелое невротическое развитие.

**Правила лечения депрессий, которые выходят за пределы диагноза:**

1. психотерапевтическая нацеленность – это всегда основная задача;
2. при всех тяжелых депрессиях, а не только при меланхолиях вначале показана коммуникативная психотерапия;
3. дополнительно возможна когнитивная терапия, которая может быть показана при невротически-депрессивных и меланхолических заболеваниях;
4. соматотерапия полезна и при тяжелых невротических реакциях и при неврозах, а именно антидепрессантные медикаменты в щадящих дозах и, возможно, терапия бодрствованием (назначает врач);
5. релаксирующие методики в целом *не* показаны.



**Рис. Обзор видов лечения депрессий (по Виндгассену)**

**Лечение маний**

Лечение маниакальных больных по некоторым причинам достаточно затруднительно. Большинство этих больных не чувствуют себя больными и не склонны к лечению. Трудно убеждать их в пользе и необходимости терапии, особенно, если при этом лечение неизбежно связано с ограничением активной жизнедеятельности (постановка на учет, возможное помещение в стационар). С другой стороны, врач не может ждать, так как даже при легкой мании существует опасность ухудшения, которое в любом случае связано с социальными осложнениями. Практически у всех без исключения маниакальных больных выявляются существенные конфликты в одной или нескольких жизненных сферах. Отмечаются заболевания и у родственников, у больных манией среди членов семьи отмечается большая склонность к меланхолическим состояниям.

При выраженной мании в интересах больного необходимо стационарное лечение. Многие больные не в состоянии это осмыслить, так как не считают себя больными. Далее нужно, чтобы врач при описании больному его состояния пользовался свободными от оценок терминами (излишне подвижный, слишком крученный), чтобы этим указать на риск для больного (перекрутиться, перевернуться, потерять самоконтроль). Если понимание не достигается и грозят серьезные социальные осложнения, для стационарного лечения необходимо оформить судебное предписание.

*Обхождение с маниакальными больными* часто довольно трудное, нельзя ни пытаться прервать оживленность больного, ни провоцировать его настойчивость и агрессивность. Не следует приводить аргументы против представлений маниакального больного и реагировать на его шутливость и болтливость так же, как и он, т. е. входить в его болезнь, но надо стараться воспринимать больного всерьез как личность, несмотря на его деловитость при бессмысленности действий. Как показывает опыт сдержанности, если больному дать выговориться и притом слушать его, он становится спокойнее. Больной по возможности должен быть изолирован от внешних раздражителей и влияния громких и возбудимых больных. Обращаться к нему необходимо приветливо и уважительно, предоставлять ему по возможности больше игровой деятельности. В то же время следует оберегать его от бессмысленной деятельности.

Для фармакотерапии имеются две возможности. Врачи применяют нейролептики и соли лития.

Попытки серьезной *психотерапии* в период острой мании не удаются из-за неправильной самооценки и повышенного самочувствия больного. При отзвучавшей мании или в интервале психотерапевтически могут обрабатываться некоторые провоцировавшие переживания из преддверия мании.