

Георгий Колоколов

Энциклопедия клинической психиатрии



Георгий Рюрикович Колоколов
Энциклопедия клинической психиатрии

*Текст предоставлен правообладателем.
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=180796*

Аннотация

Книга содержит описание механизмов психической деятельности человека в норме и в патологии. Подробно рассмотрены основные проявления нарушений различных психических функций, синдромы психических заболеваний. Дана общая характеристика отдельных нозологических форм, основных методов диагностики и лечения психических заболеваний, в том числе методы психотерапии. Изложены принципы правовой защиты психически больных в РФ.

Содержание

Раздел 1. Введение	4
Понятие о психической деятельности	4
Структурные и функциональные основы мозговой деятельности	8
Раздел 2. Общая психопатология	11
Этиология психических заболеваний	11
Частота возникновения, классификация, течение психических заболеваний	14
Частота возникновения	14
Классификация	14
Течение психических болезней	16
Понятие о симптомах и синдромах психических заболеваний	17
Расстройства отдельных психических функций	19
Рецепторные расстройства, нарушения ориентировки, восприятия, памяти	19
Рецепторные расстройства. Расстройства ориентировки	19
Расстройства восприятия	21
Расстройства памяти	23
Расстройства интеллекта	25
Понятие и виды нарушения интеллекта	25
Расстройства мышления	26
Понятие и виды нарушения мышления	26
Расстройства эмоций	33
Понятие эмоций	33
Конфликтные эмоциональные состояния	35
Основные виды расстройств эмоций	39
Расстройства инстинктов	40
Понятие инстинкта	40
Основные виды расстройств инстинктов	41
Парафилии	43
Расстройства волевой деятельности	47
Понятие волевой деятельности	47
Основные виды расстройств волевой деятельности	47
Конец ознакомительного фрагмента.	49

Колоколов Георгий Рюрикович

Энциклопедия клинической психиатрии

Раздел 1. Введение

Понятие о психической деятельности

Психика человека – это сложнейшая функция мозга, заключающаяся в психическом отражении материальной действительности (субъективное отражение объективного мира), в результате чего формируются идеальные образы реальной действительности, необходимые для регуляции взаимодействия с окружающей средой. Психика является системным свойством высокоорганизованной материи, которое заключается в активном отражении субъектом объективного мира, построении картины этого мира и регуляции на этой основе своего поведения и деятельности.

В психике человека представлены и упорядочены события прошлого (представления памяти), настоящего (совокупность образов, переживаний, умственных актов) и возможного будущего (в побуждениях, намерениях, целях, фантазиях, грезах, сновидениях и т. п.).

Психика человека в отличие от психики животных приобретает качественно новую структуру, обусловленную общественно-историческими закономерностями. Возникает сознание как ведущий уровень регуляции деятельности, формируется личность, служащая источником высших проявлений активности психики.

Психическое отражение характеризуется рядом особенностей.

1. Оно дает возможность правильно отражать окружающую действительность, причем правильность отражения подтверждается практикой.
2. Сам психический образ формируется в процессе активной деятельности человека.
3. Психическое отражение углубляется и совершенствуется.
4. Обеспечивает целесообразность поведения и деятельности.
5. Преломляется через индивидуальность человека.
6. Носит опережающий характер.

У человека психика носит осознанный и неосознанный характер. Благодаря активному и опережающему отражению органами чувств и головным мозгом внешних объектов в форме психики становится возможным осуществление действий, адекватных этим объектам.

Высшим уровнем развития психики является сознание – свойственный только человеку способ отношения к объективной действительности, опосредованный всеобщими формами общественно-исторической деятельности людей.

Сознание отражает действительность категориально, через совокупность знаний, через обобщенный человеческий опыт. Отражение существенных закономерных связей действительности осуществляется в обобщениях, с предвидением событий, осознанием цели деятельности, предвосхищением будущего результата деятельности, его психическим моделированием в системе понятий.

Человеческое сознание включает в себя совокупность знаний об окружающем нас мире. В структуру сознания входят важнейшие познавательные процессы, с помощью которых человек постоянно обогащает эти знания. К ним относят ощущения, восприятия, представления, память, мышление, эмоции, воображение и др. Основной функцией сознания является обеспечение целеполагающей деятельности человека.

Психическое содержание человеческой личности не исчерпывается мотивами сознательной деятельности и включает в себя многообразие неосознанных тенденций – побуждений его произвольной деятельности. В XVIII – XIX вв. представителями идеалистической философии (Кант, Шопенгауэр, Гартман, Бергсон) и материалистами (Сеченов, Павлов, Бехтерев) были созданы теории бессознательного.

Бессознательное – это сфера психического отражения, не осознаваемая субъектом. Поведенческие акты на бессознательном уровне регулируются неосознаваемыми биологическими механизмами. Они направлены на удовлетворение биогенных и социогенных потребностей, на сохранение организма и вида. Бессознательное – это сфера психического отражения, в которой образ действительности и отношение к этой действительности субъекта не является предметом специальной рефлексии; это совокупность произвольных психических процессов, система врожденных безусловно-рефлекторных реакций. Сознание фокусируется на определенных объектах, а бессознательное перерабатывает второстепенную (в данный момент) информацию.

Психическая жизнь любого человека проявляется чрезвычайно разнообразно. Выделяют 3 группы **психических явлений**.

1. Психические процессы – это динамическое отражение действительности в различных формах психических явлений. Это течение психических явлений, имеющих начало, развитие и конец, проявляющееся в виде реакции. Окончание одного психического процесса связано с началом нового, что приводит к непрерывности психической деятельности в состоянии бодрствования человека. Все психические процессы подразделяются на: познавательные (ощущения, восприятия, память, мышление, воображение, представление, внимание); эмоциональные (активные и пассивные переживания); волевые (решение, исполнение, волевое усилие и т. п.). Они обеспечивают первичное формирование знаний и первичную регуляцию поведения и деятельности человека.

2. Психические состояния – это определившийся в данное время относительно устойчивый уровень психической деятельности, который проявляется в повышенной или пониженной активности личности. Психические состояния имеют рефлекторную природу: они возникают под влиянием обстановки, физиологических факторов, хода работы, времени и словесных воздействий (похвала, порицание и т. д.). Выделяют 4 вида психических состояний:

- 1) мотивационные (желания, стремления, интересы, страсть);
- 2) эмоциональные (эмоциональный тон ощущений, эмоциональный отклик на явления действительности, настроение, стресс, аффект, фрустрация);
- 3) волевые (инициативность, целеустремленность, решимость, настойчивость);
- 4) состояние различных уровней организованности сознания (внимательность, наблюдательность).

3. Психические свойства – это устойчивые образования, обеспечивающие определенный качественно-количественный уровень деятельности и поведения, типичный для данного человека. Психические свойства синтезируются и образуют сложные структурные образования личности, к которым относятся: темперамент, характер, способности, направленность.

Биологической основой, субстратом психической деятельности является нервная система, представленная иерархической структурой нервных образований в организме человека и позвоночных животных. Работа нервной системы обеспечивает контакты с внешним миром; реализацию намеченных целей; координацию и согласование работы внутренних органов; целостную адаптацию организма. В качестве основного структурного и функционального элемента нервной системы выступает нервная клетка – нейрон.

Выделяют центральную нервную систему, которая состоит из головного и спинного мозга, и периферическую, состоящую из нервов, отходящих от головного и спинного мозга, межпозвоночных нервных узлов, а также из периферического отдела вегетативной нервной системы.

Деятельность нервной системы носит рефлекторный (отражательный) характер. Рефлекс – это цепь событий, включающая передачу сигнала с помощью нервной системы от какого-либо органа чувств, с развитием ответной автоматической реакции. Путь, по которому проходит нервное возбуждение при внешнем раздражении, называется **рефлекторной дугой** и состоит из следующих этапов.

1. Передача вызванного раздражителем возбуждения в центр – спинной и головной мозг. Эта часть рефлекса называется чувствительной, афферентной.

2. Центральная (мозговая) часть, где происходит передача возбуждения от клетки чувствительного нерва к клетке двигательного нерва.

3. Передача нервного возбуждения в мышцы или в железы. Эта часть рефлекса называется двигательной, эфферентной.

Все рефлексы делятся на условные (приобретенные в процессе жизни) и безусловные (врожденные).

Безусловные рефлексы можно назвать также врожденными, видовыми, постоянными, стереотипными. Сложность их очень различна. Они могут быть весьма примитивными и представленными двухнейронной дугой и могут быть образованы весьма сложной системой нейронов и представлять собой безусловные специальные сложнейшие рефлексы, или инстинкты, анатомическим субстратом которых являются ближайшие к большим полушариям подкорковые узлы (центральные, или базальные, ганглии).

Биологическое значение безусловных рефлексов очевидно – они необходимы для достижения уравновешенности организма с внешней и внутренней средой.

Условные рефлексы, в отличие от безусловных, постоянно образуются во время индивидуальной жизни и отвечают на какой-либо постоянный раздражитель не стереотипно, как безусловные рефлексы, а реагируют в зависимости от многообразных изменений окружающего мира.

Химико-физические воздействия из внешней или внутренней среды организма преобразуют в нервные импульсы специальные нервные образования – **рецепторы** (от лат. *receptor* – принимающий). По месту своего расположения и по выполняемым функциям рецепторы могут быть разделены на экстерорецепторы, интерорецепторы и проприоцепторы. В соответствии с характером воспринимаемого воздействия различаются механо-, термо-, фото-, хемо- и электрорецепторы.

Прием и анализ сенсорной информации осуществляет функциональная единица нервной системы, обозначаемая как **анализатор**. Выделяют зрительный, слуховой, обонятельный, вкусовой, тактильный, вестибулярный и другие анализаторы.

В каждом анализаторе можно выделить три отдела.

1. Воспринимающий орган или рецептор, предназначенный для преобразование энергии раздражения в нервный импульс.

2. Проводник, состоящий из афферентных нервов и проводящих путей, по которому нервные импульсы передаются к вышележащим отделам центральной нервной системы.

3. Центральные отдел, состоящий из релейных (переключательных) подкорковых ядер и проекционных отделов коры больших полушарий.

Кроме восходящих (афферентных) путей существуют нисходящие волокна (эфферентные), по которым осуществляется регуляция деятельности нижних уровней анализатора со стороны его высших отделов.

Кора больших полушарий представляет собой орган высшего синтеза и анализа получаемых организмом раздражений. Речь идет при этом об анализе и синтезе не только раздражений, приходящих из окружающей среды, но и раздражений, исходящих из внутренней среды самого организма. Кора больших полушарий регулирует не только приспособление организма к внешней среде, но и нормальную работу внутренних органов и тканей. Таким образом, кора больших полушарий объединяет и регулирует все функции организма.

Анализ и синтез конкретных, непосредственных раздражений, поступающих из внешней и внутренней среды, составляют функцию первой сигнальной системы, свойственной всем животным, в том числе и человеку. Но у человека имеется и вторая сигнальная система, осуществляемая словом, значение которой огромно, так как только эта система сделала человека человеком, сделала возможными речь, отвлечение от конкретного, обобщение и мышление.

Нервную деятельность, как безусловнорефлекторную, так и условнорефлекторную, характеризуют основные физиологические процессы – возбуждение и торможение, причем и возбуждение, и торможение представляют собой, по И. П. Павлову, лишь разные стороны одного и того же процесса.

Большое значение имеет для клиники учение И. П. Павлова о типах высшей нервной деятельности. Основу классификации типов составляют три основных **свойства нервной системы**: сила основных процессов (процессов возбуждения и торможения), уравновешенность их между собой и их подвижность. По силе основных процессов животные делятся на сильных и слабых, сильные – на уравновешенных и неуравновешенных, сильные уравновешенные – на подвижных и инертных.

Сила определяется как способность нервных клеток сохранять нормальную работоспособность при интенсивно протекающих процессах; подвижность – как способность быстрого перехода от одного процесса к другому; уравновешенность – как одинаковая выраженность нервных процессов торможения и возбуждения.

В последующем к этим свойствам были добавлены динамичность (способность мозговых структур к быстрому ответу при формировании условных реакций), лабильность (скорость возникновения и окончания нервных процессов) и активированность (индивидуальный уровень активации процессов возбуждения и торможения). Свойства нервной системы в основном генетически детерминированы и определяют индивидуальные различия в поведении.

Распространение тормозного процесса в коре больших полушарий создает гипнотическое состояние, или сон. Различают два вида сна: сон активный и сон пассивный. Активный сон обуславливается активным процессом торможения, возникающим первично в коре больших полушарий и ограничивающимся корой или отдельными ее частями или же распространяющимся на подкорку и нижележащие центры. Пассивный сон обуславливается ослаблением притока импульсов к коре с периферии или их блокированием. Биологическое значение сна очень велико, поскольку он представляет собой охранительное торможение.

Структурные и функциональные основы мозговой деятельности

Современные гипотезы, касающихся этиологии и патогенеза психических расстройств, механизма действия лечебных средств, напрямую связаны со структурными и функциональными основами функционирования нервной системы. При этом важное значение придается особенностям развития мозга, нейрохимическим аспектам деятельности синапсов и рецепторов.

Важнейшие функции мозга, связанные с восприятием, переработкой и проведением информации, в соответствии с которой осуществляется взаимодействие организма с внешней средой, обеспечиваются около 10 млрд нервных клеток, определенным образом организованных, образующих специализированные структуры, для которых характерна высокая оперативность, специфичность и пластичность.

Основными структурными элементами нервной системы являются нервные клетки и их отростки. Кроме этих основных элементов, составляющих паренхиму нервной системы, ее образуют и элементы глии, которая частично образуется, как и нервные клетки, из эктодермы (эктоглии), а частично из мезодермы (мезоглии).

Глиальные клетки включают астроглию, олигодендроглию, микроглию. Функции микроглии мало изучены. Астроглия способствует нормальному функционированию нервных клеток, принимает участие в воспалительных процессах и ликвидации их последствий. Олигодендроглии отводится важная роль в миелинизации нервных волокон, регуляции водного обмена.

Желудочковые поверхности головного мозга покрыты эпендимными клетками, которые содержат многочисленные микроворсинки и реснички. Клетки эпендимы принимают участие в процессах ликворообмена.

Сосудистое сплетение мозга представлено «гроздьями» ворсинок, состоящих из капилляров, покрытых эпителиальными клетками. Их основная функция связана с обменом веществ между кровью и цереброспинальной жидкостью.

Опорную ткань мозга представляют также сосуды и соединительная ткань мезодермального происхождения, располагающиеся в веществе головного и спинного мозга и в периферических нервах, формирующие оболочки, окружающие спинной и головной мозг и фиксирующие их в позвоночном канале и в черепной коробке, а также соединительнотканые периневральные и эндоневральные образования периферических нервов.

В процессе эволюции центральной нервной системы позвоночных ведущим моментом является завоевание первенства конечным, или большим, мозгом, у низших позвоночных имеющих незначительные размеры, а у высших, в частности у приматов и особенно у человека, далеко превышающим все остальные отделы центральной нервной системы вместе взятые. В самом же большом мозге имеет место все большее развитие коры – органа условнорефлекторной деятельности – по сравнению с центральными узлами или ближайшей подкоркой – органом высшей безусловнорефлекторной, или инстинктивной, деятельности. Завоевание в процессе эволюции первенства большим мозгом, а в пределах большого мозга его корой тесно связывается с соответствующими изменениями и в остальных отделах центральной нервной системы.

Верхним слоем полушарий головного мозга является кора головного мозга, содержащая нервные клетки, пучки афферентных и эфферентных нервных волокон. Филогенетически выделяют новую кору (неокортекс), старую (архикортекс), и древнюю (палеокортекс).

Развитие борозд, извилин, слоев, мозговых ядер происходит в результате целого ряда процессов: специфической клеточной миграции, специфического роста нервных отростков, участия «маркеров места» мозговых структур и т. д.

Области коры больших полушарий развиваются в последовательности, соответствующей порядку дифференцирования и усовершенствования органов чувств, обогащения рецепторов и прогрессирующего усовершенствования форм движения.

Долгое время существовали лишь два основных структурных уровня изучения организации мозга: клеточный (характеризующийся цито- и миелоархитектоникой) и макроанатомический.

Макроанатомический уровень выделяет ядра – большие обособленные группы клеток и слои – в экранно организованных отделах нервной системы, а также тракты, соединительные пучки волокон. Гистологическое строение коры хорошо изучено и характеризуется наличием горизонтальных слоев, содержащих нервные клетки различного строения, размеров, формы.

В мозге высшего позвоночного насчитывается около 260 мозговых ядер и 80 трактов. Расшифровка топического представительства в различных ядрах и слоях мозга точек тела (сомы), полей сетчатки, звуковых тонов, различных запахов, обнаружение упорядоченных проекций неизвестной природы явились крупнейшим достижением последних лет. По классификации К. Бродмана в коре головного мозга выделяют 11 областей и 52 поля, в зависимости от особенностей цитоархитектоники.

В последние годы был выделен еще один структурный уровень организации мозга – уровень модулей. Модуль является функциональной единицей, строительным блоком, регулярно повторяющейся структурой, объединяющей от десяти до тысячи нейронов, выполняющих определенную функцию, и имеющей в мозге различные пространственные формы (J. Szentagothai и соавт., 1981, J. Eccles, 1981). В «модули» выделяются отдельные функциональные группы нейронов, объединяющие от десяти до тысячи клеток и имеющие в мозге различные пространственные формы. Таким образом, функционально целостный модуль характеризует система соединений.

По мнению Rockel A. et al. (1980), если условно выделить в коре цилиндр диаметром 30 мкм, проходящий через все слои коры и включающий 110 нейронов, то примерно он будет соответствовать 1 модулю.

Модульный уровень организации мозга обеспечивается процессами образования разных типов нервных клеток, клеточной дифференциацией и установлением внутри модуля синаптических связей; дегенерацией функционально «избыточных» нейронов, уменьшением количества синапсов в последующем развитии.

По функциональным особенностям в коре головного мозга можно выделить три типа областей. Сенсорные зоны обеспечивают прием и анализ афферентных сигналов, идущих от специфических ядер таламуса. Моторные зоны связаны внутрикоровыми связями с сенсорными областями. Выделяют также ассоциативные зоны, не имеющие прямых афферентных или эфферентных связей с периферией, но связанные с сенсорными и моторными зонами.

Нервная клетка – **нейрон** – является основной структурной единицей нервной системы. Нервные клетки отличаются чрезвычайным разнообразием и по своей величине, и по своей форме, и по характеру своих отростков. Нейроны динамически поляризованы: одни их отростки, аксоны, являются эфферентами, т. е. проводят возбуждение только в направлении от клетки, другие, дендриты, представляют собой афференты, т. е. проводят возбуждение только в направлении к клетке. Каждый нейрон обладает только одним аксоном. Количество же дендритов весьма различно у различных типов нейронов.

По характеру аксонов нервные клетки делятся на клетки первого типа и на клетки второго типа. Клетки первого типа характеризуются длинным аксоном, отдающим на своем

протяжении боковые ветви, коллатерали, посредством которых он вступает в контакт со многими другими нейронами. Коллатерали, так же как и сам аксон, на своем конечном этапе распадаются на конечные ветвления, которые образуют контакты, или синапсы (в форме пуговок или колечек), с шипиками, покрывающими дендриты других нейронов (аксодендритические синапсы), или же с самим телом других нейронов (аксосоматические синапсы).

Аксоны, покидая серое вещество, направляются на периферию в составе периферического нерва, или же вступают в белое вещество спинного или головного мозга, направляясь к тем или иным скоплениям клеток и образуя проводящие пути центральной нервной системы, восходящие или нисходящие в зависимости от их направления.

Клетки второго типа характеризуются коротким аксоном. Если в клетках первого типа аксон сохраняет на большом протяжении свою самостоятельность и только отдает боковые коллатерали, то в клетках второго типа он делится вблизи от клетки на свои концевые ветвления. Такие клетки обозначаются как вставочные клетки, так как значение их сводится в основном к переключению получаемых импульсов на многие соседние нейроны.

Размеры нервных клеток могут быть различны – от 5 до 100 мкм в диаметре. Тело нервной клетки содержит ядро, которое большей частью светлое, поскольку весь хроматин сосредоточен в сильно окрашенном и резко выступающем ядрышке. В цитоплазме нервной клетки выявляются различные органеллы: ядро, митохондрии, эндоплазматический ретикулум (гладкий и шероховатый), расположенные на цистернах эндоплазматического ретикулума и в свободном пространстве рибосомы и полисомы, комплекс Гольджи и различные внутриклеточные включения (гранулы гликогена, липидные капли, скопления частиц пигмента в особых нейронах и др.), везикулы, а также лизосомы. В цитоплазме содержится субстанция Ниссля (тигроидное вещество), которая представляет собой группы параллельно расположенных цистерн шероховатого эндоплазматического ретикулума, а также нейрофиламенты и нейротрубочки.

Как уже указывалось, от тела нейрона отходят отростки – аксон и многочисленные ветвящиеся дендриты. Длина аксонов различных нейронов колеблется от 1 мм до почти 1 м. Аксон заканчивается, разделяясь на терминали, которые участвуют в образовании синапсов на телах и дендритах других нейронов. Синапсы, нейрофиламенты и нейротрубочки по современным представлениям являются субстратом проведения нервного импульса. Синапсы могут быть аксосоматическими, когда аксон одной клетки заканчивается на теле (соне) другой клетки, аксодендритными – аксон одной клетки контактирует с дендритом другой, аксо-аксональными – когда аксон одной клетки заканчивается на аксоне другой клетки.

Типичный синапс представлен пресинаптической мембраной, постсинаптической мембраной и расположенной между ними синаптической щелью. Пресинаптическая мембрана (терминаль) является окончанием аксона, содержит нейрофиламенты, нейротрубочки, митохондрии, а также синаптические пузырьки. В синаптических пузырьках содержатся медиаторы (нейротрансмиттеры). Постсинапс характеризуется наличием постсинаптического утолщения, представленного мембраной клетки с расположенными на ней рецепторами.

Взаимодействие пресинапса и постсинапса обеспечивается благодаря переносу нейротрансмиттера через синаптическую щель. Нейротрансмиттер (медиатор) выделяется из пресинапса, связывается с рецепторами постсинаптической мембраны, частично инактивируясь в синаптической щели.

Распознавание рецепторами медиаторов обеспечивается специфичностью структурного соответствия их молекул. В результате запускается комплекс внутриклеточных реакций, приводящих к изменению функционального состояния нейрона.

Раздел 2. Общая психопатология

Этиология психических заболеваний

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

Основные критерии общего здоровья:

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

Психическое здоровье – одна из важнейших составляющих общего здоровья. Критерии психического здоровья (по ВОЗ):

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

В современном определении психического здоровья подчеркивается, что для него характерна индивидуальная динамическая совокупность психических свойств конкретного человека, которая позволяет последнему адекватно своему возрасту, полу, социальному положению познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнять свои биологические и социальные функции в соответствии с возникающими личными и общественными интересами, потребностями, общепринятой моралью.

МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра) заменяет понятие «психическая болезнь» более общим и аморфным понятием «**психическое расстройство**». Последнее в МКБ-10 определяется как «болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья». Таким образом, психическую болезнь, расстройство или аномалию следует рассматривать как сужение, исчезновение или извращение критериев психического здоровья.

Психическое заболевание – результат сложных и разнообразных нарушений деятельности различных систем организма человека, с преимущественным поражением головного мозга, основными признаками которого являются расстройства психических функций, сопровождающиеся нарушением критики и социальной адаптации.

Понятие «психические болезни» не исчерпывается лишь выраженными формами психических нарушений (психозами), т. е. такими патологическими состояниями психической

деятельности, при которых психические реакции грубо противоречат реальным отношениям (И. П. Павлов), что обнаруживается в расстройстве отражения реального мира и дезорганизации поведения.

К психическим болезням в широком понимании, помимо психозов, относятся и более легкие расстройства психики, не сопровождающиеся выраженным нарушением отражения реального мира и существенным изменением поведения. Они включают неврозы, психопатии, умственное недоразвитие и не достигающие степени психоза психические нарушения различного генеза, например обусловленные органическими заболеваниями головного мозга, соматогениями, интоксикациями и т. п. С. С. Корсаков в свое время писал, что психиатрия представляет собой учение о душевных расстройствах вообще, а не только о выраженных психозах.

Психиатрия подразделяется на общую **психиатрию (общую психопатологию)**, исследующую основные, свойственные многим психическим болезням закономерности проявления и развития патологии психической деятельности, общие вопросы этиологии и патогенеза, природу психопатологических процессов, их причины, принципы классификации, проблемы восстановления, методы исследования, и **частную психиатрию**, исследующую соответствующие вопросы при отдельных психических заболеваниях.

Основным методом познания психических болезней остается метод клинико-описательный, исследующий в единстве статику и динамику психических расстройств. А. Б. Ганнушкин (1924) отстаивал следующие принципы изучения психических болезней: во-первых, изучение всех заболеваний под одним и тем же углом зрения, одними и теми же клиническими приемами; во-вторых, исследование личности больных в целом. В этом случае он имел в виду не только изучение больных в их взаимоотношении с окружающей средой, но и выявление соматических корреляций психических расстройств; в-третьих, познание больных не только в пределах болезни, но и на протяжении всей их жизни. Центральная роль среди регуляторных механизмов принадлежит нервной системе как ведущей системе, с помощью которой осуществляется функциональная связь всех частей организма и последнего с окружающей средой. Патофизиологической основой психических заболеваний следует считать прежде всего расстройства функций ЦНС – нарушение основных процессов высшей нервной деятельности.

Этиология большинства психических заболеваний остается в значительной мере неизвестной. Неясно соотношение в происхождении большинства психических болезней наследственности, внутренне обусловленных особенностей организма и вредностей окружающей среды, иначе говоря эндогенных и экзогенных факторов. Патогенез психозов также исследован лишь в общем виде. Изучены основные закономерности грубой органической патологии головного мозга, воздействие инфекций и интоксикаций, влияние психогенных факторов. Накоплены существенные данные о роли наследственности и конституции в возникновении психических заболеваний.

Какой-либо одной причины, вызывающей развитие психической патологии, нет и не может существовать. Заболевания могут быть врожденными и приобретенными, полученными в результате травматических повреждений головного мозга или вследствие перенесенных инфекций, обнаруживаться в самом раннем или преклонном возрасте. Одни из причин уже выяснены наукой, другие пока еще точно не известны. Рассмотрим некоторые из них.

В психиатрии имеется много фактов, которые свидетельствуют о существенной роли **наследственности** в этиологии и патогенезе эндогенных и других психических заболеваний (Вартанян М. Е., 1983; Милев В., Москаленко В. Д., 1988; Трубников В. И., 1992). Основными из них являются накопление повторных случаев заболевания в семьях больных и разная частота пораженных родственников в зависимости от степени родства с больными.

Однако в подавляющем большинстве случаев речь идет о наследственной предрасположенности к психическим заболеваниям.

Частота соответствующих заболеваний у родственников больных больше, чем в общей популяции. Так, если распространенность шизофрении среди населения составляет около 1%, то частота пораженных среди родственников больных первой степени родства примерно в 10 раз выше, а среди родственников второй степени родства – в 3 раза выше, чем в общей популяции. Сходная ситуация имеет место и в семьях пациентов с аффективными психозами, эпилепсией, депрессиями.

Распространенность алкоголизма среди населения, как известно, достигает 3–5) % у мужчин и 1% – у женщин. У родственников больных первой степени родства частота этого заболевания выше в 4 раза, а среди родственников второй степени родства – в 2 раза.

Накопление случаев заболевания отмечено и в семьях больных с деменцией альцгеймеровского типа. Более того, выделяется семейный вариант болезни Альцгеймера. Хорея Гентингтона и болезнь Дауна являются примерами заболеваний, которые хорошо изучены в клинко-генеалогическом аспекте, в связи с четко установленной локализацией хромосомных аномалий (соответственно, в 4-й и 21-й хромосомах).

Внутриутробные травмы, инфекционные и другие болезни матери во время беременности

В результате действия этих факторов нервная система, и в первую очередь головной мозг формируются неправильно. У некоторых детей происходит отставание в развитии, а иногда и непропорциональный рост мозга.

Поражение головного мозга вследствие перенесенной черепно-мозговой травмы, нарушения мозгового кровообращения, прогрессирующего склероза сосудов мозга и других болезнях

Перенесенные в любом возрасте контузии, ранения, ушибы, сотрясения мозга могут привести к психическим нарушениям. Они проявляются либо сразу же, непосредственно после травмы (психомоторное возбуждение, потеря памяти и др.), либо спустя какое-то время (в виде различных отклонений, в том числе и психических заболеваний).

Инфекционные заболевания – сыпной и брюшной тиф, скарлатина, дифтерия, корь, грипп и (особенно) энцефалиты и менингиты, сифилис, поражающие в первую очередь головной мозг и его оболочки.

Действие токсических, ядовитых веществ, прежде всего алкоголя и других наркотиков, злоупотребление которыми может привести к возникновению психических расстройств. Последние могут возникать при отравлении промышленными ядами (тетраэтилсвинец), при неправильном употреблении лекарственных препаратов.

Социальные потрясения и психотравмирующие переживания могут вести к психической травматизации, которая может быть острой, чаще связанной с непосредственной угрозой жизни и здоровью человека или его близких, а также хронической, касающейся наиболее значимых и тяжелых для данной личности сторон (честь, достоинство, социальный престиж и т. д.). Реактивным психозам свойственна четкая причинная зависимость, «звучание» волнующей темы во всех переживаниях больного и относительная кратковременность.

Многочисленные исследования показали, что на психическое состояние человека влияют также тип личности, индивидуальные черты характера, уровень интеллекта, профессия, внешняя среда, состояние здоровья и биологические ритмы.

В большинстве случаев в психиатрии принято деление заболеваний на «эндогенные», т. е. возникшие исходя из внутренних причин (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз), и «экзогенные», – спровоцированные воздействием окружающей среды. Причины последних выглядят более очевидными. Патогенез большинства психических болезней может быть представлен только на уровне гипотез.

Частота возникновения, классификация, течение психических заболеваний

Частота возникновения

В наши дни психически больных во многих странах Европы и Северной Америки больше, чем больных раком, туберкулезом и сердечно-сосудистыми заболеваниями вместе взятых.

Кроме того на каждого пациента психоневрологической лечебницы (по данным ЮНЕСКО) за стенами медицинских учреждений приходится два человека с теми или иными психическими недостатками. Этих людей нельзя госпитализировать – они «недостаточно больны», но и жить здоровой психической жизнью они не могут.

В США психические заболевания являются одной из серьезных национальных проблем. По подсчетам Федеральной службы здравоохранения каждый шестнадцатый человек в Америке находится некоторое время на лечении в психиатрической больнице, а по сообщению Национальной ассоциации по борьбе с психическими заболеваниями один из десяти жителей США «страдает какой-либо формой психического или нервного заболевания (от легкого до тяжелого), требующего обращения к психиатру».

Несмотря на огромные сложности статистических исследований, связанные с неодинаковым использованием в разных странах методов подсчета, своеобразием понимания отдельных форм заболеваний, различными возможностями выявления психически больных и так далее имеющиеся цифры дали основание предполагать, что в целом в мире насчитывается не менее 50 млн психически больных, что представляет примерно 17 человек на каждую тысячу населения.

По данным ГНЦСиСП (государственный научный центр социальной и судебной психиатрии) им. В. П. Сербского в Российской Федерации в последние годы распространенность нервно-психических нарушений среди населения составляет около 25%.

Известно, что разные психиатрические службы выявляют разное число больных. Это объективный и при современном уровне знаний непреодолимый факт, с которым приходится считаться.

Следует подчеркнуть, что по мере расширения возможностей психиатрической службы не просто дополнительно выявляется уже известный контингент больных, а в поле зрения психиатров попадают новые контингенты, к которым прежде вообще не применялось понятие «психически больной», т. е. происходит постепенное расширение понятия «психическое заболевание».

В последнее время все больше больных с непсихотическими расстройствами обращаются за помощью к психиатру. Это, несомненно, положительный факт, свидетельствующий о том, что люди стали меньше опасаться социальных последствий, связанных с обращением к психиатру, что им стало легче получить необходимую помощь.

Классификация

В большинстве отечественных классификаций психических болезней неизменно приводятся три основных вида патологии психики:

– эндогенные психические болезни, в возникновении которых участвуют экзогенные факторы;

– экзогенные психические болезни, в возникновении которых участвуют эндогенные факторы;

– состояния, обусловленные патологией развития.

МКБ-10 выделяет следующие формы психических заболеваний.

1. Эндогенные психические заболевания:

- 1) шизофрения;
- 2) аффективные заболевания;
- 3) аффективные психозы;
- 4) циклотимия;
- 5) дистимия;
- 6) шизоаффективные психозы;
- 7) функциональные психозы позднего возраста.

2. Эндогенно-органические заболевания:

- 1) эпилепсия;
- 2) дегенеративные (атрофические) процессы головного мозга;
- 3) деменции альцгеймеровского типа;
- 4) болезнь Альцгеймера;
- 5) сенильная деменция;
- 6) системно-органические заболевания;
- 7) болезнь Пика;
- 8) хорей Гентингтона;
- 9) болезнь Паркинсона;
- 10) особые формы психозов позднего возраста;
- 11) острые психозы;
- 12) хронические галлюцинозы;
- 13) сосудистые заболевания головного мозга;
- 14) наследственные органические заболевания;
- 15) экзогенно-органические заболевания;
- 16) психические нарушения при травмах головного мозга;
- 17) психические нарушения при опухолях головного мозга;
- 18) инфекционно-органические заболевания мозга.

3. Экзогенные психические расстройства:

- 1) алкоголизм;
- 2) наркомании и токсикомании;
- 3) симптоматические психозы;
- 4) психические нарушения при соматических неинфекционных заболеваниях;
- 5) психические нарушения при соматических инфекционных заболеваниях;
- 6) психические нарушения при интоксикациях лекарственными средствами, бытовыми и промышленными токсичными веществами.

4. Психосоматические расстройства:

- 1) реактивные психозы;
- 2) посттравматический стрессовый синдром.

5. Пограничные психические нарушения:

- 1) невротические расстройства;
- 2) тревожно-фобические состояния;
- 3) неврастения;
- 4) обсессивно-компульсивные нарушения;
- 5) истерические нарушения невротического уровня;
- 6) расстройства личности.

6. Патология психического развития:

- 1) умственная отсталость;
- 2) задержки психического развития;
- 3) искажения психического развития.

Течение психических болезней

Течение психических болезней, в том числе и одного и того же заболевания, может быть различным, но вместе с тем возможно выделение его определенных типов или форм.

Некоторые психические болезни, раз начавшись, протекают хронически до конца жизни больных; это непрерывное, процессуальное, прогрессивное течение. Однако внутри этой формы развитие психического заболевания неодинаково. У одной группы больных патологический процесс с самого начала развивается катастрофически и быстро приводит к выраженному психическому распаду. В других случаях заболевание прогрессирует медленно, дефицитарные изменения возникают постепенно, не достигая глубокого распада. У третьей группы больных патологический процесс развивается менее интенсивно, сказываясь в итоге лишь в изменении психического склада личности. Наиболее легкие варианты этой разновидности течения образуют так называемые латентные формы той или иной психической болезни. Вне зависимости от тяжести болезни в течение каждой из ее разновидностей можно обнаружить периодические обострения, свидетельствующие о скрытой циркулярности, периодичности развития болезненного процесса.

У многих больных заболевание с самого начала характеризуется приступами со светлыми промежутками между ними – приступообразное течение. Приступы у одной группы больных возникают через одинаковые промежутки времени, у другой – без какой-либо регулярности. Иногда приступы болезни влекут за собой стойкие изменения психического склада личности с углублением дефекта от приступа к приступу (приступообразно-прогрессивное течение). В других случаях приступы, даже многочисленные, проходят бесследно, не приводя к какому-либо дефекту (интермиттирующее течение). Такие приступы носят название фаз. Наконец, иногда изменения личности наступают после первого приступа, а в последующем отмечаются фазы (рекуррентное или ремиттирующее течение).

Бывают и случаи психоза в виде единственного за всю жизнь приступа (одноприступное течение) и быстропреходящего эпизода (транзиторные психозы).

Психические болезни могут заканчиваться выздоровлением полным или с остаточными расстройствами в виде стойкого, разной выраженности психического снижения – выздоровление с резидуальными изменениями, с дефектом. Часто психическая болезнь продолжается до смерти в результате какого-либо соматического заболевания (летальный исход непосредственно психической болезни бывает редко).

Клинические картины психических заболеваний не являются постоянными. Они изменяются с течением времени, причем степень изменений и темп этой динамики могут быть различными.

Понятие о симптомах и синдромах психических заболеваний

Как указывалось ранее, психиатрия разделяется на два основных раздела – общую психопатологию и частную психиатрию.

Частная психиатрия изучает отдельные психические заболевания, их клинические проявления, причины, механизмы развития, диагностику и лечение.

Общая психопатология – это раздел психиатрии, цель которого – изучение общих закономерностей и природы психических расстройств. Общая психопатология изучает отдельные симптомы и симптомокомплексы, или синдромы, которые могут наблюдаться при разных психических заболеваниях. Ее предмет – выделение и изучение диагностического значения отдельных признаков и их связи с патологией. Описание и обозначение патологических признаков осуществляется с помощью системы симптомов.

Симптом – абстрактное понятие (результат врачебного суждения или умозаключения), обозначающее строго фиксированное по форме описание признака, соотношенного с определенной патологией. Это – терминологическое обозначение патологического признака. Не каждый признак является симптомом, а только названный при установлении его причинно-следственной связи с патологией.

Выявление симптомов в большинстве случаев позволяет лишь констатировать факт наличия болезни вообще и отнести ее к той или иной отрасли медицины, так как каждая клиническая наука имеет их особый набор. Специфическими для психиатрии являются психопатологические симптомы. Они делятся на позитивные и негативные.

Позитивные обозначают признаки патологической продукции (вновь возникающие дезадаптивные признаки) психической деятельности (сенестопатии, галлюцинации, бред, тоска, страх, тревога, эйфория, психомоторное возбуждение и т. д.).

Негативные включают признаки обратимого или стойкого, прогрессирующего, стационарного или регрессирующего ущерба, выпадения, изъяна, дефекта того или иного психического процесса (гипомнезия, амнезия, гипобулия, абулия, апатия и т. п.).

Позитивные и негативные симптомы в клинической картине болезни выступают в единстве, сочетании и имеют, как правило, обратно пропорциональное соотношение: чем более выражены негативные симптомы, тем менее, беднее и фрагментарнее – позитивные.

Феномен болезни проявляется не единичным признаком и симптомом, а их набором. Структура и характеристики последнего зависят от рода заболевания (экзо-, эндо-, психо- и соматогенное происхождение или их сочетание), характера повреждения (воспаление, интоксикация, дегенерация и т. д.), особенностей нейрогуморальных механизмов, связанных с формированием комплекса признаков болезни и т. д.

Совокупность всех симптомов, выявленных в процессе обследования конкретного больного, образует симптомокомплекс. Выделение его – следующий, более высокий по сравнению с определением симптомов уровень познания болезни. Но и этот уровень еще далеко не достаточен для определения болезни, так как набор симптомов может быть обусловлен разнообразными факторами (патогенетическими, конституционально-индивидуальными, социальными, модифицирующими и проч.).

Симптомокомплекс отражает реальную картину болезни на момент обследования и является конкретным проявлением имеющейся у больного совокупной патологии. В нем выделяется ряд закономерно сочетающихся друг с другом симптомов, образующих синдром.

Синдром – устойчивые закономерные сочетания симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определенными нозологическими формами. Определение симптомокомплекса происходит при непосредственном восприятии конкрет-

ной патологии. Симптомокомплекс может не совпадать по количеству симптомов с синдромом, включать симптомы, не входящие пока ни в один синдром, а также представлять собой сочетание нескольких синдромов (психопатологических, вегетовисцеральных, неврологических, соматических).

Исследование психического состояния, т. е. оценка психопатологической картины, представляет собой сложный процесс – от оценки явных признаков до познания сущности расстройства, которое не может быть воспринято непосредственно, а определяется в результате наблюдения и обобщения признаков и построения на этой основе логического вывода. Выделение отдельного признака – симптома – является также многоступенчатым процессом, в котором существенное место занимает объединение его с другими близкими по своей внутренней структуре признаками. Основная единица общей психопатологии – синдром – закономерное сочетание отдельных симптомов, представляющее собой своеобразную интеграцию предшествовавшего течения заболевания и содержащее признаки, позволяющие судить о дальнейшей динамике состояния и заболевании в целом. Отдельный симптом не может, несмотря на свою значимость, считаться психопатологической единицей, так как он приобретает значение только в совокупности и взаимосвязи с остальными симптомами – в симптомокомплексе или в синдроме.

Совокупность симптомов и синдромов, наблюдаемых в динамике, складывается в клиническую картину заболевания, которая, с учетом этиологии (причин), течения, исхода и патологической анатомии образует отдельные нозологические единицы болезней.

Нарушения психики больного человека могут затрагивать процессы восприятия, мышления, воли, памяти, сознания, влечений, эмоций. Эти нарушения встречаются у больных в различных сочетаниях и только комплексно.

Расстройства отдельных психических функций

Рецепторные расстройства, нарушения ориентировки, восприятия, памяти

Рецепторные расстройства. Расстройства ориентировки

Ощущения – это отражение отдельных свойств предметов при их непосредственном воздействии на органы чувств.

Классификация ощущений производится по нескольким основаниям.

1. По наличию или отсутствию непосредственного контакта рецептора с раздражителем, вызывающим ощущение, выделяют дистантную (слух, зрение, обоняние) и контактную (вкус, боль) рецепцию.

2. По расположению рецепторов на поверхности тела, в мышцах, сухожилиях или внутри организма различают соответственно экстероцепцию (зрительная, слуховая, тактильная), проприоцепцию (ощущение в мышцах и сухожилиях), интероцепцию (ощущения голода, жажды).

Зрительные ощущения могут быть: ахроматическими (отражают переход от белого к черному, через массу оттенков серого цвета); хроматическими (отражают цветовую гамму с многочисленными оттенками и переходами цветов).

Слуховые ощущения могут быть: речевыми, музыкальными, ощущения шумов и шорохов.

Вибрационные ощущения примыкают к слуховым ощущениям и отражают колебания упругой среды. Этот вид чувствительности образно называют контактным слухом.

Обонятельные ощущения относятся к дистантным ощущениям. Функция обоняния подавлена зрением, слухом, вкусом. Данные ощущения помогают распознать качество пищи, предупреждает об опасности для организма воздушной среды, позволяет в ряде случаев определить состав химического вещества.

Вкусовые ощущения возникают при соприкосновении органа чувств с самим предметом. Выделяют 4 основных качества вкусовых раздражителей: кислое, сладкое, горькое, соленое.

Кожные ощущения включают в себя: тактильную систему (ощущения прикосновения); температурную систему (ощущения тепла и холода); болевую систему.

Статические (гравитационные) ощущения отражают положение нашего тела в пространстве.

Кинестетические ощущения – это ощущения движения и положения отдельных частей тела. В результате этих ощущений складывается знание о силе, скорости, траектории движения частей тела.

Органические ощущения возникают от внутренних органов, образуют органическое чувство (самочувствие) человека.

К закономерностям ощущений относят следующее.

1. Пороги чувствительности. Для возникновения какого-либо ощущения раздражитель должен иметь определенную величину интенсивности. Нижний и верхний пределы ощущений называются абсолютной чувствительностью. Она измеряется нижним и верхним порогом чувствительности. Минимальная величина раздражения, которая необходима для возникновения едва заметного ощущения, называется абсолютным нижним порогом ощу-

щения. Верхний абсолютный порог ощущений – это максимальная величина раздражения, дальнейшее увеличение которой вызывает болевые ощущения или исчезновение ощущений. Наряду с абсолютной различают относительную чувствительность – это чувствительность к изменению интенсивности воздействия. Относительная чувствительность измеряется порогом различения – это минимальное различие в силе двух раздражителей, необходимое для изменения интенсивности ощущения.

2. Сенсibilизация (в переводе с латинского языка означает «чувствительность») – это повышенная чувствительность анализаторов под влиянием внутренних (психических) факторов. Сенсibilизация может быть вызвана: взаимодействием ощущений (слабые вкусовые ощущения повышают зрительную чувствительность); физиологическим фактором (состоянием организма); ожиданием того или иного воздействия; значимостью такого воздействия; специальной установкой на различение раздражителей; упражнениями (например, дегустатор вин). У людей, лишенных какого-либо вида чувствительности, этот недостаток компенсируется за счет повышения чувствительности других органов. Такое явление называется компенсаторной сенсibilизацией.

3. Адаптация (в переводе с латинского языка означает «приспособление») – это приспособление чувствительности к постоянно действующему раздражителю. Такое приспособление проявляется в понижении или повышении порогов чувствительности.

4. Контраст (в переводе с французского языка означает «противоположность») – это повышение чувствительности к одним свойствам под влиянием других свойств действительности.

5. Синестезия (в переводе с греческого языка означает «соощущения») – это переход ощущений одного вида в другой.

К рецепторным расстройствам относят наиболее элементарные симптомы психических болезней:

1) гиперестезии – повышение восприимчивости к внешним раздражениям, нейтрально воспринимаемым человеком в нормальном состоянии; тогда свет кажется чересчур ярким, звуки – оглушительно громкими, прикосновения – грубыми, хотя на деле интенсивность раздражителя не превышает обычных, привычных для организма порогов, гипестезии, когда чувствительность, напротив, понижается, объекты кажутся бесформенными, тусклыми, звуки утрачивают интонацию;

2) сенестопатии – неприятные, тягостные неопределенные ощущения, исходящие из различных частей тела – жжение, щекотание, стягивание, давление, не имеющие под собой реальных причин;

3) метаморфопсии – изменение восприятия величины и формы предметов и пространства, например потолок в комнате кажется наклоненным либо улица выглядит бесконечно длинной, также могут изменяться размеры частей своего тела;

4) дереализация – сложный по природе симптом, заключающийся в чувстве призрачности окружающего, когда мир видится «словно через сетку», «словно во сне», чувство действительности утрачивается; к этому состоянию близки понятия «уже виденного» и «никогда не виденного», когда впервые увиденный объект кажется до боли знакомым либо наоборот;

5) олицетворенное осознание – чувство, будто в помещении, где больной находится один, кто-то присутствует, с одновременным ощущением ошибочности этого чувства;

6) расстройство осознания времени (ускорение, замедление, полное отсутствие);

7) расстройство апперцепции – невозможность устанавливать связи между явлениями и понимать смысл происходящего.

Расстройства ориентировки во времени, в данной ситуации, в месте, в собственной личности:

1) растерянность (аффект недоумения) – неприятное непонимание своего состояния, которое осознается как необычное (в таком состоянии больной допытывается, «Что произошло? Что со мной случилось?»);

2) деперсонализация – расстройство осознания собственной личности, ощущение чуждости своих мыслей, чувств, поступков вплоть до ощущения их «сделанности», искусственного привнесения извне, в качестве продукта чьей-то воли и вплоть до утраты самосознания.

Расстройства восприятия

Познание – это отражение человеком окружающего внешнего мира. Различают чувственное, непосредственное познание, которое составляет наши ощущения, восприятия, представления, и абстрактное познание, когда мир познается при помощи мышления в словесно оформленных понятиях и суждениях. При психических заболеваниях могут наблюдаться преимущественные нарушения каждого из указанных видов познания. Из различных, весьма переменных, нарушений и расстройств познавательной деятельности мы остановимся на главных, наиболее часто встречающихся у психически больных имеющих наибольшее значение в клинике психических заболеваний.

Человек воспринимает окружающий его мир и ориентируется в нем при помощи анализаторов. Раздражение анализаторов теми или иными предметами и явлениями внешнего мира обуславливает возникновение восприятий – отражения в нашем сознании предмета в целом.

Восприятия – это отражение предметов и явлений в совокупности их свойств и частей при непосредственном воздействии на органы чувств.

Классификация восприятий следующая.

1. В зависимости от участия воли и целенаправленности выделяют непроизвольное (не связанное с волевым напряжением и заранее поставленной целью) и произвольное (преднамеренное и целенаправленное) восприятие.

2. В зависимости от модальности рецепторов выделяют слуховые, зрительные, обонятельные, осязательные и т. д. восприятия.

3. В зависимости от сложности, развернутости перцептивной деятельности выделяют симультанное (одноактное) и сукцессивное (поэтапное, последовательное) восприятие.

4. В зависимости от формы существования материи выделяют восприятия пространства, времени.

Восприятия пространства

1. Величины и формы предметов. Данное восприятие происходит при сложном сочетании зрительных, осязательных, мускульно-двигательных ощущений.

2. Объемность и удаленность предметов. При восприятии объемности и глубины предметов основную роль играет бинокулярное зрение (зрительное восприятие двумя глазами). Монокулярное зрение определяет правильную оценку расстояния в очень ограниченных пределах. При удаленности предметов большое значение в восприятии пространства имеет взаиморасположение светотеней, которое зависит от расположения предметов. В восприятии пространства, в оценке расстояния играют роль обонятельные и слуховые ощущения.

Восприятие времени – отражение длительности и последовательности явлений и событий. Благодаря восприятию времени отражаются изменения, происходящие в окружающем мире. Временные промежутки определяются ритмическими процессами, происходящими в организме человека. Наиболее точной оценке временных промежутков способствуют слуховые и двигательные ощущения. При восприятии времени обнаруживается склонность преувеличивать небольшие и преуменьшать большие промежутки времени.

Восприятие движения – это отражение направления и скорости пространственного существования предметов. Оно дает возможность ориентироваться в относительных изменениях взаимоотношений и взаиморасположения предметов окружающей среды. Восприятие движения осуществляется зрительным, слуховым, кинестетическим анализаторами.

Восприятие человека человеком. Воспринимая действия, движения, поступки, деятельность человека, люди уточняют свои впечатления друг о друге и глубже проникают во внутреннее психологическое содержание, познают интересы, чувства, привычки, убеждения, характер, способности личности.

Закономерности восприятия

Предметность – это соответствие образов восприятия реальным предметам действительности, это относительная независимость воспринимаемых характеристик объектов от параметров раздражения рецепторных поверхностей органов чувств.

Целостность – это свойство восприятия, состоящее в том, что всякий объект, а тем более пространственная ситуация, воспринимаются как устойчивое системное целое.

Константность – это относительная независимость отражения объективных качеств предметов (величины, формы, характерного цвета) от измененных условий их восприятия (освещенности, расстояния, угла зрения).

Осмысленность – это причисление воспринимаемого предмета к основной группе, классу, обобщение его в слове.

Избирательность – это преимущественное выделение человеком одних объектов по сравнению с другими, зависящее от особенностей его личности.

Структурность – это вычленение из общей структуры предмета его частей и определенных сторон.

Апперцепция – это независимость восприятия от прошлого опыта, от общего содержания психической деятельности человека и его индивидуальных особенностей. Апперцепция может быть личностной (зависит от индивидуальных особенностей человека) и ситуативной (например, ночью пень кажется страшным животным).

Виды расстройств восприятия

1. Иллюзии – это искаженные восприятия реально существующих объектов. Иллюзии не всегда бывают результатом болезненного восприятия. Существуют физиологические иллюзии, свойственные психически здоровым людям и обусловленные законами живой и неживой природы.

Галлюцинации представляют собой мнимое восприятие. Это восприятие без объекта. По существу, галлюцинации – произвольное, интенсивно чувственное представление, которое проецируется в реальный мир и получает свойства объективной действительности. Галлюцинации практически не встречаются у здоровых и обычно свидетельствуют о наличии психического расстройства.

2. Истинные галлюцинации различают по органам чувств.

Слуховые галлюцинации чаще встречаются в виде «голосов» (вербальные галлюцинации). Больной слышит слова, относящиеся к его действиям, мыслям. Голоса то угрожают, то укоряют в чем-нибудь, то руководят его поступками. Он слышит нашептывания, вступает с голосами в беседу, спорит с ними, закрывает уши руками, мимика больного отражает характер переживаний. В некоторых случаях галлюцинации появляются в момент засыпания и сопровождаются страхом. Особо следует отметить так называемые императивные (повелительные) галлюцинации, под влиянием которых больной может совершить внезапные и непонятные окружающим поступки. Он подчиняется решительному приказанию автоматически. Слуховые галлюцинации чаще всего наблюдаются при шизофрении и при некоторых алкогольных психозах.

Зрительные галлюцинации встречаются реже других, они не столь продолжительны, как слуховые, которые могут продолжаться годами. Очень ярки бывают зрительные галлюцинации у алкоголиков при так называемой белой горячке. Им видятся звери, чудовища, черти, вещи преобразуются, одна картина быстро сменяется другой.

Тактильные галлюцинации – неприятные ощущения, возникающие в коже или под кожей (щекотание, ползание, давление), соотносимое с определенными неодушевленными предметами (кристаллы, кусочки инородных тел) или живыми существами (насекомые, мелкие животные и т. п.), внешние признаки которых точно описываются больными (твердые, маленькие с длинными ножками и т. д.).

Обонятельные и вкусовые галлюцинации встречаются реже. При этом больные могут ощущать воздействие отравляющих газов, отвратительные, будто специально пущенные в комнату запахи. Особый привкус пищи убеждает больного в том, что к ней подмешан яд. В связи с этим наблюдается отказ от пищи, недоверие к окружающим, всякие предосторожности. Обонятельные галлюцинации проявляются и в том, что больные воспринимают запах, будто бы исходящий от них самих, из чего они заключают, что заживо разлагаются.

Псевдогаллюцинации – произвольные, обычно с ощущением сделанности или насильственности, восприятия, возникающие без наличия реального объекта, воспринимаемые как реально существующие, но все-таки «особые» образы, привнесенные с точки зрения больного «воздействием на него извне» чьей-то воли, как правило, локализованные вне доступности для органов чувств, например зрительный образ за спиной, внутри головы.

Они могут быть чувственно яркими и конкретными, проецироваться вовне, хотя чаще существует интропроекция образов (локализуются больными не в объективном, а в субъективном пространстве – видится или слышится «мысленно», «умом», «внутренним оком» и т. п.).

В отличие от истинных галлюцинаций псевдогаллюцинации не отождествляются с реальными предметами, т. е. лишены характера объективной реальности. Вместе с тем критическое отношение к псевдогаллюцинациям отсутствует. Псевдогаллюцинации могут быть слуховыми, зрительными, обонятельными, вкусовыми, осязательными, общего чувства, со всеми присущими им особенностями (например, зрительные псевдогаллюцинации могут быть элементарными и сложными, бесцветными и окрашенными).

Функциональные галлюцинации по механизму возникновения занимают промежуточное положение между собственно галлюцинациями и иллюзиями. Появляются только при наличии реального внешнего раздражителя и продолжают, не сливаясь с ним, отдельно, до тех пор пока действует этот раздражитель. Больной реально слышит стук колес поезда и одновременно возникают слова «свинья, свинья, свинья», при остановке поезда эти слова исчезают.

Гипнагогические галлюцинации – видения или слуховые обманы, возникающие при закрытых глазах перед засыпанием или в дремотном состоянии.

Гипнопомпические галлюцинации – видения, реже слуховые обманы, возникающие в период пробуждения.

Расстройства памяти

Память – психический процесс накопления, хранения и использования информации, воспринятой человеком в различные периоды жизни.

Виды памяти

В зависимости от содержания психической активности различают: образную, эмоциональную, двигательную (моторную), словесно-логическую память. Установлено, что у раз-

ных людей может в какой-то степени преобладать тот или иной тип памяти. Однако при этом словесно-логическая память у любого человека занимает ведущее положение.

По целям деятельности выделяют: произвольную (опосредованную целью и задачами запечатлеть, сохранить в сознании, а также воспроизвести какие-то факты, знания); непроизвольную (чаще всего сопровождает деятельность, которая не преследует цели запомнить и сохранить факты, знания) память.

По продолжительности закрепления и сохранения раздражителей выделяют: кратковременную, долговременную и оперативную (обеспечивает сохранение и воспроизведение той информации, которая необходима для достижения личных целей деятельности) память.

Структурные компоненты памяти

Запоминание – это процесс, направленный на сохранение в памяти полученных впечатлений. Запоминание может быть произвольным (характеризуется наличием сознательной цели – запомнить материал) и непроизвольным (при котором человек не ставит цели запомнить какую-то информацию). Запоминание может быть механическим (основано на закреплении внешних связей путем многократного повторения) и осмысленным (основано на установлении смысловых связей с уже известным материалом между частями данного материала).

Сохранение – это процесс активной переработки, систематизации, обобщения материала, овладение им. Сохранение изученного зависит от глубины понимания. Хорошо осмысленный материал запоминается лучше. Иногда при сохранении наблюдается реминисценция, когда отсроченное на 2–3) дня воспроизведение оказывается лучше, чем непосредственное после заучивания. Особенно ярко проявляется реминисценция, если первоначальное воспроизведение не было достаточным.

Воспроизведение – это процесс восстановления прежде воспринятого в отсутствие объекта. Воспроизведение может быть непроизвольным (ненамеренное воспроизведение, без цели вспомнить, когда образы всплывают сами собой) и произвольным (целенаправленный процесс восстановления в сознании прошлых мыслей, чувств, стремлений, действий).

Узнавание – это процесс восстановления ранее воспринятого при повторной встрече с объектом, при повторном его восприятии. Узнавание может быть сукцессивным (мгновенным) и симультанным (поэтапным).

Забывание – это процесс, приводящий к утрате четкости и уменьшению объема закрепленного в памяти материала, невозможности воспроизвести, а иногда даже и узнать то, что было известно из прошлого опыта.

Расстройства памяти – т. е. способности запоминать (фиксировать), хранить, воспроизводить произвольно в правильном порядке информацию – разнообразны.

Гипермнезия – усиление памяти по сравнению с нормой. Она может наблюдаться при некоторых состояниях повышенного самочувствия и деятельности у психически больных. Например, при маниакально-депрессивном психозе в маниакальной его фазе. Больные при этом способны к запоминанию и воспроизведению многочисленных фактов и событий жизни, порой незначительных. Они с поразительной легкостью фиксируют в своей памяти, хотя и ненадолго и беспорядочно, все, что попадает в зону их крайне неустойчивого и меняющего свой объект внимания. Без каких-либо затруднений, удивительно быстро и непринужденно, они могут вспомнить самые мелкие эпизоды и частные детали прошлого, демонстрируя богатство памяти и крайне облегченное пользование ею. При этом память лишена целеустремленности, поверхностна, случайна и не служит на пользу человеку. Гипермнезия может наблюдаться в клинике инфекционных психозов.

Противоположное явление – гипомнезия – ослабление памяти. Оно заключается в том, что человек утрачивает способность воспроизводить в памяти по своему усмотрению события, относящиеся к недавнему или отдаленному прошлому.

К другим не менее важным расстройствам памяти относится амнезия – отсутствие воспоминаний, пробелы в памяти, когда из нее полностью выпадают события, относящиеся к определенному периоду времени. Выделяют фиксационную амнезию – потерю способности запоминать, фиксировать текущие события, прогрессирующую амнезию – опустошение памяти, причем сначала забываются события недавнего прошлого, а затем более отдаленные (закон Рибо).

В ряде случаев амнезия охватывает строго ограниченный отрезок жизни больных. Так, например, после травмы головного мозга, сопровождающейся потерей сознания, больные обычно не помнят событий, следовавших непосредственно после травмы – антероградная амнезия. Наблюдения показывают, что такая амнезия распространяется не только на период бессознательного состояния, но также и на время, когда поведение больного может рассматриваться как совершенно нормальное. При травмах головного мозга, некоторых других заболеваниях, сильных стрессах наблюдается выпадение из памяти событий, предшествовавших травме. При этом выпадают события, охватывающие тот или иной отрезок времени (часы, дни и даже месяцы и годы). Такая амнезия носит название ретроградной. Выделяют конградную амнезию, которая охватывает лишь период потери сознания. Следует отметить, что при черепно-мозговой травме (либо другом событии) эти виды расстройств памяти могут встречаться одновременно. Больной забывает период до, во время и после потери сознания. В таких случаях говорят о ретроантероградной амнезии. Потерю способности запоминать текущие события обозначают как фиксационную амнезию. Прогрессирующее последовательное нарастание процессов опустошения, утраты запасов памяти, развивающееся в направлении от событий недавнего прошлого к отдаленным, в том числе касающимся детства, юности, носит название прогрессирующая амнезия. Выделяют также ретардированную амнезию (запаздывающую) – потеря памяти на события, происходившие во время психического расстройства, в том числе утрата воспоминаний о самих психических заболеваниях.

Кроме расстройств памяти в виде ослабления и выпадения могут наблюдаться и ее болезненные извращения. Такие расстройства определяются понятием парамнезии – обманы памяти.

Псевдореминисценции, или ложные воспоминания, – бывшие в действительности события, перенесенные в другие периоды времени. Конфабуляции – измышления, выдумки, заполняющие грубые провалы памяти у больных при амнезии. Криптомнезия – потеря различия между реально происходившими с больным событиями, о которых он слышал или читал.

Расстройства интеллекта

Понятие и виды нарушения интеллекта

Вся совокупность мыслительных функций с возможностью образования отвлеченных понятий, суждений и умозаключений вместе с вниманием, памятью, запасом представлений и слов, а также аффективно-волевыми свойствами личности составляет интеллект (ум, разум человека).

Многие психологи определяют **интеллект** как совокупность всех способностей, всей одаренности и мыслительных возможностей личности, необходимых для приспособления к жизненным задачам. Понятие об интеллекте, таким образом, является целостным понятием, в которое формы и содержание мышления входят лишь как составная часть.

Интеллект сводится не только к способности мыслить. Кроме возможности рассуждать в интеллекте играет важную роль подвижность мысли, аффективная живость, концентрация внимания, память, а также объем знаний и словарный запас.

Возможность суждений и умозаключений, выражающихся в понимании соотношения вещей, связей и отношений между предметами и явлениями, а также в возможности предвидения, составляет существенную часть интеллекта.

Существуют различные типы интеллекта даже у здорового, нормального человека. Один рассуждает быстро, при случае делает ошибки, но в общем считается умным человеком, другой рассуждает медленно и глубоко, редко ошибается, но зато, когда требуется быстрота суждения, он становится беспомощным и производит впечатление человека недалекого.

В развитии интеллекта основную роль играют общественные условия, в которых развивается данная личность. Личность рождается, обладая определенным биологическим субстратом (мозговыми «задатками»), который, будучи полноценным или неполноценным, богатым или бедным, определяет возможности будущего развития индивидуума. Общественная среда с различным воспитанием и образованием создает различную структуру интеллекта. Очень часто человек слышит за малоодаренного только потому, что он является социально запущенным и педагогически отсталым. При благоприятных условиях интеллект такого человека может достичь очень высокой степени развития. В этих случаях материальный субстрат личности здоров, но вследствие неблагоприятных условий личность получила неправильную социальную направленность.

Итак, различают предпосылки интеллекта и собственно интеллект. Предпосылки интеллекта – это отдельные психические функции, такие как память, благодаря которой накапливается определенный запас знаний, внимание, некоторые механизмы моторных проявлений, темп функционирования, утомляемость, речевая одаренность. Нарушение предпосылок интеллекта может препятствовать его проявлению. Собственно интеллект состоит из почти неограниченного ряда способностей и функций – способность к логическому мышлению, абстрагированию, комбинаторике, находчивость, остроумие, оригинальность мышления, умение творчески применять знания и т. п.

Стойкое, малообратимое снижение уровня психической, в первую очередь интеллектуальной деятельности включается в понятие слабоумие.

Различают слабоумие приобретенное вследствие заболеваний мозга, вызывающих его повреждение (деменция), и врожденное, когда у детей с рождения или с самого раннего возраста выявляется умственная отсталость. Последний вид слабоумия обычно определяется как малоумие (олигофрения). Между приобретенным и врожденным слабоумием имеются существенные различия. Эти различия определяются тем, что в основе приобретенного слабоумия лежит разрушение развитого мозга, в основе врожденного – природные изъяны, недоразвитие.

Расстройства мышления

Понятие и виды нарушения мышления

В зависимости от содержания решаемой задачи выделяют следующие *виды мышления*.

Интуитивное мышление характеризуется быстротой протекания, отсутствием четко выраженных этапов, минимальной осознанностью.

Наглядно-действенное мышление характеризуется тем, что решение задачи осуществляется с помощью реального, физического преобразования ситуации, опробования свойств объектов.

Наглядно-образное мышление связано с представлением ситуаций и изменений в них.

Абстрактно-логическое (отвлеченное, словесно-логическое) мышление характеризуется использованием понятий, логических конструкций.

Формы мышления

Понятие – это обобщенное знание целой группы предметов, явлений действительности, объединенных по однородности их существенных признаков. Например, вспоминая березу, мы вспоминаем характерные для всех берез признаки: белый с черными линиями ствол, тонкая кора, вид кроны.

Суждение – это установление простой связи между явлениями. Например, «Этот человек – герой».

Когда человек хочет убедить себя и других в том, что его суждение верно, то он его обосновывает, приводя известные и проверенные факты из жизни, установленные наукой законы, делает логические построения. В таких случаях имеет место рассуждение.

Умозаключение – это выводы, которые делает человек из имеющихся в его распоряжении данных.

Операции мышления

Анализ – это дробление, членение какого-то целого на части, выделение какой-либо стороны, отдельных частей, признаков предмета или явления действительности.

Синтез – это соединение частей, сторон, признаков предметов или явлений действительности в единое целое.

Сравнение – это нахождение тождества или различий между предметами или явлениями действительности и их свойствами.

Классификация – это группировка объектов по существенным признакам.

Систематизация – это группировка предметов или явлений действительности по мало-существенным признакам (по подгруппам, видам, разрядам).

Абстрагирование – это переход от чувственного отражения предметов или явлений действительности к выделению отдельных существенных в каком-либо отношении свойств.

Конкретизация – это познание целостного объекта в совокупности его существенных взаимосвязей, теоретическое воссоздание целостного объекта.

Обобщение – это соединение сходных предметов по случайным, общим для них признакам.

Структура мыслительной деятельности

Осознание проблемной ситуации, сама постановка проблемы – мыслительный акт.

Разрешение данной задачи с помощью мыслительных операций.

Процесс мышления осуществляется при помощи анализа всего наблюдавшегося, т. е. выделения отдельных элементов и одновременного их синтеза, установления между ними связи, мысленного воспроизведения цельной картины. В основе анализа лежит соответствующая деятельность коры больших полушарий головного мозга. К анализу и синтезу человек в процессе мышления всегда привлекает предшествующий личный опыт, а через полученные знания – широкий общественный опыт.

Кроме анализа и синтеза в процесс мышления входят еще и другие мыслительные операции: сравнение, различие, обобщение, абстракция и др. Еще более высоким качеством мышления является то, что определяется понятием «критика». Речь идет о возможностях человека правильно оценивать жизненную ситуацию, намечать реальные планы, определять свое отношение к различным социальным проблемам и событиям. При этом мышление

выступает как средство утверждения личности в обществе и неразрывно связано с такими высшими специфическими качествами, как сознание, воля, мировоззрение.

Таким образом, мышление – это психический процесс, который заключается в отражении человеческим мозгом общих свойств предметов и явлений внешнего мира, установлении связей между ними.

Расстройства мышления у психически больных весьма разнообразны. Причем, может расстраиваться как форма, так и содержание мышления.

Расстройства мышления неотделимы от нарушения речи у психически больных. Следует помнить, что поскольку устная и письменная речь отражает мысли, она является наиболее надежным средством проникновения в них, ознакомления с содержанием мышления. Речь больных также раскрывает особенности их мышления, его темп, различные формы, характер расстройств.

Основные формы расстройств мышления

1. Патологически ускоренное мышление (скачка мыслей).

При этом больной быстро переходит от одной мысли к другой, не успевая высказать одно суждение, перескакивает ко второму, затем к третьему и т. д. Создается впечатление как бы вихревого развертывания кинематографического фильма с часто сменяющимися друг друга представлениями, понятиями и суждениями. Характерным для скачки идей является то, что при быстрой смене мыслей внешняя связь их в известной мере не нарушается. Речь, соответственно, становится торопливой и непоследовательной. Неправильно рассматривать скачку идей как результат усиления, продуктивности процесса мышления, как результат ускорения «течения представлений». При скачке идей имеется лишь видимость возбуждения мыслительной деятельности. Процесс мышления в смысле его глубины и последовательности при этом не усилен, а, наоборот, ослаблен. Основным расстройством при скачке идей является ослабление внимания, выражающееся в отвлекаемости.

2. Замедленное, заторможенное мышление.

Симптом в известной степени противоположный скачке идей. С формальной стороны при этом расстройстве мышления имеется резкое замедление темпа течения мыслей. Больной медленно отвечает на вопросы. Время ассоциативной словесной реакции резко удлиняется. В определенную единицу времени здесь всплывает меньше объектов мышления. Они дольше удерживаются в сознании и более старательно формулируются, чем в норме. Больному при мышлении субъективно как бы приходится преодолевать тяжелое препятствие. По своему содержанию заторможенное мышление характеризуется бедностью представлений, понятий и суждений. Больные жалуются, что им «ничего не приходит на ум». При заторможенном мышлении больной мыслит медленно, с препятствиями, однако он в конечном итоге способен правильно рассуждать.

3. Обстоятельное мышление.

Обстоятельность, чрезмерное детализирование, вязкость и витиеватость, с приведением массы несущественных подробностей, неумение кратко формулировать свою мысль является характерной особенностью этого вида мышления. На обстоятельное мышление трудно воздействовать извне: его можно прервать, но не удастся надолго отклонить на другую тему. По своему содержанию обстоятельное мышление во всех своих видах в основном проявляется в слабости суждений, благодаря тому что существенное в нем мало отличается от несущественного: «из-за деревьев не видно леса».

4. Резонерствующее мышление.

Под резонерствующим мышлением понимается пустое рассуждательство, т. е. глубокомысленное на вид, но крайне бессодержательное и бедное суждениями мышление.

Персеверирующее мышление (или персеверация мышления). Персеверация представляет собой расстройство мышления, выражающееся в том, что больной застревает на каком-

либо представлении, на какой-то одной мысли, без последующего ее продолжения. Так, обращаясь к больному с просьбой называть ряд предметов, мы замечаем, что всю серию показанных ему объектов он называет именем первого. Показывают, например, больному по очереди перочинный нож, карандаш, ручку. Он всем этим предметам дает название «нож». Основное при персеверации, по-видимому, заключается в том, что в сознании не всплывают новые представления, благодаря чему больной вынужден повторять старые. Этот симптом у здоровых людей может появляться под влиянием резкого утомления после длительной речи. Встречается он также во время резкого опьянения (повторение опьяневшим одних и тех же фраз, застревание на определенном круге представлений («Ты меня уважаешь?»)).

5. Разорванное мышление.

Характерным и специфическим расстройством является здесь нарушение связи и порядка в мыслительном процессе. При разорванном мышлении два случайно встретившихся представления соединяются в одно понятие или обрывки мыслей неправильно соединяются в одну новую мысль.

Крайним выражением разорванности мышления является шизофазия (разорванность речи), или «словесная крошка». При этом больные уже не проецируют никаких сколько-нибудь определенных мыслей, а нанизывают друг на друга отрывочные понятия и представления.

Внешнее сходство с разорванностью мышления имеет другое расстройство – бессвязность мышления. Но в отличие от разорванности мышления здесь наступает полная утрата смыслового содержания речи, внешняя грамматическая форма фраз резко страдает, промежуточные звенья между обрывками мыслей выпадают, и речевая продукция больных принимает совершенно бессвязный характер.

Бредовые идеи

Расстройство мышления может выражаться в образовании так называемых бредовых идей. Бредовые идеи являются чрезвычайно важным симптомом при психических заболеваниях. Появление бредовых идей является несомненным признаком психического расстройства и указывает на тяжелое нарушение суждения.

Бредовые идеи определяются как возникающие на почве психической болезни ошибочные мысли с высокой субъективной уверенностью в их достоверности, не поддающиеся коррекции.

Основу понятия бредовой идеи составляют четыре элемента:

- 1) возникновение на болезненной почве;
- 2) извращенное, ошибочное, не соответствующее реальности содержание мысли;
- 3) высокая субъективная уверенность в достоверности этой идеи;
- 4) невозможность коррекции.

Специфическим для бредовой идеи является глубокая субъективная уверенность больного в достоверности, правильности высказываемых им бредовых идей. При этом уверенность эта вытекает не столько из реальных познаний, сколько из внутренней убежденности больного. Отсюда невозможность коррекции – исправления бредовых идей, невозможность убедить больного в ошибочности высказываемого им бредового суждения.

Наиболее распространена в настоящее время классификация бредовых идей по их основному содержанию.

Бред величия может выразиться в том, что больной чувствует себя необычайно сильным и умным. Иногда бред величия выражается в бредовых идеях богатства.

При бреде изобретательства больные изобретают различные фантастические приборы, например вечные двигатели, которые должны осчастливить человечество, составляют нелепые проекты «научных» открытий, придумывают фантастические методы лечения и т. д., которые совершат переворот в промышленности, экономике, науке или технике, проявляют

иногда поразительную настойчивость, не угасающую на протяжении всей жизни. Они добиваются того или другого в различных ведомствах, действительно иногда получают некоторые суммы для производства опытов, объявляются затем мошенниками, привлекаются к ответственности и, наконец, попадают в психиатрические больницы.

Чувство собственной славы, привлекательности и красоты может вызвать у больного эротический бред. Больному может казаться, что им заинтересована определенная особа, иногда занимающая высокое положение в обществе, которая ищет возможности сблизиться с ним. Он пишет ей любовные письма, ищет с ней встреч. У него много жен, необычайная половая сила, все в него влюблены.

Бред самоуничтожения, самообвинения и греховности. Больные при этом ищут всевозможных поводов для самообвинения. Считая себя несчастными, потерянными людьми, опозоренными перед обществом, способными приносить лишь несчастье своим близким и всем окружающим, они виновны перед близкими и перед обществом, их ждет возмездие за якобы совершенные ими преступления, они считают себя обманщиками, изменниками, ворами и т. д., они недостойны уважения и проч. Так, больной считал себя развратником, потому что на улице он обращал внимание на красивых женщин, проходивших мимо него.

Бред обнищания и бред материального ущерба особенно типичны для старческих психозов. Одновременно с состоянием тревожной тоскливости у этих больных могут появиться опасения, что они лишились своего имущества, что им предстоит умереть голодной смертью.

Ипохондрический бред или бред болезни ведет к переживанию в действительности не имеющих места болезней, которые, однако, кажутся тяжкими, неизлечимыми. Постоянное наблюдение за собой, выискивание отдельных симптомов занимает все внимание больного, в отдельных случаях жалобы касаются таких заболеваний, как сифилис, туберкулез, рак. Опыт и время ничего в этом отношении не изменяют. Больной непрерывно заявляет, что у него проваливается нос, хотя нос никаких изменений своей формы не претерпел. Он уверяет, что рак разрушает его внутренности, что ему остался месяц жизни, но проходит год, и ничто его не убеждает в противоположном. Ипохондрические идеи выражаются нередко в бесконечных, иногда сменяющихся жалобах на неприятные ощущения в сердце, в легких, в спине, ногах, в голове и так далее, причем объективное исследование никаких отклонений от нормы не обнаруживает. В некоторых случаях начало душевного заболевания проявляется в форме своеобразных ипохондрических жалоб.

Бред преследования заключается в том, что больной видит себя окруженным врагами, имеющими цель уничтожить, устранить его. Мотивы преследования различны. Больной полагает, что хотят перехватить его ценные изобретения, что он невыгоден врагам благодаря имеющимся у него сведениям о них и т. д. В некоторых случаях больные ничем не могут объяснить того, что они стали преследуемыми. Естественно, чувствующие постоянную угрозу больные прибегают к мерам предосторожности, стараются «замести следы», но всякий раз оказывается, что враги нашли новые средства и пути для преследования.

Существует еще своеобразная форма бреда преследования в виде сутяжного бреда. Обычно бред здесь начинается после (правильного или неправильного) осуждения больного. В результате решения суда больной начинает серии судебных процессов в различных инстанциях, выдвигая жалобы на пристрастное к нему отношение судей, на то, что они якобы находятся в заговоре против него, стремясь его погубить, и т. п.

Бред отношения и значения находится в близкой связи с бредом преследования и часто неотделим от него. При бреде отношения различные малозначительные жизненные факты приобретают в глазах больного особое значение. Например, встречный прохожий плюнул – это имеет отношение к больному, «хотел этим показать, что его презирает». При бреде отношения больной видит во всем намеки, имеющие особое значение и отношение к его

личности. В газетах он видит косвенные указания на себя, то же самое он наблюдает в самых невинных словах окружающих.

Бред физического воздействия. Обычно больные при этом охотно говорят о гипнотическом влиянии, которое ощущают на себе. У больных возникает убеждение, что на них действуют разного рода физическими силами: таинственными лучами, магнитами, электричеством, радиоволнами, атомной энергией и тому подобное, причиняя тем самым очень тяжелые мучения. Иногда больные жалуются, что при помощи такого рода физических воздействий преследующие их враги пытаются их уничтожить либо вредно влиять на их здоровье, половую сферу и т. п.

Следует упомянуть еще об одной довольно часто встречающейся форме бредовых идей, так называемом бреде ревности, или бреде супружеской неверности. Больной при этой форме бреда подозревает, что жена его заводит тайные связи с другими мужчинами – он это заметил по ее смущенному виду, по беспорядку в прическе и прочему. Та же форма бреда может встречаться и у женщин, убежденных в измене своего мужа, видящих во всякого рода ничего не значащих мелочах доказательства половых связей мужа с другими женщинами.

Навязчивые идеи

Навязчивыми идеями называются представления и мысли, непроизвольно вторгающиеся в сознание больного, который понимает всю нелепость их и в то же время не может с ними бороться.

Навязчивые, идеи составляют сущность симптомокомплекса, который носит название синдрома навязчивых состояний. В состав этого синдрома наряду с навязчивыми мыслями входят навязчивые страхи (фобии) и навязчивые влечения к действиям. Обычно эти болезненные явления не встречаются порознь, а бывают тесно связаны друг с другом, составляя вместе навязчивое состояние.

Характерным для навязчивых состояний является признак их доминирования в сознании при наличии критического отношения к ним со стороны больного. Как правило, личность больного борется с ними, причем эта борьба принимает иногда чрезвычайно мучительный для больного характер.

Навязчивые мысли иногда могут эпизодически появляться и у психически здоровых. Они связаны нередко с переутомлением, иногда возникая после бессонной ночи, и обычно носят характер навязчивых воспоминаний (какой-либо мелодии, строки из стихотворения, какого-либо числа, имени, зрительного образа и проч.). Часто навязчивое воспоминание по своему содержанию относится к какому-либо тяжелому переживанию устрашающего характера. Основное свойство навязчивых воспоминаний заключается в том, что, несмотря на нежелание о них думать, мысли эти навязчиво всплывают в сознании здорового человека.

У больного навязчивые мысли могут наполнить все содержание мышления и нарушить нормальное его течение.

Навязчивые мысли отличаются от бредовых идей тем, что, во-первых, больной к навязчивым мыслям относится критически, понимая их болезненность и необоснованность, во-вторых, тем, что навязчивые мысли обычно носят непостоянный характер, часто возникая эпизодически, как бы приступами, в-третьих, они не обязательно возникают на болезненной почве.

Характерными при навязчивом мышлении являются сомнения, неуверенность, сопровождаемые напряженным чувством тревоги. Это эмоциональное состояние тревожной напряженности является специфическим фоном навязчивых состояний.

Содержание болезненных навязчивых мыслей может быть разнообразным. Чаще всего встречается так называемое навязчивое сомнение, которое в нерезко выраженной форме периодически может наблюдаться и у здоровых. У больных навязчивое сомнение приобретает весьма тягостный характер. Больной вынужден постоянно думать о том, например, не

загрязнил ли он себе рук прикосновением к ручке дверей, не внес ли он в дом заразу, не забыл ли потушить свет, спрятал ли он важные бумаги, правильно ли написал или сделал то, что ему было нужно, и т. д.

Навязчивые состояния нередко проявляются в виде страха. Навязчивые страхи являются весьма тягостным переживанием, выражающимся в немотивированном страхе с сердцебиением, потливостью и так далее, навязчиво возникающем в связи с какой-либо, часто самой обычной, жизненной ситуацией. Сюда относятся: страх перейти через большие площади или через широкие улицы – боязнь пространства; страх перед замкнутым, тесным пространством, например, боязнь узких коридоров, сюда же можно отнести навязчивый страх при нахождении среди толпы людей; навязчивая боязнь острых предметов – ножей, вилок, булавок, например боязнь проглотить гвоздь или иголку в пищу, боязнь покраснеть, которая может сопровождаться покраснением лица, но может быть и без покраснения, загрязнения; страх смерти. Описано множество других видов фобий вплоть до навязчивого страха перед возможностью появления самого страха.

Навязчивые влечения к действиям также частично связаны с навязчивыми мыслями, а, кроме того, со страхами, и могут вытекать непосредственно как из тех, так и из других. Навязчивые влечения к действиям выражаются в том, что больные чувствуют непреодолимую потребность совершать тот или иной поступок. После совершения последнего больной сразу успокаивается. Если больной пытается сопротивляться этой навязчивой потребности, то он переживает очень тяжелое состояние эмоциональной напряженности, от которого он может избавиться, лишь совершив навязчивое действие.

Навязчивые влечения к действиям могут быть разнообразными по своему содержанию: стремление к частому мытью рук, навязчивая потребность считать какие-либо предметы (ступеньки лестниц, окна, проходящих мимо людей и т. д.), читать встречающиеся на улице вывески, стремление произносить циничные ругательства (иногда шепотом), особенно в неподходящей обстановке, стремление к совершению поджогов (пиромания), краже различных вещей (клептомания).

Иногда больные придумывают различные сложные защитные ритуалы для того, чтобы освободить себя от сомнений и страхов.

Сверхценные идеи

Они занимают промежуточное место между навязчивыми и бредовыми идеями. Под сверхценными идеями следует понимать ошибочные либо односторонние суждения или группы суждений, которые вследствие своей резкой аффективной (чувственной) окраски получают перевес над всеми остальными идеями, причем доминирующее значение этих идей держится в течение длительного времени. Другими словами, в отличие от навязчивых состояний они положительно эмоционально окрашены. Это определение сверхценных идей показывает, что такого рода идеи могут встречаться как у нормальных людей, так и у психически больных. Причем возникают эти идеи не против желания субъекта, а в силу его чувственной потребности в них. Сверхценные идеи – это глубокое убеждение, которое человек ценит, которым он дорожит. Сверхценные идеи можно встретить у ученого, сильно увлеченного какой-либо теорией, не имеющей реального обоснования; художника, захваченного определенной фантастической идеей; у религиозного фанатика, глубоко преданного своим убеждениям, и т. д. Сверхценные идеи могут вырастать на основе борьбы за нарушенные права, за неосуществимые изобретения. Сверхценные идеи тесно спаяны со всей личностью субъекта. Формально механизмы мышления при сверхценных идеях не нарушаются. Кроме того, сверхценные идеи в какой-то мере поддаются коррекции, иначе говоря путем веских логических доводов, нередко с большим трудом, все же удается убедить субъекта в ошибочности его суждения.

В норме каждая идея, каждое суждение имеет для субъекта ту или иную ценность. Сверхценные же идеи, вследствие своей чувственной аффективной окраски и связанным с ней содержанием, непомерно властвуют над мышлением и уже в норме с трудом поддаются критической оценке со стороны субъекта. В силу резко выраженной спаянности сверхценных идей с личностью субъекта достоверность их для данного субъекта не подлежит сомнению.

При сверхценных идеях заряженность их чувством (аффектом) так сильна, что они с большим трудом поддаются логическому убеждению. Корректирование сверхценной идеи состоит не только в осознании субъектом ее ошибочности, но еще и в том, что она должна потерять доминирующее значение в ряде других суждений.

Расстройства эмоций

Понятие эмоций

Если внимание, память и другие проявления психической деятельности человека остаются как бы за занавесом, то его эмоциональное восприятие окружающего и своих переживаний все время находится на авансцене.

Удовлетворенность или неудовлетворенность, интерес или равнодушие, беспокойство, подавленность, опасение, страх, предвкушение приятного, воодушевление, радость, – любое из этих состояний накладывает своеобразный отпечаток на весь облик человека. Именно в эмоциональной сфере наиболее ярко проявляются те или иные особенности каждого человека, его отношение к себе, к своим близким, к друзьям и врагам. Эмоции как бы «освещают» и «окрашивают» в те или иные тона интеллект, интересы, искания человека.

Эмоция или чувство способны существенно повлиять на течение других психических процессов, ускорить или замедлить мыслительную деятельность, сделать ее более продуктивной или наоборот.

Эмоциями называют определенные переживания, которые выражают субъективное отношение человека к окружающему и к самому себе, на пути к удовлетворению своих потребностей.

Нелегко отграничить эмоция от близких к ним явлений. Одни ученые склонны отождествлять эмоции с потребностями живых организмов, другие с инстинктами, третьи – с так называемыми мотивациями. Однако все это хотя и близкие, но разные явления. Эмоции могут быть связаны с потребностями, инстинктами или мотивациями, входить в них в качестве составной части, но отождествлять эти понятия нельзя. Одна и та же эмоция может возникнуть по самым различным поводам. Скажем, эмоция удовольствия сопровождает удовлетворение потребности и в пище, и в одежде, и в чтении хорошей книги.

Предложены несколько теорий, объясняющих возникновение эмоций у человека.

Согласно одной из них простые, элементарные эмоции возникают как результат обобщения испытываемых ощущений и стремлений. Они направлены на поддержание жизни организма и обеспечение продолжения рода. Возникнув на каком-то раннем этапе развития живого, простые эмоции оказались полезны организмам, так как обеспечили им хотя и приблизительную, но зато быструю обобщенную оценку воздействующих на них раздражителей, оценку того, что происходит внутри организма и в окружающей его среде. Это позволило организмам быстро и в большинстве случаев правильно, т. е. выгодно для себя, реагировать на постоянно возникающие изменения условий существования и, таким образом, приспосабливаться к этим изменениям.

Другая теория предполагает, что механизмы эмоций включаются в тех случаях, когда ситуация оказывается не совсем понятной, не совсем ясной, «странной». Согласно такой информационной теории эмоций последние возникают при недостатке сведений, необходимых для достижения цели. Замещая, компенсируя этот недостаток, они обеспечивают продолжение действий, способствуют поиску новой информации и тем самым повышают надежность живой системы.

В зависимости от силы, влияния на активность человека эмоции делят на стенические («стенос» – по-гречески означает силу) и астенические (частица «а» означает отрицание). Стенические – это те, что возбуждают, активируют (радость, гнев), а астенические, наоборот, подавляют активность, действуют угнетающе (страх, тоска). Выделяют также положительные (радость) и отрицательные (страх, гнев) эмоции, ибо им как чувственным переживаниям прежде всего свойственны именно полярные характеристики (приятное – неприятное).

Известно, что человек унаследовал механизм эмоций от своих животных предков. Поэтому часть эмоций человека совпадает с эмоциями животных, например ярость, страх. Это простейшие эмоции, связанные с удовлетворением органических потребностей. С развитием мышления и разума, а также высших человеческих потребностей на базе простейших эмоций сформировались более сложные – человеческие чувства.

Таким образом, различают простые эмоции и эмоции высшего порядка – чувства. Эмоции в процессе эволюции возникли раньше чувств, они свойственны не только человеку, но и животным, и выражают отношение к удовлетворению физиологических потребностей. Чувства развились на базе эмоций, при взаимодействии с разумом, с интеллектом, в ходе формирования общественных взаимоотношений и свойственны они лишь человеку.

Чувство – это одна из форм отражения действительности, выражающая субъективное отношение человека к удовлетворению своих потребностей, к соответствию или несоответствию чего-либо его представлениям.

Чувства условно делят на этические (моральные, нравственные), интеллектуальные (познавательные) и эстетические. Этические чувства формируются у человека в процессе воспитания. В их основе лежит знание норм поведения, требований морали, принятых в данном обществе. К этическим чувствам относятся чувство товарищества, дружбы, раскаяния, долга и т. п. Факторы, обуславливающие те или иные этические чувства, в определенной степени изменчивы и во многом зависят от принятых в данный период в данном обществе норм поведения, требований морали.

Познавательные чувства можно рассматривать как двигатель прогресса человеческого общества. Первая ступень познания – стремление к чувственному исследованию с целью выявить приятное или неприятное. Со временем познавательные чувства усложняются, среди них появляются такие, как чувства догадки, недоумения, сомнения, удивления, чувство жажды познания, поиска, в том числе и научного.

Эстетические чувства в процессе отражения человеком действительности занимают особое место. В основе их лежит способность к восприятию гармонии и красоты. Возникновение и сущность эстетических чувств невозможно понять вне связи с такими категориями, как художественный образ и эстетический вкус. Художественный образ – объект, вызывающий эстетические чувства. Это может быть природный ландшафт, произведение искусства, удовлетворяющее требованиям эстетики промышленное изделие и т. д. Восприятие произведений искусства может вызвать у человека и гнев, и радость, и жалость, и печаль, и презрение. При частом повторении эстетические чувства входят в «эмоциональный фонд» человека, обогащают его, делают доступным для него понимание таких переживаний, с которыми он сам в жизни не сталкивался, да и не может столкнуться. Эти чувства начинают влиять на его поведение, и в этом, возможно, облагораживающее значение искусства.

Английские социологи установили, что дети, которые учатся или учились музыке, совершают в шесть раз меньше правонарушений, чем их сверстники, лишенные музыкального воспитания. Утрата эстетических вкусов равносильна утрате счастья и, может быть, вредно отражается на умственных способностях, а еще вероятнее – на нравственных качествах, так как обедняет эмоциональную сторону нашей жизни.

В эмоции выделяют две составные части: первую (и главную) – субъективное, эмоциональное переживание (приятного или неприятного характера) и вторую – эмоциональное выражение, т. е. сопутствующие этому переживанию изменения мимики, жестов, позы, а также вегетативные реакции (покраснение или побледнение лица, сердцебиение и т. д.).

Внешнее выражение – мимика, жесты, поза – очень важный, хотя и весьма индивидуальный, изменчивый элемент эмоций. Путем внешних выразительных движений достигается значительное воздействие субъекта на окружающих его людей, «заразительность» эмоций. Не случайно этими приемом умело пользуются и актеры и ораторы, чтобы увлечь зрителя и слушателя. В мимике (выразительные движения лица) и пантомимике (выразительные движения всего тела) могут найти свое отображение самые тонкие оттенки тех или других эмоциональных переживаний.

Все многоцветие эмоций можно условно разделить на настроения, страсти и конфликтные эмоциональные состояния (аффекты, стрессы, фрустрации).

Настроение – эмоциональное состояние, которое обычно не бывает чрезмерно ярким, но зато характеризуется относительной устойчивостью. Настроение может быть грустным или спокойно-умиротворенным; тревожным или тоскливым, торжественным или веселым. Оно является, по сути дела, фоновым эмоциональным состоянием – эмоциональным фоном.

Страсть – сильное и глубокое длительное эмоциональное состояние. Страсть подчиняет себе основную направленность мыслей и поступков человека, стимулирует его к активной деятельности, целью которой является удовлетворение совершенно определенных желаний. Алкоголик испытывает страсть к спиртным напиткам, карточный игрок к картам.

Конфликтные эмоциональные состояния

Аффекты – обычно кратковременные, но предельно яркие, бурные эмоциональные вспышки (восторг, гнев, ярость, ужас и т. п.), состояния эмоционального возбуждения высшей степени. И. Кант сравнивал аффект с водой, прорвавшей плотину, тогда как страсть, по его мнению, действует как поток, который все глубже и глубже прокапывает свое ложе. Аффекты, как правило, возникают в связи с совершенно определенными раздражителями и поэтому всегда конкретно направлены. В состоянии аффекта человек действует под влиянием главным образом эмоций. Контроль со стороны сознания при этом ослаблен, и возможны мгновения, во время которых действия вообще ускользают из-под контроля рассудка. Аффекты являются крайней степенью эксплозивности – эмоциональной неустойчивости, возбудимости, взрывчатости, вспыльчивости, гневливости.

Аффектами называются чрезвычайно сильные, быстро возникающие в ответ на сильный внешний раздражитель и бурно протекающие кратковременные эмоциональные состояния. Аффекты возникают большей частью внезапно и продолжаются иногда всего несколько минут. В состоянии аффекта сознание, способность представлять и мыслить суживаются, подавляются. При этом сильное эмоциональное возбуждение проявляется в бурных движениях, в беспорядочной речи, часто в выкриках. Действия человека при аффектах проявляются в виде «взрывов».

Содержание юридического понятия сильного душевного волнения охватывается сложившимся в психологии понятием физиологического аффекта как чрезвычайно сильного, быстро возникающего и бурно протекающего кратковременного эмоционального состояния.

Аффекты возникают большей частью внезапно и продолжаются иногда всего несколько минут. В состоянии аффекта сознание, способность представлять и мыслить суживаются, подавляются. При этом сильное эмоциональное возбуждение проявляется в бурных движениях, в беспорядочной речи, часто в выкриках. Действия человека при аффектах проявляются в виде взрывов.

Исторически определение «физиологический» было введено, чтобы подчеркнуть отличие простого, нормального аффекта от патологического, показать, что его физиологическую основу составляют естественные для здорового человека нейродинамические процессы. В связи с тем что причины физиологических явлений, наблюдающихся при аффекте, имеют психологическую природу, диагностика и исследование физиологического аффекта относятся к компетенции психолога. В психологии аффектами называют сильные и относительно кратковременные эмоциональные переживания, сопровождаемые резко выраженными двигательными и висцеральными проявлениями. Они рассматриваются как временные психические изменения, не имеющие болезненного характера. Физиологический аффект – такое эмоциональное состояние лица, при котором оно является вменяемым, однако его сознание существенно ограничено.

Патологический аффект рассматривается как острое кратковременное психическое расстройство, возникающее внезапно и характеризующееся следующими особенностями:

- 1) глубокое помрачение сознания;
- 2) бурное двигательное возбуждение с автоматическими действиями;
- 3) полная последующая амнезия совершенных действий.

Состояние патологического аффекта отличается крайней напряженностью и интенсивностью переживаний, а действия, совершенные в этом состоянии, обладают большой разрушительной силой. В большинстве случаев вспышка патологического аффекта завершается более или менее длительным и глубоким сном.

Таким образом, патологический аффект – болезненное состояние психики и поэтому может быть правильно оценено и исследовано только врачом-психиатром.

Причинами возникновения физиологического аффекта являются:

- 1) обстоятельства, угрожающие физическому существованию человека, связанные с его биологическими инстинктами и потребностями, например прямая или косвенная угроза жизни;
- 2) аффект может быть вызван поступками окружающих, затрагивающими самооценку человека, травмирующими его личность.

Физиологический аффект может возникнуть только в ситуации, имеющей специфические признаки, при этом сила и глубина аффективной вспышки не обязательно прямо пропорциональна объективной силе раздражителя (насилия, оскорбления), поскольку одна и та же ситуация может отразиться в сознании субъекта по-разному, в зависимости от особенностей его личности, психического состояния. Аффект возникает в уже сложившейся конкретной ситуации и служит для субъекта своеобразной формой выхода из нее, разрядкой. В аффектогенной ситуации человек обязательно должен действовать и испытывает в этом непреодолимую потребность, но подходящих способов действия не находит. Это противоречие и вызывает аффект. Если человек ясно видит возможности адекватного поведения, аффект не наступает.

Наличие конфликтной ситуации является обязательным, но не достаточным условием для возникновения аффекта. Другое условие – комплекс устойчивых индивидуально-психологических особенностей личности и временное состояние субъекта, попавшего в конфликтную ситуацию. Обстоятельства, вызывающие аффект у одного человека, не нарушают стройной системы поведения у другого.

Предрасполагающими к развитию аффективных состояний индивидуально-психологическими особенностями являются:

1) комплекс врожденных свойств нервной системы (тип высшей нервной деятельности). Установлено, что аффекты чаще возникают у людей с так называемым слабым типом нервной системы, который характеризуется легкой возбудимостью, повышенной чувствительностью к раздражителям, низкой устойчивостью к сильным раздражителям, часто – инертностью нервных процессов;

2) специфическая структура личности, в частности особенности ее самооценки. Известно, что люди с высокой, но недостаточно устойчивой самооценкой болезненно реагируют на оценки и замечания окружающих, их легко травмировать, вывести из состояния равновесия, разрушив тем самым привычную программу поведения;

3) возрастные особенности субъекта. У детей ярче выражена зависимость поведения от оценок окружающих, а недостаточно сформированная система самоконтроля не дает возможности избежать аффективных вспышек в условиях, где взрослому это удастся относительно легко. В пожилом возрасте постепенно уменьшается устойчивость по отношению к аффективным переживаниям, повышается раздражительность, что увеличивает вероятность возникновения физиологического аффекта у пожилых людей;

4) временные функциональные психофизиологические состояния, нарушающие устойчивость человека к аффектогенной ситуации. К ним относятся усталость, бессонница, периоды менструаций у женщин и т. д.

В состоянии аффекта в структуре сознания могут возникать изменения, приводящие к снижению возможности осознания совершаемых действий (сознательная деятельность затормаживается) и уменьшающие способность человека контролировать свои действия, руководить ими. Поэтому аффективные состояния характеризуются, как состояния пониженной правоспособности.

Физиологический аффект может возникать как при первичном или однократном появлении аффектогенной ситуации, так и в результате постепенного накопления аффективных переживаний. В связи с этим выделяют два основных типа аффектов – классический и кумулятивный.

Классический аффект – стремительная, бурно протекающая эмоциональная реакция взрывного характера.

В отличие от классического аффекта первая фаза кумулятивного аффекта обычно сильно растянута во времени – от нескольких месяцев до нескольких лет. Сам по себе аффективный взрыв может наступить и по незначительному поводу, который играет роль «последней капли».

Стресс (в переводе с английского означает «напряжение») – это эмоциональное состояние, связанное с тотальной мобилизацией сил на поиск выхода из создавшегося опасного положения, на достижение необходимого приспособительного эффекта. Введено данное понятие канадским ученым Гансом Селье в 1936 г.

В развитии стрессового состояния выделяются 3 этапа:

- 1) реакция тревоги;
- 2) стадия сопротивления;
- 3) истощение.

Реакция тревоги состоит из фазы шока (депрессия центральной нервной системы) и фазы противошока (когда восстанавливаются нарушенные психические функции). Стадия сопротивления характеризуется возникновением устойчивости к действию стрессоров. При длительном воздействии стрессоров силы организма иссякают и наступает стадия истощения, возникают дистрофические процессы, приводящие иногда к гибели организма.

Психическими стрессорами являются те воздействия, которые сами люди оценивают как очень вредные для своего благополучия.

Фрустрация (в переводе с латинского языка означает «катастрофа, крушение планов, тщетное ожидание») – это конфликтное, отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в связи с крахом надежд, неожиданно возникшими препятствиями на пути достижения высокозначимых целей. Это состояние человека, выражающееся в характерных особенностях переживаний и поведения и вызываемое объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или к принятию решения. Фрустрация проявляется только тогда, когда степень неудовлетворения выше того, что человек может вынести.

Выделяют 3 типа ситуаций, которые вызывают состояние фрустрации.

1. Ситуация лишения, т. е. отсутствие необходимых средств для достижения цели или удовлетворения потребности.
2. Ситуация потери (смерть близкого человека, потеря жилья и т. д.).
3. Ситуация конфликта (например, любовный треугольник).

Психические состояния при потере, лишении и конфликте весьма различны. Однако можно выделить некоторые типичные состояния, которые часто встречаются при действии фрустраторов, хотя они и проявляются каждый раз в индивидуальной форме. Прежде всего, это агрессия. Типическое состояние в данном случае характеризуется острым, часто аффективным переживанием гнева, импульсивной беспорядочной активностью, злостью, в ряде случаев желанием на ком-то или на чем-то «сорвать зло», грубость.

Выражением фрустрации можно считать фиксацию. Этот термин можно понимать в двух смыслах. Часто он понимается как стереотипность, повторность действий. Понимаемая таким образом фиксация означает активное состояние, но в противоположность агрессии это состояние ригидно, консервативно, никому не враждебно, оно является продолжением прежней деятельности по инерции тогда, когда эта деятельность бесполезна или даже опасна. Но фиксацию можно понимать и как своего рода прикованность к фрустратору, который поглощает все внимание, вызывает потребность длительное время воспринимать, переживать, анализировать фрустратор. Здесь уже проявляется стереотипность не движений, а восприятия и мышления. Особая форма фиксации – в ответ на действие фрустраторов – капризное поведение.

Активной формой проявления фрустрации является также уход в отвлекающую, позволяющую «забыться» деятельность.

Фрустрация может проявиться в депрессивных состояниях. Депрессию можно рассматривать как нечто противоположное агрессии. Ее нельзя отождествлять с фиксацией, для которой характерна своеобразная маниакальность. Для депрессии типичны чувство печали, сознание неуверенности, бессилия, безнадежности, а иногда отчаяния. Особой разновидностью депрессии являются состояния скованности и апатии, как бы временного оцепенения.

К типичным для фрустрации реакциям можно отнести регрессию. Регрессия – это возвращение к более примитивным, а нередко и инфантильным формам поведения, а также понижение под влиянием фрустратора уровня деятельности, как той, которая блокируется, так и другой.

Одной из типичных черт фрустрации является эмоциональность, поэтому и возникают эмоциональные реакции.

Фрустрация различается по длительности. Характеризующие фрустрацию психические состояния могут быть краткими вспышками агрессии или продолжительными настроениями, в некоторых случаях оставляющими заметный след в личности человека.

Фрустрации, как и всякие психические состояния, могут быть:

1) типичными для характера человека (например, агрессивное состояние более типично для человека несдержанного, грубого, а депрессия – для человека неуверенного в себе);

2) нетипичными, но выражающими начало возникновения новых черт характера (например, агрессия может быть у человека сдержанного, но становящегося несдержанным вследствие воздействия фрустратора);

3) эпизодическими, приходящими (бывают такие фрустраторы, которые у самого «мирного», спокойного человека вызывают агрессию, но это состояние не проникает «вглубь» человека, оставаясь лишь ситуационным эпизодом).

Основные виды расстройств эмоций

Маниакальное состояние или мания

В основе этого расстройства эмоциональной сферы лежит повышенное настроение, достигающее патологической степени, которое зависит не столько от внешних, сколько от внутренних факторов. Непонятное, не вытекающее из ситуации и обстоятельств жизни данного больного, это патологическое повышение настроения складывается из ощущения бодрости, свежести, необычного прилива сил. На фоне повышенного настроения могут возникать аффективные реакции (вспышки гнева), вызванные внешним фактором. У таких больных отмечается ускорение всей психической деятельности, в том числе и двигательной. Больной балагурит, привлекая к себе внимание окружающих, затевает какие-либо проказы и шумные игры.

Депрессивное состояние

Для него характерны симптомы, прямо противоположные тем, которые встречаются при маниакальном состоянии. Главным здесь является подавленность эмоциональной сферы – тоска, уныние, мрачные предчувствия, ощущение дискомфорта. Эту тоску можно назвать витальной, поскольку она связана с ощущением соматического неблагополучия. Причем, эта тоска может быть настолько сильной, что человек может покончить с собой. При депрессивных состояниях в отличие от маниакального конфликтов почти не бывает, но депрессия иногда так выражена, что больного нельзя оставлять без надзора из-за опасности самоубийства.

Эйфория

У здоровых людей – это состояние довольства, блаженства, благодушия. У больных – патологически приподнятое настроение, не адекватное ни окружающей действительности, ни физическому состоянию больного. Известно, что при некоторых тяжелых заболеваниях (туберкулез, болезни сердца) наблюдается несоответствие между физическим состоянием человека и его настроением. Больные, например, радостны, беспечны, полны радужных планов, а вместе с тем они доживают последние дни. В отличие от маниакального состояния радостное, эйфорическое состояние может сопровождаться общей вялостью, с ослаблением всех психических функций, при отсутствии интеллектуальной живости и стремления к деятельности, при наличии более или менее выраженного слабоумия. Повышенное настроение, нередкоходящее до степени эйфории, с ощущением беспричинного веселья и полного благополучия, наблюдается у пьяных и наркоманов.

Дисфория – («дис» – разлад) – расстройство, при котором наблюдается немотивированное тоскливо-злобно-раздражительное настроение. Начинаются эти расстройства внезапно, без видимого повода и также неожиданно заканчиваются. Продолжительность этих состояний колеблется от нескольких часов до нескольких дней. Больной не находит себе места, ничем не может заняться, становится придирчивым, по незначительному поводу вступает в пререкания и ссоры с окружающими, нередко становясь агрессивным.

Эмоциональная лабильность (подвижность, легкость, неустойчивость). В норме повышенная эмоциональная возбудимость свойственна детям, особенно в дошкольном возрасте. Эмоциональная лабильность бывает и при неврозах. Такие больные плачут в кино, при чтении и вообще по малейшему поводу. Здесь сочетается повышенная возбудимость и неумение одерживать эмоции.

Крайняя степень эмоциональной лабильности проявляется в эмоциональном слабодушии, или «недержании» эмоций, что встречается при атеросклеротических поражениях головного мозга у лиц пожилого возраста, при прогрессивном параличе и некоторых других заболеваниях.

Амбивалентность – двойственность, противоречивость эмоций с одновременным сочетанием, например, любви и ненависти к одному и тому же человеку. Элементы, такой двойственности, умеренно выраженные, имеют место и у здоровых людей. Недаром говорят: «От любви до ненависти один шаг». Поведение человека определяется не одним стремлением, а взаимодействием многих. Поэтому удовлетворение одних стремлений в то же время может сочетаться с неудовлетворением других. Отсюда смешение положительных и отрицательных чувств, двойственные (амбивалентные) чувства. Очень часто вступают в конфликт высшие чувства с теми чувствами, которые мы относим к более простым. Например, чувство чести и чувство долга вступают в конфликт с чувством страха.

Неадекватность эмоций

К частым симптомам нарушения чувственной сферы относится неадекватность эмоций. Переживания при этом не соответствуют случаю, вызвавшему их. Так, например, встреча с близкими и ранее любимыми людьми вызывают чувство досады или недовольства и, наоборот, неприятное известие радует.

Эмоциональная тупость

В результате некоторых тяжелых психических заболеваний наступает опустошение эмоциональной сферы, развивается эмоциональная тупость. Даже при тщательном наблюдении у больных с этим расстройством не удается вызвать какой-либо чувственной реакции. С полным безразличием относятся они к собственному положению, к судьбе близких, радости и горю. Внешний вид этих больных обычно говорит сам за себя. У них нет желаний, нет мотиваций. Они ничего не хотят; не ходят двигаться, и их приходится выводить на прогулку помимо их воли, не хотят принимать пищу, и их зачастую кормят насильно. Больные с эмоциональной тупостью часами неподвижно сидят или лежат с окаменевшим лицом; взгляд их потухший, поза безвольная. Они живы, но ко всему безразличны, и это приводит их к полной пассивности, безынициативности, инертности. Особенно характерен этот симптом для шизофрении.

Расстройства инстинктов

Понятие инстинкта

Инстинкт – (от лат. «побуждение») – непроизвольная приспособительная деятельность, обусловленная врожденными механизмами и проявляемая обычно в форме влечений.

Существуют влечения врожденные, первичные – их мы называем также основными (это и есть собственно инстинкты), и влечения, приобретенные в течение жизни, вторичные. Что касается приобретенных влечений, или вторичных влечений, то их число теоретически бесконечно, как бесконечен процесс приобретения знаний и опыта. К основным относят инстинкт самосохранения, пищевой и половой. Все остальные являются производными от них.

Воспитание человека в значительной степени строится в направлении выработки способности подавления инстинктивной деятельности. В деятельности высшей нервной системы у человека ведущее значение приобретает активность коры головного мозга, которая все в большей степени подавляет подкорковые инстинктивные механизмы. Когда деятельность коры ослаблена и нарушается контроль над нижележащими подкорковыми образованиями (например, в состоянии сна, при употреблении наркотических веществ или алкоголя, у психически больных), инстинкты растормаживаются.

Основные виды расстройств инстинктов

Расстройства влечений могут выражаться в ненормальном усилении, уменьшении, исчезновении или в качественном извращении.

Нарушения пищевого влечения

Болезненное усиление влечения к пище у психически больных проявляется в прожорливости, ненасыщаемости. Иногда отмечается извращение влечений к пище (больной поедает различные несъедобные вещества, а иногда просто опасные для его здоровья). Извращение влечения к пище иногда доходит при шизофрении до поедания экскрементов.

Но наиболее важной формой патологии пищевого инстинкта, наблюдающейся в психиатрической клинике, являются отказы от пищи. Длительное прекращение приема может явиться угрозой для жизни.

Причины отказов от еды могут быть разные. У некоторых больных они обусловлены потерей аппетита, ослаблением или полным отсутствием жажды и голода. У других они связаны с галлюцинациями – обонятельными, вкусовыми, зрительными, слуховыми. Больные не принимают пищу потому, что ощущают исходящий от нее гнилостный, трупный запах или отвратительный, тошнотворный вкус. Иногда больным кажется, что в поданной им пище содержится какой-то порошок, стекло, грязь, или они видят в ней копошащихся живых червей. Иногда больные слышат голоса, которые запрещают им есть, и под влиянием таких императивных галлюцинаций упорно отказываются от приема пищи. Важное значение имеют отказы от пищи по бредовым мотивам. Больные с бредом самообвинения не едят потому, что считают себя «великими грешниками» и «не имеют права», «не заслужили» есть государственный хлеб; если они будут есть, то «дети останутся без пищи, погибнут голодной смертью». Больные с бредом отравления отказываются от еды, так как пища якобы дана им с целью отравить. Прекращение приема пищи переносится больными по-разному. Тут играют роль физическое состояние, телесное здоровье. Слабые и возбужденные больные трудней переносят голодание и через сравнительно короткий промежуток времени может возникнуть угроза для их жизни. В таких случаях, если преодолеть отказ от еды не удастся различными медикаментозными средствами, кормлением из рук родных или медперсонала, приходится прибегать к искусственному кормлению.

Особое значение в психиатрической практике имеет глубокое подавление у психически больных *инстинкта самосохранения*, выражающееся в самоповреждениях и самоистязаниях, в попытках к самоубийству. Поскольку психически больные не отдают отчет в своих действиях в таких случаях и не могут руководить сознательно своими поступками, охрана их жизни и здоровья – долг и обязанность лечащих врачей. Важно выяснить причины такого болезненного поведения, а они самые различные. Больные могут наносить себе тяжкие повреждения и увечья во время тяжелых делирических и депрессивных состояний, под влиянием императивных слуховых галлюцинаций, когда голоса им приказывают изувечить себя, при бреде самообвинения в порядке самонаказания за их мнимые преступления, под влиянием навязчивых мыслей и т. д.

Иногда больные по бредовым мотивам наносят себе особенно жестокие увечья, вырывают язык, отрезают части тела, выдавливают глаза. Также невероятно настойчивыми и самыми неожиданными бывают попытки больных совершить самоубийство.

Влечение к самоубийству обычно связано с психическим расстройством, иногда совсем кратковременным, при так называемых импульсивных состояниях. В отличие от навязчивых состояний импульсивные влечения и действия представляют собой остро возникающие побуждения и стремления, подчиняющие себе сознание и поведение больного. С их возникновением подавляются остальные желания и представления. Часто при этом поведение больного, охваченного импульсивным действием, идет вразрез с обстоятельствами и ситуацией, однако он не может бороться с этим патологическим состоянием. Они нередко встречаются у душевнобольных, например у эпилептиков и шизофреников. Значительно чаще кончают жизнь самоубийством психически больные, страдающие галлюцинаторными переживаниями, при депрессивных состояниях, при бреде греховности, самоуничижения, самообвинения.

Нередко кончают жизнь самоубийством психопаты – люди психически неполноценные, болезненное состояние которых не доходит до уровня психоза.

Самоубийство (по определению ВОЗ) – результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода.

Среди всех причин смерти в странах Европы самоубийство стоит на втором месте после несчастных случаев.

В РФ в 2001 г. регистрировалось 39 завершенных суицидов на 100 тыс. населения.

В результате проведенных исследований установлено, что суицидальные попытки совершают в основном психически здоровые лица (на учете у психиатра состояли около 13%), в условиях социальной или психологической дезадаптации.

Среди способов суицидов преобладает отравление, самоповешение. Чаще кончают жизнь самоубийством мужчины трудоспособного возраста в состоянии алкогольного опьянения по социально-бытовым и личным мотивам.

Нарушения полового инстинкта

Расстройства полового инстинкта могут выражаться:

- а) в ненормальном усилении;
- б) в уменьшении, исчезновении;
- в) в качественном извращении.

Что касается ненормального усиления или ненормального снижения полового влечения, то при этом нужно считаться с тем, что и в норме существуют довольно значительные индивидуальные отличия в этом отношении, связанные с рядом факторов (темперамент, моральный уровень личности, возможность волевого управления своими инстинктами, возраст).

Резкие отклонения от этих, правда очень широких, вариантов нормы должны оцениваться как патологические расстройства влечений. К ним относятся резкое снижение или отсутствие полового влечения. В большинстве случаев, если это расстройство приобретает постоянный или длительный характер, оно является результатом органического поражения нервной системы, шизофрении, ряда интоксикаций, воздействия физических агентов и др. Так называемая фригидность у женщин чаще связана с психогенными причинами, дисгармонией сексуальной жизни.

Противоположное описанному расстройству – резкое повышение полового влечения. Эта гиперсексуальность носит название сатириазиса у мужчин и нимфомании у женщин (нимфы и сатиры – божества древних греков). Повышение полового влечения у большинства больных носит неодолимый, нередко навязчивый характер, возникает импульсивно, при-

обретает сверхценное значение для личности, а иногда превращается в сверхценные идеи, определяя весь психический склад личности, круг ее интересов.

Парафилии

Заметное место в психиатрической клинике занимают нарушения полового влечения (сексуальные перверзии, парафилии). Под перверзиями (от лат. – «перверзус», «извращенный») следует понимать патологическое извращение полового влечения и формы его удовлетворения, отличающиеся от физиологического способа половой близости.

Различные типы парафилий можно сгруппировать по следующим категориям:

1) жертвенные парафилии (один из партнеров играет роль наказуемого – садизм; мазохизм);

2) хищнические парафилии (ситуация, когда сексуальные отношения ассоциируются только с применением насилия);

3) меркантильные парафилии (сексуальное возбуждение возникает при демонстрации испорченности и развращенности во время полового акта);

4) фетишизм (явление, при котором необходимым компонентом полового акта является какой-либо символ);

5) избирательные парафилии (когда партнер может быть выделен только из группы индивидов, предпочтительных в качестве сексуальных партнеров – педофилия, геронтофилия, эфебофилия, зоофилия, некрофилия);

6) парафилии привлекательности (специфические этапы, предшествующие половому акту, становятся самой важной деталью, отделяя возбуждение от совокупления – эксгибиционизм, фротеризм).

Наиболее частой формой перверзий является гомосексуализм. Термин «гомосексуализм» (от греческого «гомойес» – «равный» и латинского «сексуалис» – «половой») впервые предложен в 1820 г. венгерским врачом Бенкертом для обозначения полового влечения к лицам одноименного пола.

Отличие от гетеросексуалов заключается в том, что они не могут иметь обычный вагинальный половой акт, но остальная сексуальная активность такая же: поцелуи, объятия, предварительные ласки, орально-генитальный и оральный секс. Во время половых сношений один или одна из партнеров играет активную (мужскую) роль, а второй или вторая – пассивную (женскую), но четкое распределение этих ролей при половых актах не всегда можно определить, особенно у женщин. Мужчины-гомосексуалисты, желая доставлять большее удовольствие друг другу, часто меняются ролями.

В зависимости от формы и способа реализации полового влечения выделяют взаимный онанизм, трение, орально-генитальные ласки (минет, куннилингус), ласки языком анального отверстия (аннилингус), половое сношение в прямую кишку (мужеложство). Формы поведения гомосексуалистов самые разные, как и у людей с гетеросексуальной направленностью. Они проявляются по-разному – от долгосрочных моногамных пар (гомосексуальный брак) до гомосексуального группового секса, от анонимных или разовых встреч до романтических длительных связей и ухаживаний.

Женский гомосексуализм называют лесбийской любовью или сафизмом по имени древнегреческой поэтессы Сафо, жившей на острове Лесбос и якобы одержимой этим влечением. Мужской гомосексуализм называют мужеложством или педерастией (от греческого «пейдерастия» – «любовь к мальчикам»). По данным многих авторов гомосексуализм, как мужской, так и женский, встречается примерно в 1–2 % случаев. Он является самой частой формой половой патологии. Мужской гомосексуализм очень опасен распространением вене-

рических заболеваний. Интересно, что в отличие от мужского, женскому гомосексуализму свойственна высокая агрессивность.

К числу других форм перверзий принадлежит и так называемый трансвестизм (или трансвестицизм – от лат. «вестум» – «одежда») – патологическое влечение к переодеванию в одежду противоположного пола, нередко сочетающегося с гомосексуальными тенденциями.

Транссексуализм проявляется стойким осознанием своей принадлежности к противоположному полу. Нормальное строение собственного тела и половых органов воспринимается транссексуалами как неправильное и противоестественное и сопровождается стремлением изменить пол любым путем.

Фетишизм («идол», «талисман» – франц.) – сексуальное влечение к различным одушевленным и неодушевленным предметам, частям тела и элементам одежды (бельевой фетишизм). Фетишем является конкретный зримый предмет, лишенный духовного содержания, это духовное содержание наполняется фантазиями, зачастую без учета реальной обстановки и чувств партнера. Варианты фетишизма необычайно разнообразны. Встречается фетишизм носа, рук, груди, ног, ягодиц, полной или худой фигуры, изуродованных ног или лица, косоглазия и длинных волос, бритого лобка и волос на лобке и т. д.

У женщин фетишизм чаще всего проявляется как притяжение к разного рода татуировкам, рубцам, бороде, усам, степени развития вторичного волосяного покрова, форме одежды (чаще мундирам) и т. п. Часто фетишем является тембр голоса мужчины, особенно тенор.

Чем больше оторван фетишизируемый признак от живого объекта, тем ярче выражена патология.

Мессалинизм (по имени жены римского императора Клавдия Мессалины, известной своим распутством, властолюбием и жестокостью) – форма сексуального поведения женщины, испытывающей потребность в частой смене сексуального партнера.

Различают фригидный мессалинизм (женщина, страдающая аноргазмией, – полной первичной фригидностью, меняет партнеров в надежде испытать оргазм), нимфоманический (женщина испытывает потребность во все новых и новых оргазмах), спортивный (женщина старается установить своеобразный рекорд), меркантильный (женщина отдается любому за вознаграждение). Некоторые формы мессалинизма могут проходить после излечения их первопричины (например, фригидности или нимфомании).

Эфебофилия – половое влечение взрослых людей к лицам подросткового и юношеского возраста, как к девушкам, так и к юношам. При этом сексуальное возбуждение стимулируется их физической незрелостью, неопытностью. Чаще встречается у мужчин. Влечение к девушкам-подросткам ближе всего к нормальной возрастной ориентации полового влечения и до сих пор в некоторых регионах считается социально приемлемым.

Формированию эфебофилии могут способствовать трудности, возникающие как у мужчин, так и у женщин, при контактах со сверстниками. Возможно развитие эфебофилии у лиц с половыми расстройствами. Возникновение эфебофилии у пожилых мужчин связано с угасающим половым влечением и другими сексуальными расстройствами, когда контакты с очень молодыми девушками используются как своеобразный допинг.

Педофилия – половое влечение к детям, к подросткам. Встречается часто в судебно-психиатрической практике в связи с привлечением к уголовной ответственности за развращение малолетних. Иногда термином «педофилия» обозначают наклонности к сексуальным контактам с детьми независимо от их пола, а термином «нимфофилия» определяют сексу-

альные наклонности мужчин по отношению к незрелым девочкам. Большинство педофилов – это либо мужчины преклонного возраста, либо мужчины с низкой половой способностью, боязливые, неуверенные в себе. Возникновению этих явлений способствует сохранность полового влечения при снижении потенции. Наблюдается главным образом в позднем возрасте у хронических алкоголиков.

В отличие от педофилии при геронтофилии наблюдается направленность полового влечения на лиц старческого (точнее – значительно старше себя) возраста. Тягу молодой женщины к стареющему мужчине некоторые специалисты объясняют ее неудовлетворенностью половыми контактами с молодыми людьми из-за их полового эгоизма, недостаточности внимания и ласки, ускоренной эякуляции, большой сексуальной потребности и т. п. Влечение молодых мужчин к женщинам пожилого и старческого возраста часто вызывается их неуверенностью в своих сексуальных способностях в связи с бытующим мнением о половой ненасытности молодых женщин.

Зоофилией, или содомией (по названию библейского города Содом), называют направленность полового влечения на животных. Половые контакты человека с животными нашли широкое отражение в мифологии и искусстве. В античном мире отношение к ним было терпимым. За римскими легионами даже гнали стада коз и овец для «половых нужд армии». Согласно древним иудейским законам половые контакты человека с животными карались смертной казнью. В эпоху средневековья уличенные в скотоложестве подлежали сожжению на костре инквизиции с животным, с которым был совершен половой акт. В современном обществе зоофилия уголовно не наказуема, но осуждается по моральным соображениям. Зоофилия встречается, главным образом, у дебильных или интеллектуально ограниченных подростков в сельской местности (чаще у пастухов).

Порнографомания – патологическое увлечение порнографией при описании, чтении, рассматривании или графическом изображении сексуальных сцен.

Более или менее выраженный интерес к порнографии обычно не препятствует нормальной половой жизни, но при некоторых половых извращениях порнографомания является единственным стимулом, позволяющим достичь сексуального возбуждения и удовлетворения. Это происходит при просмотре или чтении порнографии и сопровождается онанизмом.

Групповой секс – секс с разными партнерами в присутствии остальных. Минимальной «сексгруппой» является группа из 3 половых партнеров (триолизм), хотя их количество может быть неограниченным. Групповой секс – это не просто много людей, занимающихся сексом сообща. Группа имеет свою структуру, свою систему, координатора, – человека не обязательно самого темпераментного в сексуальном плане, но наиболее авторитетного. Поскольку в один половой акт вовлекаются сразу несколько человек, мозг получает многочисленные секс-импульсы из разных эрогенных зон одновременно, в результате чего человеку крайне трудно в последующем воспринимать одного партнера.

Танатофилия – разновидность мазохизма, когда половое возбуждение неразрывно связано с тематикой смерти. Мысли о собственной смерти, фантазии о ритуале похорон и той печали, которая охватит близких и родных, способствуют логическому завершению полового акта, без которых нередко возможность совершать половой акт практически отсутствует. В некоторых случаях танатофилы оборудуют специальные комнаты с гробом, венками и тому подобным, где, облачаясь в соответствующую одежду и улегшись в гроб, они предаются мастурбации. Некоторые описанные сексологами варианты танатофилии близки

к некрофилии. В публичных домах Франции существовали специально оборудованные «комнаты покойников», в которых проститутка играла роль умершей, лежавшей среди черных занавесей и горящих свечей.

Некрофилия – половое влечение к трупам и совершение с ними сексуальных действий. Такая сексуальная перверзия может наблюдаться у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом при выраженной деградации личности, хроническими психическими заболеваниями и у больных с органическим слабоумием.

Обычно некрофилы используют только мертвое тело и на убийство идут крайне редко. Видимо, само убийство не является стимулом полового чувства некрофила, а его фантазии сразу переходят на манипуляции с мертвым телом.

Тяжелой формой перверзий является садизм и мазохизм. Под садизмом понимается получение полового удовольствия от жестокого обращения с партнером, под мазохизмом, наоборот, получение полового удовлетворения от страданий, которые причиняет партнер. Садист получает удовольствие, нанося болевые раздражения или подвергая мучениям, мазохист – получая их. Термины «садизм» и «мазохизм» связаны с именами писателей – маркиза де Сада и Леопольда фон Захер Мазоха. Первый из них отбывал тюремное заключение в течение 27 лет за половые преступления, связанные с актами жестокости и насилия. Второй – известный австрийский писатель – страдал мазохизмом и описал это состояние в романах.

Вуайеризм (от франц. «вуайе» – «зритель») – это влечение к созерцанию полового акта или обнаженных половых органов.

Состоянием как бы противоположным вуайеризму является эксгибиционизм – влечение к получению полового удовлетворения путем демонстрации своих обнаженных половых органов лицам противоположного пола.

Эксгибиционизм встречается у мужчин и практически не наблюдается у женщин. Однако ряд авторов отмечают, что и некоторые женщины, например занимающиеся профессиональным стриптизом или склонные к обнажению различных частей тела (чаще груди, бедер), имеют определенные эксгибиционистские наклонности. Для большинства мужчин-эксгибиционистов важное значение имеет испуг женщины, поэтому они стремятся шокировать ее, появившись внезапно из-за укрытия, в окне или подъезде дома.

Аутоэротизм (нарциссизм, мастурбация). Под аутоэротизмом подразумевается направленность полового влечения на самого себя. К нему обычно относят нарциссизм и онанизм. Согласно греческому мифу красавец-юноша Нарцисс, увидев свое изображение в воде, влюбился в него и был превращен богами в цветок нарцисса. Истинный нарциссизм (возникновение полового возбуждения при виде собственного тела) встречается крайне редко. В отличие от нарциссизма мастурбация, или онанизм, является весьма распространенным явлением.

Под мастурбацией, или онанизмом, понимается половое самовозбуждение. В библии говорится, что Онан «пролил семя на землю». Отсюда и предложили термин онанизм. Некоторые авторы считают этот термин неудачным, так как Онан практиковал не самовозбуждение, а прерванное половое сношение. В качестве синонима в научной литературе чаще пользуются термином мастурбация (от лат. «манус турбо» – «рукой приводимый в движение»). В определенном возрасте это не извращение, а «эрзац» (заменитель) половой жизни. Мастурбацию следует считать патологическим явлением, если она приобретает неумеренный характер, переходит в зрелый возраст, заменяет нормальную половую жизнь.

Монуменгофилия (пигмалионизм – по имени скульптора, который изваял статую и влюбился в нее) – влечение к статуям.

Фротеризм – нарушение полового влечения, связанное с тем, что мужчина испытывает потребность в телесном контакте с женщиной в автобусе, других общественных местах, где партнер анонимен.

Расстройства волевой деятельности

Понятие волевой деятельности

Стремление и деятельность определяются в психологии понятием воли. Волевой процесс очень тесно связан с мышлением и вытекает из него, поскольку мышление проявляется в действии. Воля – сознательная, целенаправленная деятельность человека. Все наши движения и действия могут быть произвольными и произвольными. Последние так и называются – волевыми. Они в отличие от произвольных направлены на достижение заранее поставленной цели, чему предшествует появление побуждения, желания, влечения к выполнению. Интенсивность таких состояний связана с интересами данного конкретного человека, с его социальным положением, профессией, широтой кругозора, особенностями характера и т. д.

Волевой акт у человека сложен по своей структуре. Влечение – первая обязательная ступень к осуществлению любого волевого процесса. Вторая ступень – своеобразное обсуждение, так называемая борьба мотивов. После взвешивания всех «за» и «против» появляется определенная установка, разрабатывается схема-модель потенциального поведения. Завершающая часть волевого акта (третья ступень) – исполнение принятого решения, совершение самих действий.

У психически больных может наблюдаться ненормальное сокращение, вплоть до полного выпадения и, наоборот, удлинение времени раздумывания, нерешительность во второй ступени волевого акта (взвешивание мотивов).

С другой стороны, может иметь место патологическое застревание на взвешивании мотивов в виде навязчивого мудрствования или навязчивых сомнений. Даже простые, элементарные действия в таких случаях весьма затруднены для больных. Они начинают бесплодно философствовать и рассуждать или бесконечно сомневаться: принять или не принять то или иное решение, хотя речь идет о каком-либо много раз уже осуществляемом и привычном действии – встать, начать есть и т. п.

Патология двигательной сферы у психически больных, внешне проявляющаяся в поведении, в конечном итоге относится к третьей ступени сложного волевого акта – к исполнению решений, к непосредственной деятельности. Основные расстройства могут сводиться к повышению, понижению и извращению двигательно-волевой деятельности.

Основные виды расстройств волевой деятельности

Повышение двигательно-волевой активности (гипербулия). Внешне проявляется в повышенном стремлении к деятельности, к движениям. Больные такого рода при повышенном стремлении к деятельности ни минуты не могут сидеть спокойно, они все время что-то предпринимают, ищут себе занятия, при этом не испытывают никакой усталости, несмотря на то что это состояние физически изнурительно для них и сопровождается плохим сном, снижением аппетита. При повышенном стремлении к движению больной обычно все время бежит с места на место, пристаёт ко всем, что-нибудь трет, ломает, рвет, хватается за руки проходящих, плюется, ругается, пересаживается с места на место и т. д. Повышенное стремление к движениям можно иногда наблюдать у крайне истощенных больных, которые уже не

могут двигаться, но, оставаясь в постели, дрожащими руками все время производят движения, сворачивают жгутом одеяло, открывают край простыни, трут себе грудь, руки, лицо, сползают на пол, тянут на себя кровать, хватают за ноги других больных и т. д.

Полную противоположность указанному состоянию представляет клиническая картина понижения двигательного-волевой активности, получившая название гипобулии, и полное отсутствие волевой активности – абулия. Чаще говорят об апатико-абулическом синдроме.

Есть еще одна группа расстройств двигательного-волевой сферы – парабулия (извращение волевой деятельности, которая объединяется понятием кататонического синдрома).

Кататонический синдром (кататония) проявляется чаще всего либо в виде кататонического возбуждения, либо в виде кататонического ступора (состояние моторной скованности, обездвиженности).

Кататоническое возбуждение. Пустое, нелепое, немотивированное, бессодержательное, двигательное и речевое возбуждение.

Кататонический ступор – обездвиженность, двигательная скованность, оцепенение. При кататоническом ступоре отмечается повышенный тонус мышц (кататония), который первоначально возникает в жевательных мышцах, затем переходит на шейные и затылочные, далее на мышцы плеч, предплечий, кистей рук, переходя на мышцы ног. Проявление ступора – симптом воздушной подушки – приподнятая над подушкой голова длительное время остается в таком положении. Такие больные могут не только недели, но и месяцы и годы проводить в постели, не обращая внимания на окружающих, часто подолгу сохраняя одну и ту же, иногда вычурную, позу. Из специальных расстройств волевых функций, имеющих отношение к кататонии, большое значение имеют следующие.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.