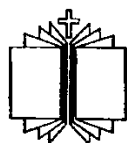


В. А. Гурьева
ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ



Москва

Крон-пресс

1996

ВВЕДЕНИЕ

Одна из тенденций текущего столетия — неуклонный рост частоты нервно-психических заболеваний, относящихся к пограничным состояниям, психогенным расстройствам. Основной причиной их возникновения являются «психические переживания», «моральные потрясения», «удары судьбы», эмоциональное перенапряжение — стресс.

Среди наиболее уязвимых в этом отношении возрастных групп на первое место уверенно выходят дети и подростки. Именно они в первую очередь страдают от неблагоприятного состояния семей (частота систематически конфликтующих и разведенных родителей, отсутствие или крайняя недостаточность культурных семейных традиций, осознанная или вынужденная эмансипация женщин, нервно-психическое или социальное неблагополучие родителей — алкоголизм, судимости, отказ от своих детей, лишение родительских прав и пр.), от формирования новых социально-экономических отношений в обществе — издержками этого процесса оказались дети-изгои, дети-пасынки общества, дети, лишенные крова из-за коммерческих сделок деградировавших родителей. Растет число социальных сирот при живых родителях, число воспитанников приютов и сиротских домов, подростков-правонарушителей, отличающихся агрессивностью и жестокостью вследствие жестокого обращения с ними. Проблема психогенных заболеваний (психогений*) имеет много спорных и нерешенных вопросов, касающихся, к сожалению, и самых основных понятий. В частности, до сих пор отсутствуют четкие критерии разграничения основных форм психогенных расстройств: невротических и психореактивных состояний. Многие детские психиатры любые психогенные заболевания относят к невротам. Напротив, в последней международной классификации психических болезней невроты оказались поглощенными тревожными расстройствами. Существует и другая тенденция — слить невроты с проявлениями нормальной психики (ортодоксальный анализ). До сих пор остается непонятным, относить ли к

психогениям такие формы динамики психопатий, как реакции, декомпенсации, аномальные развития личности, и можно ли представить себе психопатии вне связи с психогенными расстройствами. Не решен окончательно и вопрос о генезе неврозов (относятся ли к ним только психогенные формы).

Хорошо известна связь неврозов с личностными переживаниями, но только после работ Э.Кречмера (1924) появилось представление о «ключевом переживании», когда психотравма подходит к каким-либо особенностям личности, как ключ к замку, когда она оказывается наиболее патогенной.

До сих пор остается неясным, как соотносятся формы неврозов и типы личности, у которых они возникают (например, истерический невроз — у истерических личностей, невроз навязчивых состояний — у психастенических личностей и пр.). Также сложен вопрос, появляется ли личностная аномальность вместе с нарастанием симптоматики невроза, предшествует ей или присоединяется позже.

Последние годы особое внимание стало уделяться последствиям сексуального насилия, совершаемого родителями над своими детьми. Этот феномен (инцест), как и жестокое обращение с детьми, известен в международной литературе под обобщенным названием «притеснение» («child abuse»). Появились и первые данные о распространенности этих явлений. Так, по данным D.Olweus (1993), в норвежских школах от притеснения страдают 15% детей, в Англии, по Lane (1989), — 23%, по данным других авторов — 37%, в США — около 25%. Во всех этих случаях были выявлены психогенные расстройства. Распространенность этих состояний среди школьников в разных регионах России, обследованных сплошным (эпидемиологическим) методом, составляет около 34,04%. При этом подавляющее их большинство составляют невротические реакции (В.В.Чубаровский, М.М.Смирнов, 1995).

Из всех психических заболеваний у детей и подростков на долю психогенных расстройств приходится 27—32% (В.А.Колегова, 1969). Важность изучения этих состояний обусловлена не только их большой распространенностью, но главным образом тем, что без знания их причин, механизмов возникновения, клиники невозможно ни выявлять, ни предупреждать, ни преодолевать их.

Спектр клинических форм этих расстройств в детском и подростковом возрасте очень широк, разнообразен, но далеко не все формы хорошо известны даже специалистам. Важным обстоятельством, заставляющим обращаться к этой теме, является значительное возрастное своеобразие клиники этих болезненных состояний, незнание которой приводит к диагностическим ошибкам и к гиподиагностике (можно пройти, не заметив). Здесь необходимо подчеркнуть, что для рассматриваемого возраста характерны особые клинические формы, присущие только этому периоду. Это — маскированные (скрытые) состояния или соматизированные расстройства, проявляющиеся внешне как соматические заболевания.

Большинство авторов придерживаются той точки зрения, что психогенные расстройства у детей не проходят бесследно, меняют личность и могут находить отражение во всей последующей жизни. Психогенная травма действует не в пустоте, не изолированно, а на определенном фоне, в определенном возрасте, у определенной личности, отягощенной или неотягощенной каким-либо заболеванием или нарушением развития. Это обуславливает важность знакомства с особенностями преморбиды, характера психического и физического развития ребенка, которое, как правило, протекает неравномерно, а в определенные периоды (возрастных кризов) отличается повышенной хрупкостью психической организации, чрезмерной реактивностью, готовностью к возникновению нервно-психических расстройств. Именно в эти периоды возрастных кризов чаще всего и начинаются невротические расстройства.

Сложность изучения психореактивных расстройств и неврозов связана

также с тем, что они могут проявляться и как самостоятельное заболевание, и как начальная стадия других психических страданий. Это определяет необходимость проведения дифференциальной диагностики, выделения клинических критериев разграничения.

При описании психогенных расстройств нельзя не раскрыть такие основополагающие понятия, как стресс (сильное эмоциональное напряжение) и депривация (дефицит возможности удовлетворения биологически и социально значимых потребностей), поскольку они определяют основные механизмы развития психогенных расстройств.

Среди вопросов, которые предполагается рассмотреть в данной книге, определенное место занимают так называемые «посттравматические стрессовые расстройства», которые связаны со специфическими травмирующими ситуациями (катастрофы, пожары, пытки и пр.), а также психогенные развития личности (как результат хронического травмирования). Последние особенно характерны для подросткового возраста.

В детском и, особенно, подростковом возрасте внешним выражением психических расстройств очень часто являются нарушения поведения вплоть до делинквентных, криминальных форм. Это наиболее характерно для состояний, связанных с длительным травмированием. Криминальные поступки при этом нередко выражаются тяжелыми аффективными разрядами, агрессией и потому имеют большое значение для судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних.

Сложность и многогранность затрагиваемых в книге проблем ограничивает возможность углубленного их рассмотрения, но позволяет охватить большой круг вопросов.

Автор с благодарностью примет критические замечания, которые могли бы способствовать уточнению наших представлений о рассматриваемых вопросах.

ГЛАВА 1

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВОЗРАСТНОЙ СПЕЦИФИКЕ ПСИХОГЕНИЙ

Психический фактор в жизни человека играет чрезвычайно важную, но неоднозначную роль. Как двуликий Янус, он наделен противоположными свойствами: с одной стороны, имеет решающее созидательное значение для развития чисто человеческих качеств психики, а с другой, может проявляться как болезнетворное начало, вызывающее психические нарушения.

Психические воздействия на ребенка (как положительные, так и отрицательные) начинаются раньше, чем он появляется на свет, в период его внутриутробного развития. Очень рано ребенок начинает сначала чувствовать, а затем и понимать, полностью ли удовлетворены его биологические потребности и потребности в эмоциональном общении. У него рано появляется осознание разных ролевых функций в семье, отношений с родителями, усваиваются нормы поведения, система запретов, поощрений и т.д.

При этом, если среда устойчива, если требования к ребенку соразмерны его возможностям, непротиворечивы, адекватны возрасту, разумно мотивированы, если он окружен теплом и заботой, является желанным, если обучение своевременно, ненавязчиво и способствует выявлению и развитию потенциальных возможностей, если систематически тренируются волевые качества, если в отношениях устанавливается устойчивый гармонический стереотип, то можно с известной долей уверенности сказать, что ранней невротизации родители не привнесут.

К сожалению, в реальности психогенные факторы сыплются на ребенка чуть ли не с рождения, и при ослабленности его нервной системы или повторности травм часто развиваются психогенные состояния с широким,

пестрым спектром симптоматики.

Считается, что психогении являются самыми распространенными формами психической патологии. В свое время ведущий отечественный специалист в области детской психиатрии, Г.Е.Сухарева (1959), отмечала, что психогении у детей составляют 80% от всех психических заболеваний.

По данным ВОЗ (1974), за 65 лет заболеваемость невротами возросла в 24 раза, в то время как другими психическими болезнями — только в 1,6 раза. По более поздним данным ВОЗ, 45% всех психических заболеваний у детей связаны со стрессами.

Есть мнение, что определить истинную распространенность психогенных расстройств у детей невозможно (Г.Н.Сердюковская, 1990), поскольку приводимые в мировой и региональной статистике цифры охватывают только учтенные, зарегистрированные случаи, что, естественно, не отражает истинного положения вещей. Распространенность психоневротических расстройств можно образно представить себе в виде айсберга, в котором учтенные (видимая часть) и неучтенные случаи соотносятся, как 1:5

В действительности невидимая часть «айсберга» может быть и больше, если учесть, что нередко такие больные попадают не к психиатрам, а к педиатрам и врачам общего профиля в связи с частотой преобладания не психических, а соматических жалоб.

Частота встречаемости психогенных расстройств зависит от возраста ребенка. Чаще всего невротические реакции наблюдаются в старшем дошкольном возрасте и младшем школьном. Это соответствует второму возрастному кризу (5—7 лет). Психогенные развития личности чаще встречаются в период пубертатного криза (12—18 лет), а невротические — после завершения пубертатного периода и в более зрелом возрасте. В фазе пубертатного криза первенство по психогениям держат девочки, а в детском

возрасте — мальчики.

Стараясь подчеркнуть рост психогений и нарастающую стрессорность современного общества, К.Хорни (1950) сказал следующее: «Вместо вопроса, является ли данный человек невротиком, в настоящее время следует спрашивать, какой формой невроза он страдает». Имеются значительные расхождения в цифровых данных разных исследователей, что свидетельствует, в числе прочих причин, об отсутствии единых подходов к диагностике психогений и, что немаловажно, о расширительном толковании понятия «невроз».

Термин «психогении» (сгоним — психогенные расстройства, психогенные заболевания, психогенные реакции) принят в отечественной психиатрии¹ как обобщающее понятие, отражающее связь заболевания с психогенной травмой. В зарубежных исследованиях и международных классификациях болезней (МКБ) разных лет отношение к психогенным расстройствам часто меняется, но и в последних МКБ (9, 10-го пересмотров) исчерпывающей характеристики, как и определений этих состояний в отношении детского и подросткового возраста, нет. Отдельно даны выборочные формы «эмоциональных расстройств, специфических для детского возраста», и «расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста». Неврозы же в отдельную рубрику не выделены.

Представляется очевидным, что обобщающее понятие и обобщенное определение, как и приемлемая для клинициста систематика психогенных расстройств, необходимы, чтобы разобраться в пестрой картине указанных состояний. Это нужно прежде всего потому, что речь идет не об одном каком-либо патологическом состоянии, а о целой группе расстройств, объединенных общей этиологией, но различающихся особенностями этих причинных факторов и механизмами развития болезни, а также характером «почвы», на которую падает психогенный фактор.

В целом, под психогениями понимают обратимые (функциональные, излечимые) расстройства психической деятельности, возникающие в ответ на воздействие психической травмы и подчиняющиеся определенным закономерностям клинического оформления, течения и исхода.

Основными клиническими формами психогений являются психореактивные состояния (психогенные реакции, реактивные состояния, психогенные развития личности) и неврозы (невротические реакции, собственно неврозы, невротические развития личности).

Самый легкий регистр расстройств представлен «реакциями» психогенными и невротическими, которые характеризуются остротой возникновения, кратковременностью (от нескольких часов до нескольких недель), неразвернутостью клинической картины, благоприятным исходом. Разграничение психореактивных и невротических реакций носит в известной мере условный характер, и многие авторы склонны называть невротическими любые психогенные реакции, не носящие психотического характера. Это положение является спорным. Необходимость их разграничения возникает особенно тогда, когда они оказываются начальной стадией более пролонгированного болезненного состояния. Дело в том, что три варианта расстройств в каждой из двух основных форм психогений (реактивные состояния и неврозы) могут при определенных неблагоприятных обстоятельствах выступать и как три этапа психогенного или невротического развития. Реакции в этих случаях оказываются первым этапом болезненных расстройств.

Психогенные реакции (реактивные состояния) могут проявляться как острые кратковременные психозы («острые аффективно-шоковые реакции»), протекающие с неясным сознанием, или кратковременные расстройства непсихотического уровня. *Невротические реакции* проявляются чаще всего

преходящими аффективными нарушениями специфического характера (так называемые «фобии» — навязчивая боязнь чего-либо) или отдельными невротическими, вазовегетативными, соматическими симптомами.

Для более четкого представления о каждой из двух основных форм психогений целесообразно сопоставить их по ведущим признакам.

Реактивные состояния обычно развиваются в ответ на непосредственный эмоциональный стресс, возникший в связи с действием (объективно или субъективно) сверхсильных травм. Начальная фаза этой травмы, кроме чрезвычайности, характеризуется остротой, внезапностью, неожиданностью, непонятностью для ребенка. Внутренняя психологическая переработка травмирующей ситуации может быть выраженной незначительно, особенно при острейших травмах. Соответственно *психогенный «удар» чаще всего сопровождается эмоциональными, аффективными расстройствами (страхи, панические реакции, депрессии)*. Характерно наличие «патологической почвы».

Реактивные состояния могут носить *психотический и непсихотический характер*. Непсихотический уровень этих расстройств абсолютно преобладает в детском и подростковом возрасте. По сравнению с неврозами реактивные состояния чаще возникают у примитивных, органически стигматизированных личностей, а потому нередко развиваются по древним механизмам «двигательной бури» или «мнимой смерти» (Э.Кречмер, 1924) и сопровождаются в этих случаях временным регрессом психики в целом или отдельных психических функций.

Неврозы отличаются значительной связью с определенным типом личности, чаще развиваются под влиянием действующего исподволь длительного психогенного травматизирования. Психогенные ситуации обычно являются особенно значимыми для ребенка и подходят к особенностям его личности,

«как ключ к замку» (ключевое переживание).

Связь психогенного воздействия с особенностями личности при неврозах проявляется и в том, что основные формы неврозов чаще всего возникают у соответствующих аномальных личностей (например, истерический невроз — у истерических личностей и пр.).

Ортодоксальный анализ (З.Фрейд и его последователи) трактует неврозы как неизбежный необходимый момент развития в связи с образованием и разрешением детской тревоги. Сторонники индивидуальной психологии считают, что невроз — это патологическая форма компенсации чувства внутренней недостаточности или нереализованного чувства превосходства. Для представителей «поведенческой терапии» невроз — это зафиксированный навык неприспособленного поведения, приобретенный путем научения. *Крупнейший специалист по проблеме неврозов К. Хомей определяет невроз как психическое расстройство, вызванное страхом и защитой от него, а также попытками отыскать компромисс в конфликте противоположных тенденций.* Невротические расстройства как отклонения от общепринятого в данной культуре интерперсонального поведения — это проявление заторможенного процесса самореализации (К.Хомей, 1950).

Для возникновения невроза характерно опосредованное, а не прямое действие психогенной травмы. В детском и подростковом возрасте, как правило, еще до начала невроза личность психогенно сенсibilизирована (Э.Кречмер), и ее наиболее уязвимыми пунктами оказываются внутренние психологические конфликты и комплексы, характерные для детского возраста (комплекс старшего и младшего брата, комплекс соперничества с одним из родителей в плане лидерской роли в семье, комплексы Эдипа, Электры, собственной неполноценности и пр.).

Важное значение для понимания сущности психогений имеет вопрос об их

месте среди всего спектра психических заболеваний. Вскользь уже упоминалось, что эти расстройства занимают самую низкую ступеньку при переходе от нормы к патологии, т.е. находятся ближе всех других форм психических заболеваний к границе с психическим здоровьем. Именно это послужило в свое время основанием для обозначения психогений как «пограничных состояний».

Если учесть абсолютное преобладание у детей и подростков непсихотического уровня расстройств и многообразие доклинических форм заболевания (предболезнь — С.М.Павленко, 1964; преневроз — Дестунис, 1963; препсихопатические состояния — М.Трамер, 1949; О.В.Кербиков, В.Я.Гиндикин, 1960; продромальный периоду В.П.Петренко, 1982), становится очевидным, насколько трудно, а нередко и невозможно четко отграничить начальные психогенные и личностные расстройства от усиленных, но еще не болезненных отклонений.

В детском и подростковом возрасте эти границы оказываются еще более смазанными, поскольку психогенные расстройства могут, долго оставаться скрытыми, или проявляться симптоматикой соматических заболеваний, или поведенческими (психопатоподобными) девиациями — так называемые «маскированные» формы. Крайним выражением таких долго остающихся завуалированными форм являются случаи, впервые обнаруживающиеся не какой-либо клинической симптоматикой, а тяжелым криминальным поступком. Это так называемые «инициальный деликт», по Е.Странскому (1950), и «криминальная манифестация», по Н.Н.Оспановой (1992). В этих случаях подросток, казавшийся до того здоровым, совершает тяжелое криминальное действие и лишь потом, при настойчивых расспросах, могут выявляться психопатологические, болезненные переживания, начавшиеся задолго до правонарушения или непосредственно перед ним.

Необходимо учитывать также, что психогенная симптоматика у детей и

подростков часто как бы вырастает из нормальных возрастных психологических особенностей (например, нормальное фантазирование, присущее возрасту, и психогенные бредоподобные фантазии; неудовлетворенность своей внешностью, типичная для подростков, и навязчивая боязнь — фобия — конкретного физического уродства — дисморфофобия; склонность к отвлеченным размышлениям, характерная для периода пубертата, и болезненное мудрствование — философическая интоксикация).

Все это показывает, насколько подчас трудно решить вопрос, являются ли данные внешние проявления отражением возрастного заострения личностных особенностей, или мы уже имеем дело с начавшимся заболеванием. Предлагаемые разными авторами критерии отграничения психогенных расстройств от нормальных возрастных девиаций при фактическом наличии не границы, а некоего пограничного пространства, часто оказываются малоубедительными.

Значение психогений очень велико не только Q потому, что они являются самыми частыми заболеваниями у детей и подростков, но и в связи с тем, что они часто оставляют след в психике ребенка, при неблагоприятной динамике способствуют появлению личностных девиаций, которые могут стать стойкими, а также являться выражением других, более тяжелых психических заболеваний.

Психогении издавна относили к так называемой «малой психиатрии», о которой известный отечественный психиатр П.Б.Ганнушкин (1933) сказал: «Это область несравненно более тонкая, область более сложная, требующая гораздо большего опыта, навыков, знаний, чем психиатрия большая, где речь идет о душевнобольных в узком смысле слова». Диагностику психических расстройств в подростковом возрасте П.Б.Ганнушкин назвал самой сложной, а Н.И.Озерецкий (1934) — самой трудной и филигранной.

ГЛАВА 2

ПРИЧИНЫ, УСЛОВИЯ И МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

В предыдущем разделе при определении понятий психореактивных расстройств и неврозов мы отчасти коснулись вопроса о различиях психогенного травматизирования, лежащего в основе этих состояний. Однако проблема возрастной специфики причин и условий развития психогений у детей и подростков так значительна и сложна, что было решено посвятить ее анализу целую главу.

Обобщая современные представления о психогенных факторах, выделим следующие положения.

Не всякое отрицательное психическое переживание следует квалифицировать как травму, а лишь такое, которое вызывает нервно-психические или психосоматические расстройства. Менее значительные переживания у ребенка, хотя и не вызывают психогенной или невротической реакции, далеко не всегда и не у всех детей проходят бесследно, а оставляют «психический рубец», имеющий значение для формирования способов реагирования при последующих психогенных воздействиях.

Одно из основных положений, на которое следует обратить внимание, заключается в том, что психогенная травма сама по себе, как бы объективно сильна она ни была, не имеет абсолютного значения для развития психогенных расстройств. Психиатрам хорошо известно, что в одной и той же семье, даже при наличии тяжелой и длительной психотравмирующей ситуации, психогении возникают далеко не у всех членов семьи (чаще при тяжелом деспотизме со стороны отца — это один ребенок школьного или подросткового возраста и мать). Статистики, которая уточнила бы это положение, нет, но практика показывает, что при данной ситуации психогенные расстройства вообще могут не возникать.

Известно также, что сходные по силе и качественной характеристике психогенные травмы у одних детей вызывают аффективный шок, а у других — нет. Примером может служить известная «игра» детей, когда одного из них закрывают в темную комнату и начинают пугать разными способами. В большинстве случаев все это сопровождается кратковременным эмоциональным напряжением и последующей развязкой с радостным визгом. Однако в отдельных случаях итогом такой игры могут быть и фобия, и заикание, и другие расстройства.

Приведенные данные показывают, что психогенную травму нельзя оценивать изолированно, а лишь с учетом всей совокупности условий, которые сопутствуют психотравматизированию. Это прежде всего возраст ребенка, уровень психического и интеллектуального развития, особенности личности, астенизирующие обстоятельства, наличие депривации, психологические установки и пр.

Психогенные расстройства нередко развиваются под действием повторных травмирующих обстоятельств. Этот феномен был обозначен А.Д.Сперанским и подчеркивался многими авторами (В.А.Гиляровский, 1946, и др.) как очень важный фактор в развитии психогений. Повторная травма расценивалась как «капля, переполняющая чашу», даже если сама по себе она была и не очень значительной. Мы уже отмечали, что при повторных психогенных травмах первая из них как бы подготавливает почву для последующих.

Значение возрастного фактора как условия, способствующего развитию психогений, состоит в следующем.

Событие, которое для взрослого человека является сверхзначимым, у ребенка может не вызвать патологической реакции. Так, смерть матери или отца у ребенка младшего дошкольного возраста может быть тяжелым психогенным фактором в случаях, если это происходит на его глазах, и оказывается менее значимым или незначимым, если он узнает об этом «с

чужих слов». В старшем дошкольном возрасте после смерти родителя велик риск развития депрессии у мальчиков и характерны отсроченные реакции — так называемый «спящий эффект». Реакция на смерть родителя чаще развивается у детей, уже имевших ранее психологические проблемы.

События, нейтральные для взрослого, у ребенка могут вызвать психологический шок. Многие авторы подчеркивали значение неожиданности, внезапности и новизны впечатления у ребенка. Приводились случаи, когда неожиданный близкий крик птицы, пролетевшей мимо ребенка, или «объятия обезьяны», впервые увиденные (испытанные) ребенком и пр., вызывали у него острые кратковременные аффективно-шоковые реакции, спутанность сознания или состояния страха, тревоги, паники; кошмарных сновидений, нарушение речевых функций, в частности в виде заикания.

Во всех этих случаях обращает на себя внимание сходство психического воздействия по нейтральности и выраженность ответной реакции.

В самом раннем (младенческом) возрасте основное значение для благополучного психического развития ребенка, формирования характера и личности имеет эмоциональный контакт родителей с детьми. Как подчеркивает А.И.Захаров (1988), «ничего хорошего ждать не придется, если в раннем детстве родительская нежность заменяется строгостью, отзывчивость — недоверием, терпение — раздражительностью, последовательность режима — беспорядочной сменой действий с ребенком». Эти обстоятельства сами по себе могут не быть непосредственной причиной психогенных расстройств, но способны определять условия эмоциональной депривации (дефицит естественных необходимых стимулов эмоционального или психического развития ребенка, подготавливающих «плацдарм» для последующих психогенных реакций).

В возрасте одного года чрезвычайно патогенным является отрыв от родителей, который может вызвать не только выраженную психогенную реакцию, но и временную задержку психического (и интеллектуального) развития, что, естественно, не может не сказаться на психическом состоянии в последующие возрастные периоды. Обнаружено, что для ребенка имеет значение качество контакта, а не «кровность родительских уз». Приемные родители, если они появляются рано и выполняют свои эмоциональные и родительские функции, могут быть для ребенка «не хуже, а то и лучше» (Tizard, 1977, цит. по Д.Н.Оудсхоорну, 1995).

В ряде исследований, основанных на многолетних наблюдениях, отмечается, что травмирующее поведение родителей в отношении своих детей нередко бывает вторичным, так как оно оказывается измененным благодаря поведению самого ребенка. Многие работы последних лет подчеркивают, что ранние отношения матери и ребенка определяют его отношения с другими людьми в последующем. Иными словами, события раннего детства имеют длительные последствия (Д.Н.Оудсхоорн, 1995).

Оказалось, что развод родителей больше переживается мальчиками в определенном возрасте (10—12 лет). Дисгармония, озлобленность и неприязнь между родителями могут способствовать развитию эмоциональной напряженности у ребенка, возникновению у него невротической реакции с ощущением вины, «морального гнева», чувства изоляции, отчуждения, фобий, дезорганизации поведения, агрессивности. Реакция на развод возникает сразу после него, но остается актуальной и через год, и в дальнейшем (E.Seligman и соавт., 1974).

Острые психогенные травмы способны вызывать у ребенка сначала психогенные, а затем и невротические реакции. Например, мальчик 5—6 лет, играя, спрятался в холодильник, тот захлопнулся, и ребенок не мог выбраться, при этом появились чувство отчаяния, паника, ощущение безвыходности. Ребенок бился о стенки холодильника, а затем «сдался», перестал двигаться, «застыл» в одной позе. После освобождения он

постепенно растормозился, но в течение нескольких дней был эмоционально напряжен, испытывал страх. Динамика его состояния после происшествия «была такой: в глазах застыл ужас, он не отходил от матери, хватался за нее, озирался по сторонам, вздрагивал при малейших посторонних звуках, пугался даже яркого света; затем, через некоторое время, это прошло, но месяца два спустя стали повторяться фобии — боязнь темных помещений, закрытых дверей, развились тики (подергивания отдельных мышц), которые исчезли только после лечения.

На другого ребенка, трех лет, напал сосед, завернувшийся в шубу («хотел испугать»). У ребенка развилась реакция испуга, а потом — боязнь всего «мехового» (живого и неодушевленного).

Обращает на себя внимание то, что разные по качественной характеристике психогенные травмы могут вызывать сходные клинические проявления у детей одного возраста. Так, острые психогенные воздействия у детей младшего возраста (от 1 года до 8—9 лет) чаще всего вызывают реакции, основным содержанием которых является страх. Особенно значимые для ребенка 10—12 лет психогенные переживания (смерть родителя, несправедливое обвинение, тяжелые обиды и пр.) чаще сопровождаются депрессивными расстройствами (подавленное настроение, тоска, ощущение, что ребенок никем не любим, никому не нужен, мысли о собственной никчемности, бессонница, отказ от контакта и пр.).

При сходных обстоятельствах в период пубертатного криза депрессивные переживания также имеют место, но они чаще носят скрытый характер, а на передний план выступают озлобленность, агрессивность, протестное поведение. Все это свидетельствует о значительной роли возраста в клиническом оформлении психогенных расстройств, об особенностях психогенного реагирования в зависимости от системы ценностных ориентаций в разном возрасте.

Чем младше ребенок и чем острее и внезапнее психическая травма, тем меньше роль личностных особенностей. Чем более выражены личностные отклонения, тем большее значение имеют так называемые «уязвимые точки» (Е.А. Блей, 1940). Так, у подростков с патологически заостренным стремлением к самоутверждению грубая заниженная оценка их возможностей, унижение могут вызвать чувство ненависти, злобы и выраженной реакции протеста вплоть до тяжелой агрессии или какого-либо другого антисоциального поступка «назло» обидчику с разрушительными действиями (например, повторные кражи вещей у ненавистной мачехи и уничтожение их).

Неблагоприятные условия в семье весьма разнообразны, и вызываемые ими психогенные расстройства также различны. Так, из-за семейного неблагополучия нередко ребенок вынужден жить у одной из конфликтующих сторон (то у матери, то у отца, то у бабушки). Этот феномен описан как «соломонов синдром» (В.С. Манова-Томова, 1981), когда ребенок вынужден стать Соломоном (по мудрости), чтобы приспособиться к лицам с совершенно различными жизненными принципами и позициями.

Описан также феномен «психологической заброшенности» при живых родителях, занятых собой и карьерой. Ребенок оказывается в ситуации одиночества, непонятости, ненужности, т.е. психогенные переживания сочетаются с ситуацией депривации. В этих случаях ребенок начинает искать и находит понимание «на стороне», в асоциальном окружении сверстников.

Очень большое значение среди прочих психогенных травм в детском и подростковом возрасте имеет так называемое *хроническое травматизирование*. Речь идет не об отдельных острых, чрезвычайных по силе психических «ударах», а о длительном систематическом травматизировании, состоящем из бесконечно чередующихся сильных и повседневных воздействий или только из мелких, но непрерывно

действующих (унижения, угрозы, психологическое истязание, систематические избиения и пр.). В реанимационном отделении одной из детских больниц Москвы почти постоянно можно видеть детей, практически «забитых до полусмерти» (известно немало случаев с трагическим концом). Такое психологическое и физическое истязание детей и подростков встречается чаще всего в неблагополучных семьях, а также в закрытых детских учреждениях (интернаты для сирот и асоциальных сирот», вспомогательные школы-интернаты, спецшколы для малолетних правонарушителей). Наблюдаются подобные случаи и в армии.

К хроническому травмированию относится и насильственное сожительство отцов, старший братьев с малолетними и несовершеннолетними девочками.

Хроническое травмирование отличается тем, что психогенные реакции здесь могут быть повторными, но нечетко выраженными. Типичным же является психогенное (невротическое) развитие личности с формированием сверхценных (сверхзначимых для ребенка) психологических комплексов, связанных с "травмирующим поводом. Эти сверхценные комплексы обычно чрезвычайно аффективно заряжены и сопряжены со становлением личностной патологии, нередко оказывающейся стойкой — приобретенные «краевые» психопатии (О.В.Кербиков, 1961; В.Я.Гиндикин, 1961, 1980; В.А.Гурьева, 1968-1980, 1995 и др.). Хроническое травмирование сочетается, как правило, со значительными отрицательными социально-психологическими влияниями. Обращает на себя внимание сходство клинических картин при разных вариантах травм такого характера. Их социальные последствия нередко оказываются драматическими. Кажущаяся незначительной очередная травма (конфликт, избиение) может привести на фоне психогенного развития личности к возникновению острой аффективной реакции, во время которой по патологическим механизмам совершается тяжкая

агрессия в отношении «обидчика» (жестокие убийства). Именно в тех случаях, когда на фоне хронического травмирования у детей и подростков дополнительная травма вызывает острую аффективную реакцию с агрессией, возможен механизм «короткого замыкания» (реакция возникает без обдумывания, без борьбы мотивов, императивно и сопровождается аффективным сужением сознания, запоминанием событий того периода).

ДЕПРИВАЦИЯ, ЕЕ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Термин «депривация» означает недостаточность удовлетворения каких-либо человеческих потребностей. Понятие это сложилось в психиатрии и психологии в середине текущего столетия и в последующие годы стало все больше привлекать внимание ученых. Были выделены:

— депривация материнская (эмоциональная), возникающая в раннем детстве (R.Spitz, 1946) в связи с недостаточностью контакта с матерью; как клиническое выражение этой депривации были описаны аффективные, невротические и психотические расстройства, в частности, анаклитическая депрессия (следствие нарушенного контакта с матерью);

— депривация сенсорная (лишение необходимой для жизнедеятельности информации; J.Vernon, J.Hoffman, 1956); неудовлетворенность потребности в накоплении знаний может стать фактором депривации и сопровождаться появлением внутренних невротических конфликтов (Л.И.Божович, 1979);

— депривация социальная — недостаточность контактов с окружающей средой, влияющих на психическое развитие ребенка («синдром Каспара Хойзера»), или нарушение уже сложившихся механизмов социальной адаптации (H.Hufer, 1954); она может привести к возникновению депрессий, тяжелых неврозов, психогенных психозов.

Были выделены и другие формы депривации. Применительно к психогениям в детском и подростковом возрасте депривация может рассматриваться как одна из форм психотравматизации (разлука с матерью, лишение ребенка родительского тепла, внимания, заботы, воспитание в Доме ребенка, яслях-пятидневках, интернатах, сиротских домах, длительное пребывание в соматических и психиатрических стационарах — «госпитализм» и пр.). Кроме того, депривация может сочетаться с другими травмирующими факторами. Во всех этих случаях речь, как правило, идет о парциальной (частичной) депривации, не прекращающей, но задерживающей или искажающей психическое развитие ребенка и способствующей возникновению психогений. Депривация тем более патогенна, чем младше ребенок и чем больше потребностей она охватывает.

К настоящему времени систематизированы случаи тотальной многоплановой депривации в раннем детском возрасте, когда речь идет не просто о психогенных расстройствах, а о тяжелых и необратимых нарушениях познавательной деятельности и психического развития ребенка в целом (О.Н.Кузнецов, В.И.Лебедев, 1972).

Влияние изоляции от человеческого общества, «когнитивный и социальный голод» в период наиболее бурного развития психики (ранний возраст) огромно. Легенды о вскормленных волчицами основателях Рима (Ромуле и Реме), Маугли, которые якобы сохранили способность к психическому развитию и приобщению к человеческому обществу, заставили ученых задуматься о том, действительно ли у таких детей могут развиваться речь, интеллект, человеческие эмоции. На этот вопрос отвечают свидетельства об уникальных случаях, являющихся достоверными историческими фактами.

В 1754 г. французский философ Этьен Кондиляк описал литовского мальчика, вскормленного медведицей. Когда ребенка нашли люди, он не проявлял никаких признаков человеческого разума, не умел говорить,

ходил на четвереньках. Прошло много лет, пока он научился говорить и понимать человеческую речь, но развитие его психики на этом и прекратилось.

Подобные случаи были известны в Швеции, Бельгии, Германии, Голландии, Ирландии, России. Все найденные дети издавали нечленораздельные звуки, не могли передвигаться на двух ногах, обладали большой мышечной силой и ловкостью, имели острые зрение и слух.

В XVIII веке великий естествоиспытатель Карл Линней выцедил в рамках вида «человек разумный» подвид «человек одичавший», обобщив все случаи воспитания детей животными. Он пришел к выводу, что у одичавшего человека не развита не только речь, но и человеческое сознание.

В 1920 г. в Индии доктор Синг обнаружил в волчьем логове двух девочек. Одной на вид было лет 7—8, другой - года 2. Младшая вскоре умерла, а старшая прожила 10 лет. Ее называли Камалой. Из подробного дневника доктора Синга известно, что она долго ходила только на четвереньках, пила, лакая, мясо ела только с пола, по-волчьи скалила зубы и рычала. Боялась сильного света и огня. Стоять научилась только через 2 года, ходить - через 6, выучила 6 слов через 4 года, 45 слов — через 7 лет. В дальнейшем выучила 100 слов. В 17 лет по умственному развитию напоминала 4-летнего ребенка.

Известен и такой случай. В Индии жители одной деревушки убили детенышей леопарда, а через два дня самка похитила 2-летнего мальчика. Он пробыл с леопардами 2 года, а затем его нашли. Мальчик обладал всеми особенностями «одичавшего». На ладонях и коленях у него были мозоли, он бросался на кур, разрывал их на части и пожирал с необыкновенной быстротой. Научился стоять только через 3 года, но передвигался по-прежнему на четвереньках. К 9 годам он ослеп и умер.

В 1956 г. в джунглях Индии был найден 9-летний мальчик, проживший в волчьей стае 6—7 лет. По уровню развития он походил на девятимесячного. Первые признаки очеловечивания у него появились через 4 года. Все эти случаи представляют собой естественные эксперименты, поставленные самой природой.

Другой вариант искусственной полной задержки психического развития у детей явился результатом злого умысла человека. Около 350 лет назад индийский падишах Акбар поспорил с придворными мудрецами, которые утверждали, что дети заговорят на языке своих родителей, даже если их этому не обучать. Акбар взял маленьких детей разных национальностей и поместил их в разные комнаты. 7 лет за ними ухаживали немые слуги. В результате ни один из детей не заговорил. Вместо речи они издавали бессвязные вопли и крики.

В Германии в 1828 г. сообщалось о Каспаре Хойзере, который ребенком (по неизвестным причинам) был замурован в погребу и провел там 16 лет. Человек, который приносил ему хлеб и воду, научил его стоять и ходить. Кроме своего имени еще 2—3 фраз, он ничего сказать не мог. Его развитие соответствовало уровню развития 3-летнего ребенка. Чувства были обострены, он свободно различал людей по запаху, хорошо видел в темноте. Через 3 года (ему было около 20 лет) его развитие стало соответствовать уровню 8-летнего ребенка.

Безусловно интересны опыты Г.Харлоу (1959) с обезьянами, выращенными, без матерей. Полная их изоляция в течение 6 месяцев привела к тому, что их поведение в социальном, половом и материнском отношениях стало аномальным. Многие из них стали агрессивными, совершенно неконтактными. Попытки вылечить их оказались безуспешными.

Данные о полной депривации с необратимыми изменениями психики не имеют прямого отношения к проблеме психогений и приведены здесь

только для того, чтобы показать, насколько может быть велико значение неудовлетворения человеческих потребностей (депривация).

В 1924 г. появилась работа Л.С.Выготского (1960), в которой постулировалось следующее положение: каждая психическая функция развивается на определенной стадии, в определенном возрасте (речь, счет, основные арифметические операции и пр.). Нарушение «своевременности» формирования каждой из них может привести к искажению психического развития в целом.

Частичная сенсорная депривация описана и в художественной литературе («Без языка» В.Г.Корленко, 1895), и в специальной (аналогичный случай: 20-летняя девушка приехала в Америку, не зная английского языка, у нее развился острый психогенный психоз с бредом преследования и страхами; после установления контакта на родном языке и стационарирования симптоматика исчезла очень быстро). П.Б.Ганнушкиным (1904) было отмечено, что реактивные параноиды появляются у слабых, неустойчивых, внушаемых личностей, когда они попадают в изолированное положение.

Подобные острые реактивные психозы развиваются в условиях одиночного заключения. В этом случае накладываются разные психогенные переживания (привлечение к уголовной ответственности, предстоящее лишение свободы, социальная и сенсорная депривация). Посетив тюрьму и одиночные камеры, Ч.Диккенс писал: «Медленное ежедневное давление на тайные пружины мозга неизмеримо более ужасно, чем любая пытка», а по словам одного из декабристов, «изобретатели виселицы — благодетели человечества, придумавший одиночное заключение — подлый негодяй, это наказание не телесное, но духовное». Возникающая при изоляции сенсорная депривация играет роль психической травмы, проявляясь в переживаниях собственной физической неполноценности, уродства. По этой модели могут развиваться дисморфофобии у подростков и «анорексия невроза» (см. клинический раздел).

Чем раньше ослеп ребенок, тем сильнее слепота отражается на душевном развитии (А.А.Крогиус, 1926). Вместе с тем как психогенный фактор слепота проявляется тогда, когда ребенок в состоянии понять, чего он лишился. Стараясь вытеснить это переживание, слепые отрицательно относятся к проявлениям сострадания. На дверях одной школы для слепых было написано: «Посетителям запрещается высказывать детям сожаление» (О.Н.Кузнецов, В.И.Лебедев, 1972). Лишенные возможности видеть, дети сосредотачиваются на собственных переживаниях и при соответствующих способностях размышляют над вечными вопросами, философскими проблемами. По свидетельству Диогена, некоторые древние философы добровольно лишали Себя зрения (например, Демокрит). Учитель Цицерона Диотот был слепым. У детей, ослепших после того, как они научились говорить, может возникать склонность к гиперкомпенсаторному фантазированию. Основой психогенных (невротических) реакций у них является комплекс собственной неполноценности.

Поражение органов слуха в раннем детстве при отсутствии специального обучения приводит не только к глухонемоте, но и к психическому недоразвитию. Глухота, развившаяся в более поздний период, чаще становится источником разных психогенных расстройств. Если она развивается постепенно, как правило, формируется комплекс собственной неполноценности. Очень показательны в этом отношении откровения Бетховена в «Гейлингенштадском завещании» (1802): «...Едва только я попадаю в какое-нибудь общество, как меня охватывает чувство мучительного страха, я боюсь себя выдать, боюсь, что люди заметят мое несчастье... такие испытания доводили "меня чуть ли не до отчаяния». Э.Крепелин (1910) описал «бред преследования тугоухих», основой для развития которого становятся психогенные недоверчивость и подозрительность. Такое болезненное состояние иногда заканчивается убийством лиц, кажущихся врагами.

Основой сенсорной и социальной депривации могут быть и ограничения в удовлетворении потребностей в движении (детские церебральные параличи, костный туберкулез и пр.). О.Н.Кузнецов и В.И.Лебедев (1972) приводят такое наблюдение. Мальчик в возрасте одного года был госпитализирован в связи с тяжелыми параличами всех четырех конечностей и тяжелым дыхательным параличом. Он был помещен в респиратор (дополнительная сенсорная депривация). На 7-й день пребывания в респираторе у мальчика появились грезы, продолжавшиеся 10 дней, содержание которых отражало его реальные переживания (разговоры с родными, пребывание дома, прогулки с родителями). Иными словами, в грезах осуществлялись нереализованные желания, недостающие впечатления.

Е.И.Кириченко, О.А.Трифонов (1969) описали у детей и подростков с церебральными параличами наряду с психическими расстройствами развитие определенных черт личности, укладывающихся в синдром изоляции (депривации). Это — ограниченность кругозора, односторонняя направленность интересов, психогенное фантазирование с яркими чувственными представлениями и образами. У больных детей постепенно развиваются отгороженность, интравертированность, подчеркнутая и зафиксированная реакция на свой физический дефект, необщительность, малая доступность контакту, погруженность во внутренние переживания. Самоизоляция ребенка от всего внешнего, возникающая как реакция на собственное физическое состояние, бывает очень сходна с той, что наблюдается при раннем детском аутизме (патологическая замкнутость) Каннера, характерном для некоторых форм детской шизофрении. Очень важно найти связь аутизма в этих случаях с психогенными переживаниями, появлением сверхценных (сверхзначимых) переживаний своей недостаточности.

Установлено, что длительная сенсорная депривация может привести к эмоциональному стрессу.

СИСТЕМАТИКА ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ

Попытки систематизировать психогенные травмы делались неоднократно. С большой долей условности их можно подразделить следующим образом.

1. Сверхсильные, острые, внезапные:

а) смерть на глазах ребенка;

б) убийство;

в) изнасилование.

2. Субъективные, сверхсильные, острые (сверхзначимые для ребенка): а) смерть матери, отца;

б) неожиданный уход из семьи любимого родителя;

в) известие, что родители неродные, что ребенок приемный.

3. Острые, сильные и сверхсильные, следующие одна за другой. Например: смерть матери, появление «плохой» мачехи, определение ребенка в интернат.

4. Психогенные травмы, лежащие в основе посттравматических стрессовых расстройств, отличающиеся определенным своеобразием. Это — стрессовое событие (кратковременное или продолжительной) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать состояние дистресса почти у любого человека (природные катастрофы, сражения, несчастные случаи, роль жертвы пыток). Предиспонирующие факторы (личностные аномалии, органическая недостаточность) необязательны.

5. Связанные с воздействием на внутренние психологические комплексы ребенка.

6. Определяемые как ключевые переживания по отношению к каким-либо особенностям личности (тревожно-мнительные, истерические, сензитивно-шизоидные и пр.).

7. Сочетающиеся с депривацией (эмоциональной или сенсорной-).

8. Психогенные травмы в периоды возрастных кризов (астенизация, кризовые психологические комплексы, склонность к соматизированию психических расстройств).

9. Связанные с неправильным воспитанием (отвержение ребенка, воспитание по типу «кумира семьи», «золушки», по типу «ежовых рукавиц» и пр.).

10. Хронические психические травмы (неблагополучная семья, закрытые детские учреждения, армейские условия).

II. Комбинация острых и хронических психогенных травм.

ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА ПСИХОГЕНИЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Понятия болезнетворного фактора и причины заболевания неоднозначны. Никакой изолированный фактор сам по себе не может быть причиной болезни. Она определяется «внутренними моментами» — отношением организма (индивидуума) к патогенному фактору (И.В.Давыдовский, 1964; Г.Е.Сухарева, 1959).

Вопрос о механизмах развития психогений изучался в течение всего последнего столетия. Соответственно было предложено большое количество теорий. Сам факт обилия патогенетических построений свидетельствует, с одной стороны, о трудностях создания единой модели, с другой — о том, что до настоящего времени не предложено еще исчерпывающей теории. Одним из наиболее значительных является учение И.П.Павлова о физиологических основах психогенных расстройств.

Созданное в 20—30-х годах текущего столетия, это учение не только упоминается современными исследователями разных стран, но и используется в построении своих схем патогенеза (например «бихевиоризм»).

Особое место в понимании патогенеза неврозов занимает учение И.П.Павлова о типах высшей нервной деятельности (сангвиник, флегматик, холерик, меланхолик, художественный и мыслительный типы). В зависимости от нарушения силы, подвижности и уравновешенности нервных процессов некоторые из этих типов оказались более расположенными к неврозам (например слабый художественный тип).

Изучение экспериментальных неврозов позволило И.П.Павлову показать, что ослабление нервных процессов, нарушение их подвижности, уравновешенности, появление очагов «охранительного» торможения при «перевозбуждении процессов возбуждения-торможения» или «сшибке» нервных процессов, возникновение фазовых состояний, очагов застойного возбуждения («больных пунктов») с явлениями положительной или отрицательной индукции могут привести к возникновению неврозов. И.П.Павлов понимал невроз как срыв высшей нервной деятельности в результате «перенапряжения» нервных процессов. Объяснение природы основных истерических симптомов было дано И.П.Павловым в работе «Об истерии» (1932). Фантазирование у лиц с истерической симптоматикой он объяснил невротическим механизмом «бегства в 1 болезнь» и дал ему физиологическое толкование.

И.П.Павлов объяснил с позиции физиологии высшей нервной деятельности и механизм истерической фиксации.

Слабая сторона учения Павлова состояла в слишком большой обобщенности патофизиологических механизмов, в недостаточной увязанности их со средовыми факторами.

Значение биохимических гормональных изменений в развитии психогений

изучалось многими исследователями, но наиболее стройную теорию разработал известный канадский ученый Х.Селье (H.Selye, 1936). В основу этой теории легло понятие *стресса* (в переводе — напряжение, давление обстоятельств). Сам Селье считал, что его концепция является продолжением учения Vonhoeffler об острых реакциях экзогенного типа, при которых клиническое оформление не зависит от характера экзогенной вредности и является общим для всех экзогений. В качестве стрессора, по Селье, могут выступать как физиологические (чрезвычайная нагрузка, температура, боль, соматическое заболевание), так и психические (угроза благополучию, страх и пр.) факторы.

В результате воздействия стрессоров возникает стресс как реакция защиты организма, попытка восстановить гомеостатическое равновесие. Стресс проявляется как адаптационный синдром в виде трех фаз: 1) реакция тревоги, мобилизации; 2) стадия сопротивления, резистентности; 3) стадия истощения, когда исчерпаны адаптационные возможности. Ведущая роль в разворачивании стресса принадлежит *гормонам (адреналин, норадреналин)*. Первые две фазы — это еще не болезнь, а естественная борьба организма с вредностью. Стресс может быть физиологическим и психологическим (информационный и эмоциональный). На первых двух стадиях он может выступать как мобилизующая сила и в случае успешного преодоления вредности на этом и заканчивается. При продолжающемся действии стрессора или повторяющихся состояниях стресса наступает 3-я фаза — *аффективного и гормонального истощения*. Эту фазу Селье рассматривал как патологическую, как развитие психогении и обозначил ее как «*дистресс*». В это время преобладают тревога, чувство безысходности, тоска, которым клинически соответствует картина невроза, психореактивных состояний, «депрессии истощения» (по P.Kielholz, 1980) и начало психогенного развития личности. После стресса достаточно бывает незначительного психического перенапряжения, чтобы возобновилась ситуация дистресса.

Концепция Селье сыграла важную роль в разработке теории патогенеза психогений, в углублении знаний об их соматической основе. *Слабое место* этого учения — в односторонности подхода.

Особенности адаптационного синдрома Селье на психологическом уровне могут соотноситься с *теорией фрустрации Розенцвейга* (S.Rozenzweig, 1945). Фрустрация, по автору, это столкновение какой-либо жизненной потребности индивидуума с непереносимым психологическим препятствием (например, морально-этическая установка), с внутренним запретом. При этом развивается стрессовое состояние и в зависимости от длительности неразрешенного внутреннего конфликта может возникать невроз. Теория фрустрации дополняет учение Селье и не касается биохимических изменений, происходящих при этом.

С позиций эмоционального стресса, по-видимому, можно трактовать возникновение и развитие не только психогенной, но и некоторых форм *соматогенной депрессии*. Как отмечает Р.Kielholz (1980), на 1-й стадии стресса одновременно с вегетативными и эндокринными защитными реакциями возникает психическая готовность к «борьбе». На 2-й стадии обилие психовегетативных и функциональных расстройств способствует возникновению ипохондрических опасений. На 3-й стадии появляются не только психические, но и психосоматические заболевания.

По мнению М.О.Гуревича (1949), между психическим заболеванием и нарушениями соматического порядка возможны разные взаимоотношения. Он выделяет одно из них — когда соматическое заболевание вызывает вторичные мозговые, а затем психические нарушения. Это соматогенные психические расстройства.

При развитии дистресса, по Селье, имеет место другая ситуация, когда психогенный фактор вызывает такие психические нарушения, которые могут проявляться соматической симптоматикой, т.е. речь идет о соматоформных расстройствах.

Висцеровегетативные сдвиги с соответствующей симптоматикой имеются в картине каждого невроза как обязательная составная его часть (В.Я.Деглин, 1979). В соответствии с этой позицией автор вводит в определение неврозов обязательность психогенных соматических расстройств.

В приведенных теориях патогенеза находили отражения связи развивающегося невроза с психологическим содержанием психогенных переживаний, хотя неоднократно подчеркивалось наличие при этом «психологически понятных» связей (Э.Кречмер, 1924).

Самым распространенным в зарубежной литературе оказалось учение З.Фрейда. Именно психоанализ впервые прикоснулся к тем сторонам патогенеза неврозов (особенно у детей), которые раньше не раскрывались. Речь идет о психологическом подходе к проблеме неврозов, точнее— психоаналитическом. Вначале, однако, эту теорию Приняли немногие. З.Фрейд сформулировал ряд положений о становлении сексуальности в раннем детстве («оральная», «анальная», «генитальная» стадии). Не-удовлетворенная или подавленная (например, воспитание) сексуальность ребенка либо «сублимируется» (переходит в социально приемлемые формы деятельности), либо становится источником невротических расстройств, если «вытесняется» в подсознание и принимает участие в образовании внутренних конфликтов. Эта концепция определена как умозрительная, основанная на «пансексуализме», игнорирующая роль социальных факторов и индивидуальности в формировании психогений.

Все это послужило причиной многочисленных попыток модификации психоанализа З.Фрейда с исключением тенденции связывать все психические потребности с эросом, удовольствием или неудовольствием, с первенствующим положением в психике инстинктов и подсознания. В результате возникли психоаналитические и психодинамические направления в понимании патогенеза неврозов, которые в

редуцированном и преобразованном виде начинают приниматься и отечественными психиатрами и психологами.

Согласно этим представлениям, психотравмирующий фактор действует только на такую личность, у которой до этого сформировались так называемые внутренние невротические конфликты. В.Н.Мясищев (1960) выделил три типа конфликтов по названию основных неврозов: истерический, обсессивно-психоастенический или неврастенический. Внутренний конфликт — это противостояние осознаваемых притязаний, желаний и неосознаваемой самооценки. Ребенок, как правило, стремится к самоутверждению среди приятелей, но, будучи тревожным и неуверенным, находит неверные пути или отказывается от этой затеи. Однако для него это не проходит безболезненно. Появляется чувство собственной несостоятельности, враждебности к окружающим, отрицательной оценки не только себя, но и других. Если эти переживания застревают в сознании, а это при готовности к психогенным реакциям становится все более отчетливым, начинаются поиски разных путей разрешения внутреннего конфликта вплоть до тяжелой агрессии в рамках протестных реакций. Подавление сильных эмоций всегда вызывает кристаллизацию страхов, тревоги и злобы. В зависимости от преобладания одной из этих эмоций развивается та или иная форма психогенной реакции. Внутренний конфликт — это всегда проблема выбора, выбора между желаемым и возможным, желаниями и социальными запретами, желаниями и принятыми в конкретной среде социальными самоограничениями, т.е. появляется новый внутренний конфликт, связанный с объективной или субъективной депривацией. Чем менее подготовлен подросток к сознательному сдерживанию своих эмоций и потребностей, тем болезненнее переживаются эти внутренние психологические конфликты. Если моральные и этические устои, обязательность эстетических и познавательных потребностей, понимание необходимости выполнения своих обязанностей в отношении близких и учебы не воспитаны и жестко

не закреплены, легко возникает отказ от того, что трудно, и происходит переход к такому стилю жизни, который не требует ни интеллектуальных, ни волевых усилий — школа заменяется улицей.

Очень важное значение имеют ценностные ориентации. Подросток склонен к подражанию и поиску абсолютного кумира. Все дело в том, кому он будет подражать, за кем пойдет, чего будет добиваться в жизни. По Л.С.Выготскому, понимание подросткового возраста невозможно без знания основных внутренних движущих сил и многочисленных противоречий психики.

Ортодоксальным психоанализом и школой Юнга (C.Jung, 1994) разработано также понятие психологического комплекса, представляющего собой ассоциированные эмоционально значимые идеи и импульсы, подавляемые и вытесняемые сознанием, так как они находятся в конфликте с «я» и «сверх-я» (S.Freud, E.Breuer, 1895). Большинство из этих комплексов формируется в детстве, для образности они названы мифологическими именами. Все они — типичный пример пансексуалистского подхода. Так, комплекс Эдипа — влечение сына к матери и недоброжелательность к отцу. З.Фрейд рассматривал этот комплекс как основную идею неврозов. Невроз трактовался при этом как регрессия либидо на одну из стадий инфантильной сексуальности. Эдип, герой древнегреческой мифологии, убил фиванского царя Лая, не зная, что это — его отец, женился на своей матери и завладел престолом. Узнав правду, он ослепил себя и уединился. Тот же принцип заложен в комплексах Электры, Антигоны, Гризольды, Дианы, Иокасты, Медеи, Федры, Ореста. Комплекс Каина основан на зависти брата к брату (библейская легенда об Авеле и Каине).

Наиболее частыми комплексами, отражающими реальные психологические переживания, являются комплексы собственной неполноценности, присущие многим больным с неврозами. У ребенка после обид, унижений, испуга могут доминировать мысли о своей

ничтожности, несостоятельности. В клинике в этих случаях говорят о патологически заниженной или завышенной самооценке. Внутренние конфликты возникают у ребенка со времени осознания таких понятий, как «хочу», «можно», «нельзя».

Интересным является изложение психодинамического направления (вариант психоанализа) в интерпретации В.И.Гарбузова (1990). У ребенка следует различать как бы два уровня психической деятельности: в осознаваемой и неосознаваемой сферах. Наряду с произвольным мышлением, суждениями, реагированием, возникающими в ответ на конкретные внешние сигналы, в психике (как бы во внутреннем поле) происходит неосознаваемая переработка мыслей и чувств, их фиксация или вытеснение. Именно в этой сфере заключены механизмы развития неврозов.

В сфере неосознаваемого происходит переработка всего того, что таит в себе угрозу. Это — доминирующие переживания, которые могут оставаться на соматопсихическом уровне. По В.И.Гарбузову, большинство внешних впечатлений (зрительных, слуховых, психомоторных) усваивается неосознанно, но не исчезает, а остается в подсознании. Доказательства долго искать не надо. Всем известны случаи, когда при каких-либо особо экстремальных ситуациях вспоминается то, что казалось давно забытым, человек начинает говорить на нескольких языках, которые специально не изучал, в состоянии гипноза — хорошо рисовать или петь, хотя до этого таких способностей не обнаруживал.

Ребенок обычно не помнит ничего о себе и своей жизни до 3—4 лет, но все события и переживания остаются у него в памяти (особенно это касается отрицательных переживаний: страх, обиды, унижения, тяжкие ситуации). Иногда совершенно непонятно, почему он относится к кому-либо из окружающих с любовью или враждебностью, но при знакомстве с предшествующим периодом его жизни выявляются психологически понятные объяснения этого. Легко передается ребенку и отношение его

родителей к окружающим, особенно если это сильные эмоции. Стиль поведения, моральные принципы, система ценностей формируются в детстве и, как правило, внушены взрослыми (повышенная внушаемость детей, абсолютный авторитет родителей). Все это определяет формирование так называемых установок. Внутренними установками становятся и собственное поведение, и отношение к другим, особенно если они продиктованы такими эмоциями, как страх, паника, ожидание нападения и пр. Зафиксированные в детстве установки могут приобретать характер обязательных правил, поведенческих штампов. Ребенка пугали, истязали, оставляли в эмоциональной изоляции — и в результате возникает стойкая неуверенность в себе. Ребенка перевозносили, и он становится самоуверенным эгоистом. Возникающие установки могут противоречить друг другу (например, установка «не уступай» и «будь осторожен»). Если ребенок не в состоянии справиться со своими психологическими противоречиями и они накапливаются, растет напряжение, возникают стресс и готовность к развитию невроза. Усваиваются обычно те установки, которые соответствуют основным тенденциям формирующейся личности. Ребенок с невропатией легче усваивает установки на такое представление о жизни, которое определяется страхом перед ней — жизнь кажется полной опасностей. Установка на заниженную самооценку ведет к неврозу.

Э.Кречмер (1924) выделил три типа установок: стенические, астенические и аутистические. Например, чисто аутистическое решение всех проблем связано не с реальной жизненной борьбой, а с отрешением от всего внешнего, — это внутренние представления, фантазии, сновидения наяву.

В ответ на воздействие психогенных травм для борьбы с ними организм, стремясь сохранить свою психическую целостность, отвечает образованием компенсаторных механизмов, «механизмов психологической защиты». Они бессознательно подавляют и вытесняют из сознания ту информацию, которая не соответствует требованиям

моральной цензуры.

Западные психотерапевты, разработав это понятие, выделили разные варианты, наиболее важными из которых являются.

— механизм вытеснения (вытесняются импульсы, возбуждающие напряжение и тревогу);

— проекция — стремление освободиться от навязчивых мыслей, чувств, побуждений, приписывание их другим (например, приписывание другим своих отрицательных черт), вариант проекции — вымещение;

— рационализация — попытка оправдать свои слова или действия сложившимися обстоятельствами; постепенно ребенок начинает оправдывать себя во всем, развивается убежденность, что неприятности идут от родителей, учителей, появляется враждебность;

— механизм сублимации — превращение социально неприемлемого импульса в приемлемый (примитивные, низменные потребности переводятся в деятельность, одобряемую в обществе); это — один из механизмов положительной компенсации;

— механизм элюзии (уклонения) — защита, проявляющаяся в уходе от реальности в мир грез и фантазий (вариант — «бегство в болезнь»).

Выделены и другие механизмы. Цель любого из механизмов психологической защиты — снижение психического напряжения.

В противовес индивидуумам слабым, у которых есть склонность к возникновению гипер- или псевдокомпенсаторных механизмов защиты, выделяется вариант самоактуализирующихся личностей, которые не нуждаются в психологической «защите». Это, как правило, «лица, увлеченные какой-либо значимой для них деятельностью; самопознание для них важнее самооценки» (творчество, в том числе рукотворчество и пр.).

Итак, этап психогенеза начинается с момента возникновения переживаний, заряженных интенсивным отрицательным аффектом (страх, тревога, обида) и сопровождающихся нарастанием напряжения. Индивидуум в зависимости от своих психологических комплексов, внутренних конфликтов, темперамента, уровня психической незрелости отвезет на это сразу, без обдумывания (реакция по механизму «короткого замыкания») или попыткой сформировать компенсаторные механизмы психологической защиты. В результате этой «борьбы» ребенок либо справляется с «травмой», преодолевает аффективное напряжение, либо у него наступает психологический «срыв», развивается невроз.

По мнению В.И.Гарбузова (1-990), весь процесс возникновения невроза у детей можно уложить в 3 этапа.

Первый из них характеризуется появлением напряжения, внутренних конфликтов и некоторых личностных свойств, отражающих борьбу с вредностью или отказ от борьбы, (стенические, астенические, аутистические установки, по Э.Кречмеру). Это — черты предневрозного Характера (по типу пассивности и робости, тревожной мнительности, эгоцентрической демонстративности).

Второй этап формирования предневрозного характера происходит на фоне страдания от неуверенности в себе, переживания нереализованности притязаний.

Третий этап — это формирование самого невроза на фоне и под влиянием психогенного психотравматизирования.

Иными словами, при неврозах у детей одновременно или последовательно возникают и кристаллизуются собственно невротическая симптоматика и соответствующие изменения личности.

В детском возрасте в связи с незрелостью психики защитные механизмы еще не сформированы, поэтому этап психогенеза (психологической

переработки травмирующего фактора) отсутствует или редуцирован, а реакции отражают непосредственный ответ на психогенный (для конкретного ребенка) фактор. Только к концу детского возраста этап психогенеза становится более очерченным.

В период психогенеза начальная симптоматика отражает переход социального, через этап индивидуально-психического, в патобиологическое (В. В. Ковалев, 1980). Психогенные заболевания сопровождаются также функциональными сдвигами биохимических показателей (повышение в крови уровня пировиноградной кислоты, АТФ и Са с одновременным снижением в ней количества молочной кислоты, пониженное выведение фосфатов с мочой, колебания уровня сахара в крови — А.Крейндлер, 1963; А.Д.Миттельштадт, 1958).

В последние десятилетия накапливаются данные о зависимости между характером эмоционального стресса и функциональной активностью системы гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников (В.Т.Бахур, 1974; Б.Д.Карвасарский, 1976, 1990; И.П.Анохина, Т.Б.Дмитриева, 1981; Т.Б.Дмитриева и др., 1982).

ГЛАВА 3

УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВОЗРАСТНОЕ СВОЕОБРАЗИЕ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

РОЛЬ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА

Вероятность возникновения психических расстройств различна в разные возрастные периоды. Наиболее уязвимы в этом отношении детство и отрочество.

Психическое развитие у детей вообще происходит неравномерно, но в определенные периоды становится еще и дисгармоническим — одни функции формируются быстрее других.

Особое значение имеют так называемые возрастные кризы — периоды наибольшей подверженности нервным и психическим расстройствам. Если учесть, что возрастные кризы охватывают 10 лет из 18 (1-й криз — 3—4 года, 2-й — 5—7 лет, 3-й — 12—18 лет), то становится очевидным, что в целом детский и подростковый возраст — весьма подходящее время для развития психогений.

Обнаружение четких клинико-возрастных закономерностей возникновения и развития психических расстройств, а также характерных для каждого возраста социальных проблем определило выделение двух дисциплин — детской и подростковой психиатрии. Большое значение в этом отношении имела предложенная еще 25 лет назад английским психиатром Н. Maudsley (1970) «идея развития», положенная в основу «психологии развития» и «психиатрии развития». Значение этой «идеи» трудно переоценить, потому что только после ее появления началось изучение зависимости оформления психических расстройств от особенностей психического развития ребенка на том или ином возрастном отрезке. Обобщая данные разных авторов, изучавших психическое развитие детей, можно выделить следующие наиболее значимые вехи.

На первом году жизни ребенок сосредоточен на уменьшении психофизического напряжения, связанного с первичными потребностями. Для него существует ограниченный круг положительных и отрицательных сигналов (потребностей), которые он должен удовлетворить, — голод, боль, необходимость отправления нужд, сон. Каждая из этих потребностей имеет абсолютно витальное, жизненное, значение и не может быть не удовлетворена. При этом чем педантичнее соблюдается режим, тем скорее вырабатывается положительный стереотип. Неудовлетворение какой-либо из этих потребностей (депривация) может стать психогенным поводом для возникновения реакции, и чем больше нарушение, тем тяжелее депривация.

Иными словами, реакция ребенка в самом раннем возрасте обусловлена мотивами непосредственного удовлетворения инстинктов и, в первую очередь, инстинкта самосохранения. Поэтому первая психогенная травма обычно проявляется в угрозах инстинктивной жизни (Г.Е.Сухарева, 1959).

Однако указанными потребностями не исчерпывается психическая жизнь даже младенца. Уже на 3—5-й неделе жизни в норме появляется потребность в контакте (социальные функции), правда, сначала только с тем человеком, который обеспечивает возможность жить.

На 3-м месяце отмечается психомоторное оживление и узнавание матери или нескольких лиц наиболее часто попадающих в поле зрения ребенка. При этом потребность в эмоциональных и социальных контактах быстро возрастает. Чем успешнее проходит этот период, тем лучше прогноз в плане дальнейшего познания мира (Г.Н.Сердюковская, 1985). К 8—9 месяцам на первый план у ребенка выступает предметно-манипуляционная деятельность, совершенствуются социальные и эмоциональные контакты. В последующее время, до 3 лет, развитие (при благоприятных условиях) протекает спокойно. Первичные потребности остаются мощной мотивационной системой, но пути их удовлетворения

становятся все более адекватными. Ребенок может начать делать то, что нравится не только ему, но и родителям, но может, при соответствующих условиях, становиться все более эгоцентричным. Этот возраст характеризуется полной зависимостью от родителей. К концу этого периода удовлетворение потребностей за счет абсолютной помощи извне из гарантии безопасности превращается в самоцель. Поэтому родители должны способствовать постепенной редукции этой зависимости. Если же это делается родителями грубо, резко, по типу попыток оборвать зависимость сразу, возникает фрустрация (препятствие к удовлетворению потребностей), которая только усиливает зависимость. В норме ребенок уже сам способен удовлетворять элементарные потребности.

Толчком к изучению фрустрации послужили работы З.Фрейда. По П.Фрессу, Ж.Пиаже (1975), реакции на фрустрацию — это эмоциональные реакции, от элементарных до развернутых. Они выделили 3 формы реакций: в виде агрессивности, отступления и регрессии.

Если до 2 лет преобладает моторное развитие, то последующий период характеризуется быстрым когнитивным развитием и совершенствованием речи. Только в 2—2,5 года ребенок начинает применять к себе местоимение «я». Начинается самопознание. Ребенок начинает понимать, что он — это одно, а мать — совсем другое, что они раздельны и самостоятельны. Попытки создать препятствие на пути самоутверждения ребенка могут также привести к фрустрации и элементарным психогенным реакциям. В это время в норме начинает редуцироваться «сверхзависимость» от родителей. Если мать способствует сохранению чрезмерной связи с ребенком, она способствует его инфантилизации и тормозит развитие. Чем дольше сохраняется чувство сверхзависимости от матери, тем дольше сохраняется абсолютная власть матери. Это способно стать источником пассивности ребенка, «цепляния» за мать. При дополнительном стрессе такое поведение может принимать патологический характер, что чаще бывает у

детей пугливых и неуверенных.

Возраст с 3 до 4 лет - один из важнейших периодов развития, протекающих критически (*1-й возрастной криз*). В этом возрасте, как и в последующие критические периоды, ребенок становится капризным, ранимым, непослушным, повышено утомляемым, раздражительным, упрямым, протестующим против власти взрослых, подверженным психогенным срывам. Отмечаются также внутренняя дискомфортность, напряженность, большая чувствительность к депривации, вызывающей фрустрацию (Л.И.Божович, 1978). В это время особенно опасно подавлять растущую активность ребенка, способствовать дефициту общения и эмоционального контакта. Последнее может привести к аутизму (замкнутость), речевым расстройствам (задержка развития речи, отказы от общения, речевого контакта). Подчеркивается значение складывающейся к этому возрасту «я-системы» («я сам!») — самосознание, самооценка, желание одобрения своей деятельности. Если эти стремления не поддерживаются взрослыми, игнорируются или подавляются, могут возникать внутренние конфликты (между стремлением, желанием и невозможностью удовлетворения потребностей при выборе между «хочу» и «надо»).

Возникают противоречивые переживания, растет эмоциональная напряженность, нарушается поведение, появляется склонность к невротическим реакциям. Если криз сопровождается перечисленными особенностями в полной мере, его уже можно обозначить как преневротическое состояние (G.Destunis, 1962).

Первые невротические проявления в этом возрасте внешне обнаруживаются поведенческими реакциями (протеста, отказа).

Таким образом, к 3—4 годам ребенок становится существом со своим, хотя и небольшим, но ощутимым психологическим богатством, социальным опытом, осознанными и неосознанными потребностями и

желаниями, самооценкой, уверенностью (или неуверенностью) «в завтрашнем дне», своими трудностями. От правильного разрешения всех этих проблем зависит его будущее психическое здоровье. Для нарушения психического равновесия, очень неустойчивого в периоды кризов, достаточно небольших отрицательных воздействий.

Ребенок может реагировать на какие-то события, ситуации патологически, потому что какой-то раздражитель чрезмерно пугает или подавляет его. (неосознанные, психологически не переработанные в сознании ситуации), а может просто усваивать противоречивые требования или отрицательный стиль отношений родителей, что становится для него моделью поведения.

Значение кризов в интересующей нас проблеме подтверждается фактическими данными. Число психогенных расстройств в период 1-го возрастного криза в 3 раза выше, чем в последующий, «спокойный», возрастной отрезок. Во время 2-го криза количество психогенных реакций вновь увеличивается (И.А.Шашкова, 1983).

2-й возрастной криз (5—7 лет) отличается большим участием в его возникновении наряду с биологическими факторами социально-психологических причин. Подготовка и поступление в школу сами по себе в известной степени травмируют ребенка. Многие ученые особенно выделяют значение особенностей психического развития в начале этого криза - в 5,5 года. Подчеркивается, что к этому времени формируется фундамент личности. «Упустить в воспитании годы детства до 5,5 года — это значит разрушить фундамент всего будущего» (В.И.Гарбузов, 1980).

При нормальном развитии к 5—7 годам уже возникают и своя внутренняя позиция, и психологические установки, и осознанное понимание своего места, своей роли в семье или другой среде. Вместе с тем, хрупкость нервной системы, неустойчивость психического равновесия, готовность к психогенным расстройствам отчетливо

проявляются и в этом возрастном кризе. В указанный период обязательность обучения, хождения в школу становится потребностью (Г. Н. Сердюковская, 1985). Л. И. Божович (1979) выявила важную закономерность: трудностей у ребенка больше, если он поступил в школу позже 7 лет. Возможно, это связано с появлением «стадного» чувства («должен быть, как все»), стремлением к самоутверждению и рассуждениями — «значит, я хуже». Депривация в этом отношении может сопровождаться внутренним конфликтом и появлением комплекса, сопряженного с неуверенностью в себе. Это очень важная психологическая особенность, поскольку она часто оказывается основой невротических расстройств.

В период 2-го возрастного криза, как и во время 1-го, психогенные расстройства чаще всего проявляются элементарными психореактивными или невротическими реакциями. Основой для их возникновения служит склонность к переутомлению и психосоматическая астенизация (нарушения сна, аппетита, головокружения, сниженная работоспособность, утомляемость, склонность к страхам и др.)

С поступлением в школу социальное сознание формируется очень быстро (отношение к окружающим, к себе, к учебе, успехи и неудачи, их переживание и преодоление). К важному выводу пришел в свое время Л.С.Выготский (1960). Согласно его учению, основным содержанием психического развития ребенка является изменение функционального строения сознания, суть которого состоит в том, что на каждой стадии онтогенеза возникают свои нервные связи, своя готовность к восприятию новых психических переживаний. При этом на каждом следующем этапе первостепенное значение приобретает какой-либо один психический процесс.

Так, в младшем школьном возрасте основное значение имеет развитие мышления, которое определяет изменение всех других психических процессов. Поступки ребенка становятся осознанными,

опосредованными и произвольными.

По мере развития ребенка, накопления жизненного опыта и развития мышления меняется характер деятельности отношений, возникают новые цели, задачи, растет самосознание. Все большую роль играет воспитание. Школьные занятия только тогда становятся причиной невроза, когда предъявляемые к ребенку требования не соответствуют его возможностям. Неудачность является наиболее частой причиной психогенных реакций и неврозов.

3-й возрастной криз является самым длительным (12—18 лет), самым выраженным, сложным и имеющим наибольшее значение для понимания возрастной специфики психических расстройств. Его называют «переходным» от детства ко взрослому состоянию.

По мнению Д.Н.Оудсхоорна (1993), слово «пубертат» акцентирует наше внимание на физиологическом созревании, а термин «подростковый возраст» — на психологические и социокультуральные изменения.

Начало изучения этой возрастной фазы разными специалистами (психиатрия, психология, биология) отнесется примерно к одному и тому же периоду (конец XIX — начало XX столетия).

Уже в 1890 г. K.Kahlbaum дал психопатологическую характеристику пубертатного криза. В психологии же начало изучения этой клинической фазы развития, как и сам термин, связывают с именем S.Holl (1904). Именно с понятия «пубертатный криз» началось развитие юношеской психологии как науки и первого ее биогенетического направления. A.Gesell (1956, 1974), так же, как и S.Holl, считал, что модель пубертатного криза состоит из чередующихся циклов обновления, интеграции и равновесия.

Следует отметить, что первые исследования не ставили перед собой вопроса, является ли фаза пубертата критической, имеет ли она решающее значение для здоровья и болезни. Это было само собой

разумеющимся. S.Holl назвал пубертатный криз периодом бурных внутренних и внешних конфликтов. Многие из более поздних исследователей высказывались так же решительно: S.Spianger (1925) писал, что кризис «пронизывает» и нравственное развитие, и становление мировоззрения, и преодоление психологических конфликтов.

Согласно учению Н.Hoff (1956), развитие' состоит из узловых моментов, и каждая психическая функция формируется только в определенном возрасте на определенном уровне созревания. Считаются типичными такие черты пубертатной психики, как внутренние противоречия, аффективная несбалансированность, склонность к импульсивному разрешению крайних позиций.

E.Erikson (1959, 1968) ввел понятие «нормального криза» и определил его важность для понимания психической патологии. Новые свойства психики, которые возникают в каждой фазе созревания, проявляются как кризисные и внешне могут напоминать патологические явления, хотя отражают лишь трудности роста. Тем самым был впервые поставлен вопрос о том, что к каждому новому свойству психики, возникающему в период созревания, организм должен адаптироваться, что гармоническое соотношение новой функции с уже имеющимися наступает не сразу, кризисы (не один, а множество) должны быть присущи пубертату.

Первым, кто четко сформулировал концепцию о единстве биологического и социального в генезе пубертатного криза, был Л.С.Выготский (1924): критические периоды в психическом созревании необходимы, они обусловлены логикой самого процесса развития, включающего в себя не только негативные явления, но и обязательно созидательные; «всякая функция в культурном созревании появляется на сцене дважды, в двух планах — сначала в социальном, потом — в психологическом, сперва как внешняя (интерперсональная), затем — как внутренняя (интраперсональная) категории». Пубертат протекает

критически только при определенных условиях развития. При этом имеет значение не «внешняя обстановка развития», а тесное, неповторимое взаимодействие постоянно меняющихся среды и ребенка, проходящего определенные стадии развития. Главным новым образованием переходного возраста является «вступление в драму развития» нового действующего лица — самого подростка. «Социальное развитие, которое приводит к образованию личности, приобретает в самосознании опору для дальнейшего развития» (Л.С.Выготский, 1924).

Психиатры единодушны в признании факта критического протекания пубертатного периода. Критический характер развития в период пубертата объясняется незаконченностью в развитии разных органов и систем, а также повышенной реактивностью, обуславливающей чрезвычайную чувствительность к психотравмированию. Считается, что пубертат — не «банальная перипетия», а критическая фаза с богатыми возможностями и критическими осложнениями. Показателем критического протекания пубертатного криза является частота поведенческих нарушений в этом возрасте. Трудности разграничения нормального и патологического созревания связаны с тем, что пубертат и в норме, как правило, оформляется как кризисное состояние.

Не потеряла своего значения концепция Э.Кречмера (1953) о «синхронии созревания». Сам автор назвал это понятие моделью «идеального» развития. Все составляющие психики при «синхронии» созревания развиваются не одновременно, но своевременно. Эта закономерность сложилась исторически и была закреплена в генетической (формуле человека. Биологическая же суть синхронии постоянно подвергалась коррекции в ходе развития человеческого общества. Соответствие внешних условий последовательности и поэтапности развития ребенка в постнатальном периоде становится тем решающим фактором, который определяет синхронию развития. Нарушение этой гармонии закономерно для пубертата, но еще не означает патологии.

Некоторые авторы называют пубертат «своего рода революцией», другие же считают, что подростковый возраст ничего «критического» не содержит, ибо он «не трансформирует индивидуума» (G.Heuyer, 1964), а чрезмерное внимание к этому периоду «означает лишь плохое знание динамики этого возраста» (S.Lecornte— Lorsignol, 1941).

Одним из центральных является вопрос о содержании понятия «пубертатный криз». Необходимость рассмотрения этого, казалось бы, очевидного вопроса связана с тем, что в последнее время пубертатный период нередко трактуется только как «психосоциальный криз» или только как период полового созревания. Необходимо отметить, что пубертатный период — это не аморфное статическое состояние, а сугубая динамика, процесс адолесценции (дозревания), имеющий свои этапность и содержание. Из двух основных процессов созревания (физиологического и психологического) складывается основное содержание пубертатного периода. Эти процессы рассматриваются в тесном динамическом единстве, хотя каждый из них сохраняет известную автономию и неравноценность по форме, функциям, клиническому и социальному значению. Физиологическое созревание наряду с половым метаморфозом характеризуется дозреванием центральной нервной системы, становлением биохимического и физиологического гомеостаза, системы гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников — половые железы, нейрогуморальной регуляции. Физиологические процессы, лежащие в основе психического созревания, должны учитываться при возрастной периодизации нормального пубертатного развития. Психологическое развитие заканчивается после полового, а социальное завершает процесс созревания в целом. Ко времени формального окончания подросткового возраста (17 лет) выработанные моральные принципы и самостоятельность в выборе решения обнаружены лишь у 10% подростков.

Анализ литературы и собственные наблюдения позволяют видеть,

что показатели биологического созревания более устойчивы и далеко не всегда изменяются при психической патологии. Неоправданность отнесения верхней границы пубертата к 15 годам подчеркивалась неоднократно. Наиболее образно об этом же говорит М.Т.Наслам (1975), если учесть, что 14—15-летний возраст соответствует «пику» пубертата, то отнесение верхней границы к этому периоду означает «разрезание пополам» этого важного периода онтогенеза, а следовательно, неоправданно нарушает представление об этом периоде и преимущество во врачебном ведении таких больных, их лечении и организации режима их содержания.

Данные современной нейроморфологии о незаконченности созревания мозговых структур (особенно лобных) в 13-летнем возрасте (Г.Д.Смирнов, 1972; А.И.Селецкий, 1987) и нейроэндокринной регуляции до 17 лет (М.Блейлер, 1964) имеют важное значение для понимания сложности и биологической детерминированности становления основных психических функций. Благодаря работам М.Блейлера (1956, 1964) стало известно, что выделенный им психоэндокринный синдром может быть выражением временных эндокринопатических нарушений (что, как известно, возникает нередко на высоте пубертата, при его асинхрониях, бурном созревании (Н.Стутте, 1969)), 4Trf этот синдром близок к экзогенному типу реакции (К.Вонхоффер, 1912), что он похож на психоорганический (Н.ВальтелБелл, 1963), а иногда неотличим от него. Следовательно, появление этого синдрома (аффективные и астенические нарушения) не всегда означает возникновение стойких эндокринных или органических заболеваний, а может быть выражением функциональной временной дисфункции, в частности возрастной.

Существует много работ о частоте преходящих эндокринопатий в период пубертата, отражающих не эндокринные заболевания, а кризис роста, критический характер созревания. Речь идет о юношеской акромегалоидности, дистиреозе, гипофизарно-надпочечниковой

недостаточности в виде проявлений несахарного диабета, кушингоидизма, гинекомастии, ожирения, исхудания и пр. В результате временного ослабления коркового контроля над высшими вегетативными функциями при критическом протекании пубертата нередко наблюдаются преходящая гипертензия, склонность к коллаптоидным реакциям, расстройства терморегуляции, мигреноподобные головные боли. Приведенные данные свидетельствуют о многогранности физиологического созревания, не исчерпывающегося лишь становлением генеративных функций, о неравномерности этого процесса, его критическом характере, возможности сближения проявлений, отражающих нормальный кризис роста, с патологическими изменениями. В публикациях прослеживается тенденция к разобщенному изучению биологической основы пубертатного криза и психологического созревания. Обобщение результатов многих исследований и собственных наблюдений позволяет увидеть важные общие закономерности клиники этого периода, свидетельствующие о взаимосвязи пубертатной психопатологии с нормальной кризисной подростковой психологией, а следовательно, о хрупкости границ между здоровьем и болезнью.

Вопрос о тесноте связей нормального и патологического, границах-переходах (О.В.Кербиков) возвращает нас к теории Э.Кречмера, к понятию континуума. Это оправдывает попытку включения выделенных психопатологических симптомов в существующую систему пограничных нервно-психических расстройств.

Начиная с Гомбургера (H.Hoinburger, 1926), резко выраженные психологические особенности подростков стали обозначать как «подростковый комплекс». В это понятие включают следующие особенности:

— беспокойство, тревогу, склонность к резким колебаниям настроения, меланхолии, импульсивность, негативизм, конфликтность, противоречивость чувств, агрессивность (Ch.Biilher, 1931; A.Gessel, 1956);

— сензитивность — чувствительность к оценке другими своей внешности, силы, способностей, умений — в сочетании с излишней самоуверенностью, чрезмерной критичностью, пренебрежением к суждениям взрослых (А.Gessel, 1956; А.Е.Личко, 1985);

— сочетание чувствительности с поразительной черствостью, болезненной застенчивости — с раздражительностью, жажды признания — с бравированием независимостью, отказа от общепринятых правил — с *обожествлением* случайных кумиров, чувственного фантазирования - с сухим мудрствованием (Г.Е. Сухарева, 1974; А.Е.Личко, 1985);

— циклоидность и шизоидность в разных фазах пубертата (К.Conrad,1972);

— стремление к философским обобщениям, внутреннюю противоречивость психики, неопределенность уровня притязаний, склонность к крайним позициям (К.Levin, 1960), эгоцентризм юношеского мышления, тяготение к теоретизированию (Ж.Пиаже, 1967), диффузное расплывчатое *ля*», ролевую личностную неопределенность, расстройство временной перспективы, «кризис идентичности» (Е.Н.Erikson, 1974), стремление к освобождению от детской зависимости (Е.Spranger, 1925), оппозиционную готовность, максимализм в оценках, непереносимость опеки, многообразие переживаний, связанных с пробуждающейся сексуальностью, немотивированные колебания настроения (К.С.Лебединская, 1969, 1974).

Образное описание психики подростка было дано в свое время П.Б.Ганнушкиным (1933): «Естественный и здоровый протест подростков против часто злоупотребляющих своим авторитетом старших вырастает в бессмысленное упрямство и нелепое противодействие всякому разумному совету. Развиваются заносчивость и самоуверенность. Сдвиг в моторике делает подростка» неуклюжим и создает у него одновременно ощущение растущей силы и чувство недовольства собой. Наличие только что

пробудившихся новых влечений при отсутствии еще вводящего их в определенные границы серьезного содержания, страстное искание признания собственной значительности и зрелости при отсутствии возможности этого добиться — все это побуждает юношу ставить себе цели явно недостижимые, заставляющие его казаться больше, чем он есть, и придает его мимике и жестам оттенок напыщенности и театральности».

Важное значение имеют данные о становлении социализации личности. Так, в младшем подростковом возрасте (12—14 лет) появляется способность к сравнительным оценкам поведения родителей и взрослых, возникают недоверчивость и критичность, безжалостное обличение лицемерия и неискренности взрослых, если они говорят одно, а делают другое. В ходе отношений, складывающихся со взрослыми, легко теряется уверенность в прочности своего положения.

Важную роль могут играть два аномальных механизма: фиксация уровня морали родителей и фиксация устойчивого негативного отношения к ним (Д.Н.Оудсхоорн, 1993). Нарушение «морального» развития чаще происходит в семьях, которые не могут дать ни благополучия, ни примеров социально приемлемого поведения.

У старших подростков появляется отчетливая тенденция к развитию альтруистически ориентированного оценочного спектра. Подросток протестует против социальной несправедливости и хочет изменить весь мир, не повинуется автоматически, а требует логического объяснения возлагаемых на него обязанностей.

Для адекватного подхода к пониманию закономерностей клиники и патогенеза психических расстройств в подростковом возрасте большое значение имеет теория периодизации индивидуального развития, принадлежащая отечественному эмбриологу К.Бэру (1928) и разработанная в дальнейшем многими учеными (А.Н.Северцев, 1939;

Л.А.Орбели, 1964, и др.). Эта теория с позиции эволюционно-динамического направления стала наиболее адекватной для развития сравнительно-возрастной психологии, возрастной физиологии и детско-подростковой психиатрии. Исследования в области возрастной физиологии показали, что в период онтогенеза сменяются качественно различные этапы (уровни) функционирования и реагирования головного мозга. Новые формы реагирования в норме не вытесняют старые, а преобразуют и подчиняют их (И.А.Аршавский, 1961).

Ш.Бюлер (Ch.Bulher, 1931) разделила пубертатный криз на две фазы — негативную (12—14 лет) и позитивную (15—18 лет), каждой из которых дала обобщенные характеристики. С нашей точки зрения, эта систематика является наиболее адекватной для подростковой психиатрии. Те или иные психические расстройства возникают преимущественно одну из этих фаз.

Все эти данные о нормальном пубертатном кризе необходимо знать, чтобы понять его роль в возникновении или манифестации психических расстройств. «Период полового созревания является утесом, о который разбиваются те, кто имеет тяжелую наследственность» (Th.Ziehen, 1905). N.Petrowitsch (1961) выделяет в пубертатном периоде пеструю шкалу психопатических реакций — от неустойчивости и импульсивности до аутизма и депрессивных фаз с опасностью самоубийства. С окончанием пубертатного возраста все эти явления могут исчезнуть. Подчеркивается также значимость пубертации как опаснейшей биологической фазы развития для неправильного формирования характера.

Роль пубертатного криза в развитии психической патологии может быть различной — от преципитирующей (т.е. подталкивающей развитие болезни, начавшейся еще в детстве), патопластической до причинной, этиопатогенетической. Именно в этот период начинаются или обостряются хронические психические болезни, возникают декомпенсации ранних резидуально-органических состояний, происходит бурное формирование психопатий и психопатоподобных состояний, учащаются психогенные

реакции и невротические развития, проявляется эпилепсия и пр.

Девиантное течение пубертатного криза уже само по себе может проявляться как психическая патология. Наиболее часто встречаются три варианта:

- «психологический криз созревания», который исчерпывается только количественным увеличением присущих этому возрасту психологических особенностей и противоречий, отличается парциальностью отклонений, диспропорциями психического созревания; вместе с тем симптоматика психологического криза созревания может достигать патологического уровня (например, при гебоидных состояниях);

- «дисгармонический пубертатный криз» исчерпывается личностными нарушениями по психопатическому и психопатоподобному типам; соответственно психологический криз созревания здесь выражен более значительно, как и нарушения поведения (вплоть до делинквентных форм), и личностные (патохарактерологические, психопатические) реакции, и социальная дезадаптация;

- «патологический пубертатный криз» включает в себя психические расстройства личностного регистра в виде пубертатной психопатологии (патологические фантазии, сверхценности, невротические и невротоподобные синдромы, аффективные нарушения, расстройства влечений, гебоидные состояния); при этом симптоматика второго варианта тоже имеет место, но носит факультативный характер. Выделение состояний, протекающих как патологический пубертатный криз, принципиально важно и для более полного понимания возрастной динамики разных нозологических форм, и для уточнения роли пубертатного криза в генезе психических расстройств, и для решения правовых вопросов. Подростки чаще, чем взрослые, освобождаются от уголовной ответственности, что связано с частотой патологического протекания пубертатного криза, наличием задержек развития,

диссоциированного созревания с массивностью психопатоподобных нарушений, т.е. всех тех расстройств, которые составляют возрастную специфику и экспертная оценка которых осуществляется в соответствии со степенью их выраженности.

Правильную квалификацию психического состояния подростков обуславливают следующие обстоятельства:

- типичность личностного регистра и непсихотического уровня психических расстройств, которые определяют «универсальность» свойственных подростковому возрасту психопатических и психопатоподобных, невротических и невротоподобных расстройств, личностных форм аномального реагирования, нарушений поведения;

преобладание в клинической картине пубертатной психопатологии (патологические фантазии, сверхценные образования, гебоидные состояния, аффективные нарушения, пубертатная астения, расстройства влечений);

наличие у каждого из психопатологических феноменов непатологического (психологического) аналога, определяющее типичную непрерывность переходов (тип континуа) от нормы к болезни; например, заострение, психологических особенностей подросткового возраста и карикатурный психологический криз созревания при гебоидных состояниях;

- полиморфизм (мозаичность) психических нарушений как пубертатный этап динамики разных нозологических форм; .

- характерность появления и Утяжеления симптоматики в период «негативной фазы пубертата».

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВЛИЯНИЯ И ДЕФЕКТЫ ВОСПИТАНИЯ

Социальное окружение ребенка, его «микромир» в первые годы жизни, и особенно в младенчестве) ограничен одним (мать) или несколькими лицами, которые с ним непосредственно общаются. При бурном психическом развитии, характерном для раннего детства, этот единственный источник связи с внешним миром имеет исключительное значение. От того, что может дать положительного родитель в этот период, при прочих равных условиях зависит последующее психическое развитие ребенка, его эмоциональность, направленность интересов, отношения с окружающими, способность устанавливать адекватный контакт и возможности противостоять социально-психологическим стрессам.

В последующие, после 2—3 лет, периоды социальные влияния становятся все более разнообразными, однако воздействие семьи еще долго должно быть определяющим.

Значение отрицательных социально-психологических воздействий в раннем детстве для возникновения психических расстройств стало осмысливаться и признаваться особенно отчетливо к середине текущего столетия. Получившие к этому времени широкое распространение работы Фрейда и его последователей стали оцениваться критически в отношении идеи «пансексуализма». Как отметил Д.Н.Оудсхоорн (1993), сексуальная травма Фрейда «не выдержала испытания временем, на свет появилось новое понимание психотравмы». Оно связано с именем R. Spitz, который под названием «гос-питализма» описал так называемую «анаклитическую депрессию» у годовалых младенцев, вызванную разлукой с матерью (1945). Возможность возникновения указанного патологического состояния в раннем возрасте свидетельствовала, с точки зрения автора, об огромном значении для ребенка постоянного общения с матерью.

Эта позиция в дальнейшем получила подтверждение во многих работах детских психиатров и психологов. J.Bowlby (1951) прибавил «привязанность» к двум основным инстинктам Фрейда (либидо и агрессия)

и определил ее как «поведенческий комплекс». Этот комплекс остается активным и в последующей жизни индивидуума, участвуя в формировании взаимоотношений с людьми. По заключению J.Bowlby, «длительное отсутствие материнской заботы имеет выраженные и далеко идущие последствия для всей будущей жизни».

Если отношение родителей к детям в младенческом возрасте имеет исключительное значение для становления эмоциональности, то в возрасте 5,5—6 лет — не меньшее для формирования волевых, личностных и социально-психологических функций. Если это время упущено, указанные психические функции окажутся если не утраченными, то искаженными или дефицитарными.

Вопрос о нарушениях отношений между родителями и детьми непосредственно касается не только проблемы неврозов, но и всех пограничных состояний и в детском, и в подростковом возрасте. Эти нарушенные отношения нередко связаны с наличием у родителей невротической и личностной патологии.

Большинство матерей детей, страдающих неврозами сами больны ими, и значительно чаще, чем отцы: матери — в 62% случаев, отцы — в 24%. Обнаружено, что 61% матерей и 36% отцову в детстве имели выраженные признаки нервности; неврозы наиболее выражены у женщин, чьи дети страдают неврозом страха, меньше — у матерей детей с неврастенией и неврозом навязчивых состояний и еще меньше — у женщин, дети которых больны истерическим неврозом. Соматическая отягощенность больше всего выражена у родителей детей с неврастенией. Выявлены склонность этих родителей к авторитарным Остановкам, стремление к независимости, гипертрофированное чувство «я».

Изучение особенностей родителей, дети которых обнаруживали признаки психогенного развития личности, показало характерность иных

закономерностей. Отмечено, что родители этих детей, как правило, имеют комплекс очерченных личностных расстройств: у них педантично-ригористические установки, сочетающиеся с яростью и агрессивностью (эпилептоидный тип) или шизо-паранойальными проявлениями (эмоциональная холодность, жестокость, сверхценные комплексы). У родителей этих двух типов нередко обнаруживаются также запойное пьянство, склонность к тяжелым конфликтам и антисоциальному поведению.

В целом для родителей детей-невротиков характерны следующие особенности:

— сензитивность — повышенная эмоциональная ранимость;

— склонность фиксироваться на травмирующих переживаниях, относить к себе любое неприятное событие; — неуверенность в себе;

— тревожность — непереносимость ожидания, неизвестности;

— внутренняя конфликтность — противоречивость чувств и желаний, моральный дискомфорт, психическая напряженность, проблемы самоконтроля;

эгоцентризм — сосредоточенность на своих переживаниях;

- негибкость;

— гиперсоциальность;

- проблемы социально-психологической адаптации (А.И.Захаров, 1988).

Внутрисемейные конфликты у родителей детей-невротиков отличаются столкновением противоречивых психологических установок и внешне менее выражены, чем у родителей детей с психореактивными расстройствами, у которых эти конфликты всегда очевидны

(сопровождаются избиениями, угрозами, истязанием детей и других незащищенных членов семьи). Конфликты у детей-невротиков с родителями менее часты, чем у детей с психореактивными расстройствами и психогенными развитиями личности. Дети-невротики редко питают устойчивые выраженные чувства к родителям, не умеют отреагировать на свои переживания, склонны накапливать внутреннее напряжение вплоть до появления болезненных симптомов. Дети с психореактивными расстройствами очень часто реагируют появлением негативного и враждебного отношения к тому из родителей, который является источником травмирования. Это отрицательное отношение может становиться устойчивым и сопровождаться протестными реакциями, накоплением аффекта, появлением патологических фантазий и сверхценных ситуационных переживаний, нарастанием аномальных личностных особенностей и последующими аффективными разрядами.

Для детей с обеими формами психогений наиболее травмирующими являются переживания психологической непонятности, обиды, равнодушия, но при психореактивных расстройствах особенно травмирующими становятся сверхсильные воздействия (тяжелое личное горе, издевательства, угрозы, истязания).

Подчеркивается значение личностных характеристик родителей детей-невротиков. Выделяют 6 психологических портретов матерей таких детей (А.И.Захаров, 1988): «Царевна-несмеяна», «Снежная королева», «Спящая красавица», «Суматошная мать», «Наседка», «Вечный ребенок». Подчеркивается значение противоречивых или псевдокомпенсаторных тенденций в их характерах. Так, завышенная требовательность к детям часто сочетается с отсутствием адекватной требовательности к себе; чрезмерная опека обычно исходит из чувства беспокойства и страха одиночества; ритуальный контроль и педантизм основаны на мнительности и неуверенности в себе; невротически спровоцированная аффективность сочетается с непоследовательностью в обращении с

ребенком.

У детей-невротиков часто оказываются неудовлетворенными потребности в заботе и любви, самораскрытии, выявлении своего «я», эмоциональном и двигательном самовыражении (А.И.Захаров, 1972; В.И.Гарбузов, 1977, и др.).

Отмечается, что у депрессивных личностей, росших, как правило, в многодетных семьях, неустойчиво, противоречиво подчеркнуты персистентные связи с родителями, у истеричных наблюдается более позднее образование семейных коммуникаций. В анамнезе сензитивных личностей часто зафиксирована ранняя смерть одного из родителей. Для неустойчивых почти- обязательна закономерность: черствый и суровый отец, безвольная мать.

Типы влияния семьи на формирование личности можно представить себе в виде трех основных вариантов: фиксация путем, подражания; закрепление негативистических реакций; прямое культивирование реакций ребенка (В.Я.Гиндикин, 1963).

Подражание невропатическим родителям особенно характерно для детей со слабой нервной системой, развивающихся с задержкой или с деятельно сохраняющимся инфантилизмом. В этих случаях в закреплении каких-либо особенностей личности большую роль играет механизм психической индукции, т.е. неосознанное усвоение каких-либо свойств путем подражания лицу, авторитет которого для ребенка является абсолютным. Второй механизм — закрепление негативистических реакций — отражает возможность возникновения компенсаторных, защитных личностных особенностей, появляющихся в ответ на конфликтную, Трудную ситуацию в семье. Третий механизм — прямое культивирование родительских установок, форм поведения и психического реагирования — наблюдается в семьях, в которых родители являются перфекционистами-ригористами, усовершенствователями-педантами (G. и B.Vidal, 1964).

Неправильное воспитание (дефекты воспитания) следует рассматривать как важное условие для возникновения психогенных расстройств, как фактор, подготавливающий «психологическую почву». Вместе с тем наиболее травматичные виды «воспитания» могут иметь и относительно самостоятельное значение в возникновении психогенных расстройств у детей и подростков.

Психотравмирующие ситуации для ребенка нередко возникают в семьях, внешне кажущихся вполне благополучными. Чересчур серьезные, сухие родители с утрированными гиперсоциальными установками, не считающие игровые интересы ребенка важными, заменяют их «более продуктивными занятиями», создают психогенную ситуацию скрытых внутренних и порой неразрешимых конфликтов (В.С.Манова-Томова, 1981).

Понятие «воспитание» достаточно сложно. После работ Л.И.Божович (1952) в воспитании стали выделять фактор педагогический (сознательное обучение навыкам поведения, межличностным отношениям) и фактор интерперсональный (бессознательное закрепление у ребенка на разных этапах его развития тех или иных психических особенностей).

В клинической практике относительно редко приходится наблюдать изолированное действие неправильного воспитания. Значительно чаще речь идет о тесном взаимодействии с другими средовыми факторами. Само воспитание не является статическим образованием, оно меняется в одной и той же семье, по отношению к одному и тому же ребенку, в зависимости от многих условий, связанных с меняющейся характеристикой как самих родителей, так и детей.

Преобладающим типом воспитания при неврозах является гиперопека (Т.П. Симеон, 1958; Р.А.Зачепиский, Е.К.Яковлева, 1960; Г.Е.Сухарева, Л.С.Юсевич, 1965) и ограничивающий контроль.

Среди разных систематик неправильного воспитания, имеющего

значение для формирования личности, следует остановиться на группировке В.Я.Гиндикина (1961), поскольку она охватывает основные формы.

- *Гиперопека* — тип воспитания, когда родители и уделяют ребенку чрезмерное внимание, контролируют каждый шаг, постоянно навязывают ему свое мнение, подавляют его самостоятельность и инициативу, стараются из него сделать «человека правильного во всех отношениях». А.Е. Личко (1985) обозначил этот тип воспитания как «доминирующую гиперпротекцию». Постоянная система запретов и неусыпность контроля у детей стеничных вызывает протест, иногда тяжелый, у слабых, тормозных детей резко утяжеляет комплекс неуверенности в себе.

- «*Золушка*» — тип воспитания, при котором ребенок лишен ласки и внимания, над ним издеваются, противопоставляют другим детям. Этот тип воспитания обозначен А.Е.Личко (1985) как «эмоциональное отверждение» ребенка, которого скрыто или откровенно считают обузой. Дети растут сверхчувствительными, сензитивными, зависимыми. *

- *Гипоопека* — недостаточное внимание к ребенку, ребенок часто предоставлен самому себе, его воспитывают «от случая к случаю». Крайнее выражение гипоопеки — это безнадзорность, когда воспитание по существу отсутствует.

- «*Кумир семьи*» — ребенка обожают, считают вундеркиндом, исполняют все его желания и капризы, не приучают к труду. Такой тип воспитания позже обозначился как «потворствующая гиперпротекция» (А.Е.Личко, 1985). Автор подчеркивал, что в этих случаях желание подростка лидировать наталкивается на неумение руководить другими, подчинять себе. Если у ребенка изначально имеется акцентуация личности по эпилептоидному типу, он при указанной гиперпротекции может стать семейным тираном. Это тем более опасно, что родители в таких случаях готовы все прощать.

К этим типам воспитания психиатры возвращаются очень часто. Так, при описании воспитания по типу «гиперопеки» А.И.Захаровым (1988) подчеркнута личностная характеристика родителей в виде «гиперсоциальности» — гипертрофированное, одностороннее чувство долга, отсутствие компромиссов, твердость характера, негибкость в отношениях с детьми. Будучи честолюбивыми, эти родители стремятся, чтобы ребенок все делал лучше всех, был примером, образцом для подражания.

Описан также вариант вынужденной гиперопеки у родителей, дети которых с раннего возраста обнаруживают выраженные трудности поведения, в связи с чем они не могут быть самостоятельными и нуждаются в постоянной заботе и контроле (В.А.Гурьева, 1971).

Еще один вариант гиперопеки известен под названием «доминантного», или авторитарного, воспитания (А.И.Захаров, 1988).

Для возникновения неврозов, по Захарову, наиболее типичную триаду составляют типы воспитания с гиперсоциальностью, тревожностью и аффективностью родителей.

Часто освещается *проблема воспитания единственного ребенка*. В работах последних лет даже применяется термин «синдром единственного ребенка». Именно по отношению к единственным детям часто наблюдается неправильное воспитание по типу «кумира семьи». Заласкивание, изнеживание, оранжерейные условия приводят к инфантилизации детей, к формированию у них эгоцентризма, к стойкой переоценке своего «я», к самоуверенности при отсутствии способности к труду, упорства, к переносу причин своих неудач на других, к бескомпромиссности.

При первых же столкновениях с жизнью и обнаружении, что он (она) вовсе не «кумир» и не «сверхспособный» человек, возникают столкновения с окружающими, появляются внутренние невротические

конфликты с возможностью при дополнительных психогенных воздействиях развития невротических расстройств, чаще — по истерическому типу.

Многие авторы пишут о «психической заброшенности», что в основном соответствует понятию гипоопеки и безнадзорности. Возникающий при этом дефицит эмоциональности, социально-психологическое одиночество приводят к поиску контактов вне дома, появлению девиантных форм поведения, к неправильной социализации личности. В этих случаях нередки явления школьной дезадаптации, которая может содержать в себе психогенное начало (В.Е.Качан, 1995).

К числу отдельных ведущих признаков неправильного воспитания, сопряженных с развитием у детей неврозов, относят также *инверсию воспитательных ролей (бабушка исполняет роль матери), конфликтный характер воспитания, преобладание рационального аспекта, отношение к детям как к «почти взрослым», недостаточное внимание к половым аспектам в формировании личности детей, шаблонность, схематизм, недостаток индивидуализации, разрыв между словом и делом, дефицит душевной щедрости, несоответствие повышенных ожиданий и требований родителей реальным психофизическим возможностям ребенка, негибкость, несогласованность.*

Заслуживает внимания описание *воспитания по типу «неприятия»* (А.И.Захаров, 1988; В.И.Гарбузов, 1990). Очевидно, что этот тип воспитания близок к типу «Золушка». Авторы придают ему очень большое значение. Обозначает оно «отсутствие любви к ребенку», для которого «любовь — это сверхпотребность, обеспечение безопасности». Неприятие рождает прежде всего страх. При неприятии в ребенке все раздражает, все вызывает досаду: «ест не так», «много плачет», «рохля» и т.д. Ребенка все время ругают, ничего ему не прощают. Воспитание заменяется жестким контролем и суровыми наказаниями; у ребенка возникает

комплекс неполноценности, страх, что от него хотят избавиться. По В.И.Гарбузову, это самый драматический тип неправильного воспитания.

Сходный тип воспитания описан под названием *воспитания по типу «ежовых рукавиц»* (В.А.Гурьева, 1971). Крайним выражением этого варианта является «воспитание» по типу жестокой агрессивности («изуверской жестокости»). В этих случаях не просто отсутствует любовь к ребенку, но имеют место стойкая ненависть и садистское отношение с унижающими издевательствами, с физическими «пытками», отказом в еде и питье по несколько дней, с переламыванием костей, «вывешиванием» ребенка на стене. Финалом этих чудовищных издевательств является в «легких» случаях психогенное развитие личности и убийство подростком лица, являющегося источником такой травматизации, а в самых тяжелых случаях — «забивание ребенка до смерти» или попытка самоубийства у ребенка (подростка). Таким образом, отрицательное влияние родителей на детей может играть определенную роль в патогенезе неврозов и психореактивных расстройств.

Особое место занимает воспитание вне семьи, истинное и социальное сиротство (сиротство при живых родителях). В последнем случае оно может быть результатом лишения родительских прав, отказа от ребенка, лишения его родительского крова и пр. В конечном счете ребенок оказывается в закрытом детском (сиротском) учреждении, условия жизни и воспитания в котором чаще всего оказываются сугубо отрицательными (чрезмерно строгий, солдатский режим сочетается с формальным, бездушным отношением к детям). К этому часто присоединяются психотравмирующие отношения внутри детских коллективов. На первый план нередко выступают и дурные примеры.

«ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЧВА»

Это понятие было широко известно в психиатрии уже в 20—30-х годах текущего столетия. После работ С.Г.Жислина (1934, 1956)

представление об этом феномене расширилось, наряду с понятием «патологически измененной почвы» стали применять понятие «временно измененной реагирующей почвы». Автор подчеркивал не только частоту возникновения психогенных реакций у лиц с функциональной или органической недостаточностью нервной системы, но и сложные, меняющиеся соотношения этих явлений (клиника психогений и сама «почва») в процессе заболевания.

К настоящему времени стало совершенно очевидно, что понять своеобразие каждого конкретного случая психогении невозможно без анализа «почвы», на которой она возникает. «Патологическая почва» может играть роль фактора, не только облегчающего возникновение психогении, но и трансформирующего и утяжеляющей) клиническую картину, течение и исход заболевания.

«Патологическая почва» чаще всего проявляется в виде последствий ранних резидуальных церебрально-органических поражений головного мозга инфекционного и травматического генеза, невротии, разных клинических вариантов дизонтогений (задержка интеллектуального развития) или асинхроний развития инфантилизм), хронических соматических заболеваний, девиантного протекания возрастных кризов, особенно пубертатного, с многообразными эндокринопатическими и психозэндокринными нарушениями.

НЕВРОПАТИЯ

Понятие «невротии» было выделено еще в конце прошлого столетия, но до сих пор лишено четкости.

Термин «невротия» (синонимы — «конституциональная нервность», «нервозность», «врожденная нервность») долго использовался в клинике внутренних болезней, и особенно педиатрической, поскольку основные жалобы этих детей носят соматический характер, а клинические проявления обязательно включают

в себя многообразные соматовегетативные компоненты.

Лишь значительно позже невропатии попали в поле зрения психиатров. При этом некоторые из них относили невропатии к своеобразным диатезам, другие — к конституциональным эндокринопатиям, вегетативной дистонии. В целом невропатия не рассматривается детскими психиатрами как «болезнь в настоящем смысле слова» (Г.Е.Сухарева, 1959), а лишь как функциональное состояние, как «патологическая почва» для возникновения другой психической патологии — в первую очередь, психогенных заболеваний.

Характерные признаки врожденной детской нервности обнаруживаются уже в первые месяцы жизни. Ребенок проявляет двигательное беспокойство, плаксивость, капризность, У него отмечаются нарушения сна с пробуждениями, вскрикиваниями, кошмарными сновидениями. Почти все такие дети склонны к функциональным расстройствам желудочно-кишечного аппарата: спазмам, срыгиваниям, рвоте, поносам, запорам, частым мигрирующим диффузным болям в животе.

В дошкольном возрасте наблюдаются нарушение аппетита вплоть до анорексии, избирательность в еде, предпочтение жидкой пищи, склонность к поеданию мела, угля, извести.

В школьном возрасте преобладают функциональные сосудистые нарушения, у некоторых они являются ведущими. Обычно это бледные дети, но с острыми, резкими колебаниями сосудистого тонуса, при малейшем волнении возникают красные пятна на лице. Отмечается также склонность к обморокам. В двигательной сфере имеют место беспокойство, суетливость, наклонность к лишним движениям (гиперкинезам, тикам). Нередко бывает ночное недержание мочи. Частый симптом невропатии - склонность к заиканию. Отмечается также повышенная сексуальность. Дети повышено чувствительны к

неожиданным вспышкам света, громким звукам, окрикам, к колебаниям погоды. Характерны расстройства сна, головные боли, головокружения, непереносимость езды в транспорте.

Как правило, отмечается вегетативная дистония: резкие колебания пульса и АД при перемене положения тела, склонность к ортостатическому коллапсу.

Наряду с соматовегетативными проявлениями наблюдаются такие особенности психики, как раздражительная слабость, повышенная впечатлительность, легкая возбудимость и быстрая утомляемость, истощаемость. В зависимости от преобладания тормозимости или возбудимости различают два варианта невропатии. При преобладании истощаемости, неспособности к тигельному психическому усилию, невыносимости к любым раздражителям дети отличаются робостью, неуверенностью в себе, трудностью быстрого принятия решений, приспособления к новым и меняющимся ситуациям. Легкая ранимость приводит к частым столкновениям с окружающими, неуспех переживается тяжело. Они стремятся к контактам, легко привязываются, ищут в людях опору. Этот вариант встречается чаще.

При преобладании повышенной возбудимости и раздражительной слабости дети отличаются вспыльчивостью, гневливостью, однако аффект не бывает стойким, быстро спадает. Аффективные вспышки обычно кончаются истощением:

Школьная успеваемость у невропатических детей крайне неровная, успехи чередуются с неудачами.

- Легко возникающие у невропатов психогенные расстройства носят чаще всего характер невротических реакций с вегетативно-соматическими или двигательными расстройствами. В ясельном возрасте это чаще всего нервная диспепсия, расстройства сна, анорексия. После 2 лет нередки невротические страхи, боязнь темноты, одиночества, мелких животных. В

дошкольном возрасте невротические реакции разнообразнее. Кроме описанных синдромов, легко возникают заикание, мутизм, энурез, тики.

Факт поступления в школу для таких детей может играть роль психогенной травмы, возникают энурез, рвота, страхи, бессонница.

По мере приближения к пубертату (к 12 годам) невротические реакции становятся сложнее и разнообразнее. Усиливаются личностные компоненты невротического реагирования (неуверенность в себе, заниженная самооценка, боязнь не справиться с заданием, повышенный драматизм при переживании неуспеха, возникновение различных невротических реакций).

В период пубертатного криза при психогенных воздействиях нередко присоединяются ипохондрические симптомы (страх за жизнь и здоровье, многочисленные соматические жалобы, фиксация на них, появление навязчивых страхов — фобий — и таких личностных особенностей, как тревожная мнительность).

Невротические реакции на невропатической почве легко принимают затяжной характер и трансформируются в развернутые формы неврозов и невротические развития личности. Своевременное врачебное вмешательство может способствовать компенсации личностных, невротических (в том числе соматовегетативных) расстройств.

РАННИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

В анамнезе детей с психореактивными состояниями и неврозами очень часто отмечаются перенесенные во внутриутробном, натальном, перинатальном или раннем детском возрасте экзогенно-органические вредности (травмы головы, мозговые инфекции, интоксикации, асфиксия мозга). Указание на перенесенную вредность еще не означает, что у ребенка обязательно должно возникнуть органическое поражение

головного мозга. Но если даже оно имело место, диапазон выраженности последствий очень широк: от субклинических нечетких проявлений до глубокого органического дефекта со слабоумием или текущего органического заболевания головного мозга.

Наиболее легкие органические поражения обозначаются как «минимальная мозговая дисфункция» — ММД («синдром незначительного поражения головного мозга» — R.S.Rayne, 1966; «экзогенный психосиндром раннего детского возраста» — R.Lemp, 1964; «синдром дефицита внимания» (гиперкинетические синдромы) — DSM-III-R). При определении этих понятий обязательен ряд условий: органическое поражение должно быть ранним (от нуля до 7 лет), текущим, и по выраженности расстройств -легким.

Эти остаточные явления детских органических поражений в отечественной психиатрии обозначаются как «ранние церебральные резидуально-органические расстройства». Именно такие состояния чаще всего и играют роль патологической почвы.

К особенностям резидуально-органических состояний у детей и подростков относятся, наряду с легкими психоорганическими и церебрастеническими проявлениями, искажение, замедление или задержка психического развития, имеющие клиническое выражение. Иными словами, легкий органический дефект возникает в условиях продолжающегося психического развития и может влиять на него, искажать его. Органическая недостаточность с возрастом уменьшается, нивелируется, но становится более отчетливой в периоды возрастных кризов. Так, в период пубертатного криза могут формироваться картины отчетливых психоорганических расстройств. В целом резидуально-органическая недостаточность не только облегчает возникновение психогений, но и может определять выбор невротического (психореактивного) синдрома, оказывать влияние на длительность психогений, способствовать неблагоприятному характеру динамики

состояния и участвовать (наряду с другими факторами) в переходе в психогенное (невротическое) развитие личности.

При ранних резидуально-органических состояниях психоорганический синдром представлен в редуцированном (усеченном) виде и отличается легкими регистрами нарушений. У детей и подростков клиническое выражение психоорганических расстройств соотносится с уровнем возрастного психофизического развития, что определяет клиническую неочерченность и фрагментарность этой симптоматики.

В раннем детском возрасте психоорганические расстройства могут исчерпываться симптоматикой невропатии, но с большим акцентом на церебрастенических проявлениях, задержках развития каких-либо психических функций.

У детей преддошкольного возраста психоорганический синдром проявляется также атипично. Расстройства интеллектуальных функций состоят в некоторой задержке речевого развития, бедном запасе слов, недостаточной выраженности интеллектуальных интересов. Наряду с этим значительное место занимают явления церебрастенического синдрома, вегетативная лабильность, двигательная расторможенность и рассеянная неврологическая симптоматика.

С 5 лет на первый план в структуре психоорганического синдрома выступают эмоционально-волевые и двигательные расстройства: возбудимость, импульсивность, недостаточное чувство дистанции, назойливость, частые смены настроения, выраженная двигательная расторможенность со множественными лишними движениями. Вместе с тем церебрастенические и вегетативные проявления выражены значительно. Отчетливо выявляется трудность концентрации внимания, недостаточность тонких движений, трудность выработки двигательных навыков.

В школьном и подростковом возрасте клиника психоорганического

синдрома становится еще разнообразнее. Более заметными становятся такие личностные особенности, как импульсивность, склонность к реакциям по механизму «короткого замыкания», нарушение критики к своим особенностям. Наиболее часты при этом дефекты в эмоционально-волевой сфере, в сферах темперамента и влечений: нарушения инстинкта самосохранения, аффективная возбудимость с агрессивными вспышками или слабость аффективных побуждений, расторможенность примитивных влечений — сексуальность, прожорливость; внушаемость, подчиняемость, зависимость от взрослых, а также тугоподвижность психических процессов (инертность), застревание на несущественных рассуждениях, склонность к накоплению аффекта, истощаемость, спонтанные расстройства настроения по типу укороченных фаз (от нескольких часов до нескольких дней).

В то же время могут выявляться сезонные (весенне-осенние) ухудшения симптоматики с усилением сосудисто-вегетативных расстройств. В подростковом возрасте на первый план выступают расстройства влечений, эндокринные расстройства, а церебральные нарушения могут приобретать настолько доминирующий характер, что вкладываются в самостоятельный синдром. В случаях с неблагоприятным протеканием криза астенические проявления могут приближаться к состоянию, описанному как «астеническая юношеская несостоятельность».

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Понятие «задержки» интеллектуального развития было выделено Н.Стутте (1963) как альтернативное *олигофрениии*. *Под олигофренией* понимается врожденное недоразвитие интеллекта от легких степеней до полного малоумия (дебильность, имбецильность, идиотия, охватывающее все сферы психики, т.е. носящее тотальный характер. Значительно чаще встречаются *парциальные (частичные) нарушения интеллектуального развития*, которые и обозначены как «задержки». В отличие от

инфантилизма («задержанное» развитие) задержки развития рассматриваются не как аномалия, а как легкий психический дефект. Причины их возникновения, как и инфантилизма, могут быть различными, включая ранние инфекционные и травматические поражения головного мозга и социально-психологические влияния. В частности, длительная депривация и психотравматизирование также могут быть причиной «задержек». Легкие задержки интеллектуального развития, которые не исключают возможности внутренней переработки психотравмирующих обстоятельств, могут определять значительное своеобразие психогенного реагирования. Сам факт обнаружения в семье ребенка с задержкой развития нередко воспринимается родителями как несчастье, как причина для семейного разлада (В.И.Гарбузов, 1990).

Особенности психики таких детей обычно замечают рано, особенно если ребенок вынужден находиться вне семьи (сад, школа). Если ребенок отличается непонятливостью, тугодумством, отсутствием тонких эмоций, над ним начинают посмеиваться, дают прозвища, отстраняются от общения с ним. А для ребенка с недостаточностью интеллекта, который не может понять причины такого отношения, все представляется опасным, враждебным, сопровождается появлением тревоги, подавленности, замкнутости.

Изгойное положение сопровождает ребенка и в школе, и на улице, и дома, становится причиной тяжелых и длительных переживаний, способных принимать болезненный характер. Психогенные расстройства могут временно усугублять интеллектуальную недостаточность (состояние декомпенсации).

Особенности реагирования таких детей зависят не только от глубины задержки развития, но, что очень важно, от реакции окружающих на их неполноценность. Чем заметнее, карикатурнее эта реакция, тем тяжелее и длительнее болезненное состояние. Возникающие при этом психогении чаще оформляются по наиболее элементарному типу, начинают

сопровождаться изменениями личностных особенностей с появлением таких черт, как возбудимость, тормозимость, истероидность.

Особенно тягостные последствия наблюдаются у детей с задержкой развития при сочетании психогенных, психосоциальных и депривационных влияний.

ИНФАНТИЛИЗМ

Инфантильность, детскость или Незрелость психики с частичным несоответствием развития психических функций возрасту ребенка рассматривается, как самая легкая степень дизонтогенеза (нарушенного развития). Это нашло свое отражение в разных группировках дизонтогенеза, в которых инфантилизм определяется как «задержанное развитие» и соответствует уровню психических аномалий, но не психического дефекта (как это характерно для «задержек развития»).

Значение психического инфантилизма для понимания возрастной специфики клиники психореактивных расстройств и неврозов нельзя недооценивать. Наличие этого феномена в клинической картине определяет уровень поражения, предпочтительность той или иной симптоматики, своеобразие мотивации поведения и механизмов развития заболевания, а также особенности волевых, прогностических и критических способностей. Инфантилизм, как правило, сложен по своему происхождению (полиэтиологичен). Его генез включает и резидуально-органические, и социально-психологические факторы. Длительная психотравмирующая и депривационная ситуация сама по себе может вызвать парциальную незрелость психики.

Инфантилизм различают по преимущественному происхождению (конституциональный, органический, психоэндокринный, соматогенный, социокультуральный), по полноте охвата сфер (тотальный и парциальный, психический и психофизический), по возрасту выявления (инфантилизм «или ювенилизм, т. е. сохранение черт ранней подростковой психики).

В рамках ранних резидуально-органических состояний инфантилизм имеет очевидную возрастную динамику и нередко приходит на смену более выраженным задержкам психического развития. Характерными особенностями такого инфантилизма являются охват всех сфер психики, частая сопряженность с задержанным физическим и сексуальным созреванием, нарушения предпосылок интеллекта (внимание, темп работоспособности, волевой контроль над интеллектуальной деятельностью, способность к логическому и аналитическому мышлению). При этом характерны недостаточная способность к осмыслению, внутренней переработке событий, прогнозированию. Подростки мало задумываются над последствиями совершаемого, от них скрыт внутренний смысл сложных поведенческих актов.

Органически неполноценные дети в силу трудностей их воспитания оказываются чрезмерно опекаемыми, так что гиперопека является в этом случае неизбежной. В неблагополучных семьях, напротив, имеет место гипоопека или даже безнадзорность. В зависимости от воспитательного подхода в структуре инфантилизма возникают разные дополнительные особенности: неуверенность в себе или самоуверенность, чувство изгойности или исключительности и пр.

Первые признаки «детскости», не соответствующей возрасту, отмечаются уже воспитателями детских садов, но их клинически отчетливое выявление обычно относится к началу школьного периода (второй криз — 5—7 лет). При невыраженности формальных расстройств интеллекта такие дети оказываются в числе неуспевающих — первый игровой интерес к новому (обстановка и занятия в школе) быстро исчезает; необходимость систематически «высидеть» все уроки, выслушивать объяснения учителя начинает вызывать отрицательное отношение, а позже — протест или даже отказ. При этом отмечаются усиление двигательной рас-торможенности, истощаемости, засыпание на уроках, расстройство сна, аппетита, невротические реакции.

Все эти явления характеризуют период тягостной и длительной адаптации. Однако и в дальнейшем на протяжении всего периода обучения такие дети испытывают большие трудности. Временами у них возникают состояния декомпенсаций, во время которых выявляются церебрастенические, эмоционально-волевые нарушения. С этим связаны повторные, хотя и недлительные, стационарирования в психиатрические больницы.

Успеваемость у инфантильных, в отличие от дебильных, личностей нарушена не тотально, но отличается крайней неравномерностью и находится в большой зависимости от настроения, интереса к учителю (внешность, одежда, «ласковость») или занятию (внешне эффектные приемы изложения учебного материала). В связи с трудностями обучения нередко неправомерно ставится вопрос о переводе их во вспомогательную школу.

Значительное видоизменение клинической картины происходит в период пубертатного криза. В период пролонгированной негативной фазы усиливаются психоорганические, психоэндокринные и эмоционально-волевые нарушения, поведенческие расстройства, появляются утрированные возрастные реакции имитации, отказа, протеста, а также признаки педагогической запущенности. Психическая незрелость в связи с нарастанием разрыва между увеличивающимся паспортным возрастом и физическим уровнем замедленного созревания кажется усиливающейся. Сохранение инфантилизма в подростковом возрасте обычно сопровождается снижением способности к социально одобряемой деятельности, отчетливой склонностью к обогащению отрицательным опытом, стремлением к самоутверждению.

Если инфантилизм обусловлен преимущественно социально-психологическими факторами, клинические проявления его приобретают некоторые особенности. Известны описания «инфантилизованного характера», «синдрома единственного ребенка», в основе которых лежит

изнеживающее воспитание по типу «кумира семьи», «гиперопеки» или «гиперпротекции». При этом могут возникать такие черты, как несамостоятельность, неорганизованность, недостаточность практических навыков и инициативы, слабая выносливость к психическим нагрузкам, сохранение детских привязанностей и интересов, эгоцентризм, недостаточность социальной зрелости и адаптированности.

Известны также явления «госпитализма» у подростков (Н.Нoff, 1930), состоящие в формировании инфантильной психики в условиях депривации. При этом возникают гипертрофированные интеллектуальные интересы, носящие односторонний характер. Наиболее незрелыми оказываются социальные стороны интеллекта и эмоций.

ТЕМПЕРАМЕНТ, ЛИЧНОСТЬ, СОМАТИЧЕСКАЯ ОСЛАБЛЕННОСТЬ

Значение темперамента для формирования психогенных расстройств очень значительно. Само понятие «темперамент» до сих пор является нечетким, в связи с чем оно не всегда анализируется при рассмотрении психогений. Вместе с тем оно было положено великим физиологом И.П. Павловым в основу учения об экспериментальных неврозах. Он утверждал, что главным при неврозах является видоизменение типов темперамента под влиянием невротизирующих факторов. По мнению ведущих ученых (В.Н.Мясищев, 1973), невротическое реагирование реализуется в зависимости от темперамента и психологического влияния социального окружения.

Темперамент определяют как энергетическую характеристику психических свойств, как проявление темпа психических процессов, как врожденный тип реагирования. В процессе возрастного развития типы темперамента (холерический, флегматический, меланхолический, сангвинический) могут меняться. Современные авторы дают слишком расширительные толкования темперамента. Так, к числу его качественных характеристик относят уровень активности, ритмичность, тенденции к

сближению или отдалению, способность к адаптации, порог реагирования, интенсивность реагирования особенности настроения, объем внимания (Д.Н.Оудсхоорн, 1993).

Все особенности темперамента имеют непосредственное отношение к психогениям, поскольку темперамент так или иначе связан с особенностями реагирования. Каждый тип темперамента может быть выражен настолько, что сам по себе означает переход от неболезненных форм к болезненным изменениям психики. Для каждого типа темперамента имеются свои ключевые переживания, определяющие развитие психогенных -расстройств.

Так, при холерическом темпераменте наиболее патогенными являются чрезмерные ограничения со стороны родителей или других лидирующих взрослых (А.И.Захаров, 1988). При этом происходит заострение возбудимости, гиперактивности, непоседливости, исчезновение «тормозов». Длительная стимуляция детей с флегматическим темпераментом вызывает усиление присущих ему свойств — инертности, замедленности.

Даже уравновешенный ребенок с сангвиническим темпераментом может дать «нервный срыв» при нарастающем несоответствии темпераментов родителей и детей. Попытки родителей «исправить» природный темперамент приказом оборачиваются возникновением перенапряжения и неврозом.

При описании психогенных заболеваний необходимо рассмотреть понятие **«преморбидных особенностей личности»**. В него наряду с определенной характеристикой темперамента входят особенности личности, имеющие место к началу заболевания. Психореактивные расстройства и неврозы могут развиваться и у практически здоровых детей, но в подавляющем большинстве случаев они возникают на «патологической почве». Основное, что привносится этой «почвой», в

конечном счете проявляется особенностями темперамента и личности. При этом в случаях психореактивных заболеваний речь идет о так называемом «психопатическом ряде» — от акцентуаций характера (нерезкое заострение личностных черт) до психопатических или психопатоподобных структур.

Частота возникновения неврозов при определенном складе личности (истерический невроз — истерические личности, невроз навязчивых состояний — психастенические личности, неврастения — тормозимые личности) послужила поводом для столь тесной связи понятий психопатии и неврозов, что по существу неврозы оказались растворенными в психопатиях, а некоторыми авторами рассматривались даже как декомпенсации психопатий (О.Бумке, 1929).

Между тем накапливается все больше данных о том, что преморбидные личностные особенности при неврозах имеют свою специфику — в отношении генеза, соотношения с динамикой развития самого невроза, в плане особенностей клинического содержания. Так, подчеркивается отчетливая связь при неврозах формирующейся личностной аномальности с психогенными влияниями, формирующими невроз, с неблагоприятной жизненной ситуацией (Е.А.Осипова, 1932). Понятие «невроз» конкретизируется понятиями «невроз характера» и «невротический характер». Оба эти состояния представляют собой «невроз без невроза», своеобразное психогенное преформирование личности в результате невротической переработки внутренних инфантильных конфликтов. По В.Н.Мясищеву (1960), невротический характер отличается индивидуализмом, повышенным уровнем притязаний, склонностью к преимущественно аффективному способу переработки психотравмирующих факторов, чертами инфантилизма в эмоционально-волевой сфере, склонностью к застреванию на конфликтных переживаниях.

В целом, по-видимому, целесообразно говорить о том, что

личностные изменения у детей с невротическими расстройствами имеют сходное с самим невротическим психогенное происхождение и формируются как в период преморбиды, так и в процессе развертывания самого невротического расстройства. Растяннутость во времени начальной стадии невротических расстройств и уже сформировавшихся личностных особенностей и определила возможность выделения преневротических состояний (Дестунис, 1953).

К психической травматизации особенно чувствительны дети с повышенной впечатлительностью, возбудимостью, пугливостью и неуверенностью в себе. Но для развития невротических расстройств важны и такие свойства личности, как интравертированность, склонность к патологической фиксации на неприятных переживаниях, гипертрофированное ощущение своего «я», тенденция к возникновению внутренних конфликтных переживаний и психологических способов личностной защиты.

В отличие от этого психореактивные заболевания чаще развиваются у детей более примитивных, с малой дифференцированностью личности и эмоциональности, отсутствием глубины переживаний.

Среди личностных особенностей при невротических расстройствах отмечают также сочетание повышенной чувствительности, неуверенности в себе с чувством чрезмерной ответственности, гиперсоциальностью. Под влиянием психотравмирующих жизненных обстоятельств, длительно действующих стрессов повышенная эмоциональность превращается в болезненную эмотивность; непосредственность и впечатлительность — в настороженность и беспокойство; импрессивность (склонность к внутренней переработке психотравмы) — в тормозимость; беззащитность — в ранимость и уязвимость (сензитивность).

ГЛАВА 4

КЛИНИКА ПСИХОРЕАКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Известно, что психореактивные расстройства могут проявляться как в форме психозов, так и в виде непсихотических реакций. Последние абсолютно преобладают в детском и подростковом возрасте. Существует точка зрения (В.В.Ковалев, 1979, и др.), согласно которой психогенные реакции непсихотического уровня следует относить к «невротическим». Это положение спорно, поскольку ставит знак равенства между психогенными реакциями и «неврозами», стирает грань между ними. Однако, если и нельзя говорить о жестких границах между этими психогенными расстройствами, то и полностью сливать их нельзя, а следует рассматривать как относительно самостоятельные формы психогенных заболеваний. Различия между ними, касающиеся и механизмов развития болезни, и клиники, приведены в предыдущих главах. Чтобы подчеркнуть легкость регистра непсихотических реактивных состояний, следует говорить о «невротическом уровне расстройств» (как альтернативе психотическому уровню), но не о «невротических расстройствах». Например, психогенная депрессия на неврротическом уровне — это непсихотическое реактивное состояние, а «невротическая депрессия» — депрессия, связанная с какой-либо формой невроза. Это положение следует подчеркнуть как принципиальное.

Психогенные симптомокомплексы нозологически нейтральны, т.е. могут наблюдаться при разных психических заболеваниях (например, депрессия, бредовой и галлюцинаторный симптомы). Это обстоятельство издавна вынуждало психиатров к определению специфической сущности психогенных реакций (реактивных состояний) и их отграничению от других психических заболеваний. Наибольшее распространение при этом получила «триада Ясперса»:

- психогенные заболевания вызываются психической травмой;

- психическая травма находит отражение в содержании симптомов этих заболеваний;
- реактивные состояния заканчиваются при прекращении действия вызвавшей их причины.

Значение этой триады неоднозначно. С одной стороны, эта схема отражают самые общие признаки психогенных реакций и очень наглядна, с другой — она не охватывает целиком всего понятия психогений. На практике каждый из этих признаков нуждается в уточнении. Как мы уже говорили, психическая травма — это главная, но не единственная причина психогенных расстройств. Она обычно действует в сложном комплексе других социально-психологических и биологических факторов, и в конечном счете основным из них оказывается не столько «объективная сила», травмы сама по себе, сколько конкретный ребенок с его возрастом, уровнем умственного развития, темперамента, эмоциональности, самооценки, с тем, как он осознает травму, насколько она для него психологически значима.

Наличие второго признака «триады» позволило автору сформулировать положение о «психологически понятных связях», отличающих психогенные реакции от больших психозов (например шизофрении). Однако, если речь идет о психогенном психозе (псевдодеменция, ступор), то связь болезненных переживаний с содержанием психической травмы можно обнаружить далеко не всегда.

Третий признак наиболее условен. Если реактивное состояние носит острый характер, то его окончание может в известной мере совпадать с прекращением действия травмы. Однако нередко, особенно при пролонгированном травматизировании, может происходить «отрыв» динамики болезненных расстройств от вызвавшей их причины. В этих случаях психогенные заболевания становятся как бы автономными, приобретают известную самостоятельность («саморазвитие» по

О.В.Кербикову). Именно так формируются психогенные (постреактивные, по Н.И.Фелинской, 1968) развития личности. У подростков указанный «отрыв» происходит далеко не всегда. Сложность патогенеза и многообразие клинических форм психореактивных состояний породили массу попыток сгруппировать их, основываясь на разных принципах.

Наибольшее распространение получила группировка, в основу которой положен принцип остроты и интенсивности психогенной травмы (Г.Е.Сухарева, 1959). 1-я группа — это острые аффективно-шоковые (и субшоковые) реакции, 2-я — подострые психогенные реакции, когда психическая травма осознается, переживается и интеллектуально перерабатывается; реактивные состояния этой группы обозначены как «истинные», «ядерные». Психогенные расстройства 3-й группы возникают под влиянием «хронического» или повторяющегося травматизирования и сопряжены с последующим неправильным формированием личности ребенка.

Для понимания клиники и течения психореактивных расстройств было предложено много гипотез. Наиболее значимой из них представляется теория патогенеза этих состояний, изложенная А.Н.Бунеевым (1950). В сложной структуре реактивных состояний можно схематически выделить два механизма возникновения симптоматики. Один из них связан с непосредственным действием сильных аффектов на центральную нервную систему, а другой, более сложный, является результатом психической личностной переработки травмирующего переживания или ситуации. Оба механизма действуют в единстве, но в одних случаях преобладает первый, в других — второй. Обращает на себя внимание то, что приведенная выше клиническая группировка реактивных состояний легко совмещается с данной теорией патогенеза, хотя они были предложены в разное время, разными авторами и основывались на разных принципах. Действительно, первый механизм — аффектогенный — отчётливо преобладает при острых аффективно-шоковых реакциях,

второй — психогенный — при подострых и затяжных реактивных состояниях.

Механизмы действия аффектов оказываются нагляднее всего при так называемом психическом, шоке, возникающем под влиянием внезапного сильного аффекта страха. Аффективные расстройства выражаются в диффузных нарушениях аффективности (страх, ужас), психомоторной (рече-двигательной) сферы и сознания. Глубина этих нарушений различна. Чем менее интенсивен стресс, тем отчетливее личностный характер этого аффекта (гнев, злоба, отчаяние), личностный характер самой реакции (вплоть до характерологических психопатических).

Чем менее острое неожиданно и более продолжительно действует травма, ситуация, тем значительнее удельный вес второго механизма, собственно психогенного, тем отчетливее более сложные клинические картины реактивных состояний. Особое место занимают при этом психогенные развития личности, при которых оба механизма продолжают действовать с переменной силой весь период болезни, определяя частоту возникновения острых тяжелых аффективных реакций на фоне развернутых психогенных симптомокомплексов (вплоть до сверхценного бреда).

ОСТРЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ АФФЕКТИВНО-ШОКОВЫЕ РЕАКЦИИ

С учетом предстоящего внедрения в практику международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) отметим сразу, что острые психогенные реакции обозначены в МКБ-10 как «острые реакции на стресс» (F43.0) и отчасти включены в рубрику «Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста» (F93). Последние, правда, ограничены в классификации только такими состояниями страха или тревоги (На русский язык слово Angst в классификации переведено как тревога, хотя буквально оно означает «страх»), которые связаны с

разлукой ребенка с близкими. Это, конечно не исчерпывает всего разнообразия клиники острых психогенных реакций у детей и подростков. Острые реакции возникают в ответ на физический или психологический дистресс, характеризующийся исключительной интенсивностью психогенного фактора (угроза безопасности, здоровью, жизни) и возникающий в ситуации природных катастроф, пожаров, массовой гибели близких и пр. В детском возрасте интенсивность травмы может достигаться неожиданностью, новизной психического воздействия, причем чем меньше возраст, тем большее значение имеет этот фактор.

Наиболее часто встречаются аффективно-шоковые (аффективно-субшоковые) реакции, проявляющиеся, во-первых, клинически очерченными состояниями сильнейшего страха (вплоть до паники) с хаотическим двигательным возбуждением при неясном (аффективно суженном) сознании — психогенные сумеречные состояния — и, во-вторых, страхом с выраженной психомоторной (речедвигательной) заторможенностью вплоть до психогенного (эмоциогенного, аффектогенного) ступора (тяжелая речедвигательная заторможенность, обездвиженность).

Указанные два варианта — это острые кратковременные психотические состояния. Многими исследованиями доказано, что дети менее выносливы к острым внезапным массивным психическим травмам указанного выше сверхсильного характера, причем шоковые реакции наиболее часты у детей дошкольного возраста. Ребенок воспринимает как угрожающую ситуацию только то, что он непосредственно видит и чувствует, будущая же опасность им в полной мере еще не учитывается.

Причинами шоковой реакции у ребенка до 5 лет (особенно при наличии у него патологической почвы, см. гл. 3) могут быть даже кажущиеся безобидными факты: внезапное появление нового для ребенка животного, громкий, пронзительный крик, звук, резкая перемена обстановки. Помещение, например, в детское учреждение ребенка

ослабленного, изнеженного, с мимозоподобной психикой может сопровождаться ступором, мутизмом, отказом от контактов и еды.

Начинаются аффективно-шоковые реакции обычно сразу после травмирующего воздействия с состояния «оглушенности» и сужения сознания, внимания, дезориентировки, нарастающей паники. Основным симптомом начальной стадии является сильный страх (панический, инстинктивный). В связи с развивающейся в дальнейшем неясностью сознания ребенок плохо помнит события этого периода и свое состояние, так что воспоминания его об этом времени оказываются отрывочными. Через несколько дней после исчезновения острых явлений страх сохраняется в виде приступов, уже не связанных с новым травматизированием. Всякая ситуация, напоминающая травмирующие переживания, приводит к возобновлению страха. Психомоторное возбуждение, наблюдающееся в первом варианте, проявляется в повышенной суетливости, бесцельном двигательном беспокойстве и напоминает тот примитивный тип реагирования, который был описан Э.Кречмером (1924) как «двигательная буря». Дети мечутся, громко кричат, не реагируют на обращение.

Второй вариант шоковой реакции протекает также с преобладанием сильного страха и неясного сознания, но вместо речедвигательного возбуждения отмечается резкая речедвигательная заторможенность по типу так называемой «мнимой смерти». Дети «цепенеют», застывают в одной позе.

В качестве клинической иллюстрации первого варианта шоковой реакции может служить следующее наблюдение.

Девочка, 8 лет, была помещена в больницу в состоянии обездвиженности. Она не могла ни ходить, ни стоять, лежала с закрытыми глазами, говорила мало, отвечала еле слышным голосом, лицо было маскообразным, бледным. Из анамнеза известно, что девочка *жила* в

хорошей семье, развивалась нормально, но была пытливой, робкой, застенчивой. За день до госпитализации она пришла из школы, дома никого не было, но должна была прийти бабушка. Зная это, она в ответ на звонок открыла дверь. Ворвались два пьяных мужчины устрашающего вида. Один из них был с пистолетом.

Они стали кричать на девочку, угрожать ей, требовали найти деньги. Девочку спас вовремя подоспевший сосед. Через час пришла мать и нашла девочку скованной, дрожащей, озирающейся, не отвечающей на вопросы. Ее пытались уложить в постель, она кричала, плакала, звала на помощь. Мать дала ей валериановые капли, и на некоторое время девочка уснула. Ночью несколько раз вскакивала, плакала, жаловалась на головную боль, во сне обмочилась. Контакт с ней почти отсутствовал, сознание было неясным. Утром «вся горела», температура оказалась высокой (39,5°C). Старалась не двигаться, лежала с закрытыми глазами, испытывала «жуткий страх», была уверена, что ее или ее мать убьют. До вечера сознание оставалось таким же, хотя температура снизилась. Девочка лежала, сжавшись в комок, при любом обращении к ней вскрикивала «убьют, убьют!», отказывалась есть. Дня три мать пыталась успокоить ее сама, а постом все же была вынуждена вызвать психиатра. В больнице в первый день была скована, малоподвижна, почти не разговаривала. Было очевидно, что она испытывает сильный страх, а временами — панику, возбуждалась, куда-то стремилась, плакала, кричала, пыталась прятаться. После начала лечения за два дня изменилась до неузнаваемости — успокоилась, появилась адекватность в общении. Нормализовалась мимика — стала живой и выразительной. Сама объясняла свое состояние «страхом перед дядьками». Довольно быстро вошла в контакт со сверстниками. Оказалось, что она живая, веселая девочка с нормальным психическим развитием. На 3-й день пребывания в больнице состояние нормализовалось, остались только склонность к тахикардии, к покраснению, потливости, страх закрытых помещений.

Из приведенной истории болезни видно, что в клинической картине острой аффективно-шоковой реакции наряду со страхом, неясным сознанием, чередованием симптомов возбуждения и заторможенности значительное место занимали вегетативно-соматические расстройства (повышенная температура, склонность к тахикардии, сосудистым реакциям, потливости), которые определили появление «соматического следа» в период нормализации психического состояния. Несмотря на остроту и кратковременность психотического состояния, выявилась сосудисто-вегетативная лабильность и готовность к возникновению страхов в сходных ситуациях (закрытые помещения).

Преобладание в картине шоковой реакции у детей двигательных и вегетативно-сосудистых расстройств является закономерным. Выраженность этих расстройств особенно наглядна во втором клиническом наблюдении.

и В кинотеатре на дневном киносеансе возник пожар. Последовала общая паника. Толпа детей и взрослых с трудом прорывалась к выходу. Более 50 детей были госпитализированы в больницы с физическими ушибами, ожогами и психическими расстройствами. Один мальчик, 9 лет, вырвался одним из первых и прибежал домой, тяжело дыша и плача. Сначала он путано и заикаясь рассказал, что случилось, но вскоре замолчал и в дальнейшем не мог вымолвить ни слова. К вечеру температура повысилась до 39°C. Был озноб. Ночь спал беспокойно, вздрагивал, вскрикивал, вскакивал, был мокрым от пота, кричал «где мама?» Дважды обмочился. На следующий день отмечались заикание, рвота, понос. Жаловался на головную боль, жажду, сухость во рту. От пищи отказывался, сильно потел. Оставался тревожным, напряженным, боялся один оставаться в комнате. При обследовании были отмечены тремор языка, ортостатическая тахикардия, клиностатическая брадикардия, стойкий красный дермографизм. Все эти проявления исчезли в течение нескольких дней.

Отмеченные расстройства соматических и вегетативно-сосудистых функций в данном клиническом наблюдении выражены отчетливо.

Под влиянием острого психогенного воздействия у детей чаще всего нарушается регуляция сердечно-сосудистой системы (в старшем возрасте) и желудочно-кишечного тракта (в младшем). Повышенная жажда, резкая потливость, зябкость, сыпи, повышение температуры наблюдаются очень часто.

В течении острых психогенных реакций различают две фазы: вначале доминируют явления возбуждения и, если этим болезненное состояние не заканчивается, наступает фаза угнетения с нарушением умственной и физической работоспособности, угнетенным настроением (депрессией), суицидальными мыслями, подозрительностью, сензитивными идеями отношения. В этот период возможны также психопатоподобное поведение и даже изменения личности с формированием чувства собственной неполноценности.

Важно отметить, что даже острая, однократная психогенная реакция может привести к изменению адаптационных возможностей и повышению чувствительности к повторным психическим травмам («психическая сенсбилизация»). Иными словами, несмотря на общую тенденцию к благоприятному течению (с длительностью в несколько дней), возможны отдельные случаи перехода к затяжному или рецидивирующему течению. Это указывает на важность своевременного и комплексного (лекарственного и психотерапевтического) лечения.

Как видно из изложенного, основными психопатологическими симптомами при острых аффективно-шоковых реакциях являются сильный страх, неясное сознание, нарушение речи, двигательное возбуждение или заторможенность. В зависимости от преобладания одного из указанных симптомов выделяют разные варианты аффективно-шоковых реакций («сумеречные состояния сознания», «речевая спутанность», «острые

психозы страха», «острый ступор», «реакция короткого замыкания»).

ОСТРЫЙ ПСИХОЗ СТРАХА

Коснемся лишь некоторых вариантов шоковых реакций. Среди них необходимо остановиться на «остром психозе страха», поскольку эмоция страха в детском возрасте является одной из самых характерных, встречающихся практически при всех формах психогенных расстройств и при психических заболеваниях иной природы. Кроме того, в рамках неврозов у детей также выделяют состояния с ведущими симптомами страха — «невроз страха» (см. главу о неврозах). Клинико-нозологическое соотношение этих двух форм «страха» до настоящего времени остается спорным, однако даже в самых последних работах выделяют эти две формы патологических состояний. По данным ведущих физиологов и психологов, страх относится к числу основных эмоций человека, играющих защитную роль в развитии психической саморегуляции как средство познания окружающего мира. С развитием самосознания страх уменьшается. Появление страха в детском возрасте еще не означает патологии, а может отражать особенности реагирования незрелой психики. Интенсивный острый страх (ужас, паника), непосредственно связанный с сильной (сверхсильной) психической «травмой», отличающийся жесткой связью с соматовегетативными и двигательными нарушениями и отсутствием внутренней его переработки, сопровождается аффективным сужением сознания, затрагивающим инстинкт самосохранения. Он характерен для острых шоковых реакций. Появление у ребенка острого страха парализует у него способность размышлять, критически оценивать ситуацию, руководить своим поведением.

Как любая шоковая реакция, острый психоз страха продолжается от нескольких часов до нескольких дней. Однако в зависимости от ряда обстоятельств (возраст, особенности личности, характер страха, патологическая почва и пр.) это острое состояние может приобретать затяжной или рецидивирующий характер и новые свойства, присущие уже

не реакциям, а невротическим состояниям. При этом в клинической картине начинает преобладать тревога, а страх принимает характер фобий (см. раздел о неврозах). Дети, перенесшие острые реакции страха, попадают в группу риска в плане возможности развития «невроза страха».

ОСТРАЯ ПСИХОГЕННАЯ РЕЧЕВАЯ СПУТАННОСТЬ

Эта реакция клинически проявляется (кроме неясного сознания, страха и возбуждения) бессвязной речевой продукцией по типу непрерывного потока. Напоминает аффективно обусловленное состояние глоссолалии, описанной как истерический, массовый, религиозный экстаз при суженном сознании и сопровождающейся нанизыванием бессмысленных звукосочетаний (парафазии). Звуки, издаваемые больным ребенком при «речевой спутанности», эмоционально ярко окрашены, в связи с чем не сразу становится понятной бессмысленность произносимого. Многие слова заменены междометиями, нечленораздельными выкриками или повторяющимися звуками. Такие состояния длятся всего 1—2 дня и заканчиваются выраженной психической слабостью, истощением (астения). Они могут возникать и при более продолжительно протекающих реактивных состояниях, при добавочном психотравматизировании. От речевой разорванности при шизофрении речевая спутанность отличается наличием нарушенного сознания, отсутствием неологизмов (символическое значение, придаваемое больными бессмысленным словосочетаниям), нелепого рифмования, эмоциональной насыщенностью, кратковременностью, сочетанием с другой истерической симптоматикой (астазия-абазия — невозможность стоять и ходить, преходящие параличи, истерические припадки, рвота и пр.). Примером психогенной речевой спутанности может служить следующее наблюдение.

Больная Б., 17 лет. До привлечения к уголовной ответственности была психически здорова и никогда у психиатра не наблюдалась. В анамнезе: в возрасте 12 лет перенесла черепно-мозговую травму с

явлениями сотрясения мозга, после которой отмечались склонность к истерическим реакциям, психогенным рвотам, заиканию, чувству удушья после конфликтов, а также к состоянию астении, сезонным колебаниям настроения. Тяжело переживала арест. Сразу после задержания у нее возникло состояние возбуждения с бессонницей, страхом. Поступила в стационар на судебно-психиатрическую экспертизу в состоянии острого возбуждения. Находится в непрерывном движении, быстро бежит из угла в угол, старается с разбега стукнуться головой о дверь, стену, царапает себе лицо, шею, бьет себя кулаком в грудь. На лице — испуг, глаза широко раскрыты, веки мелко дрожат, часто появляется застывшая страдальческая гримаса. Бесперывно выкрикивает бессвязные слова, полужелания, отдельные звуки. Говорит то еле слышным шепотом, то неистово кричит, пронзительно визжит. Все бессвязные высказывания явно относятся к травмирующей ее ситуации: «За что?.. За что?.. Угу-у-у-у... а-а-а (воет) ы-ы-ы... ага... отравите меня... убейте... (рыдает)... Ах, вот оно что?! О-о-о-о-о... Пить... пить... Ой, Господи!..» (катается по полу, вскакивает, вновь падает).

ОСТРАЯ ПАРАНОИДНАЯ РЕАКЦИЯ

Острые психотические реакции с бредовым толкованием окружающего у детей и подростков встречаются исключительно редко. Им обычно предшествуют соматическая астенизация, вынужденная бессонница, личностные особенности с повышенной внушаемостью и самовнушаемостью.

Клиническая картина развивается остро, характеризуется растерянностью, тревогой, двигательной ажитацией. Доминирующими являются аффект страха с бредовым восприятием окружающего, когда все происходящее вокруг принимается больным ребенком как имеющее особое отношение к нему: «все смотрят как-то не так», задним «следят», о нем «говорят», «шепчутся», «делают знаки», имеющие какое-то значение.

Примером может служить следующее наблюдение.

Девочка, 15 лет, интеллектуально несколько отсталая, несамостоятельная, робкая, внушаемая, в течение 3 дней оставалась дома одна, без матери, которая «вдруг исчезла». Нарастали тревога, страх, почти не ела и не спала, все время плакала, никуда не выходила из квартиры. Затем был долгий звонок в дверь, появилась перепуганная соседка и, истерически причитая, сообщила девочке об аресте ее матери. Буквально через 1—2 часа девочка стала растерянной, тоскливой, «объятой страхом», высказывала бредовые идеи отношения: все о ней говорят, над ней смеются, что-то замышляют. В тот же день была стационарирована и в течение 2 дней вместе с благополучным разрешением ситуации состояние нормализовалось. Сначала исчезли острые явления, затем подавленность, беспокойство. Появилась критика к своим недавним высказываниям. Выписана была в хорошем состоянии.

ОСТРЫЕ ИСТЕРИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, СИНДРОМ ГАНЗЕРА, ПСЕВДОДЕМЕНЦИЯ

Этот вариант аффективно-шоковой реакции известен как острый тюремный психоз и по основным клиническим проявлениям сходен с другими вариантами.

Основными его отличительными признаками являются следующие. Возникает он у подростков, привлеченных к уголовной ответственности и находящихся в следственном изоляторе. На фоне острого психогенного страха и истерически измененного сознания возникает картина кратковременной «псевдодеменции» (ложного, кажущегося, слабоумия) с «миморечью» (нелепые ответы на простые вопросы), «мимодействием», когда вопреки инструкции совершаются неправильные, часто противоречивые действия (больной пытается зажечь спичку обратным концом, папиросу вставляет в ухо, правую руку называет левой). Как и неправильные ответы, неправильные действия отражают известную

сохранность представлений о назначении предмета. В случаях, когда преобладают «мимодействия», говорят о «моторной псевдодеменции».

Анализ структуры «миморечи» помогает распознать псевдодеменцию: неправильный ответ больного родственен правильному — он или прямо противоположен правильному, или сходен с ним, или является ответом на предыдущий вопрос. В содержании ответа всегда можно уловить связь с травмирующей ситуацией. Все ответы при псевдодеменции сходны, их можно заранее угадать (Н.И.Фелинская, 1968).

Иногда появляются также истерические галлюцинации, нарушение чувствительности по истерическому типу. Продолжается такое состояние обычно несколько дней, и затем «слабоумие» бесследно исчезает. Синдром псевдодеменции может возникать не только при психогенных, но и при других психических заболеваниях. При шизофрении «миморечь» считается выражением негативизма (специфическая шизофреническая оппозиционность, -когда больной все делает наоборот). Ганзеровский синдром возникает обычно как «ажитированный» (Н.И.Фелинская, 1968) на фоне речедвигательного возбуждения, расторможенности, иногда после синдрома бредоподобных фантазий. В части случаев острая псевдодеменция возникает как один из этапов течения реактивного состояния на фоне депрессивного настроения, заторможенности. Больные часто сидят неподвижно, не встают с постели, отвечают «не знаю», «не помню», повторяют одни и те же слова, цифры, имеющие отношение к травмирующей ситуации, не могут запомнить имени врача, медсестры, соседа по палате. Отмечаются также затруднения при письме, неуверенность почерка, пропуски букв, грубые грамматические ошибки.

При углублении реактивного состояния наблюдается переход в реакцию аутизма или синдрома «одичания» (см. ниже). При выходе из состояний псевдодеменции восстановление психических функций проходит определенные этапы. Так, при нормализации речи и действий названия предметов еще не воспроизводятся, но уже возобновляется

способность правильно описать их назначение («ножницы — резать» и пр.).

Короткая выписка из истории болезни поможет представить клинику псевдодеменции более наглядно.

Больной К., 17 лет. В анамнезе — грипп в тяжелой форме. Психическое развитие протекало без особенностей. После совершения кражи был задержан и через 3 дня стал возбужденным, испытывал страх. При поступлении в стационар был в неясном сознании, испытывал страх, прятался, плакал, просил отпустить его. Отмечались явления «мимодействия»: вместо термометра вставлял себе в подмышечную впадину карандаш, не мог выполнить знакомые прежде действия (открыть водопроводный кран — стоял и беспомощно оглядывался). Отвечал на вопросы с задержкой, подыскивал слова, часто ответы на разные вопросы были однотипными и не к месту: «да, да», «не туда», «может быть». Не мог назвать ни одного предмета. Разделяют их на «хорошие» и «плохие». Через неделю состояние стало постепенно нормализовываться. В процессе улучшения состояния стал обозначать предметы их назначением («халат» — «надевать надо», «диван» — «это сидеть» и пр.). Став волноваться и адекватно реагировать на вопросы о его правонарушении. Состояние несколько дней оставалось волнообразным — временами ухудшалось. В дальнейшем на фоне лечения наступила нормализация. Какого-либо интеллектуального снижения или явлений умственной отсталости не отмечалось.

СИНДРОМ ПУЭРИЛИЗМА

Этот острый кратковременный истерический психогенный психоз проявляется (кроме суженного сознания) в детском поведении и высказываниях. Впервые был описан в литературе в середине прошлого века. Монахиня во время молитвы внезапно после тяжелого нравственного потрясения впала в состояние возбуждения, сопровождавшегося детскими

интонациями голоса, «глуповатым шутовством», «детскими выходками». В дальнейшем такие состояния объяснили временным психогенным регрессом психики «на стадию детства» (Dupre, 1905). Было обнаружено, что пуэрилизм возникает у лиц с остаточными явлениями органических поражений головного мозга.

В отечественной психиатрии пуэрилизм широко изучался судебными психиатрами (И.Н.Введенский, А.В.Бунеев, Н.И.Фелинская и др.).

Острые реакции с синдромом пуэрилизма наблюдаются и у взрослых, и в старшем подростковом возрасте. Они часто сочетаются с синдромом Ганзера. Наиболее выраженными симптомами пуэрилизма являются детская речь, детская моторика, детские эмоции. Больные говорят с детскими интонациями, тонким голосом, по-детски строят фразы, ко всем обращаются на «ты», называют взрослых «дядями», «тетями», трогают все предметы, тянутся ко всему яркому, блестящему, охотно прячут такие предметы в карманы, сами делают из бумаги игрушки, играют с ними, изображают голосом звук паровоза, парохода, клаксона. Легко капризничают, обижаются, надувают губы, стучат ногами. Этот синдром может возникать остро и исчерпывать клиническую картину, но иногда сменяет другие реактивные синдромы. Восстановление психических функций происходит быстро и завершается нормализацией поведения.

ОСТРЫЙ ПСИХОГЕННЫЙ СТУПОР

Острые кратковременные психозы в форме синдрома Ганзера, пуэрилизма, психогенного ступора, «одичания» могут проявляться в виде разных этапов течения реактивных психозов, носящих в этих случаях подострый или затяжной характер. Отмечается такая закономерность: все перечисленные формы острых аффективно-шоковых реакций обычно возникают у подростков, привлеченных к уголовной ответственности и изолированных от общества (психогенная травматизация сочетается с социальной и эмоциональной депривацией).

Психогенный ступор у подростков возникает редко, но обычно — непосредственно после помещения в следственный изолятор. Клиническая картина разворачивается быстро, через стадию заторможенности, вялости, обеднения психических процессов — к состоянию полной обездвиженности и мутизма.

По внешним признакам (выражение лица, широко раскрытые глаза, расширенные зрачки) и вегетативной симптоматике (тахикардия, повышенное потоотделение, сосудистые реакции на утяжеление ситуации) клиническая картина хорошо узнаваема. Если речь в какой-либо мере сохранена, отмечают ее скудность, стереотипность или нелепость, при застывшей мимике - выражение страха, тоски или удивления. Нередко наблюдаются бессмысленные повторяющиеся движения (стереотипии): одни больные все время трут ладонью голову, другие сосут пальцы и т.д. В целом вид у них гротескный, карикатурно-выразительный, сознание неясное, в ситуации они не ориентируются. Выход из острых ступорозных состояний намечается через несколько дней.

Острые психозы с синдромом регресса психики (“Одичание”)

Данный синдром возникает обычно сразу, остро, на фоне истерически измененного сознания (суженного) и проявляется поведением, напоминающим поведение животного или “дикого” человека (ползание на четвереньках, лакание еды прямо из миски, подвывание, рычание, лаяние, “скаление” зубов и пр.) (А.Н.Бунеев, 1950; Н.И.Фелинская, 1968; Ю.К.Чибисов, 1961).

Истерически суженное (или сумеречное) сознание сочетается с возбуждением, аффектом страха и агрессивной защитой. Иногда «перевоплощение» в животных носит выраженный, но кратковременный характер. Нередко отмечается исчезновение ориентировочных и оборонительных реакций. Иногда при совершенно беспорядочном поведении неожиданно выявляются отдельные отрывочные ситуационные

высказывания. Такие состояния могут возникать не только как острая психотическая реакция, но и как отдельная стадия затяжных реактивных психозов. В последнем случае возникают большие трудности в их отграничении от шизофрении.

В подростковом возрасте состояние «регресса» психики принимает форму пуэрилизма, а в виде «одичания» встречается исключительно редко.

ОСТРЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РЕАКЦИИ («РЕАКЦИИ КОРОТКОГО ЗАМЫКАНИЯ»)

Аффективные реакции в подростковом возрасте являются одной из самых распространенных форм психогенно-личностного реагирования и отличаются большим многообразием как клинических форм, так и степени их патологичности (от обычных неболезненных подростковых и личностных реакций до острых кратковременных психотических состояний — эпизодов).

Среди острых психогенных психозов острые аффективные реакции занимают особое место и не только в связи с отмеченными выше особенностями. Прежде всего — это самые кратковременные психотические состояния, которые делятся от нескольких минут до нескольких часов и заканчиваются тоже внезапно состоянием тяжелой сомато-психической астении (вплоть до протрации) или сном.

Сохраняя все основные качества острых психогенных психозов (острота возникновения реакции и выхода из нее, аффективное сужение сознания, интенсивный аффект страха и пр.), эти психотические реакции развиваются по механизму «короткого замыкания» и отличаются целым рядом признаков. Они, как правило, возникают при наличии «патологической почвы», чаще всего связанной с перенесенным в раннем детстве неглубоким церебрально-органическим поражением. В преморбиде у таких подростков нередко прослеживается наличие

соматогенных астенизирующих факторов: физическое истощение, недосыпание, инфекционные и соматические заболевания.

Аффективные реакции относятся к группе аффектогенных расстройств и начинаются быстро, нарастающим аффектом отчаяния, безысходности или злобы, ненависти, как правило, сочетающихся с очень сильным страхом (ужасом) за свою жизнь или жизнь самого близкого человека. Характер аффекта зависит от типа личности подростка, от преобладания тормозимости, слабости или возбудимости, эпилептоидности.

Очень важной особенностью этого аффекта является то, что он всегда предметен, т.е. относится только к определенному субъекту, являющемуся источником психотравматизирования. Не менее важно и закономерно то, что такие острые аффективно-шоковые реакции развиваются на фоне уже накопленного длительного психогенного эффективного напряжения, связанного с той же ситуацией или с тем же лицом, что и сама реакция. Непосредственным толчком к возникновению таких реакций является очередной конфликт со «стрессором» или какой-либо добавочный психогенный повод, который сам по себе может быть и незначительным, но, падая на подготовленную (сенсibilизированную) почву, оказывается той «последней каплей, которая переполняет чашу».

В отличие от других описанных выше аффективно-шоковых реакций «реакции короткого замыкания», проявляющиеся как острый аффективный разряд (взрыв) на фоне измененного сознания, сопровождаются тяжелыми разрушительными, агрессивными действиями, направленными на то же лицо, являющееся «стрессором».

Такие реакции возникают не После правонарушения (в ответ на привлечение к ответственности), а характеризуют сам момент совершения криминальных действий. В связи с этим их оценка, квалификация, имеет очень большое значение при судебно-психиатрической экспертизе. О

патологическом (психотическом) характере таких состояний свидетельствуют следующие признаки. Возникающий с самого начала сложный аффект с преобладанием страха, ужаса, безысходности отличается молниеносным нарастанием и возникновением «схваченности» болезненными переживаниями. Он как бы заполняет все сознание, определяя его аффективное сужение и не оставляя места для размышлений и критического анализа ситуации. Возникающее при этом некорректируемое стремление избавиться от тягостного аффекта завершается совершением импульсивных действий, не сопровождающихся ни борьбой мотивов, ни прогнозированием последствий своего поведения. Окружающее при этом воспринимается смутно, и воспоминания об этом периоде сохраняются лишь частично. Двигательное возбуждение и разрушительные действия отличаются брутальностью, массивностью и такой силой «ударов», которую трудно предположить у подростка. Так, маленькая, хрупкая девочка 14 лет убила своего отца, отличавшегося большим ростом, весом и силой, нанеся ему 47 ударов топором, разрубив череп и другие крупные кости. По заключению судебных медиков, большая часть нанесенных повреждений была несовместима с жизнью. Эта множественность и сила повреждений отражают характерный для таких патологических состояний «двигательный автоматизм». Бывают случаи, когда подросток долго не может освободиться от орудия убийства, так как рука остается как бы скованной судорогой. Повреждения получает обычно не только «виновник», но и предметы, расположенные вокруг, и случайные лица. Заканчиваются такие реакции обычно тяжким соматическим и психическим истощением или сном. Совершенное деяние и последующее привлечение к ответственности оказываются новыми психогенными травмами, вызывающими реактивное состояние, чаще — в виде психогенной депрессии (см. ниже).

Наряду с такими кратковременными психотическими состояниями, которые встречаются нечасто, в детском и, особенно, в подростковом

возрасте наблюдается большое количество разнообразных аффективных реакций непсихотического уровня. Особенности их клинического оформления находятся в тесной зависимости от типа личности и чаще развиваются у подростков с формирующейся психопатией. Эти аффективные реакции также выражаются бурной вспышкой аффекта и соответствующими поступками, отражающими направленность аффекта и особенности личности подростка (истерический припадок, взрыв гнева, агрессии, суицидальные попытки, побеги, поджоги и пр.), но не содержат той симптоматики, которая отражает глубокий уровень расстройств (см. выше) и расстроенного сознания. Хотя личностные острые аффективные реакции не относятся к аффективно-шоковым, по-видимому, целесообразно коротко остановиться на их характеристике именно в этом разделе, поскольку это облегчит сопоставление психотического и непсихотического уровня таких расстройств.

Острыми аффективно-личностными реакциями обозначаются состояния «крайнего эмоционального напряжения, обусловленные психическими травмами и кризисными ситуациями» (А.Е.Личко, 1985). Они также очень кратковременны (от нескольких минут до 1—2 дней). Потребность в естественном сне служит той границей, которая определяет максимальную продолжительность острой аффективной реакции (Д.Е.Личко, 1985).

Даже в самых выраженных случаях, когда подросток начинает плохо управлять своими поступками и не думает об их последствиях, речь идет не о психотическом уровне расстройств, а о незрелости психики, недостаточной социализации личности и невыработанности волевых задержек. При сопоставлении острых аффективных психотических и непсихотических реакций выявлено следующее (Н.Б.Морозова, 1986). Психотравмирующая ситуация как причина личностных аффективных реакций лишена той массивности, тяжести и драматизма, которые характерны для психотических реакций. Она скорее субъективно значима.

Соотношение силы психогенных травм и выраженности особенностей личности подростков резко смещено в сторону последней (утрированные самолюбие, эгоцентризм, обидчивость, ранимость, заниженная самооценка, максимализм в оценках, требованиях, претенциозность и пр.). Большое значение в особенностях реагирования у таких подростков имеют последствия неправильного воспитания и запоздалая социализация личности в виде педагогической запущенности.

Если у подростков с острыми аффективными психотическими реакциями отмечаются сензитивно-шизоидные особенности личности, то в сравниваемой группе преобладают истеро-возбудимые черты.

Выделяют 4 типа острых аффективных реакций в подростковом возрасте (А.Е.Личко, 1985): агрессивные, аутоагрессивные, импунитивные и демонстративные.

Агрессивные реакции проявляются нападением на обидчика или «вымещением» злобы на случайных лицах. Суть реакции состоит в разрядке аффекта. Развиваются чаще у подростков с повышенной возбудимостью.

Аутоагрессивные реакции чаще, чем предыдущие, становятся предметом наблюдения психиатра. Проявляются нанесением себе повреждений или суицидальными попытками, покушениями на самоубийство. Все действия — лишь путь к разрядке аффекта. К подобной разрядке склонны чаще всего эпилептоидные подростки, но встречается она и при лабильной, и при циклоидной, и при конформной, и при неустойчивой акцентуациях. Суицидальные попытки при острых аутоагрессивных реакциях у подростков составляют особый вид суицидального поведения. При *импунитивных аффективных реакциях* аффект разряжается не агрессией, а путем бегства из психотравмирующей ситуации (как правило — побег из дома). Подобные побеги не готовятся заранее, совершаются обычно в одиночку.

Импунитивные реакции чаще встречаются при лабильной, сензитивной и неустойчивой акцентуациях.

Демонстративные реакции — наиболее часто наблюдаемый тип острых аффективных реакций у подростков. В основе их лежит крайнее аффективное напряжение, вызванное обидой, перспектива оказаться в глазах окружающих униженным, отвергнутым. На фоне аффекта совершается ряд поступков и действий, направленных на то, чтобы обратить на себя внимание, пробудить сочувствие, жалость, избавиться от неприятностей. Это обычно выражается демонстративными попытками самоубийства, как правило, ярко расцвеченными и подготовленными (прием неядовитых лекарств с разбрасыванием оставшихся таблеток, оставление записок с душераздирающим содержанием и пр.). Такие реакции чаще всего развиваются у подростков с истерическими особенностями личности.

ПОДОСТРЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА (РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ)

В отличие от «острых аффективно-шоковых реакций» подострые психогенные расстройства развиваются в ответ на более продолжительное травматизирование. При этом травма чаще всего носит характер фрустрирующей «жизненной ситуации», «жизненного события», которое субъективно кажется непреодолимым. В силу того что такая «ситуация» возникает неожиданно, внезапно, она вначале воспринимается как «острое» психогенное воздействие, хотя по своей сути оказывается, как правило, продолжительной (смерть родителя, развод родителей, привлечение к уголовной ответственности).

В части случаев «жизненные травмирующие события» сочетаются с депривацией и психосоциальным стрессом (помещение в закрытое учреждение, резкое изменение условий жизни и резкое ухудшение

финансовых возможностей в семье, исчезновение лиц, с которыми были наиболее тесные эмоциональные контакты). Возникновение реактивного состояния возможно только в том случае, если психогенная травма осознается, перерабатывается сознанием и становится доминирующим переживанием (появление так называемой патодинамической структуры, основное место в которой занимают аффективно насыщенные мысли о травмирующей ситуации).

В подростковом возрасте вновь, как и в младшем детском возрасте, включая второй возрастной криз — 5—7 лет, нарастает частота вегетативных нарушений, причем сосудистый компонент выражен очень отчетливо (головокружение, обморочные состояния, головные боли, тахикардия, боли в сердце, преходящая гипертензия, сосудисто-вегетативные кризы). Это связано с самой сущностью пубертатной фазы созревания. Характерно также усиление моторной расторможенности (большое количество движений, угловатость, гримасничество), что проявляется в психогенных реакциях тиками, гиперкинезами. Учащаются случаи расстройства влечений, исчезает склонность к генерализации страхов, к энурезу, резко снижается частота психогенного мутизма, заикания, психогенной рвоты. В этом возрасте ухудшается успеваемость, резко нарастают нарушения поведения, соматопсихическая астения. Все это находит отражение в клинике психогенных расстройств, основной формой которых является подавленность, тоска и мысли о смерти. Усиление соматовегетативных проявлений определяет частоту депрессивно-ипохондрических состояний в подростковом возрасте.

Здесь следует повториться: даже самая тяжелая травма в форме «жизненной ситуации» не обязательно вызывает психогенные расстройства. Большое, а иногда и решающее значение имеют особенности личности, характер «патологической почвы», возраст, особенности психического развития, повторность травмирования.

В целом подострые реактивные состояния обратимы, т.е. могут

проходить под влиянием лечения, а в легких случаях — даже самостоятельно после прекращения действия психотравмы (К.Ясперс).

По тяжести клинических проявлений подострые реактивные состояния могут быть непсихотическими (оставаться на невротическом уровне) или достигать степени психоза. В детском и подростковом возрасте психотический характер реактивного состояния встречается редко, так что возникновение психоза заставляет заподозрить наличие другого, более тяжелого психического заболевания. В зависимости от ведущего психопатологического синдрома различают разные варианты подострых реактивных состояний.

ПСИХОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ

Депрессия — подавленное настроение, душевное угнетение. Эти состояния обобщенно определяют как синдром, характеризующийся пониженным настроением (гипотимией), торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением жизненно важных (витальных) побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения, соматоневрологическими расстройствами (В.М.Блейхер, 1995). Для уточнения понятия не психогенной, а большой (эндогенной) депрессии важна также триада Протопопова (В.П.Протопопов, 1920): учащение пульса, расширение зрачков, склонность к запорам. Эта симптоматика может наблюдаться в остром периоде эндогенной и при психогенной депрессии. Депрессиям присущи и такие свойства, как отрицательная, уничижительная оценка собственной личности, внешнего мира и будущего. Для диагностики депрессий у детей и подростков используют «триаду Бека»: пессимистическая оценка своего прошлого, настоящего и будущего.

Долгое время считалось, что у детей психогенные депрессии возникнуть не могут в силу недифференцированности психики. После работы Шпитца (R.Spitz, 1945), когда была описана «анаклитическая

депрессия» у младенцев, это мнение было поколеблено, но до сих пор считается, что в детском возрасте, особенно раннем, психогенные депрессивные реакции развиваются только в связи с разрушающим воздействием на «комплекс привязанности» (J.Bowlby, 1979), который обычно сформировывается лишь к 6 месяцам. Иными словами, вынужденная разлука с матерью (даже в форме длительного стационарирования в больницу) — наиболее отчетливая причина для развития у ребенка депрессивного состояния. В связи с такой позицией любые непонятные, психологически необъяснимые состояния эмоционального угнетения с заторможенностью (а у детей эти психологические связи установить очень трудно и даже не всегда возможно) многие детские психиатры склонны расценивать как признак более тяжелого (чем психогенное) заболевания.

В подростковом возрасте психогенные депрессии встречаются намного чаще, чем другие формы подострых реактивных состояний. Связано это с тем, что при незрелой психике аффективный уровень реагирования является преимущественным (недостаточная способность к переработке внешних впечатлений, их анализу, прогнозированию, критической оценке и незаконченность социализации личности).

По этой же причине наиболее частым клиническим выражением любых психических заболеваний в подростковом возрасте, особенно на их начальной стадии, являются депрессивные проявления. Частота депрессивного синдрома у подростков определила необходимость его группировки. Выделяют депрессии психогенные, невротические, экзогенные (органические) и эндогенные (не связанные с какой-либо внешней причиной, но возникающие как проявление хронических психических заболеваний или при наличии определенных личностных структур, например шизоиды, циклоиды). Чаще всего говорят о двух, как бы альтернативных, противоположных друг другу группах: *психогенных* и *эндогенных депрессиях*. Знание признаков, позволяющих их разграничить,

необходимо для правильной диагностики, хотя любые выделенные критерии не являются абсолютными.

Психиатрам хорошо известно, что шизофренический процесс в подростковом возрасте нередко начинается с депрессии, которая и по этиологии (травмирующая ситуация), и по клинике проявляется как психогенная. Первый депрессивный эпизод (фаза) при маниакально-депрессивном психозе возникает нередко также после психотравмы и проявляется затяжным болезненным состоянием, несущим в себе все признаки реактивной депрессии.

Актуальность изучения подростковых депрессивных состояний связана также с тем, что этот возраст накладывает очень значительный отпечаток на клинику депрессий, придавая ей весьма своеобразную окраску, что послужило причиной обозначения их как «пубертатных репрессий». Именно этой проблеме был посвящен IV Конгресс Европейского Союза педопсихиатров (1971), а в дальнейшем работы по пубертатным депрессиям занимали целые выпуски крупных зарубежных журналов.

В подавляющем большинстве работ по детским и подростковым депрессиям не делается серьезных попыток разграничивать психогенные и эндогенные депрессии, так что и статистические разработки касаются детских и подростковых депрессий в целом. По международной статистике, депрессиями страдают в среднем 2% детей. Считается, что у подростков депрессия встречается в 3 раза чаще (Rutter и соавт., 1970). Вместе с тем специальными исследованиями обнаружено, что депрессии у учащихся встречаются с частотой 13—23%. Такой значительный разброс показателей связан с тем, что депрессии в детском и подростковом возрасте остаются нераспознанными в связи с частотой скрытых (ларвированных) и маскированных форм. Последние в части случаев проявляются, как и у взрослых, «соматическими» (по Д.Д.Плетневу, 1927) и «вегетативными» депрессиями (по R.Lemke, 1949). Клиническим их

выражением в этих случаях являются не подавленность, тоска и тревога, а такие психосоматические расстройства, как головные боли, энурез, нарушения сна, приступы по типу бронхиальной астмы, экзема, эритема, спастический колит, резкое похудание, связанное с анорексией (отказ от пищи), «ювенильная (юношеская) гипертония» и т.д. Все же такие «маски» больше характерны для детского возраста, у подростков же чаще наблюдаются «поведенческие», «психопатоподобные» расстройства (А.Е.Личко, 1985; О.Д.Сосюкало, 1983) в виде развязности, грубости, эксплозивности (повышенной возбудимости), суицидальных мыслей и поступков, делинквентного (криминального) поведения. Все это заставляет очень внимательно и углубленно искать причины указанных расстройств соматики и поведения, обязательно анализировать их динамику.

Частота ларвированных депрессий у детей и подростков послужила причиной выделения 2 форм депрессий: «явных» и «неявных». Для обнаружения скрытых депрессий предложена «балльная оценка поведения». При этом выявлены как наиболее значимые следующие признаки: тревога отделения от лица, к которому привязан ребенок, боязливость, недоверчивость, неустойчивость к фрустрациям, психологическая зависимость, низкий уровень активности, импульсивность, неуверенность в себе, враждебность. Различия по этим показателям выявляются только после 5 лет.

У детей с депрессиями не обнаружено показателей когнитивного (познавательного) функционирования, но имеет место отрицательное мнение о собственных успехах.

Маскирующие проявления депрессий у детей и подростков описывают также под названием депрессивных «эквивалентов». Они проявляются «соматическими ощущениями», не имеющими органического подтверждения, или симптомами аффективного ряда. К числу таких «эквивалентов» относят, кроме соматических проявлений, и «школьные фобии» (боязнь школы), и депрессии с картиной юношеской астении, и

ипохондрические симптомы. Скрытые и маскированные депрессии у подростков наиболее характерны для психогенных расстройств. Выявление таких депрессий особенно важно в случаях совершения агрессивных действий, направленных против других или на себя. Именно здесь возникает потребность определить, была ли у подростка депрессия в период совершения агрессивного поступка или нет и насколько интенсивно она была выражена. Такая квалификация нужна для решения вопроса о том, мог ли подросток отвечать за свои поступки.

Для объяснения частоты и разнообразия атипичности подростковых депрессий была разработана концепция «юношеского смятения» (J.F. Masterson, 1968), под которой понимается повышенная реактивность и эмоциональная неустойчивость в подростковом возрасте. По мнению некоторых авторов, сам пубертат (12—18 лет) — это предрасположенный фактор, определяющий готовность к развитию депрессии.

Обобщая возрастные особенности депрессий, можно отметить следующее (Д.Н.Оудсхоорн, 1993). В младенческом возрасте очень велик шанс появления депрессивных эмоций. Вместе с тем, в связи с интенсивными процессами развития (особенно психического) и способностью принимать замену наиболее значимого лица, ребенок легко справляется с отрицательными переживаниями. По мере взросления акцент перемещается на интеллектуальные компоненты (связанные с ростом самосознания и сопутствующие неприятным эмоциям), на способность анализировать психогенную травму.

У младших подростков картина депрессии формируется под влиянием эмоциональной незрелости, упрямства, трудностей поведения. Усиление познавательных и моторных возможностей определяет большую выразительность депрессии.

В препубертатном (11—12 лет) возрасте конфликты могут

перерастать в острые кризисы (побег из дома, самоповреждения, суициды). Возникающая при этом депрессия часто скрыта поведенческими нарушениями.

Для периода пубертатного криза (12—18 лет) характерны проблемы в школе и дома, пубертатная истощаемость, астенизация с ухудшением успеваемости, нарушением внимания, пассивностью, легкость возникновения реакции на замечания родителей, капризность, эгоцентризм, озабоченность мировыми проблемами, стремление к самоутверждению, оппозиционность, сочетание потребностей в самостоятельности и в зависимости, максимализм. Все это определяет легкость возникновения симптомов угнетения и тревоги и своеобразие клиники депрессивных состояний.

В подростковом возрасте возможности разграничения эндогенных и психогенных депрессий увеличиваются. Именно для этого возраста выделены *витальные* и *персональные* депрессии (van Praag, 1976), первые из которых больше соответствуют понятию эндогенных, вторые — экзогенных и психогенных депрессий. В клинической картине *витальных* депрессий ведущее место занимают нарушения «жизненных функций» (сложности с засыпанием, нарушение продолжительности сна с частыми пробуждениями, расстройства аппетита — отсутствие вкусовых ощущений, потеря массы тела, приступы прожорливости без аппетита), ощущение постоянной усталости, бессилия, соматические расстройства (сухость во рту, запоры), дневные колебания настроения с его ухудшением по утрам.

К числу признаков, характеризующих клинически очерченные витальные депрессии, относят также неясное, гнетущее ощущение «тяжести на сердце», необъяснимость возникшего состояния подавленности, наличие речедвигательной заторможенности, тревоги и ажитации (внутреннее и внешнее беспокойство), вялости.

При *персональной* депрессии чувство витальной тоски отсутствует (но может появляться при резком нарастании тяжести депрессии), снижение настроения тесно связано с конкретной ситуацией или обстоятельствами, чаще и интенсивнее выражена тревожность, реже и слабее — заторможенность, вялость, отсутствуют очерченные колебания настроения в течение дня или ухудшается состояние по вечерам. Персональные депрессии всегда носят на себе отпечаток возрастного криза.

Многие авторы предлагают применительно к подростковому возрасту не пользоваться термином «дистимия» (см. МКБ-10), а говорить о «депрессивной реакции» или «реактивной депрессии». По МКБ-10, по отношению к реактивным депрессиям выделены следующие рубрики: F.43 — реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F.43.2). Последние включают в себя следующее:

F.43.20 — кратковременная депрессивная реакция;

F.43.21 — пролонгированная депрессивная реакция;

F.43.22 — смешанная тревожная и депрессивная реакция и др. Соматизированные расстройства охватывают рубрики F.45.0 — F.45.9. Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте и являющиеся часто масками депрессий, охватывают рубрики F.90 — F.98. Среди них — гиперкинетические расстройства (F.90), смешанные расстройства поведения и эмоций (F.92), депрессивные расстройства поведения (F.92.0), другие смешанные расстройства поведения и эмоций (F.92.8). Важен раздел, посвященный эмоциональным расстройствам, специфическим для детского возраста (F.93). К последним относятся детские психогенные депрессии, проявляющиеся тревогой (эквивалент депрессии). F.93.0 — тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте;

F.93.1 — фобическое тревожное расстройство детского возраста;

F.93.2 — социальное тревожное расстройство детского возраста, также в случаях, когда это — эквивалент депрессии.

А. Постоянная тревога в социальных ситуациях, когда ребенок сталкивается с незнакомыми людьми, проявляется социально уклоняющимся поведением.

F.93.3 — аномально выраженное негативное чувство к последующему младшему сиблингу (брат, сестра) — сиблинговая депрессия.

Б. Эмоциональные нарушения, проявляющиеся регрессом (поведением маленького ребенка) — капризностью, дисфорией (страх, подавленность, злость), нарушением сна, оппозиционным поведением или поведением, направленным на привлечение внимания родителей.

В. Начало — в течение 6 месяцев после рождения сиблинга.

Г. Продолжительность — как минимум 4 недели. F.93.80 — генерализованное тревожное расстройство детского возраста. Описано как самостоятельное болезненное состояние и как эквивалент подростковой депрессии. В детском и подростковом возрасте диапазон жалоб, которыми проявляется генерализованная тревога, часто более ограничен, чем у взрослых; нередко менее выражены специфические симптомы возбудимости вегетативной нервной системы. Тревога, беспокойство и соматические (физические) симптомы обуславливают клинически очерченный дистресс или нарушение в социальной, учебной и других областях деятельности. Эти состояния не связаны с приемом психоактивных веществ, соматической патологией, психотическими расстройствами или расстройствами развития.

ПСИХОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА (АНАКЛИТИЧЕСКАЯ, СИБЛИНГОВАЯ)

Анаклитическая депрессия описана Шпитцем (R. Spitz, 1946).

Возникает она у младенцев после 6 месяцев жизни в связи с изоляцией от матери. Причиной ее считают отсутствие тех жизненно необходимых, положительно эмоционально насыщенных взаимоотношений, которые характеризуют отношения привязанности к матери.

Внешне ребенок производит впечатление грустного, особенно это отражается во взгляде: глаза широко раскрыты, выражение лица безучастное. Аффективно-двигательные проявления имеют два варианта. В одних случаях отмечаются отрешенность, вялость, психомоторная заторможенность, трудность установления контакта, в других преобладают систематическое двигательное беспокойство, крик, плач, отсутствие аппетита. В обоих случаях имеют место психосоматические признаки нарушение суточного ритма сна, диспепсия, эпизодическое повышение температуры.

Эти состояния обратимы, особенно после восстановления контакта с матерью. В иных случаях депрессия может затягиваться, но что самое важное, она оставляет след в виде готовности к патологическому реагированию на стресс.

В возрасте 1,5—3 лет у детей при разлуке с семьей (помещение в ясли, детский сад, детский дом) очень часто развиваются реактивные депрессии. Часто это происходит у единственных детей и особенно часто у «отказных» детей или сирот, помещенных в детские дома, приюты. Ребенок с большим трудом отрывается от матери, отказывается остаться в учреждении, плачет, кричит, цепляется за одежду. Оставленный без родителей, избегает контактов, иногда перестает разговаривать с детьми и персоналом (обычно — за исключением 1—2 человек), отвечать на вопросы (психогенный частичный мутизм), играет один, отказывается от еды, мочится под себя, а иногда и испражняется в штанишки. Во сне испытывает кошмары, кричит. Бывают потеря в весе и резкое истощение. Если такие реакции не проходят в течение нескольких дней, необходимо обратиться к психоневрологу.

В период 2,5—5 лет очень часты случаи так называемых «сиблинговых депрессий», возникающих после рождения второго ребенка. Это особенно отчетливо проявляется у детей, воспитывающихся по типу «кумира семьи», «забалованных» или отличающихся личностной аномальностью, когда ребенок не может «мириться» с тем, что внимание родителей теперь безраздельно ему не принадлежит.

Первая непосредственная реакция ребенка — это агрессия, которая может распространяться и на мать. Он набрасывается, дерется, кусается, требует выбросить малыша. Сам старается казаться беспомощным, «маленьким», плачет, страдает, требует, чтобы его кормили с ложечки, плохо спит, пребывает в подавленном настроении. Состояние изживается постепенно, в зависимости от особенностей среды. Иллюстрацией может служить следующее клиническое наблюдение.

Мальчик И., 6,5 года. Родители — научные сотрудники. Психомоторное развитие ребенка протекало нормально. Мать обратилась в детскую поликлинику к психоневрологу с жалобами на то, что мальчик переживает какое-то болезненное состояние, проявляет очень резкую агрессию к младшему братишке, бьет его. Двойственно относится к матери: наряду с нежной заботой, когда она болеет, проявляет протест, упрямство, агрессию, когда она «возится» с младшим ребенком. При этом заявляет: «Ты ему сделала красивые глаза, а мне — плохие». Требует, чтобы его возили в колясочке, «я маленький, а он может ходить». Настроение его постоянно злобно-возбужденное, пониженное. В играх проявляется агрессия. Как отмечает мать, мальчик переживает такое состояние второй раз. Первый раз это было тогда, когда ему исполнилось два года и родился второй ребенок (он умер через год от менингита). Когда мальчик увидел маленького в первый раз, он ударил его лопаткой и закричал: «Выброси его!» Прежде - спокойный и жизнерадостный, активный и энергичный, он стал агрессивным, возбудимым и упрямым «как теперь». Так же бывал подавлен, не отходил от матери, плакал во сне,

ночью звал мать. После смерти брата стал прежним и был «нормальным» до рождения второго брата. В психическом состоянии на приеме у врача отмечены пониженное настроение, протестное поведение и агрессивность. Толкал врача руками и ногами, не позволяя матери говорить с врачом. Лицо красное, зло плачет. Болезненное состояние продолжалось около месяца. Лечение оказалось эффективным.

Из приведенного наблюдения совершенно отчетливо видно, что у мальчика дважды по аналогичным причинам (появление брата-сиблинга) возникала очень личностно окрашенная дисфорическая депрессия (сочетание злобного аффекта, подавленности, протестного поведения), которая проходила либо при исчезновении источника травматизирования, либо после лечения, сочетавшего в себе лекарственные назначения и психотерапевтические беседы. Важной чертой этого случая является преобладание злобного аффекта, особенности проявления которого позволяют заподозрить, что дисфорическая психогенная депрессия возникла на фоне раннего формирования эпилептоидной психопатии.

ПСИХОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЕ ДЛЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Кроме уже описанного возрастного своеобразия депрессий, отметим здесь такие особенности, которые характеризуют именно психогенные расстройства.

Психогенные депрессии у подростков всегда начинаются с симптомов страха, тревожного ожидания и нарастания аффективного напряжения. На этом фоне быстро кристаллизуется доминирующее переживание, которое очень часто становится сверхценным (переживание начинает занимать в сознании незаконно прочное место), т.е. определяющим направление мыслей и поступков. Это вызывает стойкое отрицательное отношение к лицу-стрессору и к себе (самоуничижительные переживания). Чем патологичнее комплекс

сверхценностей, тем хуже прогноз в плане последующего формирования личностной аномальности по типу приобретенных психопатий. Своеобразен характер психического развития (инфантилизм, задержки психического и психосексуального развития, дисгармоническое и дефицитарное развитие).

По преимущественным особенностям клинического оформления реактивных депрессий в подростковом возрасте выделяют клинические варианты: астеническая, тревожная, дисфорическая, истерическая, ипохондрическая депрессии. Нередко в структуру депрессии включаются и другие психопатологические компоненты, образуя сложные депрессивные симптомокомплексы (например, депрессивно-параноидные, депрессивно-субступорозные и пр.), которые обычно определяют психотический уровень состояния. Наиболее очерченные реактивные депрессии у подростков описаны судебными психиатрами (Т.Б.Дмитриева, 1980; Н.Б.Морозова, 1980, 1985; Э.С.Наталевич, В.И.Посохова, Н.К.Харитоновна, 1982, и др.).

Психогенные астено-депрессивные состояния являются наиболее распространенными. Астеническая депрессия обычно не носит психотического характера, является самой «легкой», наименее очерченной, часто остается на доклиническом уровне (субдепрессивные состояния), малодинамична, характеризуется явлениями психической и физической астении (повышенная утомляемость, истощаемость, подавленное настроение, эмоциональная неустойчивость, некоторая двигательная заторможенность, соматовегетативные нарушения). В редких случаях (в соответствии с утяжелением психогенной ситуации) астено-депрессивные проявления усиливаются, появляются суицидальные мысли и даже витальные компоненты (витализация психогенной депрессии). В этих случаях могут присоединяться симптомы деперсонализации (нарушение самосознания, чувство отчуждения собственного тела, когда больному кажется, что у него изменились форма

и величина головы, конечностей и пр.) и дереализации (окружающее кажется изменившимся, нереальным), связанные с гнетущими депрессивными переживаниями. Деперсонализационно-дереализационный синдром не является специфическим для какой-либо формы депрессии, но характеризует ее глубину, тяжесть.

При астенической депрессии многие больные жалуются на нарушения сна, головные боли, повышенную утомляемость, слабость, плохую память, снижение аппетита и интересов. У них легко возникают аффективные реакции по типу раздражительной слабости (легко проходящие состояния раздражения, сменяющиеся ощущением истощения). Наиболее травматичной темой собеседования является все, что связано с психогенной ситуацией. При нормализации состояния астенические проявления держатся дольше, чем сама депрессия.

Психогенная тревожная депрессия чаще всего возникает на фоне соматогенной астении (А.Е.Личко, 1985) после перенесенного гриппа, ангины или у лиц с остаточными явлениями ранних мозговых поражений. Обычно тревога приходит на смену психогенному страху, с которого начинается реактивное состояние, и характеризует углубление аффективных расстройств. Вначале тревога превалирует над собственно депрессивными синдромами и тесно связана с основной психогенной ситуацией, отражая реальные опасения за свою дальнейшую судьбу, жизнь и здоровье своих близких. Внешне она может быть выражена в разной степени. В дальнейшем на фоне углубления депрессии тревожные переживания становятся менее связанными с ситуацией, более общими (тревожное ожидание беды, несчастья), сопровождаются психомоторным беспокойством. Больные не находят себе места, вертятся на стуле, совершают руками разные действия. Нередко у них возникают недоверчивость, подозрительность, но связаны они также только с лицами, имеющими отношение к психогенной ситуации. При нарастании повышенной ранимости и обидчивости могут возникать сензитивные идеи

отношения.

При тревожной депрессии соматовегетативные компоненты выражены особенно отчетливо. Возможна трансформация в депрессивно-параноидные состояния.

В качестве примера предлагается следующее наблюдение.

Девочка Л., 12 лет, была показана психиатру в связи со снижением успеваемости, тревожным сном, беспокойным поведением. Из анамнеза: мать неуравновешенная, замкнутая, обидчивая, в ее семье алкоголизм. Когда девочке было 1,5 года, в семье появился отчим. К девочке он относился как к своему ребенку, и она платила ему тем же. Девочка по характеру живая, ласковая, привязанная к родителям, несколько неуверенная в себе. За месяц до обращения к психиатру мать девочки находилась в терапевтической больнице. Однажды ночью к спящей девочке подошел отчим, разбудил ее непривычными для нее ласками. Она не поняла смысла его притязаний, но испугалась и рассказала девочке-соседке 15 лет, которая ей все разъяснила. Страх у девочки усилился, появилось тревожное ожидание новых «приставаний», которые, однако, не повторялись в течение недели. Затем отчим ночью сделал попытку изнасиловать девочку. Попытка не удалась из-за крика и сопротивления последней. В дальнейшем отчим старался загладить вину, приносил подарки, был по-отцовски ласков, но девочка все больше боялась его, тревожно ждала ночи. Нарастало нервное напряжение. Появилась подавленность. Девочка старалась избегать отчима, не оставалась с ним одна, вела себя резко отчужденно. Стала плохо, тревожно спать, испытывала кошмары («отбивалась от отчима»), пробуждалась, не могла больше заснуть. Подавленное настроение и тревога не проходили. В школе на девочку стали жаловаться учителя: потеряла интерес к учебе, стала какой-то пугливой, недоверчивой, держалась обособленно, напряженно. На уроках «задумывалась», отказывалась от внеклассных мероприятий, хотя раньше успешно участвовала в драмкружке. Стала

уединяться и терять друзей. Сильно похудела. Сон становился все более тревожным. В беседе с врачом формально отвечает на вопросы, недоверчива, подавлена, тревожна. Только после третьей беседы заплакала и стала откровеннее. Сказала, что «он мне больше не отец». В последующие дни под влиянием лечения стала спокойнее, живее. Через год врач беседовала с ней для выяснения динамики заболевания. В школе все наладилось, к девочке вернулась прежняя активность, но скрытность прочно вошла в особенности ее личности. Отчим полностью оставил ее в покое, но отношений с ним девочка не поддерживает.

Психогенная дисфорическая депрессия характерна для подросткового возраста и обычно развивается при наличии «патологической органической почвы» или у личностей эпилептоидного круга. И в тех и в других случаях у одних и тех же подростков отмечается склонность как к психогенным дисфорическим депрессиям, так и к спонтанным, беспричинным, возникающим в виде очерченных приступов (фаз). Особенности почвы определяют характерность для этих лиц тенденции к накоплению отрицательного аффекта и аффективным вспышкам. В структуре дисфорических депрессий угнетенное, подавленное настроение сочетается с аффектом страха, тревоги, напряжения, злобы и сопряжено с повышенной агрессивностью. Аффективные агрессивные вспышки на фоне дисфорической депрессии могут отличаться brutality, массивностью и импульсивностью. Перенесенные дисфорические депрессии обычно сопровождаются утяжелением личностных расстройств и усилением склонности к психогенным ухудшениям состояния. Пример дисфорической депрессии был приведен выше.

Психогенная истерическая депрессия у подростков встречается нечасто и обычно у лиц с психопатическими особенностями или психопатоподобными органическими расстройствами истерического круга. Истерическая депрессия отличается выразительностью, гротескностью,

драматизмом депрессивной симптоматики и большой готовностью к ее предъявлению. Больные плачут, надрывно рыдают, заламывают руки, падают в «тоскливом» припадке, бьются головой об пол, просят о помощи. Выраженность «тоскливого» аффекта тесно связана не только со степенью травматичности ситуации, но и с наличием «зрителей». Оставшись один, больной ведет себя значительно спокойнее. На фоне изменчивой подавленности нередко возникают гневливость, ажитированность. На начальных этапах в картину истерической депрессии могут на короткое время включаться элементы пуэрильности, псевдодеменции, бредоподобных фантазий. При этом депрессия может достигать психотического уровня и сопровождаться истерическим сужением сознания или переходить в картины истерического ступора (заторможенность, обездвиженность, застывшая мимика, нарушение контактов). Эта симптоматика, однако, чаще всего бывает кратковременной. После перенесенных истерических депрессий некоторое время сохраняются раздражительность, истощаемость, склонность к истерическим аффективным реакциям с демонстративными суицидальными высказываниями и попытками.

Психогенная ипохондрическая депрессия возникает в подростковом возрасте нередко. Если речь не идет об ипохондрическом синдроме при шизофрении, а о пограничных состояниях, то депрессия в этих случаях не является выраженной, а в части случаев оказывается маскированной соматическими жалобами и часто возникает при наличии определенных личностных особенностей в виде боязливости, нерешительности, впечатлительности, тревожности (тревожно-мнительная, истероидная, реактивно-лабильная акцентуация характера — А.Е.Личко, 1985). Речь идет (наряду с сильно преувеличенными, но реальными, перенесенными ранее соматическими нарушениями) главным образом о несуществующих болезнях.

Больные много внимания уделяют своему здоровью, по многу раз

сообщают о своих ощущениях окружающим, ищут сострадания, помощи. В отличие от обычных соматизированных депрессий, для которых также характерны соматические жалобы, при ипохондрических депрессиях больные высказывают опасения за состояние своего здоровья, боязнь тяжело заболеть. Такие опасения могут занимать ведущее место в клинической картине и отражают тягостные переживания больных. Настоящей соматической или органической подоплеки при этом нет.

Ипохондрические опасения могут выступать в качестве сенсаций (эпизодических переживаний), но могут высказываться упорно, с большой убежденностью и даже эмоциональной схваченностью или с пониманием их чуждости и нелепости. В первом случае ипохондрические расстройства оказываются ближе к сверхценным психогенным образованиям, во втором — к невротическим навязчивым фобиям. Ипохондрические неприятные ощущения в виде боли, жжения, покалывания, сверления, давления и пр. не имеют четкой локализации, чаще ощущаются «в глубине» как тягостное чувство, меняющее свою топику. Сердечные сенсации никогда не остаются изолированными, а всегда сопровождаются другими неприятными ощущениями в теле.

В отличие от шизофрении, при которой больные считают себя здоровыми, больные с психогенной ипохондрической депрессией чувствуют себя серьезно заболевшими.

Ипохондрические переживания могут быть выраженными, но не делают больных неработоспособными, не мешают межличностным отношениям, особенно если это связано с учебой, отношениями в семье, не сопровождаются враждебностью. Такие подростки выглядят мрачными, угрюмыми, придирчивыми, назойливыми, плаксивыми. За пышными соматическими жалобами депрессию можно просмотреть. Между тем ее выявление в таких случаях необходимо, ибо лекарственные назначения должны содержать не только малые дозы нейрорептиков, но и антидепрессанты.

Следующая выписка из истории болезни иллюстрирует депрессивно-ипохондрический синдром у подростка.

Больной А., 16 лет, приведен к психиатру в связи с тем, что родители обеспокоены состоянием мальчика, его жалобами и настроением. А. из интеллигентной семьи, в которой отсутствуют повседневные конфликты. Родители — научные сотрудники, заняты в основном работой. Мальчик развивался нормально, но с детства был очень ранимым и «каким-то запуганным», хотя причин для этого родители не видели. В школе успевал отлично, был педантичен, исполнитель, боялся показаться хуже других, охотно занимался самообразованием. Примерно за год до обращения к врачу стал подавленным, тревожным, все более неуверенным в себе, плохо спал, испытывал кошмары во сне. Изменилось отношение к учебе — проявлял безразличие к оценкам, считал, что у него нет будущего. Всегда не очень общительный, стал еще более замкнутым. Быстро уставал, похудел, тайком плакал. Высказывал жалобы на головные боли, сердцебиения, неприятные ощущения в области груди. Все это вызывало у него тревогу и обеспокоенность. Боялся, что болен неизлечимой болезнью, что скоро умрет. Обследование в больнице не обнаружило у мальчика каких-либо соматических заболеваний. Многократное собеседование выявило следующее. Когда А. было 9 лет, утонул его самый близкий друг. Смерть эту переживал очень тяжело, стал задумываться о том, не умрет ли он, его мама и папа. Несколько дней ходил «сам не свой». Не спал, плакал, ждал нового несчастья, не мог сосредоточиться на уроках, «из рук все валилось». Никому не рассказывал о своих переживаниях. Постепенно все обошлось, но у него остались «пугливость и нервозность». Год назад внезапно умер его маленький двоюродный брат. Эта смерть, как он говорит сам, «оказалась для него роковой». Сразу вспомнил смерть друга, ожили прежние переживания. Появившиеся после ангины неприятные ощущения в голове и груди расценил как признаки того, что и он скоро умрет. Настроение все время остается подавленным, а когда актуализируются мысли о возможной

смерти, присоединяется страх, ужас. Появившееся утрированное внимание родителей к его здоровью, многочисленные обсуждения и врачебные консультации расценивает как признак того, что и родители понимают, что он тяжело болен, но скрывают это от него. Лечение антидепрессантами и продолжительная комбинированная психотерапия в течение 2 месяцев оказались эффективными. В настоящее время мальчик заканчивает среднюю школу, жалоб на него нет, настроение выровнялось, исчезли ипохондрические жалобы, появилась уверенность в себе.

Психогенные депрессивно-субступорозные состояния характерны для подросткового возраста. У подростков с минимальной мозговой дисфункцией и интеллектуальной ограниченностью психогенная депрессия может сопровождаться двигательной заторможенностью. Иногда этот симптом оказывается выраженным настолько значительно, что становится ведущим. В этих случаях говорят о психогенном депрессивном субступоре. Нередко, такие состояния возникают остро, в ответ на сильный дистресс (см. выше). В других случаях субступорозные проявления присоединяются к клинической картине истерической депрессии, протекающей с проявлениями псевдодеменции и пуэрилизма или других реактивных синдромов. Появление субступора в течении реактивных состояний свидетельствует о хронификации заболевания, появлении тенденции к затяжному течению.

Подростки становятся не только подавленными, но и в значительной степени обездвиженными. Обычно наблюдаются вегетативные симптомы (тахикардия, повышение пото- и салоотделения). Больные подолгу остаются в однообразных позах, если и передвигаются, то ходят медленной и шаркающей походкой, почти не двигая туловищем и руками. Во время беседы сидят неподвижно, часто сгорбившись. Внимание их удается привлечь с трудом, задание понимают не сразу. Голос тихий, грустный, ответы односложны. Они не столько жалуются, сколько соглашаются с тем, что у них болит голова, плохой сон, аппетит,

настроение. Большую часть времени проводят в постели.

Депрессивный затяжной субступор сопровождается в части случаев физическим истощением. Излечение возможно на любом этапе заболевания.

Психогенные депрессивно-параноидные состояния. Такие подострые состояния могут быть продолжением «острых параноидных реакций» (см. выше), но могут развиваться и самостоятельно. Встречаются они нечасто и преимущественно в конце пубертатного периода (в юношеском возрасте). Аффективные нарушения в виде тревожно-депрессивных симптомов всегда предшествуют появлению бредовой настроенности. По мере углубления депрессивной симптоматики все отчетливее становятся напряженность, настороженность, подозрительность, связанные с психотравмирующей ситуацией. Постепенно кристаллизуются бредовые идеи (некорректируемые ошибочные убеждения) отношения, преследования (их «преследуют», хотят «убить», «сговариваются», меняют выражение лица, когда видят, что больной заметил их «сговор»). При утяжелении картины бредовым образом интерпретируются и события, предшествующие психотравмированию. Такие психогенные бредовые включения в структуру депрессии сохраняются не более 2 недель. Депрессивные расстройства, сопровождающиеся тревогой, сохраняются дольше, но при правильном терапевтическом ведении больного проходят в течение месяца. Переход в затяжные формы наблюдается исключительно редко и каждый раз требует дифференциальной диагностики с шизофренией.

Психогенные депрессии со сверхценными переживаниями. Как видно из текста данной главы, психогенные депрессии в подростковом возрасте сопряжены с внутренней психологической переработкой травмирующего переживания. При этом чем старше подросток, тем отчетливее эта «переработка». Вместе с тем, чем интенсивнее психогенная травма и чем более она значима для личности подростка, тем

большее место в клинической картине занимает патологическая разработка идеи, отражающей основное содержание травмирующей «жизненной ситуации» («я никому не нужен», «я лишний», «я ничего не могу», «меня никто не любит», «меня ненавидят» и пр.). Такие идеи обозначаются как «сверхценные», т.е. особо значимые для индивидуума, чрезмерно аффективно заряженные, овладевающие сознанием и определяющие поведение больного.

Для психогенных расстройств в подростковом возрасте сверхценные образования очень характерны. Они присутствуют практически во всех случаях подострых реактивных состояний, но часто остаются нераспознанными. Особенно ярко клинически очерченными сверхценные образования оказываются в структуре психогенных развитий личности (см. ниже).

Сверхценные образования в подростковом возрасте характерны следующим. Соотношение двух основных компонентов в их структуре (сама идея и депрессивный аффект) обычно значительно смещено в сторону последнего. Такая «идея» у подростков отличается неразработанностью фабулы, незрелостью аргументации, отсутствием доказательности, полиморфизмом и нестойкостью. Всем этим определяется то обстоятельство, что «идея» часто настолько завуалирована основным депрессивным аффектом, что оказывается нераспознанной.

Поэтому для определения этого явления в подростковом возрасте лучше подходит не слово «идея», а сверхценные переживания (сверхценная привязанность или неприязнь, ненависть, чувство собственной изгойности, сверхценно заниженная самооценка, чувство своей неполноценности, сверхценное желание иметь родителей, переживания сиротства, сверхценное убеждение, что родители не родные, и пр.).

Обращает на себя внимание узко эгоцентрический, конкретный характер сверхценных детско-подростковых переживаний, их интимный характер, связь с реальными событиями. Тенденция к психогенному формированию сверхценных переживаний тем значительнее, чем более неравномерно, дисгармонично, критически протекает пубертатный период или чем выраженное характерологическая, личностная аномальность.

Особую форму характерных для подростков психогенных расстройств, при которой депрессивные переживания переплетаются со сверхценными, представляют собой состояния, развивающиеся часто при неожиданном известии, что родители не родные. Речь идет об усыновленных детях, которые много лет не знали, что они приемные, а в подростковом возрасте «добрые» люди сообщили им об этом. Усыновление в описываемых случаях происходило рано (до 2-летнего возраста), так что дети об этом не помнили. До этого момента они были сиротами или «социальными сиротами» и жили, как правило, в детских домах, или приютах. Из числа подростков, которые находились под нашим наблюдением, большая часть перенесла психогенную реакцию по типу анаклитической депрессии. В дальнейшем, однако, каких-либо заметных отклонений от нормы в развитии не наблюдалось, как и значительных отклонений в формировании личности. Задержки интеллектуально-физического развития также не было. Дети учились в средней школе, любили своих «родителей», как, впрочем, любили и их. Воспитывали этих детей как «единственных» (что соответствовало действительности), т.е. с «гиперопекой» и по типу «кумира» семьи, баловали, инфантилизировали, во всем потакали. Следует отметить, что в отличие от общей массы усыновленных детей, в которой преобладают дети с церебральной, наследственной, конституциональной патологией, невропатией, в рассматриваемых случаях видимой психической патологии не определялось.

Наиболее травматичным известие о том, что родители не родные,

оказывается для подростков 12—14 лет. Оно воспринимается как «удар», «шок». Возникающее впоследствии состояние не достигает уровня психоза и не всегда приобретает характер очерченного расстройства, но всегда развивается по сходному образцу.

В более патологических случаях психическое потрясение, которое испытывают от известия подростки, сразу захватывает их полностью. Возникает двойственное отношение к услышанному: чувство непоправимой беды, «обвала», «чудовищной нереальности» и недоверия («не может этого быть»). Страх, тревога, подавленность сразу становятся ведущими. Подростки не сразу сообщают об этом «родителям», но всеми доступными способами в ближайшие дни и недели ищут доказательства противного. Вглядываются в лица «родителей», еще недавно близких, любимых и сразу ставших чужими, далекими, сравнивают себя с ними, рассматривают альбомы с фотографиями, роются в документах, «хитро ведут следствие». Если доказательства сиротства находятся, подростки ничего не сообщают «родителям», если не находятся, начинают расспрашивать их.

И в том, и в другом случаях переживания приобретают все более доминирующий, сверхценный характер («я никому не нужен», «как хорошо притворялись», «жизнь окончена» и пр.). Все мысли поглощены переживаниями своего сиротства, хотя в реальности ничего не случилось, их по-прежнему любят, считают «своими». Затем начинаются поведенческие нарушения. Подростки, переоценив все, что было в отношениях с «родителями», становятся агрессивными по отношению к ним. Это обычно не доходит до прямой агрессии, но все поступки свидетельствуют об их враждебности. Поведение их становится протестным, оппозиционным, негативистичным, все делают назло, чтобы причинить душевную боль. Очень часто начинаются побеги из дома, реже они совсем покидают «отчий дом», иногда бывают случаи завершенных суицидов. В целом значительно чаще при правильной тактике родителей,

при своевременном обращении к психиатру и лечении такие состояния проходят в течение месяца, но выход из них оказывается медленным и неполным. Эти психогенные депрессии падают часто на сенсibilизированную прошлыми психогениями почву и сами становятся благоприятной почвой для последующих психогенных воздействий. В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Девочка К., 13 лет, была удочерена в раннем детстве. Узнала об этом случайно. Внешне на это не реагировала. Однако через некоторое время появилось недержание кала. Она стала разбрасывать кал по комнате «матери», чтобы сделать ей назло (реакция протеста, см. ниже). В больнице была подавлена, плакала, сообщила врачу, что «теперь» не любит мать, хотя и признательна ей.

Чтобы обратить внимание на такие редко описываемые случаи, приводим еще одно наблюдение.

Мальчик Ю., 12 лет, был взят на воспитание в возрасте 2,5 года из детдома, куда попал младенцем (был оставлен родной матерью в роддоме). Все время пребывания в детдоме оставался вялым, безучастным. До 3 лет плохо ходил и почти не говорил (до 3 лет перенес полиомиелит в легкой форме). В новой семье первое время оставался вялым, молчаливым, был жаден к еде, прятал продукты. В дальнейшем выправился, стал все более привязываться к «родителям». Обнаружилось, что мальчик эмоционально теплый, ищет ласки, стал хорошо развиваться. В возрасте 9 лет узнал, что он приемный сын. Сразу стал раздражительным, капризным, снизилась успеваемость. Не хотел верить этому. Заявил родителям, что они «настоящие», и успокоился. Через год с воодушевлением готовился к приезду «родного» брата, но, узнав, что он ему не родственник, резко изменился, стал мрачным, злым, с агрессией набрасывался на этого мальчика, делал ему все назло (активная реакция протеста, см. ниже). Дома и в школе стал грубым, непослушным, стал брать (назло) вещи из дома, после уличения не

пришел домой ночевать. Стал грызть ручки, карандаши, воротнички. Помещенный в санаторную школу, вел себя правильно. Отмечались только неусидчивость и недостаточный интерес к учебе. В беседе с врачом был добродушен, словоохотлив, внушаем, инфантилен, обнаруживал хорошие способности. Новое ухудшение появилось после неправильного- отношения к нему «отца». Стал агрессивным в отношении приемных родителей. В больнице извинялся, смущался, объяснял врачу, что отец его не любит, потому что «не родной». Постепенно состояние нормализовалось.

В данном случае прослеживается четкая зависимость ухудшений состояния от изменений ситуации и личностный характер реагирования.

Специфическими для детского и подросткового возраста являются также **состояния, которые развиваются по механизму «психогенного индуцирования»**. Буквально — это повторение того психического заболевания, которое имеет место у близкого человека. Но это состояние отличается от склонности детей и подростков к сознательной имитации, копированию поведения нравящихся людей, связанной с детской внушаемостью и подражательностью. В случаях с «индуцированием» речь идет о сходных, но не идентичных механизмах. Лицо, которое оказывается индуктором, должно быть для ребенка особенно значимым. Обычно речь идет об очень большой и даже сверхценной привязанности и тесном общении. Чаще всего индуктором оказывается мать. Характер, содержание, интенсивность переживаний у индуктора совпадают с таковыми у индуцируемого (ребенка, подростка). Степень идентификации при этом высокая. Длительная разлука с индуктором приводит к дезактуализации патологических проявлений.

У таких подростков в период индуцированного патологического состояния всегда присутствуют пониженное настроение и тревога, а воспроизведение более значимой симптоматики отражает возможности инфантильной психики. Приводим следующую иллюстрацию.

Девочка И., 12 лет, ученица 6 класса, очень живая, впечатлительная и инфантильно-внушаемая, была чрезмерно привязана к матери и очень жалела ее (мать постоянно болела, была инвалидом в связи с ампутацией ноги). После смерти мужа у матери развилось депрессивно-параноидное состояние. На фоне тяжелой тоски были мысли, что за ней следит шайка, ее хотят проиграть в карты, хотят отнять дочь и квартиру. Замечала, что у их дома постоянно стоит какая-то подозрительная машина, «а на углу все время появляется странная личность». Девочка стала повторять высказывания матери, бегала в милицию с просьбой спасти ее и мать, просила учительницу помочь им разоблачить «негодяев». После госпитализации матери и девочки в разные отделения больницы и фактической их изоляции друг от друга у девочки быстро исчезли патологические высказывания, выровнялось настроение, но критика к ситуации восстановилась только через 3 недели после психотерапии.

Сложность патогенеза реактивных состояний определила интерес ученых к его изучению. Наиболее последовательно проводятся биохимические исследования, особенно после работ Селье, обнаружившего значение адреналинового обмена при стрессе и, особенно, дистрессе. Весьма показательными стали и исследования таких реактивных состояний, ведущее положение в клинической картине которых занимали аффективные расстройства (депрессии). В отношении психогенных депрессий у подростков биохимических исследований очень мало. Исключение составляют работы, проводившиеся в Институте судебной психиатрии им. В.П.Сербского (Т.Б.Дмитриева, 1980, 1981).

В результате проведенных исследований оказалось, что для подростков с психогенной депрессией характерны нарушения обмена дофамина, выражающиеся в усилении процессов их распада в крови. В моче у таких больных на фоне различных отклонений в экскреции адреналина, дофамина и ДОФА отмечен низкий уровень нордреналина, что связано с замедлением его синтеза из-за недостаточной активности

процессов β -гидросилирования. Выявлено также значительное усиление синтеза адреналина. Разница в экскреции катехоламинов в группах лиц с тревожной и астенической депрессией расценена как свидетельство активации симпатико-адреналовой системы при тревожном варианте и снижения ее резервных возможностей при «вялом» варианте астенодепрессивного состояния.

Интересные данные получены в отношении «со-матизированных» депрессий у подростков. Несмотря на «скрытый» характер депрессии, обнаружены те же нарушения уровня катехоламинов, что и у больных с «явными» депрессиями. Автор предполагает (Т.Б.Дмитриева, 1981), что общие для всех вариантов психогенной депрессии нарушения обмена катехоламинов играют патогенетическую роль в возникновении психогенной реакции в условиях эмоционального стресса.

ПСИХОГЕННЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

Девиации поведения практически всегда сопровождают психогенные расстройства у детей и подростков. Однако в части случаев поведенческие нарушения становятся не только облигатными, ведущими в клинической картине психогенных расстройств, но оказываются их единственным выражением, их «маской».

Такие психогенные поведенческие реакции могут занимать самое крайнее положение между болезнью и психическим здоровьем, но могут скрывать, вуалировать более тяжелые аффективные расстройства.

Понятие поведенческих реакций появилось и утвердилось в детской психиатрии благодаря работам французских психиатров (G.Heuyer, J.Dublineau, 1934; L.Michaux, 1950, и др.). При этом одни авторы считали, что преобладание у ребенка таких реакций свидетельствует об изначальной, конституциональной, личностной аномальности, другие же полагали, что эти реакции при своем повторении формируют склонность к становлению психопатий. Близость их к личностным расстройствам

определила их обозначение как «реактивно обусловленные изменения характера».

Долгое время поведенческие реакции не вызывали особого интереса, затем появились высказывания, что выделенные французскими учеными варианты (реакция оппозиции-протеста, имитации, отказа, гиперкомпенсации) являются их клиническими формами. В настоящее время стало очевидно, что указанные варианты отражают механизмы возникновения поведенческих реакций, а клинические формы в каждой из них могут быть разными, но выражающимися конкретными психопатологическими синдромами. При этом патологическими такие реакции можно назвать тогда, когда они сопровождаются нарушением адаптации, нарушением приспособления ребенка к окружающей среде (Г.Е.Сухарева, 1959; В.Я.Гиндикин, 1964; В.А.Гурьева, 1970; В.В.Ковалев, 1979, и др.).

Реакции оппозиции или протеста («делать все назло»), как уже отмечено, могут выражаться в различных клинических синдромах. Выделяют два варианта — активные и пассивные реакции протеста. Активные реакции протеста встречаются у детей и, особенно, подростков сравнительно часто. К наиболее распространенным относятся взрывные реакции с гневными вспышками и агрессивными поступками на фоне кратковременной дисфорической депрессии, во время которых могут совершаться разрушительные действия, направленные против обидчика, причиняться телесные повреждения. У детей младшего возраста это часто выражается в выкидывании или порче вещей обидчика, разрезании их на куски, сжигании их. Наиболее типичная клиническая форма активного протеста выражается патологическим агрессивным поведением (см. примеры сиблинговой депрессии, патологических реакций, возникающих в ответ на известие, что родители не родные). Повторяющиеся реакции протеста обычно наблюдаются при наличии хронической психогенной ситуации в семье, отражая появление и

фиксацию психогенных личностных нарушений.

Появление в семье мачехи или отчима нередко сопровождается столь бурными, длительными и патологическими реакциями протеста, что ребенок буквально заставляет родителей расстаться. При этом в одних случаях, при наличии у ребенка изначальной раздражительности и капризности, реакции на появление мачехи выражаются непрекращающимися агрессивными актами, разрушительными действиями, в других, при преобладании истероастенических особенностей (эгоцентризм, собственническое отношение к родителям), — карикатурно патологическими проявлениями (например, частые истерические припадки, демонстративные попытки самоубийства). Так, в одном случае истеричная девочка Ж., 10 лет, после появления мачехи стала ее ненавидеть, кричала, плевалась, дралась, требовала, чтобы отец ее выгнал. Затем у нее стали возникать бурные припадки, во время которых она изгибалась, билась об пол, стучала ногами и руками, синела, падала «как мертвая». В итоге отец развелся.

Пассивные реакции протеста чаще всего выражаются в частичном мутизме, уходах из дома, нарушениях навыков опрятности (психогенные недержания мочи и кала), суицидальном поведении. Клинически пассивные реакции протеста могут проявляться и невротическими реакциями с синдромом соматовегетативных расстройств (анорексия, насильственный кашель, рвота, запоры).

Распознать природу таких реакций бывает очень трудно. Правильной диагностике помогает выявление депрессивного аффекта и связи этих расстройств с психогенной травмой. Анорексия, являющаяся психогенной реакцией протеста, чаще исчезает при перемене обстановки, чем анорексия при депрессивной реакции. В первом случае дети с анорексией отличаются такими личностными нарушениями, как раздражительность, вспыльчивость, обидчивость, а настроение у них обычно хмурое, угрюмое. При депрессивной анорексии дети вялые, подавленные, плаксивые,

астеничные (об анорексии более подробно — в главе 5).

Одна из основных причин реакций протеста — нарушение отношений в семье. Без своевременных (ранних) лечебно-педагогических мероприятий реакции протеста постепенно превращаются в устойчивое неправильное поведение и являются основой для формирования патологических характеров.

Суицидальное поведение (H.Stutte, 1960; G.Nissen, 1974) встречается в основном в пре- и пубертатном возрасте. В его основе лежит чаще всего сильно аффективно заряженное сверхценное переживание обиды, острого недовольства окружающими или самим собой, стремление отомстить, наказать лиц, виновных в этих переживаниях.

Чаще всего непосредственным поводом служит Незаслуженное наказание, унижительное обвинение. Обычно суицидальное поведение у подростков неадекватно вызвавшему его обстоятельству, что отчасти связано с отсутствием четкого представления о том, что такое смерть. Мысли и представления могут реализоваться в суицидальных поступках (прием медикаментов, растворителей, самоповешение, прыжки с большой высоты и пр.). Решение покончить с собой при реакции пассивного протеста заранее не обдумывается (в отличие от депрессивных суицидов) и осуществляется импульсивно по механизму «короткого замыкания». В зависимости от типа личности сама попытка осуществляется в одиночестве (шизоиды) или «напоказ» (истероиды).

Считается, что суицидальное поведение наблюдается чаще в рамках ситуационных реакций протеста. Однако хорошо известны и не так уж редки немотивированные попытки самоубийства у подростков с хроническими психическими заболеваниями.

Реакции отказа (от контакта, пищи, жизненных потребностей, обучения и пр.) обычно возникают у детей и подростков при психогенных

депрессиях, при «потере перспективы» (реакция фрустрации), при превалировании чувства отчаяния. Нередко такие реакции наблюдаются у детей, помещенных в и) пернаты, приюты, детские дома.

О склонности к подражанию у детей и подростков уже упоминалось. **Реакции имитации** играют важную роль в формировании личности и социализации. Они могут быть источником и асоциального поведения, а также вредных привычек. Большое значение для поведения подростков имеют реакции имитации, возникающие в больших группах при наличии отрицательного лидера с абсолютным авторитетом. Наиболее драматические последствия при этом возникают в религиозных сектах, в так называемых подростковых бандах. При наличии чрезвычайно почитаемого лидера, от которого подросток может оказаться в полной эмоциональной зависимости, обычная непатологическая имитация может трансформироваться в индуцированные состояния (см. выше). Результатом таких внушенных состояний могут быть массовые самоубийства, групповая агрессия, самосожжение. При склонности к невротическим реакциям ребенок легко перенимает заикание, половые перверсии и пр.

Реакции гиперкомпенсации (A.Adler, 1912) проявляются в чрезмерном усилении тех форм поведения, которые способствуют маскированию переживаний собственной неполноценности. Особенно отчетливо это проявляется при наличии у ребенка каких-либо физических дефектов. Подросток старается казаться самоуверенным, очень значительным, решительным, умеющим руководить и пр. Внешняя показная бравада, самооговоры, вымышленные биографии направлены на завоевание авторитета (мальчик сообщает, что его отец — «военный герой», «знаменитый разведчик», что он «главарь» банды и пр.). Возникновению таких реакций способствуют также длительное пребывание в условиях социальной или эмоциональной депривации, хронические соматические заболевания. Психогенные поведенческие

реакции нередко обуславливают «школьную дезадаптацию», в структуре которой наблюдаются как нарушения успеваемости, дисциплины, так и девиации отношений с окружающими.

ПСИХОГЕННЫЕ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

Указанные расстройства возникают в ответ на хроническое психотравматизирование и в динамике своего становления имеют повторные реактивные состояния. Их описывают также как постреактивные развития личности (Н.И.Фелинская, 1969, 1985).

В отличие от «взрослых», в подростковом возрасте реактивные состояния очень редко бывают психотическими и затяжными и часто отличаются клинической неочерченностью. Массивное пролонгированное травматизирование, лежащее в основе психогенных развитий личности у подростков, как правило, связано с семейной травмирующей обстановкой.

В настоящее время проблема жестокости и насилия в детстве в связи с ее большой социальной значимостью во всем мире признана одной из наиболее приоритетных, что закреплено в Международной конвенции о правах ребенка (1990).

Первым вопросом, связанным с оценкой социально-медицинских последствий жестокого обращения с детьми, является определение основных понятий, используемых в исследованиях насилия над детьми. Чаще всего используются следующие термины: пренебрежение (neglect) или плохое обращение (maltreatment), жестокое физическое наказание, физическое насилие, издевательство (physical abuse, victimization), сексуальное злоупотребление (sexual abuse). Поведение родителей может также представлять собой серьезные упущения в обеспечении витальных (жизненно Необходимых) потребностей ребенка в пище, одежде, приюте, в медицинском обслуживании, в защите от опасности (C.S.Widom, 1989). Такое явление, с нашей точки зрения, адекватно обозначается термином «социальное сиротство»,

Все перечисленные понятия Отражают хроническое психотравматизирование. «Физически жестокое обращение» определяется как «преднамеренное или осознанное применение жестоких телесных наказаний или причинение ребенку неоправданных физических страданий, например, нанесение ударов кулаком, ногой, колющих ударов, прижиганий» (C.S.Widom, 1989). «Под сексуальным злоупотреблением понимается использование ребенка для целей сексуального удовлетворения взрослого человека или лица, значительно более старшего, чем сама жертва. Данное деяние может совершаться в различных видах: развратные действия, половые сношения или попытки таковых, изнасилование, кровосмешение (инцест), демонстрация порнографии, проституция малолетних» (цит. по Behamou, 1993).

Сексуальное злоупотребление — это и вовлечение функционально незрелых детей и подростков в сексуальные действия, которые они совершают, полностью их не понимая, на которые они не способны дать согласие или которые нарушают табу социальных (семейных) ролей.

При анализе насилия, примененного к детям, важен вопрос об оценке степени серьезности жестокого обращения и характера ближайших и отдаленных социально-медицинских последствий. С выраженностью последствий связывают такие факторы, как частота и продолжительность актов жестокости, их массивность, наличие у ребенка различных форм эмоциональной поддержки, возраст ребенка, особенности преморбидной личности и биологической «почвы», на которые падает насилие.

Существует корреляция между жестокостью наказаний, применяемых к ребенку, и мерами воздействия, которые использовались в семье родителя. Массовые исследования подтверждают связь между наказаниями и выраженностью агрессивности ребенка, частотой встречаемости у него случаев делинквентности, а также жестоким характером преступлений у тех лиц, которыми в детстве пренебрегали или с которыми обращались жестоко.

К числу признаков, определяющих превращение феномена жестокого обращения в психогенный фактор, следует отнести массивность, длительность и повторность воздействия, а также значимость его для личности. Тяжесть травмирующего эффекта жестокости оказалась связанной с наличием и характером психических расстройств у родителей и лиц, воспитывающих ребенка. При патологических последствиях жестокости наиболее часто среди таких личностей встречаются explosивно-эпилептоидные и экспансивно-паранойяльные, у которых эти особенности сочетаются с массивным алкоголизмом и криминальным анамнезом. В возникновении и, особенно, упрочении психогенных расстройств у детей значительную роль играют механизмы психогенного индуцирования, если в числе страдающих от жестокости оказывается не только ребенок, но и близкий ему взрослый, к которому имеется симбиотическая привязанность.

Выделяют следующие основные типы травматизирования. Для *первого типа* типично преобладание таких показателей, как сверхсильность, чрезмерная интенсивность (например, тяжелое зрелище, сопряженное с сильным испугом, смерть матери или убийство на глазах ребенка и пр.), повторность психогенных травм. Особенно патогенными являются сочетания сверхсильных повторных травм с таким характером хронически тяжелой ситуации в семье, когда имеет место обстановка угроз, запугивания, систематических, сопровождающихся тяжелыми травмами избиений, издевательств, унижений. Данный характер психотравматизирования лежит в основе психогенных разработок личности, начинающихся с повторных, очерченных психогенных реакций, в клинической картине которых исключительное место занимают аффективные расстройства. В детском периоде преобладают острые шоковые реакции в виде состояний «онемения» с растерянностью и заторможенностью, заканчивающиеся непродолжительной (до нескольких дней) астенической или адинамической депрессией.

Последующие психогенные реакции оформляются как тревожные и фобические депрессии невротического уровня. Клиническая невыразительность депрессивных проявлений не соответствует действительной тяжести расстройств, что выявляется при расспросах подростку, раскрывающих не только обилие психогенных переживаний, но и их глубину, витальность. Этому же соответствуют данные психологического обследования, выявляющие дезорганизацию психики и многообразие аффективных расстройств депрессивного ряда с преобладанием тяжелого зафиксированного страха с схваченностью комплексными переживаниями ситуационного характера.

Формирование психогенных развитий личности проходит определенные этапы, первый из которых характеризуется аффективными расстройствами. На втором этапе хроническое аффективное напряжение, сосредоточенность на ситуационных переживаниях с неотвязным чувством изгойности приводят к ассенизации (депрессии истощения по Киельхгольцу), появлению ситуационных фантазий и формированию стойких психогенных комплексов со сверхценным отношением к себе, ситуации, окружающим. Депрессивные расстройства приобретают все более личностную окраску. При этом преобладают дисфорический, астенодинамический, тревожно-фобический, деперсонализационный типы. Клинически все эти расстройства остаются на невротическом уровне или имеют ларвированный характер. При этом до 10-летнего возраста обычно фиксируются малодифференцированные черты тормозимости и возбудимости, до 14 лет — черты тормозимости, реактивной лабильности и эксплозивности; у старших подростков (до 18 лет и более) формируются отчетливые и разнообразные структуры патологических личностей по сензитивно-шизоидному, реактивно-лабильному и эпилептоидному типам. В целом установлено, что пролонгированные психогенные травмы, лежащие в основе психогенных развитий, не только вызывают, но и модулируют, совместно с другими факторами, типы личностной аномальности. Наличие стойких психогенных комплексов при усилении

психотравматизирования способствует возникновению сензитивных идей отношения, схваченности травмирующими переживаниями вплоть до идей овладения. С этим нередко связаны агрессивные поступки по отношению к главному виновнику страдания, которые чаще оформляются в виде острых аффективных реакций, но могут проявляться и как депрессивный раптус (взрыв). Между выраженностью психогенных расстройств и нарушениями поведения, связанными с педагогической запущенностью, отмечается обратная зависимость: чем более патологическим является комплекс психогенных расстройств, тем менее заметны признаки асоциальной личностной деформации и делинквентности.

Началом психогенного развития у взрослых после перенесенного реактивного состояния считается появление механизма самодвижения, когда, несмотря на отрыв от вызвавшей причины, происходит дальнейшая патологизация состояния. В детском и подростковом возрасте такой отрыв значительно чаще сопровождается постепенной дезактуализацией психогенных переживаний и нормализацией состояния. Показателем же начала психогенного развития следует считать присоединение к психогенной симптоматике личностных изменений. Все это свидетельствует о большей обратимости психогенных расстройств в детском и подростковом возрасте, а следовательно, о возможности их коррекции при своевременном вмешательстве. *Второй тип* психотравматизирования отличается отсутствием сверхсильных, чрезмерно интенсивных, острых психотравм и ограничивается тяжелой семейной ситуацией с преобладанием механизмов индуцирования и усвоения «дурных примеров», культивируемых асоциальных модусов поведения. В таких асоциальных и дезорганизованных семьях с криминологической отягощенностью наблюдаются привычное разрешение конфликтов через драки, частое применение физических наказаний, другие неправильные формы воспитания. Начальный этап становления аномальных личностных свойств выражался в повторных характерологических и поведенческих реакциях протеста, отказа, которые

имели склонность к повторению и закреплению. При этом в окладе характера формировались такие особенности, как ранимость, отгороженность и неприязнь к лицам, имеющим отношение к психотравмирующей ситуации, раздражительность и взрывчатость, ситуационно обусловленные колебания настроения.

На втором этапе формирования психогенного развития наблюдается генерализация средовой психической дезадаптации с проявлениями патологического модуса личностного реагирования не только в семейной ситуации, но и в школе, ближайшем микроокружении. Одновременно наблюдаются гротескно усиленные признаки пубертатного криза и полиморфные поведенческие расстройства делинквентного характера (уходы из дома, кражи, ранняя алкоголизация, агрессивное поведение). По окончании пубертатного периода в условиях стойкой средовой психической дезадаптации с микросоциальной запущенностью закрепляются приобретенные свойства личности с патохарактерологическими радикалами неустойчивости, истероидности и возбудимости. Отмеченный тип психотравматизации преимущественно проявляется в патохарактерологических развитиях личности, сочетается с неустойчивой асоциальной личностной деформацией, полиморфными делинквентными нарушениями поведения и наблюдается главным образом в группе воспитанников специальных коррекционных школ для детей с девиантным поведением.

При *третьем типе* психотравматизирования в формировании психических нарушений ведущую роль играют условия семейной, преимущественно «материнской депривации» с эмоциональной безучастностью к развитию детей и выраженной гипоопекой, включающей неудовлетворение их витальных потребностей. В таких семьях, как правило, царят беспробудное пьянство и наркотизация социально деградировавших родителей. Дети не занимают, к ним не проявляют ни интереса, ни сострадания; от них легко отказываются, выгоняют из

дома, выписывают с жилплощади. В связи с частотой лишения таких родителей родительских прав дети рано становятся социальными сиротами, и чем раньше они попадают в детские дома, приюты и интернаты, тем скорее к семейной запущенности присоединяются явления госпитализма, соединяющие в себе психогению и депривацию.

Типы становления психогенной личностной аномальности можно представить следующим образом.

1. Психогенное развитие личности (этапы становления):

1) повторные аффективные реакции;

2) формирование психогенных сверхценных комплексов и личностных реакций;

3) становление определенных личностных структур:

— сензитивно-шизоидных — реактивно-лабильных — психастенических и др.

2. Патохарактерологические развития:

1) аффективная сенсбилизация, аффективные реакции;

2) депривационные расстройства и личностные реакции;

3) становление личностной аномальности по механизму индуцирования, фиксации и депривации с учетом особенностей социализации. Когнитивный характер депривации, сочетание с педагогической и социальной запущенностью определяют индивидуальное своеобразие аномальных личностных свойств, частоту частичных задержек психического развития и особенности неправильной социализации. Личностная дисгармония формируется не только через фиксацию патохарактерологических реакций, но и посредством неправильной социализации личности. При индуцированных вариантах она углубляется признаками асоциальной личностной деформации с выраженной делинквентностью, при депривационных вариантах

трансформируется проявлениями социальной инфантилизации с недостаточностью навыков социального общения и личностной активности. На нашем материале патохарактерологические развития встречались в 2 раза чаще.

Приведенные данные иллюстрируют два клинических наблюдения из судебно-психиатрической практики.

Девочка А., 16 лет обвинялась в неоднократных кражах личного имущества. В связи с возникшими сомнениями в психическом здоровье была направлена на стационарное освидетельствование в ГНЦС и СП им. В. П. Сербского. Из анамнеза известно, что наследственность А. психическими заболеваниями не отягощена. «Мать была спокойной, ласковой, заботливой. Отец до рождения испытуемой также был вполне уравновешенным. В год ее рождения перенес тяжелую травму головы в автомобильной аварии. Через 4 года у него появились эпилептические припадки и резкие изменения характера. Стал злобным, вспыльчивым, агрессивным, начал злоупотреблять алкоголем, систематически конфликтовал в семье.

Испытуемая — младшая из четырех детей. Развивалась правильно. В возрасте 5 лет перенесла травму носа и острый испуг: на ее глазах у отца случился припадок. До сих пор вспоминает со страхом, как отец «закричал не своим голосом, весь почернел, с размаху упал и стал дергаться». Сразу оцепенела, перестала разговаривать, испытывала панический страх. В таком состоянии находилась 2—3 дня, а затем начала говорить, но еще около месяца отмечалось заикание и временами были ночные страхи. В период выхода из этого состояния была плаксива и пуглива.

Мать очень испугалась за девочку, стала к ней особенно внимательна. Это вызвало ревность старших сестер и брата, которые стали относиться к А. неприязненно. В семье все чаще и тяжелее

протекали скандалы, затеваемые отцом. Девочка стала бояться отца, тяжело переживала конфликты и изменившееся отношение сестер и брата. Еще больше привязалась к матери, буквально не отходила от нее ни на шаг.

В школе начала учиться с 8 лет. В первом классе перенесла корь и дважды —воспаление легких. В школьной характеристике значилось, что девочка производит впечатление «какой-то забитой». Обстановка дома все ухудшалась. Отец прямо заявлял, что не любит ее потому, что она хуже всех детей, кричал, унижал, бил. Когда А. исполнилось 12 лет, ее мать умерла от злокачественной опухоли. Переживала это очень тяжело, тосковала, плакала, не спала, уединялась. Считала, что «раз умер единственный близкий человек, то она также не будет жить». Больше месяца постоянно звала мать, подолгу сидела на ее могиле. Все мысли были поглощены надеждой, что мать вернется. Часто возникали кошмарные сновидения. Однажды с целью самоубийства выпила 12 таблеток аспирина. Сделала это тайком и долго лежала, надеясь умереть. Перестала ходить в школу и не училась около месяца. Дома на нее никто не обращал внимания, она оказалась совсем одна. Постепенно к ней стал теплее относиться средний брат, девочка потянулась к нему. В школе отстала, была оставлена на второй год в четвертом классе. Становилась все более замкнутой, ранимой, сензитивной. С 13 лет у нее стали возникать психогенные колебания настроения в сторону усиления тоскливости. В такие периоды не находила себе места, уходила из дома, бродила. Все время думала о том, почему ее не любят и почему она хуже других. Через год после смерти жены отец женился. Бурные протесты девочки ни к чему не привели. Мачеха относилась к девочке безразлично, отец же часто наказывал. А. стала все делать «назло» отцу и мачехе, в частности, начала красть вещи из дома и выкидывала их «на помойку». Настроение все чаще было тоскливым, жить не хотелось. Стала еще более замкнутой. Все чаще бродила одна, ночевала где придется. В возрасте 14 лет, во время одного из таких побегов, была изнасилована.

Больше недели не выходила из дома, была сильная тоска, чувство безысходности, сидела, забившись в угол, «плакать уже не могла». В школе стало известно о случившемся, но дети относились к А. более бережно, чем раньше. В беседе с учительницей отец сообщил, что А. стала невыносимой, ничего не хотела делать, ни с кем не общалась, была «как волчонок».

Между тем кражи продолжались. А. похищала вещи мачехи и ее сестры и прятала их на чердаке. В возрасте 16 лет, после того как вещи были найдены, девочку привлекли к уголовной ответственности.

В стационаре на экспертизе девочка первое время вступала в контакт крайне неохотно, отвечала односложно. Была заторможена, напряжена, тосклива. При разговоре об отце, мачехе совсем замолкала, становилась еще более угрюмой, на глазах появлялись слезы. В дальнейшем постепенно стала более контактной. Стало ясно, что А. очень тянется к людям, но постоянно боится встретить неприязнь и недружелюбие. С большим трудом удалось выяснить, что у нее умерла мама, которая ее очень любила, а теперь она никому не нужна. Сообщила, что она по характеру очень изменилась, ей теперь тоже никто не нужен, она никогда не выйдет замуж, никому не верит. Рассказала, что своими поступками «назло» она мстила «за все» своим обидчикам. Иногда, когда ей кажется, что ее не понимают, она отказывается продолжать беседу, заявляя при этом: «Все равно не поймете». В палате замкнута, угрюма, контакты очень избирательны. Очень ранима.

Однажды на ее имя было получено письмо от одной из ее сестер, но отдать его А. было невозможно. Оно было полно упреков, прямых оскорблений и заканчивалось словами: «Не вздумай возвращаться, преступница». Пришлось написать отцу и порекомендовать изменить к А. отношение. Интеллект у А. достаточно развит. Отношение к травмирующим переживаниям сверценное. В эмоциональных реакциях много незрелого, детского, наивного. В заключении врачей отмечено, что

девочка обнаруживает признаки психогенного развития личности, связанного с тяжелыми, повторными, длительными психогенными травмами, с выраженными личностными изменениями по сензитивно-шизоидному типу, с психогенными сверхценными комплексами, склонностью к депрессивным реакциям, дисгармоничностью и незрелостью психики. А. была направлена на лечение. Через 3 года, после окончания 7 классов, работает, замечаний нет. Живет в общежитии. Замкнута, очень болезненно относится к малейшим обидам, не верит в свои силы. Очень привязана к брату, но подруг нет. Настроение легко становится тоскливым. Такие состояния длятся по 2—3 дня.

Испытуемый П., 17 лет, обвиняется в убийстве отца. Из анамнеза: отец систематически злоупотреблял алкоголем. В состоянии опьянения был злобным, агрессивным, садистичным, деспотичным, тяжело избивал жену и детей. Мать по характеру неуравновешенная, слабовольная, последние годы также злоупотребляла алкоголем, воспитанием детей не занималась. Рождение и раннее развитие П. — без патологии. Болел редко. Был тихим, спокойным, покладистым, общительным. В возрасте 4 лет испугался собаки, стал бояться животных. В школу был определен в 7 лет, учился хорошо, лучше усваивал математику, домашние задания выполнял не всегда. В классе к нему хорошо относились, считали добрым, честным, отзывчивым. С учителями конфликтов не было. Увлекался спортом, любил животных. В характеристиках подчеркнуты его скромность, чуткость, мягкость, отзывчивость, готовность прийти на помощь.

После окончания 8 классов поступила ПТУ, к моменту совершения убийства учился на III курсе. Успевал хорошо, зарекомендовал себя положительно. Никто не замечал у него плохого настроения. Говорили только, что он «все время какой-то безрадостный».

В семье между тем нарастала тяжелая психогенно травмирующая обстановка. Родители, по словам соседей, «совсем потеряли человеческий облик», ходили в потрепанной одежде, в синяках и

царапинах, воспитанием детей совсем не занимались. Также отмечали, что у П. «не было детства», «за 6 лет ни одной ночи не спал спокойно», «отец избивал П. до полусмерти просто так». Сам П. тяжело переживал ситуацию в семье, никому об этом не рассказывал. В детстве после побоев отца и конфликтов в семье плакал, очень боялся прямых встреч с ним, мечтал быстрее вырасти, чтобы «защитить себя и родных». В то же время, когда отец был трезв, П. радовался, тянулся к нему, «прощал все обиды». Со временем такие периоды становились все более редкими. С 9—10 лет П. все чаще стал задумываться, как изменить поведение отца. В периоды пониженного настроения стали возникать фантазии, в которых он представлял себе, как отец «вдруг» исчезает или с ним происходит несчастный случай (попадает под транспорт, ему на голову что-то падает и пр.). П. стал стыдиться родителей. Настроение стало понижаться не только после агрессии отца, но и в постоянном ожидании конфликта. Во время пьяного буйства отца у П. все чаще стало возникать не только отчуждение, но и злость и даже ненависть, которые со временем становились все сильнее. При встречах с отцом испытывал «огромное внутреннее напряжение», страх, панику. После конфликта не мог уснуть, испытывал тревогу, опустошение, боялся, что из темноты «выскочит отец». Ночи напролет думал, почему он такой несчастный, мечтал о счастливой жизни, завидовал всем, у кого «нормальные» родители. Часто были кошмарные сновидения, в которых главным злодеем всегда был отец. Утром с трудом просыпался, настроение оставалось подавленным, ощущал вялость, «тяжесть на сердце», нежелание двигаться, идти в школу. Последние 3—4 года, когда мать также часто находилась в состоянии тяжелого опьянения, не могла передвигаться и даже говорить, у мальчика возникало отчаяние, непреодолимое чувство беспомощности, на мгновения ощущал невозможность двинуть руками и ногами, «буквально столбенел». Во всем, что происходит с матерью, винил отца, чувство ненависти к нему усилилось и стало постоянным.

II. не мог отвлечься от овладевающих им тяжелых переживаний даже

во время занятий в училище. Однако он никому не жаловался. Последний год его беспокоили головные боли, боли в области сердца, общая слабость, повышенная утомляемость, пониженный аппетит. Чувствовал себя совершенно одиноким, заброшенным, настроение стало постоянно плохим. Появилось ощущение, что он не может больше переносить «эти мучения», мечтал об армии. Иногда в периоды крайнего напряжения возникала мысль как-то избавиться от отца. Этих мыслей он пугался, отгонял их. Во время очередной ссоры с отцом он нанес ему тяжелые телесные повреждения, повлекшие за собой смерть. В этот выходной день с утра родители пили водку, кричали и дрались и так «надоели оба», что П. в 3 часа дня ушел из дома и долго бродил по улице. Чувствовал нарастающую тоску, злобу. Чтобы как-то успокоиться, выпил 200 г водки, сильно опьянел, поспал на скамейке парка. В 7 часов вечера снова пошел по улице, чувствовал себя несколько спокойнее. Встретил приятеля, который не заметил у П. никаких признаков опьянения. Еще около часа П. с приятелем разгуливал по парку, затем пошел домой. Соседи рассказали, что П. вернулся домой в 9 часов вечера. «Было слышно, как отец орал нашего, потом бил. П. молчал». Мать находилась в тяжелое опьянении, но помнит, что муж ударил сына ребром кисти по шее. В ответ П. побледнел, кинулся к отцу и заломил ему руки назад. Испугавшись, мать позвала соседей. Сосед, придя через 10 минут, увидел, что отец П. лежит в проходе большой комнаты, а П., «сидя на корточках, держит его руки за спиной». Тут же он отпустил отца, поднялся. Сосед ушел, мать легла и «услышала удары?.. Эти удары услышали и соседи. Когда они вошли, то увидели, что П. «стоит на голове отца и топчет его лицо». «Он был как безумный, злой, глаза огромные, ничего не видящие вокруг». Соседи с трудом оттащили его, он вырывался, устремился к отцу со словами «все равно убью». Подскочил к лежащему отцу и снова стал с остервенением топтать его лицо ногами. Его вывели на лестницу, все время повторяли, что он убил отца, а мальчик все равно рвался в квартиру. Лицо П. в это время ничего не выражало, взгляд был пустой и безразличный. Он

бросился к окну (5-й этаж) и пытался выброситься. Его остановили. Сотрудники милиции признаков опьянения у П. не обнаружили. Он к моменту их прихода был спокоен, отрешен. П. не помнил, как он топтал отца, как его оттаскивали соседи, выводили на лестницу.

В период проведения стационарного освидетельствования П. оставался подавленным, но был словоохотлив, вежлив. На многие вопросы отвечал односложно, но об обстановке в семье, поведении отца, своих переживаниях говорил с эмоциональной схваченностью. Отметил, что за последний год он изменился, стал замкнутым, неуверенным в себе, крайне ранимым, беспомощным, «потерял перспективу». Когда он узнал, что убил отца, не поверил, считал что *это* сделал не он. Каких-либо изменений личности по эндогенному типу не обнаруживал. У врачей сложилось убеждение, что и аффективные расстройства, и изменение характера у П. связаны с тяжелой, длительной психогенно травмирующей ситуацией в семье. Ему был поставлен диагноз: «Психогенное развитие личности, острая аффективная реакция, развившаяся по механизму «короткого замыкания», сопровождавшаяся аффективно измененным сознанием».

ГЛАВА 5

НЕВРОЗЫ

Со времени выделения (Термин «невроз» выделен W.Cullen (1776) и до сегодняшнего дня понятие «невроз» остается спорным в отношении его нозологической самостоятельности. Многие авторы утверждают, что детский подростковый возраст предрасполагает к развитию неврозов, а некоторые из них подчёркивают, что начало невроза после 15 лет наблюдается всего в 26,8% наблюдений (Л.К.Хохлов, В.И.Горохов, 1986). При этом отмечается, что неврозы у подростков в значительной части случаев (39%) — это уже динамика тех невротических расстройств, которые возникли в детском возрасте.

В целом же основная часть детских психиатров стоит на позиции признания самостоятельного положения неврозов. В МКБ-10 же соответствующей нозологической рубрики нет, а «невротические расстройства», включающие 3 основные формы неврозов, рассматриваются на синдромальном уровне. Это касается зрелых личностей. Для детского и подросткового возраста не выделено и такой рубрики, и все неврозы отнесены к поведенческим и тревожным расстройствам.

Между тем в самых современных работах детских психиатров подчеркивается, что неврозы у детей и подростков — это самый распространенный вид нервно-психической патологии. Официальное отношение к неврозам можно понять лишь отчасти, если учесть следующее: нозологическую неспецифичность невротических синдромов и возможность их возникновения при разных психических заболеваниях; типичность сочетания невротической симптоматики с личностной и соматовегетативной, определяющего промежуточное положение неврозов между психогениями, психопатиями и соматизированными расстройствами; частоту психогенного начала других психических

заболеваний, особенно в детско-подростковом возрасте (до 30%, по данным некоторых авторов), клиническая картина которых в этих случаях может исчерпываться невротическими симптомами.

Нечеткость понятия «невроз» кажется особенно отчетливой в детском возрасте, когда невротические проявления практически исчерпываются аффективными(эмоциональными) нарушениями. Концепция неврозов была дискредитирована главным образом незаконно утвердившимся представлением о прямолинейности связей между психогенной травмой и последующей невротической симптоматикой (без учета «патологической почвы» и особенностей патогенеза). Именно такая позиция определила попытки растворить неврозы в общей массе психогений. На самом деле механизмы развития неврозов значительно сложнее.

Среди многочисленных определений неврозов одно из самых распространенных — определение Б.Д.Карвасарского (1980): неврозы — это психогенные заболевания личности, возникающие в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющиеся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. По нашему мнению, более четким является определение В.Я.Семке (1988): неврозы — это функциональные болезненные состояния, возникающие и развивающиеся в условиях незавершившейся психотравмирующей ситуации, вызвавшей резкое эмоциональное перенапряжение (с иррадиацией в соматические процессы) и непреодолимую личностную потребность в ликвидации создавшегося положения. Неврозы начинаются с формирования у ребенка невротического конфликта и соответствующего невротического характера. Эту стадию можно обозначить как «преневротическую». Именно на эту приобретенную «почву» падает психогенная травма. Взаимодействие психогенного фактора с невротическим конфликтом и уже сложившимися особенностями личности определяет развитие тех или иных

невротических симптомов и синдромов. Основными признаками неврозов являются обратимость и излечимость.

Участие личности в становлении неврозов заставило отграничить их от психопатий. К числу симптомов, отличающих неврозы от сугубой личностной патологии, относятся: 1) частичность, парциальность расстройств, полностью не охватывающих личность, и редко приводящих; к тотальной дезадаптации, 2) отсутствие нарушений интеллекта; 3) сохранность критики: невротики относятся к своему состоянию как к болезни, психопаты больными себя не считают; 4) расстройства личности находятся в полном соответствии с психогенными факторами и невротической симптоматикой и не включают в себя изменений, характерных для других психических заболеваний (например, шизофрения, органические поражения).

Поскольку невроз — это психогенное заболевание формирующейся личности, патогенным может оказаться все то, что осложняет процесс ее формирования и способствует нарастанию нервно-психического напряжения у родителей и ребенка (А.И.Захаров, 1988).

К таким факторам могут быть отнесены эмоциональная изоляция (депривация); одностороннее дисгармоническое воспитание единственного ребенка с комплексом превосходства или по типу «Золушки» — с чувством острой неуверенности в себе; психологическая несовместимость родителей и детей; неудачи; неудовлетворение жизненных потребностей. Однако значимость этих факторов не абсолютна. Их патогенность определяется не столько объективной силой травмы, сколько готовностью личности к нервному срыву. Речь идет о тех типах личностного преморбида, которые складываются из врожденных и приобретенных качеств. Вместе с тем обращает на себя внимание еще одна важная закономерность: выявлению или актуализации невротической симптоматики очень часто предшествует соматическое заболевание. Нередко после него невроз у детей становится реальностью. При этом чем

тяжелее соматическое заболевание, тем значительнее соматизирована клиническая картина. Данное обстоятельство заставляет предполагать, что в патогенезе неврозов у детей принимает участие и этот (соматогенный) фактор. Из числа врожденных большое значение в механизмах развития неврозов со времени исследований И.П.Павлова и З.Фрейда придается темпераменту и инстинктам, личностным установкам, способам психологической защиты.

Нарушение соотношения двух указанных врожденных свойств личности (тип темперамента и инстинкт самосохранения) и деформация каждого из них создают благоприятную почву для развития неврозов.

Среди множества гипотез о механизмах развития неврозов остановимся на последних работах, поскольку они, по-видимому, больше, чем другие, отражают реальное положение вещей. По В.И.Гарбузову (1990), путь в невроз начинается с подавления темперамента. Если ребенка заставляют вести себя вопреки типу его темперамента, природные связи нарушаются. В результате, например, у холерика, с его мощным потенциалом «бесстрашного воина», инстинкт самосохранения обостряется, и он становится робким и осторожным, т.е. перестает быть холериком, а становится дисгармоничной, нервной или трудной личностью. Ребенок, который действует вопреки темпераменту (поскольку он оказался подавленным), терпит неудачи, теряет уверенность в себе. При сохранении психогении нарастают новые патологические особенности личности (робость, сомнения, тревожность). Теперь страхи могут возникать даже тогда, когда бояться нечего. Далее может происходить обрастание личности и другими особенностями (нерешительность, несамостоятельность, внушаемость, мнительность, недоверчивость). Ребенок начинает не доверять другим, опасаться их, ждет обиды, насмешки. Если продолжать эту линию, то можно видеть, как он становится замкнутым, одиноким, тревожным. Так формируется «предневрозный характер». Дополнительно к приведенным соображениям

о роли личностного преморбида как предопределяющего в значительной мере фактора в генезе неврозов мы хотим отметить, что наличие несовершенной личностной структуры обуславливает несостоятельность ребенка в плане его адаптации к меняющимся условиям жизни, к требованиям, которые он выполнить либо не может, либо вынужден тяжело психически перенапрягаться, что часто заканчивается нервным срывом. Таковы, например, обязательные условия для застенчивого ребенка (длительные волевые усилия). У психастеника для развития невроза особое значение имеют ситуации, в которых ребенок должен проявить быстроту решений, решительность, лёгкость переключения с одной задачи на другую, у возбудимого — необходимость долго сдерживать себя, свои эмоции, у истеричного — необходимость оставаться на заднем плане. Все это определяет значение для развития невроза осуществления несвойственной больному линии поведения.

Развивая идею З.Фрейда о подсознательном (по В.И.Гарбузову, «неосознаваемая сфера психики»), автор утверждает, что именно в ней кроются основные механизмы невроза. «В нерасторжимом единстве с сознанием и его безусловном главенстве неосознаваемое обеспечивает нормальную адаптацию человека. Сознание контролирует лишь одну проблему в каждый данный момент. Наличие и неосознанного обеспечивает приспособительно важную возможность одновременно разрешать 2 и более актуальные проблемы. Сознание занято частной повседневной задачей, а в неосознанном решается актуальная долговременная проблема... неосознаваемое обеспечивает автоматизм действий и контроль за ситуацией» (с. 121).

Неосознаваемое — это не просто активная память, это как бы второй план мышления, рассуждений, оценок. Все, что ребенок воспринимает как «осознаваемое», оказывается лишь отчасти тем, что важно в данный момент, но остальные впечатления не исчезают. Если ребенок до 5 лет испытывает страх, тревогу, обиду, это остается навсегда. Указанное

положение правомерно в случаях, когда ребенок изначально невропатичен или личностно акцентуирован. Впечатления детства или внушенные матерью принципы оценки действительности часто становятся «установкой», по которой жестко отмеряется последующее отношение к жизни.

Предневрозная напряженность формирования личности и определяет то, какой из внутренних конфликтов будет решающим. Установлено, что неправильное формирование личности у детей и подростков — ко времени заболевания неврозами встречается в 2 раза чаще, чем личностные структуры без акцентуаций. При этом чаще всего встречаются истерические и истеровозбудимые особенности личности (44%), реже — тревожно-мнительные и тормозимые (22%). Другие типы личностной аномальности отмечены в единичных случаях.

Граница между преневротическим состоянием и неврозом нечеткая, а иногда и условная, тем более что это понятие для детей и взрослых неравнозначно.

Преневротические состояния в общей психиатрии определяются как предболезненные психические расстройства, характерные для начальных проявлений (предвестники неврозов). Эта стадия отражает постепенный переход от здоровья к болезни. Речь идет об отдельных, неразвернутых кратковременных невротических проявлениях, которые у взрослых оцениваются как готовность к возникновению невроза, а у детей — как невротические реакции, которые могут больше не повторяться, а могут перерасти в настоящий невроз. Считается, что развернутые формы неврозов возникают у детей только после 10 лет. В клинической картине невротических реакций появляются и быстро проходят аффективные, фобические, псевдосоматические проявления — нестойкие страхи, истощаемость, низкая работоспособность, снижение интереса к учебе, излишняя суетливость. Важное значение приобретает вегетативная лабильность — потливость, сердцебиения, повышенная чувствительность

к холоду, жаре, яркому свету, громким звукам. Снижается аппетит, возможны транзиторные колебания артериального давления. Сон тяжелый, глубокий, отмечается сонливость. Головные боли наблюдаются уже с утра, исчезают во время занятий, возобновляются после полудня. Все эти симптомы исчезают после продолжительного отдыха или при разрешении конфликтной ситуации.

НЕВРОЗ СТРАХА

В детском возрасте страх — 'это самая ранняя и универсальная защитная реакция, тесно связанная с инстинктом самосохранения. В виде детской пугливости и боязливости страх наблюдается часто и вне болезненных состояний, является как бы физиологическим. Считается, что чем младше ребенок (но не моложе 3 лет), тем чаще выявляется такой тип реагирования. Особенно характерны явления пугливости в периоды возрастных кризов для детей с невропатией, соматически ослабленных, тревожно-мнительных, тормозимых и инфантильных.

Как психопатологический феномен страх является одним из самых распространенных проявлений психических расстройств у детей. При неврозах в детском и подростковом возрасте страх включен в структуру любого невротического синдрома. Учитывая, что в большинстве случаев неврозы «у взрослых» начинаются в детстве, становится понятной частота феномена невроза страха в целом.

При неврозах страха (З.Фрейд) рассматриваемый феномен принимает форму основного невротического синдрома. Невроз страха описывается обычно применительно к детскому и подростковому возрасту. Страх разнообразен как по фабуле, так и по клиническим формам. Различают ситуационный и личностный страх, острый и хронический, инстинктивный и социально опосредованный, реальный и воображаемый, сверхценный и навязчивый. Навязчивый страх обозначается термином «фобия». Кроме собственно страха выделяют ужас, испуг, опасения,

тревогу. Все эти феномены имеют место при неврозах, большая часть из них определяется разной интенсивностью страха, но в некоторых случаях отмечаются и качественные особенности.

Речь идет о понятиях *страха* и *тревоги*. И та и другая эмоции (*аффекты*) отражают существование угрозы, реакцию на нее. Однако имеются и значительные различия. Среди признаков различий, выделенных Захаровым, отметим следующие: тревога — это сигнал опасности, страх — ответ на нее; тревога — скорее предчувствие, страх — чувство опасности; стимулы тревоги имеют более общий, неопределенный характер, страх — феномен более определенный и конкретный; тревога спроецирована в будущее, страх имеет своим источником прошлый травмирующий опыт.

Страхи в детстве настолько частое явление, что сделана попытка выделить «возрастные страхи», т.е. страхи, присущие детям и подросткам в разные возрастные отрезки. Сопоставление возрастных и невротических страхов по их качественным и количественным характеристикам показало, что при неврозах во всех детско-подростковых периодах страхи встречаются значительно чаще, отличаются большой аффективной заряженностью и определенной преимущественностью форм (А.И.Захаров). Так, для старшего дошкольного возраста характерны невротические страхи одиночества, нападения, болезни, смерти, смерти родителей, сказочных персонажей, опоздания, страшных снов, темноты, животных, стихии, глубины, огня, пожара, высоты и открытого пространства.

В младшем школьном возрасте при неврозах явно преобладают страхи одиночества, наказания, сказочных персонажей, опоздания, темноты, животных, транспорта, высоты, глубины, огня, пожара, врачей, боли, неожиданных звуков.

В младшем подростковом возрасте отчетливо преобладают страхи

одиночества, нападения, наказания, опоздания, страшных снов, темноты, животных, неопределенных звуков.

Для неврозов в целом во всех возрастах характерны страх одиночества, темноты и животных.

Большое значение для возникновения невротических страхов у детей имеет личностная характеристика родителей (тревожные, мнительные) и наличие у них готовности к страхам. Нельзя исключить, что в этих случаях страх у детей в известной мере является продуктом индукции от родителей.

Невротические страхи часто встречаются в том возрасте, в котором в норме их еще нет или они уже должны пройти. Страхи при неврозах тесно связаны с переживаниями детей, конфликтами в семье, неудачами в учебе и общении. Личностные особенности, облегчающие возникновение невроза страха, заключаются в неуверенности в себе, эмоциональной ранимости, склонности к беспокойству, отсутствию адекватной психологической защиты. Если к моменту поступления в школу сохраняется много страхов, может развиваться *тревожность* как черта личности и готовность к появлению [^]разных опасений, предчувствий, ожиданий беды. Тревожность нередко сопровождается навязчивыми страхами.

Неврозу нередко наряду с психотравматизированием предшествует перенесенное соматическое заболевание. Невроз страха может развиваться из острой аффективно-шоковой реакции под влиянием сверхсильных для ребенка и повторяющихся психогенных травм (см. главу 4), а может формироваться постепенно под влиянием длительной, повседневно травмирующей ситуации (тяжелая обстановка в семье, болезнь и смерть любимого родителя, хронические неудачи в школе с последующими физическими наказаниями).

В *первом* варианте после внезапного устрашающего фактора

возникает *панический страх*, настолько интенсивный, что может сопровождаться аффективно суженным сознанием. В дальнейшем при повторении травматизирования появляются приступы страха, которые могут возникать и после выхода из трудной ситуации. «Двигателем» страхов в это время становятся уже психогенные или депривирующие ситуации в сочетании с внутренними конфликтами. Такая форма протестного невроза возникает обычно у детей невропатических, пугливых, внушаемых и самовнушаемых, инфантильных.

Второй вариант невроза страха развивается исподволь и отличается более сложной клинической картиной. Страхи при этом становятся либо сверхценными, либо навязчивыми и начинают обрастать другой невротической симптоматикой, переходя в *невроз навязчивых состояний* или истерический невроз.

В преморбиде у этих детей отмечаются черты тревожной мнительности, мимозоподобности, сензитивности (ранимость, неуверенность в себе, недоверчивость). Основным в их характере являются тревожность, неуверенность в завтрашнем дне, болезненная привязанность к родителям, несамостоятельность, боязнь за здоровье свое и родителей. Начальные явления невроза поэтому легко пропустить — страхи усиливаются постепенно.

У таких детей в период второго возрастного криза часто развивается страх одиночества, страх отрыва от привычной среды, к которой ребенок болезненно привязан. Обычно это еще и «заласканные», не приученные к самостоятельности дети. Они не отпускают от себя мать, не хотят оставаться в саду или в школе, систематически дают аффективные вспышки плача, двигательного возбуждения. Если не принять мер, такие состояния могут перейти в «школьный невроз». Родители и учителя не всегда понимают болезненность состояния ребенка и реагируют на это как на упрямство, обычное нарушение поведения. Между тем эти страхи перед школой могут не проходить и обрастают другими страхами.

Иллюстрацией к сказанному может служить клиническое наблюдение.

Девочка, 9 лет, развивалась нормально. В раннем возрасте перенесла ряд вирусных и бактериальных инфекций (ветряная оспа, паротит, дизентерия), после которых стала соматически ослабленной. Отличалась застенчивостью, впечатлительностью, робостью. Мать и бабушка чрезмерно опекали ее, не приучали к самостоятельности. Росла среди взрослых, мало общалась с детьми. В школе начала обучаться с 7 лет. В первый же день случайно оказалась запертой в школьной уборной (дверь автоматически захлопнулась). Когда она после криков и призывов о помощи «вырвалась из плена» и вернулась в класс, учительница встретила ее резким замечанием. Девочка долго плакала и просилась домой к маме. Стала отказываться посещать занятия, так как боялась школы и учительницы. Согласилась вернуться при условии, что мать будет вместе с ней. Через несколько дней обнаружила, что матери в вестибюле нет, старта громко кричать и снова отказалась от посещений школы. После курса психотерапии успокоилась, несколько месяцев училась удовлетворительно. Однако после перенесенного затяжного гриппа и бронхита вновь оживились прежние страхи. Долго занималась с учительницей на дому. Из записи психиатра видно, что девочка не обнаруживает признаков психического заболевания, критична к своим страхам, эмоционально живая, синтонная (адекватная). В периоды обострения страхов возникали отказ от пищи, привычная рвота, энурез, а позже рже в 5-м классе), когда после нового испуге она надолго отказалась посещать школу, страх стал стойким, необъяснимым, непреодолимым, сопровождался тревожной депрессией и многочисленными фобиями (боязнь не проснуться, смерти матери и пр.). Длительное, многомесячное, комбинированное психотерапевтическое и медикаментозное лечение оказалось эффективным, но тревожная мнительность в структуре личности осталась надолго.

Одной из наиболее частых форм невроза страха, наблюдающегося и у детей, и у подростков, является *невротический «страх за жизнь и здоровье»*. Обычно он возникает после тяжелой травмы большой длительности и той же направленности (тяжелая болезнь и смерть близких).

У ребенка после дополнительного соматического заболевания появляются неприятные ощущения в разных органах. Чаще всего — это жалобы на остановку сердца, затруднения дыхания или глотания. Появляются опасения, а в дальнейшем и уверенность, что он тяжело болен, неминуемо умрет. Он постоянно ищет помощи. Постепенно такие страхи становятся приступообразными, нарастают, так что нередко дело доходит до тревожной ажитации. Настроение в такие периоды становится тоскливым. Поводом к появлению приступа страха может оказаться любое неосторожное слово.

Примером может служить следующее наблюдение

Девочка М., 14 лет. Беременность матери протекала при явлениях' токсикоза. Роды затяжные. Девочка родилась в асфиксии, но развивалась нормально. В 3 года перенесла крупозное воспаление легких. Мать, как и многие женщины по ее линии, тревожно-мнительная. Девочка росла застенчивой, робкой, плаксивой, плохо ела и спала. В школу была определена вовремя и училась успешно. К учебе относилась с большой серьезностью, педантично. Отличалась тревожностью, неуверенностью в себе (все, что делала, перепроверяла по многу раз). К матери была очень привязана, тревожилась, если та задерживалась хотя бы на час. В возрасте 11 лет перенесла сразу несколько психических травм (погибли в автокатастрофе ее отец, сестра и брат). Тяжело переживала, испытывала тоску, ночные кошмары, затем стала еще больше тревожиться за жизнь матери, появился «животный страх» потерять ее. Стала бояться городского транспорта, испытывала при поездках удушье. Пристально следила за сообщениями об автокатастрофах. В дальнейшем у нее стали

повторяться приступы страха, сопровождавшиеся сильным напряжением, дрожью, потливостью, сердцебиением, затруднением дыхания, резкой бледностью. В периоды приступов испытывала паническую тревогу, уверяла, что ее ждет какая-то большая беда.

В беседе с врачом М. высказывала различные соматические жалобы, находила у себя признаки «страшных» заболеваний. Больная настороженно относится к каждому слову врача, ищет в них подтверждение своим страхам. Ежевечерние приступы страха сопровождаются ощущением нехватки воздуха. Сон тревожный, прерывистый. Длительное лечение оказалось эффективным только к концу года. Сведения о М. через 4 года свидетельствуют о полной нормализации ее состояния.

При неврозе страха в анамнезе больных, как правило, отмечаются соматические заболевания и обилие признаков вегетативной дистонии, которые акцентуируются и оказываются в центре внимания больного в периоды приступов страха.

Среди особенностей невроза страха у детей следует отметить большую динамичность, более благоприятное течение и вместе с тем выраженную склонность к рецидивам. Затяжное течение обычно наблюдается у детей с формированием тревожно-мнительного характера и большим количеством возрастных страхов в преморбиде. В этих случаях клиническая картина с годами усложняется, и на смену чистым сверхценным невротическим страхам приходят фобии в рамках невроза навязчивых состояний или ипохондрических развитий личности.

НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ

Этот невроз является одним из трех основных, классических форм неврозов (невроз навязчивых состояний — ННС, истерический и астенический невроз). Считается, что ННС развивается не раньше 10-летнего возраста (G.Nissen, 1974) и наиболее отчетливым становится в

период пубертатного криза.

ННС очень часто являются продолжением невроза страха при его неблагоприятной динамике. Личностным фоном, облегчающим возникновение ННС, является психастения к двум ее вариантами: *тревожно-мнительным*, по П.Б.Ганнушкину (1907) — С.А.Суханову (1912), и *ананкастным* (обсессивно-компульсивным), по Р. Janet (1903). При описании *тревожно-мнительного характера* подчеркиваются такие особенности, как крайняя нерешительность, неуверенность в себе, недоверчивость, тревожность, утрированная деликатность, опасения по отношению ко всему новому и трудности при его усвоении, схваченность постоянными сомнениями. Этим личностям присуще ощущение неполноты жизни, преувеличение значения мелких фактов, постоянный самоконтроль, склонность к пессимистическим оценкам прошлого, настоящего и будущего, к навязчивым фобиям.

Ананкастный вариант аномальной личности, по П.Жане, характеризуется преобладанием ригидности психики, склонности к бесплодному мудрствованию и навязчивостям. К основным особенностям личности в этом варианте относятся чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности, озабоченность соблюдением правил, порядка, перфекционизм (болезненное стремление к совершенству), препятствующий завершению решения каких-либо жизненных задач, чрезмерная скрупулезность, педантичность, ригидность и упрямство, застревание на нежелательных мыслях и влечениях (МКБ-10, 1994). Указанные личностные особенности могут иметь место до воздействия психогенной травмы, но часто формируются в период преневроза, одновременно со становлением внутренних невротических конфликтов. В процессе развития невроза личностные расстройства становятся все более выраженными. ННС у детей и подростков начинается обычно при наличии акцентуаций личности по указанным двум типам.

В отличие от сверхценных страхов при неврозе страха, когда

психотравмирующий фактор занимает незаконно большое, господствующее положение в сознании и страх остается длительное время понятным, страхи при ННС носят особый невротический характер, получивший название *фобий*.

Кроме навязчивых страхов, в клинической картине ННС преобладают навязчивые сомнения, мысли, воспоминания, счет, действия, воспроизводящие ситуацию или возводящие защитные баррикады от нее.

Фобия определяется как интенсивная, непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на то что он понимает бессмысленность этого страха и, безусловно, с ним борется. При ННС фобии не только отдалены от психогении и не соответствуют тяжести ситуации, но и не всегда по фабуле прямо отражают травмирующее обстоятельство. Поэтому нередко они кажутся непонятными. Различают два основных варианта ННС у детей и подростков: 1) с преобладанием навязчивых страхов — *фобический невроз* и 2) с преобладанием навязчивых движений и действий — *обсессивный невроз*, или *невроз навязчивых действий*. Первый из них чаще сочетается с тревожной мнительностью, второй — с ананкастным характером («умственная жвачка» по П.Жане). В детском возрасте фобии возникают на фоне пониженного настроения и часто сопровождаются однообразными действиями — ритуалами, которыми больной защищается от «беды», как заклинанием. Среди фобий, которыми изобилует ННС, и особенно его 1-й вариант, чаще всего встречаются следующие (приведем определения некоторых из них):

- агорафобии — боязнь открытых пространств, площадей, мест, где уже случался приступ;

- кардиофобии — приступообразная боязнь сердечного заболевания, включая смерть от остановки сердца; приступ обычно сопровождается тахикардией, прекардиальной болью;

- синдром Каспера — эритрофобия — боязнь покраснеть в присутствии посторонних, опасение, что это заметят;
- скоптофобия — навязчивый страх показаться смешным;
- мизофобии — навязчивая боязнь загрязнения;
- тафофобии — навязчивая боязнь быть захороненным в состоянии мнимой смерти;
- клаустрофобия — навязчивая боязнь замкнутых пространств;
- арифмомания — навязчивый счет;
- канцерофобия - навязчивая боязнь заболеть онкологическим заболеванием;
- дентофобия — боязнь зубо­врачебного вмешательства;
- оксифобия — боязнь острых предметов;
- панфобия — глобальные страхи;
- танатофобия — боязнь смерти;
- арахнофобия — боязнь пауков;
- герпетофобия — боязнь, змей;
- антропофобия — боязнь людей;
- фобофобия — боязнь возникновения страхов.

При неврозе навязчивых страхов содержание фобий зависит от возраста. У детей преобладают *страхи заражения и загрязнения* (больной ребенок крайне брезглив, все нюхает, непрерывно моет руки — вплоть до образования ссадин, берется за незнакомые предметы через платок, вытирает ручки дверей, окон), острых предметов (старается прятать ножи, ножницы, иголки, вилки или пере­кладывать ножи острием от себя),

закрытых помещений (не остается дома один).

У детей старшего возраста и подростков чаще встречаются *навязчивые страхи, связанные с сознанием своего физического «я»* (навязчивые страхи болезни и смерти — от удушья, остановки сердца), страх подавиться при еде, покраснеть, заснуть и не проснуться, страх заговорить (при заикании), страх потерять родителей, страх отвечать у доски, невозможность (из-за страха быть увиденным) помочиться в общественном месте.

В подростковом возрасте реже встречаются детские страхи (темноты, животных, страх оказаться за закрытой дверью и пр.).

Наряду с навязчивостями в клинической картине ННС в подростковом возрасте часто появляются *навязчивые ритуалы* — запреты, символические действия, придуманные подростками и имеющие целью защиту от травмирующей ситуации. Среди таких запретов чаще всего встречаются: приказ себе не наступать на крышки люков, на трещины в асфальте, входить в автобус с определенной ноги, пропускать транспорт с определенной цифрой в номере и т.п. Эти запреты строго соблюдаются, чтобы «чего-нибудь не случилось». *Двигательные ритуалы* также крайне разнообразны: повернуться вокруг себя на одной ноге, пройтись полусогнувшись, плевать в сторону, потереть ладони, дотронуться до какого-то предмета и т.д. Цель этих действий — та же, защитная. *Ритуалы могут быть и более сложными* — *исключение из своих рисунков определенного цвета, из речи — слов, требование от собеседника, чтобы он повторил свой ответ трижды и пр.* К Obsessions относят и *навязчивые действия* (счет определенных номеров и автомашин, автобусов, ступенек, окон, светильников в метро) с заранее задуманным концом — число должно быть четным или нечетным, кратным определенному числу и т.д.

В дошкольном и младшем школьном возрасте преобладают

элементарные навязчивые движения — *навязчивые тики* (подергивания отдельных групп мышц, чаще на лице), а также подергивания плечами, покашливание и пр. Как и все другие навязчивости, навязчивые движения могут наблюдаться не только в рамках ННС, но и при других заболеваниях в рамках невротоподобных нарушений.

Кроме тиков наблюдаются также *патологические привычные действия*: навязчивое кусание ногтей, выдергивание бровей, волос, ресниц (трихотилломания). К навязчивым эти действия относят только в том случае, если они переживаются ребенком как чуждые, неотвязные, болезненные, мешающие нормальной жизни.

Навязчивыми могут быть неприличные мысли, лезущие в голову в самые неподходящие моменты.

Невротические обсессии тесно связаны с фобиями, и рассмотренные два варианта выделяются чисто условно, по преимущественному звучанию фобий иди обсессии. В клинической картине ННС могут иметь место и *астенические симптомы* (нарушенный сон, раздражительная слабость, непереносимость резких звуков, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность).

Описано 3 этапа динамики навязчивых страхов (Н.М.Асатиани, 1967), отражающие неблагоприятную динамику ННС. На 1-м этапе навязчивые страхи возникают только под действием травмирующего фактора, на 2-м — и в ожидании психогенной ситуации; в этот период болезненные переживания постепенно учащаются. На 3-м этапе фобии появляются и в нейтральной обстановке, возможны наплывы навязчивых представлений. В такие периоды больные предпочитают лежать, не общаются с окружающими. Возможны повышение АД, озноб, слезы, падение аппетита. Длятся такие состояния у подростков до нескольких часов и исчезают после сна.

При неблагоприятном течении ННС возможна *генерализация*

страхов и усложнение ритуалов. Именно в таких случаях необходима дифференциация диагноза с неврозоподобной вялотекущей шизофренией.

Приводим две клинические иллюстрации ННС у ребенка и подростка.

Больной Н., 10 лет. Мать обратилась к врачу с жалобами на то, что сын повторяет слова собеседника и требует, чтобы родители повторяли свои ответы. Из анамнеза известно, что ребенок родился в синей асфиксии, в 5 месяцев перенес коклюш, в 3 года — тяжелую пневмонию. В дошкольном возрасте был сильно испуган сверстниками (3 мальчика выскочили с криком из темноты), *после* чего появилось заикание, которое через несколько недель прекратилось. За 3 месяца до обращения к врачу был свидетелем избиения посторонней женщины. Был взволнован, испуган. Заикание возобновилось. Стал навязчиво переставлять вещи, переспрашивал, требовал повторения ответов, заявлял, что в противном случае случится несчастье. Появилась невыносимость к шуму, утомляемость. Стал педантичным, стремился все задания переделывать по несколько раз.

Охотно беседует с врачом, жалуется на снижение успеваемости, сказал, что в темноте «чего-то» боится и не может от этого избавиться. Навязчиво причмокивает губами. Все время переспрашивает и настаивает, чтобы врач повторял свои слова. При чтении повторяет строчки. После лечения стал меньше переспрашивать, успокоился, исчезло заикание.

В данном наблюдении у ребенка с резидуально-органической недостаточностью, соматически ослабленного на фоне психогении возникли множественные проявления ННС, в структуре которого имели место навязчивые страхи, obsessions, тики.

Больной О., 14,5 года. Был приведен к врачу с жалобами на навязчивый страх болезни и смерти. Психически больных в семье не

было. Отчим несправедлив и жесток к ребенку. Беременность у матери протекала с токсокозом. До 5 лет перенес корь и краснуху в легкой форме. В 7 лет поступил в школу. Учился посредственно, быстро уставал. В возрасте 11—13 лет перенес 3 операции — аппендэктомию и дважды — резекцию кишечника в связи с непроходимостью. После операций в условиях продолжающегося психотравматизирования со стороны отчима стал испытывать навязчивый страх умереть, повторял, что скоро это обязательно случится.

Врачу подробно рассказал, как возник страх и что он не может от него избавиться. В связи с этим часто бывает подавлен. В последнее время страх смерти стал приступообразным. Однажды на высоте приступа в звуках музыки по радио услышал слово «удавись». После лечения (2 мес) страх исчез.

В данном наблюдении также имеется сочетание соматического неблагополучия и психической травмы. Последняя имеет сложный характер (острые переживания перед операцией и постоянная психотравмирующая обстановка в семье). Навязчивый страх умереть был тесно связан с ситуационными переживаниями. На высоте приступа страха возникла слуховая иллюзия, также отражавшая ситуацию.

Среди фобий, преимущественных для подросткового возраста, особое место занимают два психопатологических синдрома: *дисморфофобии и нервная анорексия*. Знакомство с ними важно не только в связи с их частотой, но и с подчеркнутой возможностью развития их в рамках хронических психических заболеваний.

ДИСМОРФОФОБИИ

В связи с особенностями их психопатологической структуры дисморфофобии относят или к ипохондрическим, или навязчивым, или к сверхценным и бредовым расстройствам, поскольку их основной радикал трактуется по-разному.

Важно отметить, что главным их содержанием являются фобии, которые могут носить и навязчивый, и сверхценный характер. При дисморфофобии имеет место патологическая убежденность либо в наличии у себя какого-либо физического недостатка (уродливые черты лица, строение тела), либо в распространении неприятных запахов. При этом больные опасаются, что окружающие замечают эти недостатки, обсуждают их и смеются. Для очерченного синдрома типична триада признаков: идея физического недостатка, идеи отношения, подавленное настроение. Если речь идет о «распространении запахов», имеют место телесные ощущения и обонятельные обманы восприятия.

Имеются данные, что дисморфофобии возникают в 80% случаев в период пубертатного криза. В случаях, когда они приобретают бредовый характер, предложено называть их *дисморфоманией* (М.В.Коркина, 1965).

В связи с убежденностью в мнимом или сильно преувеличенном дефекте больные фиксированы на этих переживаниях, могут быть охвачены ими, начинают упорно добиваться косметических операций, лечения у дерматологов (пористость кожи, веснушки, облысение, чрезмерное оволосение), стоматологов («неправильный прикус», «кривые зубы»), эндокринологов («низкий рост», «недоразвитие грудных желез»), гинекологов и андрологов («неправильное строение половых органов»). Большая настойчивость в этом отношении приводит к тому, что они «исправляют» свои «органы», но и после этого нередко возникают новые аналогичные страхи. Если больной направляется врачом не к ожидаемому им специалисту, а к психиатру, происходит разочарование в «официальной медицине» и обращение к не всегда безвредному самолечению (туго бинтуют грудь, «торчащие» уши, часами оттягивают или подпирают нос и пр.). Самолечение приводит к тому, что такие больные покрыты ссадинами, кровяными корочками, следами выщипанных волос, бровей, ресниц.

Подростки с дисморфофобией склонны к сокрытию своих

болезненных переживаний (*диссимуляция*), в связи с чем важно знать два характерных симптома, которые могут быть выявлены у подростка и которые свидетельствуют о болезненном характере его страхов. Это прежде всего *симптом «зеркала»* (постоянное неотвязное разглядывание себя в зеркале с целью убедиться в наличии или отсутствии дефекта и попытаться подыскать Положение и поворот лица, скрывающие «уродство»). Зеркало носят с собой, вешают перед столом, чтобы «все время себя видеть».

Симптом «фотографии» — избегание фотографирования, укрытие своих фотографий, чтобы никто не мог зафиксировать свои «догадки об уродстве» больного.

Дисморфофобия чаще всего возникает у подростков с личностной акцентуацией по сензитивно-шизоидному, тревожно-мнительному или истерическому типам, является психогенно провоцируемой (эндореактивной) реакцией, возникает вслед за соответствующим замечанием собеседника («убери свой нос»). Расстройства в целом парциальны, частичны, не снижают работоспособности, успешности в учебе, проявляются лишь в особенно значимых для больного ситуациях (в компаниях, перед свиданиями, при желании понравиться). С возрастом они могут сглаживаться самостоятельно, без лечения, но могут приобретать и затяжной характер.

Бредовый вариант дисморфофобии (дисморфомания) может лежать в основе нервной анорексии, возникать при малопрогрессирующей шизофрении. В этих случаях дисморфомания, может быть стойкой. С годами борьба с мнимыми дефектами становится чуть ли не содержанием жизни. При этом имеет место тенденция к расширению круга дисморфоманических переживаний. Нарастают личностные изменения (сочетание ранимости с холодностью, стойкие тревожные депрессии с суицидальными поступками, сензитивный бред отношения — больные замечают, что все на них обращают внимание, замечают их дефекты,

делают двусмысленные намеки, относящиеся к мнимому уродству). Позже эти переживания начинают сопровождаться идеями о неизлечимости болезни или о наличии «унизительной» болезни (сифилис).

Примером подростковой дисморфофобии может служить следующее наблюдение.

Больной К., 18 лет, пришел на прием после консультации у хирурга-стоматолога с жалобами на «искривление носа». Считает свой приход к психиатру бессмысленным, так как нуждается в помощи хирурга. Однажды его стукнули кулаком по носу «хулиганы». Был большой отек, а потом «нос изменился», «стал проваливаться», «как при сифилисе». Нос у К. вздернутый, переносица невысокая, но дефектов незаметно.

К. из хорошей семьи, рос и развивался правильно. До болезни был общительным, имел много друзей, увлекаются спортом (футболом). После того как он заметил изменения своего носа, испугался, стал бояться дальнейшей деформации, зафиксировался страх, что теперь он урод, не сможет жениться, все будут сторониться его. Все же оставалась надежда, что нос «выправится». Больной стал все время рассматривать свой нос в зеркале, обзавелся круглым маленьким зеркалом, не расставался с ним. Улучшений не замечал, появилось подавленное настроение. Был охвачен этими переживаниями, потерял интерес к окружающему, с большим трудом окончил среднюю школу. Чтобы никто не заметил его «позора», стал перевязывать лицо так, чтобы скрыть нос, «нахлобучивал на нос» шапку. Однажды даже стукнул по носу «железкой» — хотел, чтобы отек скрыл дефект. Очень боялся, что его разлюбит подружка, считал, что родители «все видели», но «не подавали вида». Целый год мучился, а затем «поехал оперироваться».

Больной убеждению не поддается, уверен, что теперь «из-за носа» «жизнь пошла наперекосяк». Показывал для сравнения две свои карточки в профиль: до и после травмы. Доказывал «качественную разницу».

Проведенная длительная психотерапия и лечение оказали действие лишь частично. Полной уверенности, что «все в порядке» не возникло. Улучшение оказалось неполным и, по-видимому, будут рецидивы.

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ

Нервная анорексия — это прогрессирующее самоограничение в еде при снижении аппетита с целью похудения в связи со сверхценным или навязчивым страхом располнеть и убежденностью в чрезмерном весе. Нервная анорексия занимает промежуточное положение между невротами и психосоматическими расстройствами. Встречается преимущественно у девочек в подростковом возрасте.

Характерна триада признаков: отказ от еды, значительное похудание, аменорея. При нерезко выраженной анорексии речь идет о подростковом, психологически понятном, хотя и обостренном, интересе к своей внешности, недовольстве ею, болезненной чувствительности к оценке со стороны, опасениях по поводу своей непривлекательности. Чрезмерная полнота ассоциируется в сознании подростка с неповоротливостью, отсутствием изящества, что может служить поводом для насмешек.

Определяющим в формировании синдрома является страх несоответствия своему воображаемому или реальному идеалу. Пусковым механизмом становится неосторожное замечание педагогов, родителей, сверстников, воспринимаемое в силу личностной ранимости как особо значимое. Нередко нервная анорексия сопровождается депрессивным настроением, которое бывает маскированным. Если отказ от пищи частичный (например, исключаются высококалорийные продукты), резкого и стойкого похудения не отмечается. Однако это может быть начальным этапом, сменяющимся полным отказом от пищи, вызыванием рвоты, приемом слабительных, изнурительными физическими нагрузками. В тяжелых случаях развивается алиментарная дистрофия. Лицо становится

бледным, подкожная жировая клетчатка исчезает, тургор кожи резко уменьшается, появляются сухость, Шелушение, живот становится впалым, изо рта запах ацетона. Нарушается менструальный цикл.

Случаи спонтанного выздоровления являются казуистическими. В 4—30% наблюдений это состояние заканчивается летально, при длительном течении высок риск самоубийства.

Распознавание болезни крайне затруднительно, так как подростки тщательно скрывают отказ от пищи. Больных месяцами водят по разным врачебным кабинетам в поисках источника истощения. Некоторым совершенно необоснованно проводят курсы гормональной терапии.

В МКБ-10 указаны признаки, определяющие достоверность диагноза:

сохранение веса тела на уровне ниже ожидаемого на 15% или индекс Кветелена (соотношение веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах) составляет 17,5 или менее;

потерю веса вызывает сам пациент, избегая пищи и применяя один из способов избавления от нее (рвота, слабительные, диуретики и пр.);

ужас перед ожирением сохраняется в виде глубоко укоренившейся сверхценной идеи; имеет место аменорея или потеря половой потенции;

при возникновении в препубертатном периоде (10—11 лет) начало пубертата задерживается или даже не наступает; при выздоровлении пубертация возобновляется.

При шизофрении анорексия сопровождается следующими признаками:

- нежелание есть превращается в невозможность принятия пищи (насильственная потребность вызывания рвоты после еды из-за появления непереносимого чувства переполненности желудка);

- появление вялой и витальной депрессии с подавлением жизненно важных соматических функций (голод, жажда, сексуальная неудовлетворенность);

- тревожная подозрительность, нарастание ипохондрической симптоматики, неряшливость в одежде, нарушение критики. Нередко возникают приступы ажитации и агрессивности.

Для иллюстрации нервной (непроцессуальной) анорексии приводим следующее наблюдение.

Больная С., 16 лет, из очень конфликтной семьи. В грудном возрасте перенесла тяжелую диспепсию, в дошкольном — корь, паротит, ветряную оспу. В периоды после инфекций на некоторое время теряла аппетит, худела. Была общительной, любила групповые игры, но отличалась обидчивостью, ранимостью, конфликтовала с детьми. Училась в школе хорошо, дружила с двумя девочками из класса. Одну из них часто ставили в пример как «изящную», женственную. Это вызывало зависть у С. Примерно с 13 лет стала прислушиваться к похвалам матери в адрес ее подруги, оценивала свои физические данные, сравнивала. Постепенно сложилось убеждение, что она физически ущербна, слишком неповоротлива, толста. Смотрелась в зеркало, старалась больше двигаться. Как-то подруга заметила вскользь, что ей «надо бы немного постройнеть». Мысли о своем несовершенстве зафиксировались. Стала фантазировать, представлять себя худой, стройной, пользующейся успехом у мальчиков. В 15 лет стала ограничивать себя в еде, крутила «хула-хуп». Перестала есть сахар, масло, хлеб, вторые блюда. Через несколько месяцев похудела. Упорно соблюдала диету, стала ощущать слабость, утомляемость. Изменился характер — появились вспыльчивость, раздражительность. После тяжелого гриппа похудела настолько, что была помещена в терапевтическое отделение, где отмечались истощение (вес 40 кг при росте 160 см), вялость, бездеятельность. За время пребывания в больнице, несмотря на то что

больная ела немного и часто выбрасывала пищу, поправилась на 1,5кг. Ее выписали, посчитав, что она перенесла диэнцефальный криз. После выписки решила снова снизить вес и отказывала себе во всем, хотя есть очень хотелось. Боязнь показаться паяной была так сильна, что она не надевала «толстой» одежды. На фоне частичного голодания и похудения появились зябкость, запоры, плохое настроение. Только после угроз родителей положить ее в больницу начинала есть лучше. Летом, предоставленная себе, опять похудела. В 9-м классе училась слабо — не хватало сил. Худела, появились боли в желудке после приема пищи. Менструации прекратились. Снова была стационарирована, на этот раз в психиатрическую больницу.

Правильный психотерапевтический подход, общеукрепляющие средства, витамины, антидепрессанты привели к сдвигу в лучшую сторону. За 3 месяца девочка поправилась на 6 кг, изменились ее взгляды, стала адекватно рассуждать о своем будущем.

Последующая динамика состояния положительная, с полной нормализацией.

В приведенном наблюдении мы имеем дело с непроцессуальной нервной анорексией, развившейся в рамках пограничных состояний и содержащей все признаки болезненного состояния. У девочки в пубертатном возрасте сначала возникают явления сверхценной дисморфофобии, а затем — нервной анорексии. Неблагоприятная динамика, имевшая место в начале заболевания, была прервана терапевтическими мерами.

АСТЕНИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ (Термин «невроз» выделен W.Cullen (1776))**НЕВРАСТЕНИЯ** (Термин введен А.Крейндлером (1963))

Выделяют реактивную неврастению, невроз переутомления, информационный невроз (по М.М.Хананашвили). Клинически все три формы идентичны. В детском возрасте встречается только психогенная

форма, в подростковом реактивная неврастения преобладает, но наблюдается и неврастения переутомления (как вариант «школьного невроза»).

Астенический невроз чаще всего возникает на «почве» невропатии, ранней церебральной резидуально-органической недостаточности, у лиц из группы «тормозимых» со слабым типом нервной системы, у детей, ослабленных тяжелыми соматическими или психогенными заболеваниями (включая туберкулез, сепсис и пр.), перенесших острые шоковые психозы или затяжные реактивные состояния. В случаях психогений и при отсутствии личностной аномальности астенический невроз бывает кратковременным. Самый ранний возраст, в котором описана неврастения, составляет 2 года.

При описании динамики становления астенического невроза выделяют *преневротическую стадию, которая представлена обычно соматогенной астенизацией, «предневрозным» характером по астеническому типу, кратковременными астеническими реакциями*. В ней уже заложена готовность к развитию болезненного состояния. В это время ребенок пассивен, робок, неуверен в себе, не пытается преодолевать какие-либо трудности, несамостоятелен. Его внушаемость и подчиняемость очень велики и определяют на этом этапе согласие со всем, что бы его ни заставляли делать. Однако исполняет любое задание он плохо.

Начало клинически очерченного астенического невроза относится к периоду, близкому к психогенной травме. Роль последней в детском возрасте далеко не всегда исполняют сверхсильные «удары судьбы». На фоне описанной выше «почвы» и при возрастной неразвитости интеллекта и критики любой значимый для ребенка факт может стать травмирующим (помещение в детское учреждение, пропажа любимой собачки и пр.).

Внутренний конфликт в этих случаях проявляется в непреодолимом

противоречии «надо» и «не могу», «хочу» и «не могу». Он связан с тем, что желания у астеника такие же, как и у любого нормального ребенка, а энергетический психофизический потенциал значительно ослаблен. Поэтому такой ребенок обычно защищается попытками избавиться от любых нагрузок, являющихся для него перегрузками. Ему легче, если его будут считать больным. Поэтому он склонен искать помощи, сочувствия, лишь бы его оставили в покое. *В клинической картине астенического невроза на первом месте* поэтому *оказываются повышенная истощаемость, утомляемость и раздражительная слабость.* Последняя проявляется как реакция ребенка на непосильные требования окружающих в виде вспышек раздражения с последующими слезами и раскаянием.

Наряду с утомляемостью и истощаемостью после интеллектуальных и нервно-психических нагрузок отмечается быстрое после начала любой деятельности снижение продуктивности (интенсивности и качества), неспособность к длительному сосредоточению, отвлекаемость. Характерны тензионные (сдавливающие) головные боли с ощущением стягивающей голову каски («каска неврастеника»), нарастающие по мере утяжеления и сопровождающиеся головокружением, озабоченностью своим неблагополучием. В такие периоды отмечаются безрадостное настроение, подавленность и тревожность.

Возможно присоединение разнообразных навязчивостей, но они никогда не занимают ведущего положения и обычно кратковременны. Отмечаются также нарушения сна с трудностью засыпания, гиперсомния (излишняя сонливость), пробуждение с чувством разбитости, вялости, неспособности сразу включиться в какие-либо занятия. Такие дети «приходят в себя» только к середине учебного дня, а к концу уроков они опять выглядят и чувствуют себя переутомленными, всегда нуждаются в дневном сне.

Всем перечисленным симптомам обычно сопутствуют явления

вегетодистонии по гипотоническому типу, с потливостью, холодными кистями и стопами, сердцебиениями, болями в животе. У таких детей часты нарушения кишечной перистальтики, спазмы пищевода, разных протоков кишечника. Нарушения функций внутренних органов (соматизированные неврозы) помогают ребенку убегать от трудностей. От него ничего не требуют, его опекают, жалеют. Некоторые авторы даже считают характерным для астенических невротиков «бегство в болезнь». Старшие дети и подростки с неврастенией слывут слабыми, незаметными, но все знают, что неожиданно они могут «напрячь свои силы» и в каком-то рывке сделать то, что непосильно способным ученикам. Они замкнуты, но жаждут общения, нерешительны, но честолобивы, ранимы. Часто и много фантазируют, но никто не знает, как им хочется стать героем, сверхчеловеком, душой общества.

ИСТЕРИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ

Истерия — самая многоликая форма психической патологии. Среди ее клинических форм выделяют истерический психоз, истерический невроз, истерическую психопатию (Н.И.Фелинская, 1953; В.Я.Семке, 1994, и др.). Все они тесно связаны между собой не только клинически, но, что самое важное, механизмами возникновения и развития (механизмы внушения-самовнушения, вытеснения, бегства в болезнь, истерической фиксации). Именно наличие единых механизмов определяет легкость перехода одних форм истерии в другие. Указанные механизмы определяют и чрезвычайное разнообразие истерических проявлений. Еще в 1685 г. Сиденгам писал, что «истерия — это Протей, который может принимать бесконечное множество различных форм, хамелеон, который беспрестанно меняет свои цвета». Истерия может внешне проявляться как соматическое, неврологическое и другие заболевания, в связи с чем Ж.Бабинский называл ее великой симулянткой. Она находится в тесной причинной зависимости от психогенных влияний, но для своего развития требует определенной личностной структуры (истерический характер).

В известной работе «Об истерии» (1932) И.П.Павлов указывал, что истерия возникает у людей слабого, нервного, художественного типов, неуравновешенных, отличающихся чрезмерно живым воображением, склонных к возникновению охранительного торможения. При неблагоприятных психических воздействиях у них легко развиваются чрезвычайно аффективно окрашенные представления и опасения, фиксирующиеся благодаря внушаемости и самовнушаемости. Для реализации истерических механизмов очень большое значение имеет дисгармонический инфантилизм, характерный для этих личностей.

Истерический характер включает в себя целый ряд специфических личностных особенностей: *суггестию и аутосуггестию (внушаемость и самовнушаемость), стремление казаться больше, чем есть на самом деле, и во что бы то ни стало обратить на себя внимание, жажду признания, выраженный эгоцентризм, отсутствие объективной правды по отношению как к себе, {так и к другим, демонстративность, театральность, жеманство, позерство, стремление вжиться в любую, выдуманную самим больным, роль, «игру в жизнь», «соломенный огонь чувств».* Характерологические истерические особенности отличаются яркостью, выпуклостью. Такие лица выделяются экстравагантностью во всем (в одежде, манере держаться, говорить, действовать). Наклонность к пафосу, патетике, драматизации переживаний, к афишированию всего, что может обратить на себя внимание, легкость смены настроений, симпатий-антипатий, увлечений, авантюризм во всех начинаниях, стремление «не быть», а «казаться» исключительной личностью составляют основные особенности истерического характера. Невозможность утвердиться в качестве лидера легко заменяется попыткой произвести впечатление «казанской сироты», вызвать сочувствие, сострадание, жалость. При этом случайное достижение цели (не пустили в школу, потому что кашлял) фиксирует связь симптома и нужного эффекта и закрепляется как истерический симптом (в школу не хочется — возникает кашель — освобождение получено). Варианты, когда ребенок бессознательно

обнаруживает связь между болезнью и освобождением от неуютного занятия (или получения того, что хотелось), включают всю возможную симптоматику. Ребенок испытал острый страх, зажмурился, закричал. Затем был обласкан, получил приятные подарки. В следующий раз возникает внезапное зажмуривание (блефароспазм), ребенок не может разомкнуть глаз, он «тяжело болен». Вокруг паника, внимание сосредоточено на ребенке. Он достиг малыми средствами желаемого (это его сверхцель). По такому же механизму может развиваться недержание или задержка мочи (главное, что привлекает внимание родителей) и другие истеро-невротические симптомы.

Истерический тип реагирования может наблюдаться у лиц с разными типами личности, но, естественно, наиболее отчетливо он проявляется при истерическом характере. Истерические формы реагирования особенно легко возникают в детском и подростковом возрасте и более всего — в периоды возрастных кризов. Считается, что истерия встречается у детей намного чаще, чем у взрослых, а это значит, что с годами она может сглаживаться. Это же дало основание ряду авторов считать, что прогноз детской истерии благоприятен.

В преневротической стадии истероневротические симптомы отличаются большой динамичностью и проявляются либо отдельными симптомами (моносимптомы), либо, что чаще, в калейдоскопическом переплетении с многообразными вегетососудистыми, сенсомоторными и двигательными нарушениями. На этом этапе речь идет еще не о неврозе, а о невротических реакциях.

Среди наиболее частых невротических расстройств *в период первого возрастного криза* встречаются приступы удушья, нервная рвота, гиперкинезы, истерические аффективные припадки, заикание и мутизм, энурез и энкопрез. Основным двигателем такого реагирования является желание ребенка привлечь к себе внимание родителей, утраченное в результате вынужденной разлуки или других психогенных детских

переживаний. Если ситуация не разрешается, невротические симптомы и трудности поведения нарастают.

В период второго возрастного криза чаще всего наблюдаются расстройства сна, рвота, трихотилломания, нарушение речевых функций (заикание, частичный мутизм, афония — исчезновение голоса), гиперкинезы (дрожь, тики, хореоформные приступы), склонность к истерическому фантазированию.

Учащение истероневротического реагирования отмечается и *в период пубертатного криза*, для которого характерным становится конфликт между желанием и возможностями личности, стремлением к лидерству и внушаемостью. В подростковом возрасте наиболее отчетливой становится также тенденция к иррадиации психического в соматическую сферу (запоры, поносы, метеоризм, отрыжки, рвоты, ишурия — задержка мочи из-за спазма сфинктеров, нарушения ритма сердца, психогенный кашель, истерические припадки, аменорея, имитация картины «геморрагических» проявлений — неожиданные обширные и множественные кровоизлияния под кожей, таинственные ознобы и «подскоки» температуры, «остановки» сердца и дыхания). Все это сопровождается яркостью эмоциональных проявлений, криками о помощи, становление факта истерической природы этих явлений, а значит, отсутствие «смертельной опасности», часто вызывает у больных всплески ярости, протеста. Очень часты усиленный дермографизм, отеки, цианоз, повышенная потливость.

Неврологические симптомы, как и соматические, чаще возникают при наличии «слабых мест», перенесенных заболеваний (например, после заболевания суставов — параличи, после перенесенной в прошлом контузии — мутизм и т.п.).

Частыми «неврологическими» симптомами являются анестезии, гипостезии, гипералгии, которые располагаются не по зонам

иннервации, а в соответствии с бытующими представлениями о границах отдельных частей тела (например, «истерические перчатки», «чулки»). На стороне поражения чувствительности нередко отмечаются слепота, глухота, потеря вкуса, чего клинически быть не может ни при какой локализации процесса.

Сужение поля зрения или даже слепота нередко сочетаются у больного с возможностью свободно передвигаться, а фотореакция зрачков оказывается не нарушенной. Больные могут жаловаться и на параличи, местные мышечные контрактуры (кривошея, блефароспазм). Эти явления обычно исчезают во сне. Характерна астазия-абазия (больные в лежачем положении могут двигать руками и ногами, но не в состоянии ходить и стоять), часто отмечаются отсутствие глоточного рефлекса и анестезия мягкого неба. Учитывая именно это свойство (легкость перехода психических симптомов в соматические), ученые все чаще заменяют термин «истерические расстройства» понятием «конверсионные диссоциативные расстройства» (МКБ-10). Начало этому было положено еще в прошлом веке (P.Briquet, 1859) и названо по автору синдромом Брике. Для этого синдрома характерны множественность симптомов соматизированного типа, их повторяемость. Больные невероятно ловко добиваются вызова врача, госпитализации и даже оперативного вмешательства (синдром Мюнхгаузена). За этими синдромами нередко стоит значительное психическое расстройство.

В последних работах вновь стали выделяться истероневротические состояния (Д.Н.Оудсхоорн, 1993), которые описывались еще в прошлом веке:

Психогенная амнезия: внезапная неспособность припоминать важные события без предшествующих нарушений сознания и памяти.

Психогенная фуга: бесцельные скитания в состоянии суженного сознания с последующей амнезией таких периодов. Внешне поведение

остается упорядоченным, и окружающие могут ничего не заметить, но сам подросток не узнает некоторых знакомых или родственников.

Обычно такие состояния возникают внезапно в ответ на травмирующие ситуации в школе или дома. Отграничение истерических фуг от органических затруднено тем более, что в анамнезе у таких лиц часто (до 40%) отмечаются черепно-мозговые травмы, хотя и без особых последствий.

3. Множественная личность: истерическая личность периодически начинает жить как бы другой жизнью. Различия при этом столь значительны, что выделяют личности А, Б, В и пр. Личность А не знает о существовании других личностей (Б и В) или знает о существовании Б, а последняя ничего не знает об А.

4. Множественные деперсонализации, когда истеричный подросток все время чувствует себя по-разному измененным. Это мешает адаптации.

5. Эпидемическая истерия: групповая имитация поведения лидера. Может иметь место в референтных группах, в религиозных сектах, в школе. Если во главе оказывается душевнобольной, имитируются и психические расстройства, легко проходящие при изоляции.

6. Истерические, психогенные или псевдоэпилептические припадки. Существует целый перечень дифференциально-диагностических признаков для отграничения от эпилепсии. Примером истероневротического расстройства в детском и подростковом возрасте может служить следующее наблюдение.

Больная М., 18 лет. Рано лишилось родителей, воспитывалась старшим братом, мягким, добрым человеком. В раннем детстве перенесла много детских инфекций (корь, скарлатина, дифтерия, краснуха, коклюш). Росла болезненным, капризным ребенком. Интеллектуально развивалась хорошо, но была крайне впечатлительна, ранима. Она постоянно что-то

просила или требовала от брата, не успокаивалась, пока не получала желаемого. В возрасте 2 лет потребовала, чтобы брат нес ее на руках, он отказался, считая, что постоянным потаканием только балует ее. В ответ М. упала, посинела, «закатилась», были судороги конечностей, изгибалась дугой. Брат взял ее на руки, после чего сразу все прошло. С тех пор каждый раз при неисполнении ее желаний возникали подобные приступы. В возрасте 3,5 года, после того как брат впервые «отшлепал» ее за «вранье», она упала, 3 дня лежала в постели, не могла подняться, ходить. Вызванный врач пожалел девочку, отругал брата, М. была довольна, и в дальнейшем при неприятностях у нее возникали «параличи» ног, которые «обходились» после длительной психотерапии.

Росла М. очень живой, впечатлительной, рано научилась читать. Постоянно стремилась произвести на окружающих «неотразимое» впечатление. Для этого заучивала стихи, песни, танцы, нередко сама придумывала истории, в которых была главным героем. Очень старалась понравиться одноклассникам, но ее «почему-то не очень жаловали». На уроках с трудом досиживала до конца занятий, уставала, начинала болеть голова. Придумывала разные причины, чтобы ее отпустили с занятий. Подражала манерам актрис, заучивала звучные, малопонятные слова, очень много занималась своей внешностью. В 7-м классе стала особенно остро переживать свое одиночество (окружающие «не понимали», «не любили»). Несмотря на все ее попытки заинтересовать окружающих собой, оставалась одна. На обиды, неприятности стала реагировать не только «истериками», но и фантазированием. Представляла себя шпионкой, выполняющей «особое задание», действовала в соответствии с вымыслами. Описывает это так. В первый день после конфликта чувствовала себя униженной, несчастной, настроение становилось тоскливым. Не могла найти себе места, чувствовала, что с ней происходит что-то неладное: не могла сосредоточиться, отпрашивалась с уроков. Бродя по улицам одна, погружалась в «грезы», что-то писала, куда-то звонила. Потом об этих периодах помнила не все. Иногда даже знакомые

казались незнакомыми. Потом наступают момент, когда чувствовала сильную усталость, отвращение к себе, рыдала, задыхалась от ощущения «комка в горле». Начинала понимать «бесмысленность своего существования среди честных людей» и совершала попытку самоубийства. Принимала снотворное «в огромных количествах», падала, «отравленная индусским ядом», в многолюдных местах или у отделении милиции с запиской в руке, что она не может больше жить, оставаясь шпионкой. Так повторялось много раз. Оказавшись в больнице, она много и с рыданиями рассказывала о своей шпионской деятельности, бичевала себя, искала сочувствия. Внимание и лечение быстро приводили ее в норму. В последний раз она была обнаружена в бессознательном состоянии и побывала в реанимации. Позже выяснилось, что она надеялась быть «найденной раньше». В больнице все время была взволнованной, экзальтированной, рисовалась, позировала. В своих рассказах о себе «накручивала» столько приключений, что ей быстро переставали верить. При попытке разъяснить ей неправильность ее позиции у нее возникали истерические реакции — то со рвотой, то с онемением «кончиков пальцев», то с болями «во всех органах».

Длительное психотерапевтическое и медикаментозное лечение на время нормализовало ее высказывания и поведение.

В приведенном наблюдении мы имеем дело с истерической, соматически ослабленной личностью, у которой с самого детства стали возникать истероневротические реакции разной клинической формы, но в большинстве случаев — по типу конверсионных соматизированных проявлений. В пубертатном возрасте клиническая картина усложнилась, присоединился ритуал психогенного защитного фантазирования с последующей демонстративной попыткой покончить жизнь самоубийством. Последняя, однако, не носила серьезного характера, и только «нерассчитанная просрочка» чуть не оказалась для больной роковой. Независимо от клинической формы все невротические

проявления были подчинены одной цели — добиться признания. На всех этапах становления истерического невроза отмечалась тесная связь с психогенными воздействиями, обратимость, зависимость от особенностей истерического характера. При неблагоприятной динамике все более отчетливыми становятся приступы невротической депрессии, происходит генерализация невротической симптоматики (включая навязчивости, фобии, патологическое фантазирование).

За последнюю половину века истероневротические расстройства подверглись определенным изменениям (патоморфозу) в основном за счет редукции истерических припадков, резкого возрастания соматизированных расстройств и затяжного течения с переходом в невротическое развитие.

ГЛАВА 6

ЛЕЧЕНИЕ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

ПСИХОТЕРАПИЯ, ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ

Детско-подростковая психотерапия в России все еще переживает стадию затянувшегося детства, не может преодолеть психологических барьеров, воздвигнутых в свое время государственной политикой (негативное отношение к педологии — науке о ребенке, созданной В.М.Бехтеревым, и учению З.Фрейда). Указанные обстоятельства, естественно, не способствовали научным исследованиям в области детской и подростковой психотерапии и препятствовали широкому внедрению накопленных в отечественной и зарубежной науке психотерапевтических знаний. До сих пор каждый детский психотерапевт вынужден «на свой вкус» адаптировать существующие методы психотерапии к возрасту и заниматься поисками новых психотерапевтических методик, учитывающих уровень психического развития и особенности психического состояния ребенка.

Психотерапия (в переводе с греческого «лечение душой», «душевное лечение») означает применение разных методов психического воздействия с лечебной или профилактической целью.

Психогении — эта та область психических расстройств, при которых психотерапия является наиболее показанной и эффективной, особенно если она применяется вовремя, на ранних стадиях заболевания, и проводится грамотно, т.е. специалистами.

Для правильного представления о возрастном своеобразии психотерапии выделено 6 уровней детских и подростковых проблем.

Отсутствует безопасность существования — внешний мир «не несет ни семье, ни ребенку надежной защиты».

Семья не обеспечивает безопасности ребенку, нужного направления

в его развитии, коррекции и положительных примеров преодоления стресса.

Ребенок или подросток не приобрел умения ориентироваться в обществе и справляться с различными проблемами

Ребенок находится в конфликте с самим собой, полон устрашающих мыслей и побуждений, имеет отрицательное представление о себе и тревожное — о мире.

Регуляторные личностные механизмы недостаточны. Ребенок легко впадает в панику или становится агрессивным.

Вследствие нарушенного развития (чаще при органических поражениях) искажены механизмы нейрофизиологической регуляции. При выборе методов лечения следует учитывать следующее:

- нозологическая диагностика, необходимая в любом случае, важна также для решения вопроса о целесообразности применения психотерапии. Иными словами, важно знать качественную характеристику заболевания и уровень психических расстройств (психотический, невротический);

- для выбора психотерапевтического метода необходима синдромологическая квалификация;

- уровень психического развития ребенка определяется не только фактическим возрастом, но и соответствием психического развития паспортному возрасту;

- этап онтогенетического развития (моторный, сенсомоторный, аффективный, идеаторный) и уровень патологического реагирования (сомато-вегетативный, психомоторный, аффективный, эмоционально-идеаторный);

- тип личности или личностной аномальности;

- уровень и качество социализации личности, наличие педагогической запущенности, а также условия жизни и воспитания ребенка;

- имеющиеся у ребенка психологические установки, особенно те, которые препятствуют формированию внутренних конфликтов; это помогает уточнению механизмов развития психогений и целенаправленному их устранению;

- структурную и динамическую характеристику возрастной психологии (это необходимо для выбора правильного подхода к пациенту, налаживания контакта);

- важно знать, имеем мы дело с ребенком, переживающим возрастную криз, или он находится в так называемой спокойной фазе;

- абсолютно необходимо установить доверительные отношения с ребенком, завоевать у него авторитет, создать ощущение готовности к исповеди, к обсуждению своих проблем;

- родители, воспитатели должны знать о проблемах, тревожащих ребенка и мешающих его социальной адаптации, так как их осведомленность определяет эффективность психотерапии.

Существующее представление о невозможности проведения психотерапии у детей до 10 лет и рациональной психотерапии у детей неоправдано. Хорошо известно, что гипнотическое воздействие осуществляется на неосознаваемом уровне. Глубокое знание детской психологии поможет выбрать тип гипнотизации в соответствии с уровнем развития. Хорошо известны часто неосознаваемые психотерапевтические приемы матери, которая помогает малолетнему ребенку уснуть или успокоиться после пережитого стресса ритмическим напевом, поглаживанием, покачиванием.

Условность критерия возраста, используемого в качестве

единственного показателя «разумения» и критических способностей, видна хотя бы из того, что некоторые дети уже в 12—13 лет оказываются студентами вузов, а другие в 18 лет не могут преодолеть требований начальной школы. Учитывая частоту соматизирования психогенных расстройств в детском и подростковом возрасте, необходимо научиться изучать преморбид и клиническую картину в целом, а не констатировать отдельные соматические симптомы. Это тем более необходимо, что многие соматические заболевания у детей и подростков сопровождаются вторичными психическими нарушениями, природа которых может быть двойной: они могут быть соматогенными в узком смысле, но могут быть и психогенными (например, явления госпитализма у длительно соматически болеющих детей или психогенные реакции на свою ущербность в связи с соматическим заболеванием). Психотерапевтическое лечение в таких случаях давно и хорошо известно, снятие психических наслоений помогает ослабить и телесный недуг.

Психотерапию нельзя противопоставлять медикаментозному лечению. Именно комплексное воздействие с правильным подбором методов, что возможно только при учете перечисленных выше преимуществ, может дать наилучший терапевтический эффект.

Психотерапия должна быть направлена не только на ребенка, но и на его окружение, на тех взрослых, которые занимаются его воспитанием, лечением и обучением. Трудно ожидать высокого и стойкого терапевтического эффекта, если после окончания лечения ребенок вновь вынужден находиться в ситуации, оказавшейся для него патогенной (массивная дидактогения в школе, тяжелая семья, фрустрирующие переживания в связи с социальной изоляцией в соматическом стационаре). Небезызвестно, что большинство детей, нуждающихся в психотерапевтической помощи, являются выходцами из семей алкоголиков и деградантов.

Психотерапию условно делят на общую, частную и специальную.

Общая психотерапия — это принципы милосердия, сострадания во врачебном подходе к больному. Ее основу составляют медицинская психология, этика, деонтология, лечебная педагогика, психогигиена и психопрофилактика.

Частная психотерапия — это методы психотерапевтического воздействия: рациональная, косвенная, гипносуггестивная, коллективно-групповая, семейная, внушение наяву, аутогенная тренировка, имаготерапия, психофизическая гимнастика и др. У каждого метода имеются свои приемы и модификации.

Специальная психотерапия — лечение определенных заболеваний.

Психотерапия начинается с установления контакта с больным и его родными. Далее следует подготовка к лечению, создание оптимальной психогигиенической атмосферы, формирование у больного психологической установки на выполнение врачебных назначений, определение режима жизни и питания.

Затем — работа по коррекции характерологических нарушений и устранение вредных привычек, обучение адекватным способам психологической защиты, оптимальным приемам дезактуализации дистрессовых факторов, конфликтных ситуаций. И, наконец, начинается этиопатогенетическая психо-и фармакотерапия психогенных расстройств.

Основными задачами психотерапии являются обнаружение и устранение причин и условий травматизирования ребенка, поиск оптимальных методов перевоспитания, преодоления у ребенка неправильного отношения к себе (неуверенность, заниженная самооценка, чувство собственной несостоятельности, несформированность чувства своего достоинства, независимости суждений и пр.).

За рубежом наибольшее развитие получили три направления психотерапии: 1) психоаналитическое (психодинамическое, динамическое)

— психоанализ З.Фрейда и его последователей, индивидуальная психология А.Адлера, аналитическая психология К. Юнга, неофрейдизм К.Хорнея, Е.Фрома, Х.С.Селивана; 2) бихевиористское направление Х.Айзенка, И.Вольпе; 3) экзистенциально-гуманистическое направление — недирективная психотерапия К.Роджерса, гештальт-терапия, логотерапия В.Франкла и др.

В рамках каждого из этих направлений формируются варианты методов, форм, приемов, только отчасти отличающихся от основных, перечисленных выше.

Психоанализ применяется в отношении лиц, склонных к самосозерцанию, самоанализу, с невротическими состояниями. Игра детей и их взаимодействие с психотерапевтом интерпретируются, чтобы вскрыть внутренние конфликты и невротические комплексы ребенка и преодолеть их.

Старших подростков побуждают к свободным ассоциациям и сообщению о своих снах. Все это также интерпретируется по определенным схемам.

Психодинамическая терапия применяется и индивидуально, и для работы с супружескими парами при наличии широкого спектра непсихотической симптоматики. Терапия малодирективна. Психотерапевт занимается поиском внутренних конфликтов, психотравмирующих переживаний, лежащих в основе психических и психосоматических расстройств. Материал интерпретируется, устанавливаются связи с прошлыми событиями, анализируются отношения с родителями, братьями, сестрами.

Этот метод основан на детально разработанной теории психоанализа. Эффективность его ниже, чем при поведенческой терапии.

Терапия, ориентированная на пациента. Метод разработан

К.Роджерсом и изначально назывался «недирективной» терапией, так как мысли и высказывания больного не направляются терапевтом. Все, что говорит пациент, не интерпретируется врачом, а только зеркально им отображается.

Преимущество этой терапии в том, что пациент встречает доброжелательного и понимающего слушателя, который не дает неприятных комментариев и советов. Недостатки терапии — в ее неспецифичности, пациент сам решает, что ему говорить или делать.

Рациональная психотерапия более всего нужна как подготавливающая к другим методам психотерапевтического воздействия. Этот метод убеждения, разъяснения, отвлечения адресуется к логическому мышлению пациента.

Аутогенная тренировка наиболее показана при неврастении, нарушениях сна, тревоге и страхах, нерезко выраженных фобиях.

Поведенческая терапия основывается на принципах классического (павловского) и оперативного условного рефлекса. Она рассматривает симптом как условнорефлекторный ответ и пытается снять условнорефлекторное реагирование путем, например, блокирования закрепившейся словесной и смысловой связи.

Поведенческая терапия очень эффективна для лечения таких симптомов, как тревога, реакции избегания, обсессивно-компульсивные расстройства, энурез, обкусывание ногтей и т.д. На эту терапию затрачивается намного меньше времени, чем на все остальные. Недостатком ее является как бы местное воздействие на симптом, а не на больного в целом.

Современная поведенческая терапия располагает несколькими десятками методов, которые наряду с устранением патологических симптомов используются для обучения новым, здоровым формам

поведения. Метод Вольпе, например, основывается на следующем: «Если в присутствии объекта, вызывающего страх, эта реакция будет частично или полностью заторможена, то тем самым ослабляется связь между ним и чувством страха». Практический прием состоит в постепенном демонстрировании больному, находящемуся в состоянии полной релаксации (расслабленности), разных обстоятельств, вызывающих страх. Одна из модификаций метода — воображаемое погружение в фобическую ситуацию. Используется 20 таких ситуаций, последние из которых наиболее травматичны для больного. Сначала ребенок представляет себе наиболее легкие травмирующие обстоятельства и тут же — положительные ситуации. Затем следует релаксация. Такие циклы повторяются, но интенсивность представляемых ситуаций в каждом цикле усиливается. Постепенно ребенок учится овладевать ситуацией и изживать страх.

Групповая психотерапия (групповая дискуссия, пантомима, психогимнастика, проективный рисунок, музыкотерапия, двигательная терапия и пр.). За основу взято положение, согласно которому внутренние конфликты больного неврозом и его неразрешенные эмоциональные комплексы находят свое выражение в нарушении отношений с ближайшим социальным окружением. Вследствие искажения в области социального восприятия больной неверно истолковывает мотивацию партнеров по общению, недостаточно адекватно реагирует на возникающие межличностные ситуации, все его внимание сосредоточивается не на разрешении реальных проблем, а на сохранении представления о значимости своего «я» как в собственных глазах, так и в глазах окружающих,

Когнитивная терапия разработана специалистами по поведенческой терапии. Здесь изучается «цепочка» из мыслей, эмоций и поведения с применением методик поведенческой терапии. Для этой терапии тонко разработана техника и четко определены контингенты больных.

Мультимодальная. стратегическая или директивная терапия — эклектическая комбинация разных видов психотерапии. Директивное — значит связанное с управлением пациентом с авторитарных позиций («под диктовку»). Это делает пациента зависимым от терапевта. Директивным обозначают также совместный поиск выхода из тупиковой ситуации, попытки применения новых путей разрешения проблем пациента (Д.Н.Оудсхоорн, 1993). Предпочитают второй метод. Здесь атмосфера доверия и взаимного уважения не менее важна, чем при других видах психотерапии.

Пациент получает индивидуально разработанный план лечения, учитывающий все симптомы, личную ситуацию и образ жизни. При депрессивных расстройствах комбинация антидепрессантов и когнитивной терапии оказывается более эффективной, чем только фармакотерапия. Комбинированное лечение направлено на восстановление сбалансированного развития ребенка, подростка.

Поведенчески ориентированные методы на семейном и индивидуальном уровнях направлены в основном на самоконтроль. Предварительно детально разъясняется техника лечения, формируется устойчивая мотивация к лечению. Эффект возникает не сразу, но очень выражен в отношении детей и подростков с агрессивным поведением, тревогой, фобиями, обсессивно-компульсивными расстройствами, патологическими привычками, энурезом, энкопрезом, тиками.

Разнообразные игровые методы. Терапевтическая игра Гарднера (Gardner, 1975; Oudshoorn, 1983) — для детей старше 5 лет. В процессе игры происходит снятие эмоционального напряжения. Этот метод применяется и для лечения, и для диагностики. Для младших подростков полезны наборы карточек, разработанные специально. Применяется также совместное составление рассказа, постепенно приводящего к тревожащим переживаниям. Старшим подросткам показаны ролевые игры (со сменой ролей), нормализующие поведение и реакции.

Методика рассказывания. Наиболее популярна методика Гарднера (1971) для детей от 5 до 12 лет. Рассказываемые истории приближаются к сказкам, мифам и обычно начинаются со слов: «Я знаю одного мальчика (девочку)», что помогает эмоционально воспринимать советы и рекомендации.

Гипноз. С помощью гипно-суггестии можно воздействовать практически на все симптомы при неврозах — как основные (страх, тревога, астения, депрессия), так и другие (вегетативные, соматические, двигательные, чувствительные расстройства). При гипнозе используются следующие методики:

- ориентированные на определенные симптомы (тревога, боль, соматические жалобы, энурез);
- направленные на внутренние комплексы, конфликты, на создание условий для разрешения имеющихся проблем;
- нацеленные на усиление «я», укрепление чувства уверенности в себе и формирование позитивного образа самого себя.

Для усиления терапевтического эффекта используют домашние задания, закрепляющие эффект от разных видов психотерапии. Например, у детей и подростков с готовностью к панике при наличии аффективной напряженности применяют релаксацию и дыхательный тренинг, а у детей с энурезом — тренинг мочевого пузыря, при соматических симптомах, тревоге, фобиях, излишней застенчивости — обучение самогипнозу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психотерапия должна быть эффективной и максимально краткой (10—12 сеансов). Эффект обычно появляется быстро, а если его нет — надо менять методики. Лечение следует заканчивать так называемой «заключительной фазой», цель которой заключается в закреплении достигнутого успеха, профилактике рецидивов. Для этого используются избегание зависимости, повторяющаяся двусторонняя оценка результатов лечения, акцентуация внимания на будущее с обсуждением возможных опасных ситуаций, постепенное увеличение интервалов между сеансами для воспитания самостоятельности и закрепления эффекта преодоления внешних конфликтов, применение пауз в лечении, преследующее те же цели. Уже первые сеансы покажут, имеем ли мы дело с серьезными расстройствами или обращение к врачу связано с тревогой, мнительностью родителей. В процессе лечения необходима выработка оптимистических установок. Лечение нельзя заканчивать сразу после исчезновения симптоматики. При улучшении состояния можно попробовать уменьшить дозы и проконтролировать эффект. Опыт показывает большую опасность рецидивов и необходимость в связи с этим длительной поддерживающей терапии.

Возникновение рецидивов еще не означает перехода в хроническое течение. Необходимо выяснить причину рецидива и, по возможности, устранить ее.

В связи с большей или меньшей очевидностью генеза психогенных расстройств у детей и подростков, с одной стороны, и наличием достаточно мощных психотропных средств, традиционно используемых при этих расстройствах (транквилизаторы и антидепрессанты), с другой, их лечение, на первый взгляд, не должно представлять особых трудностей. Однако так обстоит дело лишь в теории. Что же касается практики, то здесь мы встречаемся с рядом факторов, без учета которых успешное лечение невозможно.

Во-первых, это — соматоневрологическое состояние детей и подростков, которое в последние годы в нашей стране ухудшается особенно быстрыми темпами. Следовательно, мы/обязательно при выборе психотропных Средств должны не забыть о соматических противопоказаниях к их использованию. Так, во всех случаях применения транквилизаторов следует исключить лекарственную и алкогольную зависимость; *феназецам* и *рудотель (мезапам)* не надо использовать при нарушениях функции печени и почек, *фризиум* — при дыхательной недостаточности и нарушениях дыхания во сне, при выраженных нарушениях функции печени. Из числа антидепрессантов соматические противопоказания отсутствуют лишь у *азафена* и *инказана* (за исключением возможной повышенной чувствительности к этим препаратам). При острых заболеваниях печени и почек не следует применять *ме-липрамин*, *герфонал*, *петилл*, *пиразидол*, при состояниях повышенной судорожной готовности — *амитриптилин*, *триптизол*, *лудиомил*, *петилл*, при гипертиреозе — *сшитриптилин*, *триптизол*, *мелипрамин*. Нарушения сердечного ритма и проводимости исключают применение *амитриптилина*, *триптизола*, *лудиомила*, *герфонала*, *петилила*. Многие антидепрессанты нецелесообразно применять при инфекциях и интоксикациях. Не рекомендовано использование *фризиума* в возрасте до 6 месяцев, *триптизола* (в отличие от *амитриптилина* и *доксепина*) — до 12 месяцев, а *коаксила* в возрасте до 15 лет. Не изучено у детей действие *гептрала*.

Наличие соматически неблагополучной «почвы» диктует необходимость назначения средств, направленных на нормализацию соматоневрологического состояния пациента. С этой целью используются вегетотропные препараты: *беллатаминал (белласпон)*, *беллоид*, *эрготал*, *сандомигран* и др. с обязательным учетом допустимых для данного возраста дозировок. При остаточных явлениях органического поражения ЦНС используются *дегидрата-ционные средства (сернокислый магний, триампур, меркузал и др.)*, *вазопротекторы (циннаризин, кавинтон,*

ксантинола никотинам, сермион), рассасывающие средства (препараты йода, аскорбиновая кислота, пиридоксин, фламин, рутин и др.). Отличными тонизирующими свойствами обладают безусловно показанные в этих случаях пантогам и церебролизин.

Во-вторых, не последнюю роль в снижении эффективности лечения играет его плохая организация. Очень часто допускается несистематичность приема лекарственных средств из-за отсутствия должного контроля со стороны как родителей, так и медперсонала. Курсовое лечение обычно до конца не доводится: при появлении признаков улучшения оно прекращается. Однако во избежание рецидива при лечении любой депрессии оно должно продолжаться еще месяц после нормализации состояния. При амбулаторной терапии старших школьников родители иногда доверяют детям самим принимать и хранить лекарства, что совершенно недопустимо, особенно в случаях появления суицидальных тенденций. В последнем варианте подросток не должен иметь самостоятельного доступа к лекарствам, более того, он вообще не должен знать, где они находятся.

В-третьих, выбор назначаемых лекарственных средств должен осуществляться с учетом соответствующих клинических характеристик. Так, при преобладании тревоги и страхов из числа *фитотранквилизаторов* показаны *препараты валерианы, пустырника, боярышника*, а из числа *химеоантидепрессантов* — *амигприптилин, триптизол, лудиомил, синекван, герфонал, азафен*, после 15 лет — *коаксил*.

При превалировании тоски, заторможенности, безрадостности — *фитоантидепрессант зверобой перфорированный* (в капсулах — немецкий *аристофорат*) и такие мощные антидепрессанты, как *мелипрамин, петилил, инказан, пиразидол*.

При тревоге и расстройствах сна — *амитриптилин в комбинации с*

феназенамом, имован, радедорм, рогипнол.

При повышенной раздражительности — *экстракт валерианы в таблетках, фенибут, рудотель, элениум, реланиум, сигнопам.*

При раздражительной слабости - *фенибут, пантогам, малые дозы пикамилона.*

При преобладании астенические проявлений в сочетании с адинамией— *ноотропил, пиридитол, малые дозы таких нейролептиков, у.ак эглонил, френолон, этаперазин, комбинирование антидепрессантов стимулирующего действия (мелипрамича, пети-лила или др.) с седирующими антидепрессантами (амитриптилин и др.).*

При преобладании соматоформных расстройств — *комбинирование амитриптилина с реланиумом, лексотаном, эглонилом.* В случаях дисфорических эпизодов — *фризиум, феназепам, «поведенческие» нейролептики (неулептил, хлорпротиксен, сонапакс).*

Если в рамках имеющихся болезненных расстройств отмечаются панические атаки, ипохондрические раптусы, аффективно-вегетативные кризы, необходимо комбинирование *транквилизаторов бензодиазепинового ряда (феназепам, реланиум, сигнопам и др.) с карбамазепином (финлепсин, тегретол, зептол и др.),* в случае кардиофобических, кардиал-гических расстройств, сердцебиений и т.п. — *с экстрактом или настойкой боярышника.*

При наличии суицидальных намерений анти-депрессантам стимулирующего характера (*мелипра-мин и др.*) целесообразно предпочесть антидепрессанты с выраженным анксиолитическим (*амитриптилин, триптизол, герфонал*) или комбинированным действием (*азафен, пиразидол, лудиомил, анафранил*). При резко выраженной эмоциональной лабильности целесообразно *комбинирование транквилизаторов бензодиазепинового ряда с нормотимиками* (при пре-

обладании депрессивных расстройств — карбамазепина, при преобладании гипоманий — солей лития). При появлении поведенческих расстройств в том числе с алкогольными эксцессами, в схему лечения должны быть включены «поведенческие» нейролептики, а из числа антидепрессантов — *синекван (доксепин)*.

Если при лечении указанных выше расстройств в большинстве случаев можно ограничиться приемом лекарств внутрь, то при психогенных психозах акцент переносится на парентеральное введение препаратов, внутривенное капельное, внутривенное струйное медленное или внутримышечное введение *реланиума* (детям в зависимости от возраста — от 2 до 10 мг), внутримышечное — *эглонила* (детям — из расчета 0,005 г/кг массы тела в сутки); при необходимости психомоторное возбуждение купируют внутримышечным введением *тизерцина*. В самом крайнем случае последний может быть комбинирован с пероральным приемом малых доз *озалептина*. Как правило, в этих случаях бывает оправдано применение средних или высоких доз *амитриптилина*. Антидепрессанты стимулирующего действия здесь категорически противопоказаны. Из числа применяемых нейролептиков в этом случае должен быть исключен *аминазин* в связи с большим количеством побочных действий, включая аминазиновую депрессию.

В-четвертых, огромное значение имеет выбор адекватной дозы препарата. Так, детям школьного возраста *амитриптилин* назначается 1—3 раза в сутки по 12,5—25 мг; *мелипрамин* дают внутрь вначале в дозе 10 мг 1 раз в сутки, затем постепенно в течение 10 дней, увеличивают дозу: детям в возрасте 2—7 лет — до 20 мг, 8—14 лет — до 20—50 мг, старше 14 лет — до 50 мг и более в сутки.

Диазепам (реланиум, седуксен)-, новорожденным начиная с 5-й недели жизни, 0,5—2 мг внутрь, детям 1—6 лет — 1—6 мг, школьникам 6—14 лет — 6—10 мг. Фенибут детям до 8 лет — 200—300 мг 3 раза в день. Соответствующие данные более полно представлены в Справочнике

«Видаль» за 1995 г.

Сведения о наиболее часто используемых дозировках при лечении подростков приведены в следующей таблице.

Таблица

Дозы психотропных препаратов, применяющихся для лечения подростков

Препарат	Средние дозы, мг	Высшие суточные дозы, мг
Т р а н к в и л и з а т о р ы		
элениум, нозепам (тазепам), мезапам (рудотель), сигнопам	20	30—40
сибазон (селуксен, реланиум)	15	30
феназепам	1	3
грандаксин	100	200
фенибут	800	1200
А н т и д е п р е с с а н т ы		
амитриптилин, мелипрамин, петилил, анафранил, лудиомил	50	150
пиразидол, инказан, азафен, синекван	75	200
Н о о т р о п ы		
пирацетам (ноотропил)	1200	2400
пиридитол (энцефабол)	400	800
пикамилон	70	150
Н е й р о л е п т и к и		
френолон	5	20
этаперазин	10	20
лепонекс	25	100
хлорпротиксен	50	150
сонапакс	30	100
неулептил	10	30
эглонил	200	500
Н о р м о т и м и к и		
карбамазепин (тегретол, финлепсин, зептол)	300	600
карбонат лития	450	900

В-пятых, необходимо учитывать возможность побочных явлений. Так, для *амитриптилина* это — сонливость, дезориентировка, возбуждение, психозы, галлюцинации, экстрапирамидные расстройства, сухость во рту, потливость, запоры, кисло-горький привкус во рту, задержка мочи, нарушения зрения, тахикардия, дрожь, утомляемость, ортостатическая гипотония, нарушения сердечной деятельности, гинекомастия, галакторея и некоторые другие.

Для *мелипрамина* — симптомы передозировки, чаще возникающие у

детен: головокружение, возбуждение, атаксия; судороги, ступор, кома, мидриаз, синусовая тахикардия, аритмия; атриовентрикулярная блокада, коллапс при высоком венозном давлении, гипотония, угнетение дыхания, цианоз рвота, лихорадка (в этом случае необходимо промывание желудка с использованием физиологического раствора, назначение внутрь активированного угля, внутривенное медленное введение *физостигмина* *салицилата*, начиная с 0,0005, с возможным увеличением дозы до максимальной — 0,002; учитывая короткое время действия физостигмина, при необходимости повторяют парентеральное введение индивидуально подобранной, эффективной и безопасной дозы препарата каждые 30—60 мин.-симптоматическая терапия).

При передозировке препаратов бензодиазепинового ряда возможно появление таких побочных эффектов, как сонливость, мышечная слабость, головокружение, тошнота, иногда возможна атаксия.

Во всех этих случаях не надо упорствовать в проведении лечения именно этим препаратом, а надо попытаться использовать другой, не вызывающий у данного больного побочных действий. Побочные явления, вызванные приемом психотропных средств, хорошо купируются фитопрепаратами. Так, *новопассит* эффективен при вегетативных расстройствах, *боярышник* и *валериана* — при сердцебиениях, *женьшень*, *радиола*, *элеутерококк*, *заманиха* — при пониженном АД, вялости и апатии, *валериана* и *пустырник*, препараты *раувольфии* — при бессоннице и повышении АД. Хорошо зарекомендовали себя и снотворные сборы, ранжированные В.И.Гарбузовым (1990) именно для педиатрической практики. При плохой переносимости химиотерапевтических препаратов возможен перевод больного, страдающего психогенными расстройствами, на лечение лекарственными травами (В.Я.Гиндикин, 1996).

И, наконец, в-шестых: у больного не должно возникать привыкания к данному препарату. С целью профилактики этого используется ротация

близких по действию психотропных средств (чаще транквилизирующих), осуществляемая в случаях длительного лечения не реже, чем каждые 1—1,5 мес.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Бунеев А.Н. // Судебная психиатрия. М., 1950, с.311-348.

Гарбузов В.И. Нервные дети. Л., 1980, 174 с.

Гиндикич В.Я. // Ранняя диагностика психических заболеваний. Киев, 1989, с. 65—77.

Гиндикин В.Я. Травы, нервы, возраст. М., 1996, 287 с.

Гурьева В.А., Морозова Н.Б. // Журн. невропатол., психиатр., 1988, N4, с. 78-82.

Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. Томск, 1994, 310 с.

Дмитриева Т.Б. Психогенные депрессии в подростковом и юношеском возрасте (клиника, патогенез, лечение). Автореф. канд. дисс., М., 1981, 17 с.

Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. Л., 1988, 242 с.

Карвасарский Б.Д. Неврозы. Изд. 2-е. М., 1990, 573 с.

Кербиков О.В. Избранные труды. М.. 1971, 312 с.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1979, 607

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985, 286 с.

Козловская Г. В., Кремнева Л.Ф. // Психогигиена детей и подростков. М., 1985, с. 66—91.

Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М., 1984, 221 с.

Коркина М.В., Цивилько М.А., Маралов В.В. Нервная анорексия. М.,

1986, 175 с.

Крейндлер А. Астенический невроз. Бухарест, 1963, 410 с.

Кречмер Э. Медицинская психология. М., 1927, 349 с.

Кузнецов О.Н., Лебедев В.И. Психология и психопатология одиночества. М., 1972, 335 с.

Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Л., 1985, 416 с.

Международная классификация болезней. МКБ-10. Классификация психиатрических и поведенческих расстройств. СПб., 1994, 300 с.

Оудсхоорн Д. Н. Детская и подростковая психиатрия. М., 1993, 319 с.

Посохова В.И. Клинические формы психогенных депрессий в подростковом и юношеском возрасте и их судебно-психиатрическая оценка. Ав-тореф. канд. дисс., М., 1982,

Семке В.Я. Истерические состояние. М., 1988, 223 с.

Сердюковская Т.Н. // Психогигиена детей и подростков. М., 1985, с. 7-16.

Скумин В.А. Психотерапия детей и подростков. Методические рекомендации. Харьков, 1987, 52 с.

Сухарева Т.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста, т.2, М., 1959, 406 с.

Фелинская Н.И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. М., 1968, 292 с.

Destunis G. // Psychiat. Neurol. med. Psychol., 1962, II, p. 398-402.

Homburger F. Die Neurosen des Kinderalters. Stuttgart, 1930.

Kielhok P., Poldinger W., Adams C. Masked Depression. 1982, 106 p.

Masterson J.F. // Borderline personality disorders. New York, 1977, p. 475-494.

Michaux L. Les troubles du caractere. Paris, Hachette, 1964, 231 p.

Nissen G. // Triangle, 1982, 21 2/3, 77-83. *Spit[^] R.* // The Psychoanalytic Study of the Child, 1945, 1.

Tramer M. Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiat-rie. 4.Aufl., Basel-Stuttgart, 1964, 549 p.