

Оглавление

ПРЕДИСЛОВИЕ. <i>И. В. МАКАРОВ</i>	6
Участники издания.....	10
К 100-летию отделения детской психиатрии Института им. В. М. Бехтерева. <i>И. В. Макаров</i>	13
ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА. <i>И. В. ДОБРЯКОВ, И. В. МАКАРОВ</i>	18
ГЛАВА 2. ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. <i>И. В. МАКАРОВ</i>	189
ГЛАВА 3. ПСИХИЧЕСКАЯ АТОНИЯ У ДЕТЕЙ	203
<i>И. В. МАКАРОВ, А. С. АВТЕНЮК</i>	
ГЛАВА 4. СИНДРОМ ФАНТАЗИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. <i>И. В. МАКАРОВ, И. В. КРАВЧЕНКО</i>	224
ГЛАВА 5. СИНДРОМ УХОДОВ И БРОДЯЖНИЧЕСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	258
<i>И. В. МАКАРОВ, А. А. РЕЗАКОВ</i>	
ГЛАВА 6. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ (ОЛИГОФРЕНИИ)..	293
<i>И. В. МАКАРОВ</i>	
ГЛАВА 7. ОЛИГОФРЕННЫЕ ПСИХОЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. <i>И. В. МАКАРОВ</i>	331
ГЛАВА 8. ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ. <i>И. В. МАКАРОВ, Д. А. ЕМЕЛИНА</i>	341
ГЛАВА 9. АУТИЗМ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ: СИМПТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО АУТИЗМА И АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ В ЦЕЛОМ. <i>Б. В. ВОРОНКОВ</i>	358

ГЛАВА 10. КОНЦЕПЦИЯ ВЫСОКОФУНКЦИОНАЛЬНОГО АУТИЗМА. <i>В. Э. ПАШКОВСКИЙ</i>	424
ГЛАВА 11. ШИЗОФРЕНИЯ: СИМПТОМАТОЛОГИЯ И АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ В ЦЕЛОМ. <i>Б. В. ВОРОНКОВ</i>	437
ГЛАВА 12. КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ДЕБЮТОВ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ. <i>И. В. МАКАРОВ</i>	492
ГЛАВА 13. АФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ. <i>Б. В. ВОРОНКОВ</i>	550
ГЛАВА 14. ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.	577
<i>И. В. МАКАРОВ</i>	
ГЛАВА 15. ПСИХОПАТИИ. <i>Б. В. ВОРОНКОВ</i>	599
ГЛАВА 16. НЕВРОЗЫ У ДЕТЕЙ. <i>Ю. А. ФЕСЕНКО</i>	657
ГЛАВА 17. ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.	709
<i>Б. В. ВОРОНКОВ, И. В. МАКАРОВ</i>	
ГЛАВА 18. ЭНУРЕЗ У ДЕТЕЙ. <i>Ю. А. ФЕСЕНКО</i>	733
ГЛАВА 19. ЗАИКАНИЕ У ДЕТЕЙ. <i>Ю. А. ФЕСЕНКО</i>	769
ГЛАВА 20. КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ВОЗРАСТНЫЕ МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ. <i>Б. В. ВОРОНКОВ</i>	797
ГЛАВА 21. ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА. <i>Р. Ф. ГАСАНОВ</i>	830
ГЛАВА 22. ПОСТРАДАВШИЕ — ЖЕРТВЫ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ. <i>Д. Ю. ШИГАШОВ</i>	863

ГЛАВА 23. **ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕТЯМ.** *И. В. МАКАРОВ*..... 926

ГЛАВА 24. **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ**..... 937
И. В. МАКАРОВ

ГЛАВА 25. **ОСОБЕННОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО
ОСМОТРА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**949
С. В. ГРЕЧАНЫЙ

ГЛАВА 26. **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБСЛЕДОВАНИЕ В ДЕТСКОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ
СТАЦИОНАРЕ.** *А. А. МЕДВЕДЕВА, Г. А. ТРЕТЬЯКОВА*970

РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА989

Глава 1. Общая психопатология детского возраста

Ощущения и восприятие

Ощущения и восприятие обеспечивают человеку непосредственно-чувственное (образное) познание окружающего мира и ориентировку в нем.

Ощущение — это отражение отдельных свойств предметов и явлений окружающего мира, возникающее в результате непосредственного воздействия их на органы чувств и возбуждения нервных центров коры головного мозга.

Восприятие — психический процесс отражения действительности, формирующий субъективный образ объективного мира в целом.

Восприятие — не механическое копирование окружающего. Нельзя понимать его и как простую совокупность ощущений. Для того чтобы воспринять какой-то предмет, человек должен сравнить его с теми постоянными сочетаниями стимулов, которые он получал в прошлом опыте, с теми образами, которые есть в его сознании. Важным для процесса восприятия является воображение, то есть формирование новых образов на основе данных прошлого опыта. Обусловленность восприятия особенностями предшествующего индивидуального опыта человека получила название апперцепции (лат. *apperceptio*: *ap-* — приставка, обозначающая присоединение, *perceptio* — восприятие). Важнейшим в

восприятию является процесс опознания. Для этого необходимо взаимодействие восприятия и памяти. Сначала формируется лишь общее, диффузное представление о предмете, и лишь потом оно сменяется детальным.

Перцепция — понятие, включающее в себя и ощущения, и восприятие. Являясь необходимым этапом познания, эти психические функции во многом определяют особенности деятельности и мышления. Еще в 1754 году Е. Кондильяк утверждал, что из наших ощущений проистекают все наши знания. Возможности человека к восприятию окружающей среды ограничены его сенсорными способностями. Так, мы не можем слышать ультразвук, как собаки, ощущать радиоволны, рентгеновские лучи и т. д. Результатом перцепции являются субъективные образы объективного мира. Они субъективны, так как зависят не только от свойств раздражителя, но и от особенностей органов, на которые он действует. Гельмгольц в связи с этим справедливо отмечал, что ощущение — не изображение, а только знак отражаемого предмета. Адекватность взаимодействия человека с окружающей средой является основным критерием правильности перцепции.

Расстройства ощущений и восприятия могут наблюдаться не только при психических заболеваниях. При этом условиями, способствующими возникновению подобных нарушений, могут быть переутомление, недоедание, недосыпание и иные астенизирующие факторы.

Г. Е. Сухарева (1955) отмечала следующие основные отличительные особенности детского восприятия:

- преобладание образного чувственного восприятия над абстрактным, то есть первой сигнальной системы над второй;
- высокая возбудимость кортикальных центров вследствие особенностей мозгового метаболизма, кровообращения, приводящих к повышению интенсивности и лабильности обмена веществ;
- переплетение реальных и фантастических образов;
- недостаточный отчет о воспринятом;
- повышенная внушаемость и самовнушаемость, склонность к фантазированию, легкость возникновения иллюзий;
- фантастические переработки полученной информации соответственно своим желаниям и опасениям.

Расстройства ощущений

Количественные расстройства ощущений

К количественным расстройствам ощущений относятся гиперестезия, гипестезия и анестезия.

Гиперестезия появляется при снижении порога раздражения. При этом обычные внешние раздражители, к которым здоровый человек относится нейтрально, вызывают неприятные ощущения.

При гиперестезии свет кажется очень ярким, звуки — громкими (гиперакузия), запахи — резкими, прикосновения — грубыми, боль — нестерпимой (гипералгезия), вкусовые ощущения — чрезмерными (гипергевзия). Так, пациенты с проявлениями гиперестезии просят окружающих «не топтать, как слоны», «не хлопать дверью», говорят о том, что рубашка или платье «невероятно натирают тело», «одеяло давит», «свет в комнате становится невыносимым» и т. д.

У новорожденных гиперестезия является физиологической. Реакция на раздражение любого анализатора носит у них генерализованный характер. Криком и вздрагиванием реагируют малыши на любые неожиданные изменения в окружающей среде (резкие толчки кровати, громкие звуки, изменения положения тела). На солнце, при обычном дневном свете или при ярком электрическом освещении новорожденный закрывает плотно глаза, пытается отвернуться, как человек, вышедший на свет после длительного пребывания в темноте. Держит широко открытыми глаза он лишь в сумерках, в полумраке. Повышена у новорожденных и болевая, и температурная чувствительность. В связи с низким порогом чувствительности особенно это выражено у недоношенных детей. Однако это не означает, что световые раздражители в период новорожденности следует ограничивать. Недостаток света неблагоприятен для роста и развития ребенка.

Позднее гиперестезия у детей, как и у взрослых, является отклонением от нормы. Чаще всего она наблюдается при состояниях интоксикации, общих инфекциях, при повышенной температуре. Жалобы больных на то, что их раздражает шум, доносящийся из соседней комнаты, на слишком яркий свет, грубую ткань одежды, швы, складки на ней, слишком горячую еду и питье могут ошибочно восприниматься родителями как капризы. Интоксикации при употреблении психоактивных веществ, как правило, также сопровождаются гиперестезиями.

Нередко гиперестезия является симптомом при выраженных астенических синдромах различного генеза, при явлениях «раздражительной слабости», при церебрастениях. Гиперестезия отмечается у детей с невропатией, с резидуально-органическими поражениями головного мозга, они, как правило, очень плохо переносят боль. Нам встречались пациенты, у которых гиперестезия была одним из элементов эпилептической ауры.

Гипестезия — понижение восприимчивости к внешним раздражителям, связанная с повышением порога чувствительности. Общие изменения чувствительности свидетельствуют о поражении периферических нервов, в которых проходят волокна, идущие от разных рецепторов. Диссоциированные нарушения (например, снижение болевой, но сохранение тактильной чувствительности) говорят о поражении спинного мозга. Снижение болевой чувствительности обозначается как гипалгезия, или гипалгия.

Гипестезия встречается при неврологических расстройствах (невритах, полиневритах); при энцефалопатиях, связанных с некоторыми интоксикациями (профессиональными, наркотическими, алкогольными); при субдепрессивных и депрессивных состояниях, иногда при шизофрении, истерии. Функциональное снижение слуха (гипакузия), сопровождающееся шумом в ушах, головокружением, возникает, например, при истерических припадках. Снижение обоняния (гипосмия) может наблюдаться у детей при ринитах.

Анестезия — полная потеря чувствительности. Тактильная анестезия, встречающаяся у больных с органическими заболеваниями центральной нервной системы, соответствует зонам иннервации. Полной анестезии добиваются при проведении сложных операций при помощи наркоза; местная анестезия, направленная в основном на достижение утраты болевой чувствительности, приводит к аналгезии. Интоксикации, травмы, эпилептические припадки, приводящие к коматозному нарушению сознания, также сопровождаются анестезией.

Анестезии можно добиться у пациента в глубоком гипнотическом состоянии. В состоянии сильного аффекта у больных может наступать полная анестезия. Они как бы не замечают, что ранены, что держат раскаленный чайник. По-видимому, здесь также включаются механизмы сужения сознания. При истерии может наблюдаться потеря чувствительности отдельных участков кожи, не соответствующих зонам иннервации. Отсутствие болевой и температурной чувствительности

при сохранении температурной или наоборот называется диссоциированной анестезией.

Утрата или ослабление зрения, связанная с функциональными расстройствами зрительного анализатора, называется **амблиопией**. Полная потеря зрения на один или оба глаза, обусловленная поражениями центральной нервной системы, называется **амаврозом**. Реакция зрачков на свет при этом сохраняется. Слепота истерического происхождения называется истерической амблиопией или, некоторыми авторами, истерическим амаврозом. Так, у девушки 16 лет, страдающей истероидной психопатией, после очередной ссоры с родителями возникает внезапная «потеря зрения», когда она начинает метаться по комнате, двигаясь на ощупь, кричит, плачет, обвиняет близких в своих «несчастьях и бедах», в том, что они «довели ее до слепоты», при этом натывается на окружающие предметы, не видит их; подобное состояние длится в течение часа, после чего больная так же внезапно «прозревает».

Утрата обонятельной чувствительности называется **аносмией**. Она может быть функциональной при невротических расстройствах, эссенциальной — при поражении периферического отдела обонятельного анализатора, а также центральной — при поражении головного мозга (например, опухоль лобной доли). У детей чаще встречается так называемая респираторная anosmia, причиной которой являются нарушения носового дыхания. Функции всех элементов обонятельного анализатора при этом сохранены.

Качественные расстройства ощущений

Дизестезия — нарушения адекватности ощущения вызвавшему его раздражителю. Так, теплый раздражитель воспринимается больными с дизестезиями как холодный или вызывает боль. Примером дизестезии может служить фотизма, при которой световое ощущение возникает в результате не зрительного, а какого-то другого анализатора (например, при резком звуке)¹. Другими вариантами дизестезий являются аллодиния — восприятие неболевого воздействия как болевого, полиестезия — ощущение действия множества раздражителей при воздействии одного реального фактора, термалгия — восприятие холодного и теплового воздействия как болевого.

1 Фотизма большинством авторов рассматривается в качестве разновидности синестезий (прим. ред.).

Глава 20. Кризисные состояния и возрастные модели поведения

У детей и подростков, наделенных своеобразным (акцентуированным или психопатическим) характером и испытывающих неблагоприятных средовых факторов, сравнительно легко возникают нарушения адаптации в виде острых аффективных реакций, разнообразных девиаций поведения, невротозов, психосоматических расстройств и пр.

Разные авторы называют их кризисными состояниями, расстройствами адаптации, аффективными реакциями, на мой взгляд, в зависимости от того, какое издание классификации психических болезней более симпатично, тем более что клиническое наполнение этих категорий принципиальных отличий не содержит.

Аффективные реакции (их еще называют **ситуационными**) — это кратковременные (минуты, часы, 1–2 дня) психогенные эмоциональные расстройства непсихотического уровня, наступающие при столкновении личности с трудными или непреодолимыми обстоятельствами. Критическими обстоятельствами (неожиданными, пугающими, болезненными) могут стать отрыв от семьи, болезнь или тяжелая старость родителей, разлад в семье, угроза распада семьи или развод, поступление в больницу, интернат, боязнь наказания, страх перед экзаменом, соперничество одноклассниками и т. п. В связи с сильным эмоциональным

в возбуждении (выраженным аффектом) ребенок плохо управляет собой и не способен трезво оценить последствия своих поступков. Следует отметить, что при аффективной реакции, как правило, имеет место физиологический аффект, поскольку сужения либо утраты сознания, фиксационной или ретроградной амнезии, прострации либо заключенного аффекта сна не наблюдается.

В младшем подростковом возрасте встречаются ситуационные нарушения поведения, свойственные детям. То же относится и к подросткам с явлениями психического инфантилизма и резидуально-органическими поражениями мозга. Кроме того, выделяются «специфически-подростковые формы поведения» (Личко А. Е., 1973).

К формам поведения (реакциям), свойственным детям, относятся описанные французскими авторами (Л. Мишо и др.) реакции отказа, протеста, имитации, компенсации и гиперкомпенсации. Психологические особенности переходного возраста определяют своеобразные модели поведения. Для подростков более характерны бродяжничество, суицидное поведение и выделенные А. Е. Личко увлечения, а кроме того, реакции эмансипации и группирования, транзиторные сексуальные девиации и описанную в 1960 году Дж. Беннетом «делинквентность». Жесткой привязки реакций к возрасту нет. Речь идет лишь о большей или меньшей характерности. У подростков нередко наблюдается детские формы реагирования, а дети могут и бродяжничать, и по разным причинам хотеть расстаться с жизнью.

Жесткая рубрификация поведенческих реакций, как любая классификация, несет в себе элемент искусственности, поскольку перечисленные варианты реагирования в чистом виде практически не встречаются, почти во всех формах реакций прослеживается протестная составляющая, на ситуацию реагирует личность в целом, а не отдельные ее радикалы. Называть реакцией более или менее стабильный тип поведения, на наш взгляд, не всегда удобно, поэтому мы будем пользоваться термином «реакция» при описании наиболее адекватных форм реагирования личности на ситуацию.

Трудно оценить истинную частоту кризисных состояний в детском и подростковом возрасте. По этому поводу редко обращаются за консультацией к психиатру. Психологи и психотерапевты встречаются с ними наверняка чаще. У детей, защищенных поддержкой взрослых, эти состояния развиваются редко и протекают сравнительно мягко. Легче и чаще они возникают и проявляются более выражено и заметно у детей

с невропатией, с соматической астенизацией, психопатией и неврозоподобными или органическими проявлениями, а также при отсутствии доверительной близости и эмоциональной теплоты в семье. Особенно тяжело протекающие кризисные состояния могут стать источником пограничных психических расстройств — неврозов и реактивных состояний.

Феноменология острых аффективных реакций определяется характером критической ситуации и особенностями личности ребенка. Острые аффективные реакции проявляются активным и пассивным протестом в виде агрессивных и суицидных тенденций, уходов из дома, пропусков школьных занятий, симуляции болезни, агрессии и аутоагрессии, отказов от еды и общения и т. д.

Агрессивное поведение более свойственно детям и подросткам с пертимными и эпилептоидными чертами характера. Физически слабые при невозможности прямо отомстить обидчику портят его вещи, распространяют порочащие его слухи, но иногда удивляют окружающих прямой агрессией по адресу заведомо более сильных.

Суициды у дошкольников — это казуистика. Все же очень редко пяти-шестилетние дети говорят, что не хотят жить. Задача детского психолога и психиатра — разобраться в причинах подобных высказываний. В школьном возрасте суициды не так уж редки. Количество их возрастает с вместе с числом причин и поводов для них с приближением к подростковому возрасту. Обстоятельства суицидного поведения у подростков довольно характерны. Мысли о самоубийстве зачастую возникают при разного рода неблагополучии в семье. Нередко подростки прямо говорят о нежелании жить. Цель суицида — расставание родителей и изменение их отношений после благополучного исхода суицида («если как-то удастся спасти»). В этих высказываниях, как правило, нет демонстративности, тем более шантажа, но как часто родителям не хватает чуткости, чтобы воспринять их всерьез.

Частота суицидных попыток в подростковой среде растет. Каждое пятое самоубийство совершается подростком и с возрастом суицидная активность подростков повышается. Лишь у четверти подростков суицидное поведение наблюдается в структуре психического заболевания (депрессивные состояния, насильственные поступки, импulsive действия и т. д.). Безвыходная, по мнению ребенка, а для подростка, критическая ситуация внезапно, по механизму «короткого замыкания», может привести к решению покончить с собой без осмы-

на возможные последствия. Желание умереть может возникнуть быстро, без предшествующих мыслей и представлений, в связи с бурным аффектом гнева, обиды или страха (при грозящем разоблачении неблагоприятных дел, незаслуженном, особенно публичном унижении, оскорблении, известии об измене и т. п.). Способ самоубийства случаен, зависит от обстановки. Это нанесение порезов, вскрытие вен, отравление газом, лекарствами, средствами бытовой химии. На высоте аффекта нет времени для раздумий о действенности того или иного способа самоубийства. Суицидные попытки редко ведут к смерти, так как дети плохо представляют силу действия принятых средств. Однако именно неумелость и некомпетентность могут стать причиной летального исхода. Острые аффективные суицидные реакции свойственны детям с эпилептоидными чертами характера.

В последнее время «в моде» групповые суициды, как результат игр в Сети, где сотоварищам по игре и себе самому доказывается «крутизна» и готовность «играть по правилам». Как правило, это социально-незрелые подростки, еще не осознающие, что обратной дороги нет.

Не вдаваясь в анализ причин весьма заметно участвовавших в последнее время самоубийств (нередко расширенных) в детской и подростковой среде, поскольку анализ этих причин требует отдельного широкого исследования специалистов разного профиля, отмечу лишь кажущиеся мне главными несомненную деградацию самих детей, семьи, общества и государства.

Причины и поводы, приводящие подростка к суицидным мыслям, измерениям и даже к покушениям на самоубийство, достаточно разнообразны. Постоянные незаслуженные упреки или унижения со стороны сверстников или школьных учителей при отсутствии теплого и доброго отношения и понимания в семье могут выработать у подростка пессимистическое отношение к миру, чувство безысходности и как единственную в его представлении возможность в разрешении ситуации — самоубийство. Семейные неурядицы, скандалы, угроза распада семьи, приход в семью отчима или мачехи, особенно при неправильно выбранном ими подходе к ребенку. Протест ребенка может принять среди других и манипулятивно-суицидную, то есть не предполагающую расставание с жизнью, форму. К демонстративным проявлениям острых аффективных реакций (суицидных в том числе) нужно относиться по нижеизложенным причинам очень серьезно даже при подозрении на манипулятивное поведение.