

Серия
«От сессии до сессии»



Н. Н. Николаенко

НЕЙРОНАУКИ

КУРС ЛЕКЦИЙ ПО НЕВРОПАТОЛОГИИ,
НЕЙРОПСИХОЛОГИИ,
ПСИХОПАТОЛОГИИ, СЕКСОЛОГИИ

Ростов-на-Дону
«Феникс»
2013

УДК 616.8(075.8)

ББК 56.1я73

КТК 354

Н46

Николаенко Н. Н.

Н46

Нейронауки : курс лекций по невропатологии, нейропсихологии, психопатологии, сексологии / Н.Н. Николаенко. — Ростов н/Д : Феникс, 2013. — 286, [1] с. : ил. — (От сессии до сессии).

ISBN 978-5-222-21013-0

Настоящий курс лекций предназначен для студентов медицинских вузов всех специальностей.

В предлагаемом издании сжато изложено основное содержание вузовского курса, которое соответствует образовательным стандартам.

Данный курс лекций поможет подготовиться к экзаменам по четырем дисциплинам: невропатология, нейропсихология, психопатология, сексология.

УДК 616.8(075.8)

ББК 56.1я73

ISBN 978-5-222-21013-0

© Николаенко Н.Н., 2013

© Оформление: ООО «Феникс», 2013



Содержание

ОБЩАЯ НЕВРОПАТОЛОГИЯ	6
Краткий обзор анатомии и физиологии нервной системы	6
Принципы структурной организации мозга	7
Методы исследования	9
Исследование рефлекторно-двигательных функций	11
Поверхностные рефлексы	12
Глубокие рефлексы	12
Исследование функций черепно-мозговых нервов	13
Исследование вегетативной нервной системы	15
Семиотика поражений ЦНС у детей	17
Исследование чувствительности	17
Исследование поверхностной чувствительности	18
Исследование глубокой чувствительности	18
Симптомы натяжения при поражении нервных стволов, корешков спинного мозга	20
Синдромы нарушений чувствительности	21
Нарушения двигательной сферы	22
Периферический паралич	22
Центральный паралич	25
Синдром псевдобульбарного паралича	27
Синдромы поражения вегетативной нервной системы	28
Синдромы поражения гипоталамической области	29
Синдромы поражения черепно-мозговых нервов	32
Синдром поражения лицевого нерва	32
Синдром поражения тройничного нерва	33
Синдром поражения глазодвигательных нервов	34
Синдром поражения подъязычного нерва	35
Бульбарный синдром	35
Синдромы поражения экстрапирамидной системы	36
Синдром поражения бледного шара	36
Синдром поражения полосатого тела	37
Синдромы поражения мозжечка	39
Черепно-мозговая травма	41
Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы	44
Нарушения мозгового кровообращения	46
Нарушения мозгового кровообращения у детей	48

Опухоли головного мозга	48
Инфекционные заболевания нервной системы	51
Менингиты	51
Энцефалиты	56
Лейкоэнцефалиты	60
Арахноидиты	61
Полиомиелит	63
Детский церебральный паралич (ДЦП)	64
Речевые нарушения, связанные с функциональными изменениями ЦНС	66
НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ	68
Структуры и функции мозга	68
Нейропсихологические синдромы	74
Агнозии	74
Анозогнозия	80
Апраксии	81
Афазии	83
Алексия (дислексия)	95
Нарушения памяти	98
Нарушения внимания	106
Синдромы поражения глубоких отделов мозга	109
Нарушение эмоционального поведения	111
Предпочтение цвета как показатель эмоционально-личностных характеристик	118
Влияние транскраниальной микрополяризации на эмоциональное состояние	122
Влияние право- и левосторонних припадков на психопатологические синдромы	123
Функции разных отделов полушарий головного мозга	133
ПСИХОПАТОЛОГИЯ	138
Расстройства сознания	138
Синдромы обеднения сознания	139
Синдромы помрачения сознания	141
Эмоциональные расстройства	144
Синдромы расстройства настроения	146
Расстройства воли	150
Группировка и клиника расстройств воли	151
Нарушения памяти	156
Синдромы нарушений памяти	158
Методики исследования памяти	160
Расстройства ощущений	162
Качественные извращения	163

Расстройства восприятия	164
Патология мышления	174
Расстройства влечений	185
Расстройства пищевого влечения	185
Расстройства полового влечения	188
Расстройства влечений, связанных с инстинктом самосохранения	191
Импульсивные влечения	192
Возрастные особенности пароксизмальных состояний у детей	193
Непрерывнотекущая шизофрения	199
Ранний детский аутизм	200
Аутизм у детей с церебральным параличом, слабовидящих и слепых, при сложном дефекте — слепоглухоте и других отклонениях в развитии	207
Особенности развития познавательной сферы	208
Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы	213
Особенности деятельности	215
Психопатии	216
Ядерная группа — конституциональные психопаты	216
Органические психопатии	218
Умственная отсталость (УО)	219
Легкая степень УО (ранее — дебильность)	219
Умеренная УО (легкая имбецильность)	220
Тяжелая УО (выраженная имбецильность)	221
Глубокая УО (идиотия)	221
Возрастные особенности психопатологии детей	226
Клинические проявления психосоматических расстройств у младенцев и детей раннего возраста	241
ОСНОВЫ СЕКСОЛОГИИ	245
Самосознание и пол	245
Психология ранней юности	248
Переживание половой идентичности личности	250
Девiantное поведение (ДП)	251
Суицидальный риск у подростков с девиантным поведением	253
Гиперсексуальность	254
Гомосексуальность (ГС)	257
Сексуальные проявления в клинической картине пограничных нервно-психических расстройств в детском и подростковом возрасте	260
КРАТКИЙ СЛОВАРЬ КЛИНИЧЕСКИХ НЕЙРОНАУК	263



ОБЩАЯ НЕВРОПАТОЛОГИЯ

Краткий обзор анатомии и физиологии нервной системы

Нервная система человека делится на центральную нервную систему (ЦНС) и периферическую нервную систему. К ЦНС относят головной и спинной мозг, связанные между собой морфологически и функционально.

Периферическая нервная система включает черепно-мозговые нервы, спинномозговые нервы и нервные сплетения. Из ЦНС импульсы по нервам передаются непосредственно к рабочему органу — мышце, также они несут информацию с периферии в ЦНС. Это так называемая соматическая нервная система.

Соматическая нервная система содержит основную массу мозгового вещества и обеспечивает выполнение следующих функций:

- анализ и синтез внешних раздражений (от органов чувств, рецепторов глубокой и поверхностной чувствительности);
- гнозис, праксис, речь;
- работа произвольной мускулатуры всего тела.

Особая система — **вегетативная нервная система**. Она отличается распределением и строением периферических образований. Вегетативная нервная система осуществляет регуляцию всего «внутреннего хозяйства» организма, воздействуя на непроизвольную мускулатуру, железы внутренней секреции, обменные процессы.

Основной структурно-функциональной единицей является нейрон. Он представляет собой тело клетки и ее отростки:

множество периферических отростков (дендриты) и один центральный (аксон). Импульс всегда идет по дендритам к телу клетки, а по аксону — от тела клетки. Таким образом, нейрон представляет собой систему с множеством входов (дендриты) и лишь одним выходом (аксон).

Такая закономерность свойственна ЦНС в целом. Число волокон, несущих импульсы к центру, превосходит число волокон, несущих импульсы к периферии.

Нервные центры создаются путем надстройки новых образований над старыми, причем старые образования сохраняются в виде подчиненных слоев внутри нового целого.

Принципы структурной организации мозга

Интегративная деятельность систем разных уровней обеспечивается:

А. Иерархической соподчиненностью различных систем, что приводит к:

- 1) уменьшению степеней свободы каждой системы;
- 2) управлению одного уровня иерархии другими;
- 3) контролю за этим управлением (на основе прямых и обратных связей).

Вместе с тем иерархия допускает избыточность в конструкции мозга за счет вовлечения большого числа нервных элементов;

Б. Горизонтальными и вертикально-горизонтальными взаимодействиями.

В функциональном отношении нейроны подразделяются на: чувствительные, двигательные, вставочные.

Во вставочных нейронах происходит предварительная промежуточная переработка импульсов и организуются коллатеральные (окольные) связи. Связь между нейронами происходит с помощью синапсов; переключение происходит только от аксона к дендриту или к телу клетки.

Синаптические связи осуществляют взаимодействие различных нейронов. Полисинаптическая нервная сеть ведет к формированию сложных структур, способных регулировать те или иные функции. Комплекс нейронов образует нервный центр.

Нервные волокна образованы отростками нейронов, аксонами и дендритами, покрытыми слоем глиальных (покровных) клеток. Одной из важнейших функций глии является электроизоляция нервного волокна. Волокна имеют различный диаметр, который определяется толщиной покрывающей их миелиновой оболочки.

Периферические нервы являются смешанными: они содержат и чувствительные, и двигательные волокна.

Рефлекторная дуга состоит из афферентной части (воспринимающей раздражение), эфферентной части (осуществляющей ответ), а также вставочного нейрона (переработка информации). Наличие обратной связи превращает рефлекторную дугу в рефлекторное кольцо, по которому постоянно циркулируют импульсы. С помощью рефлекторных дуг осуществляются рефлексы.

Рефлекс — ответная реакция на раздражение — является функциональной единицей деятельности нервной системы. Двух-нейронная дуга проявляется лишь в коленном рефлексе.

В чувствительной зоне коры больших полушарий имеются специальные участки, куда спроецированы чувствительные импульсы от ноги, туловища, руки, лица. **Принцип соматотопической проекции** состоит в том, что все части тела как бы спроецированы в определенные нервные центры. Этот принцип соматотопической проекции (проекции частей тела) прослеживается и в подкорковых образованиях.

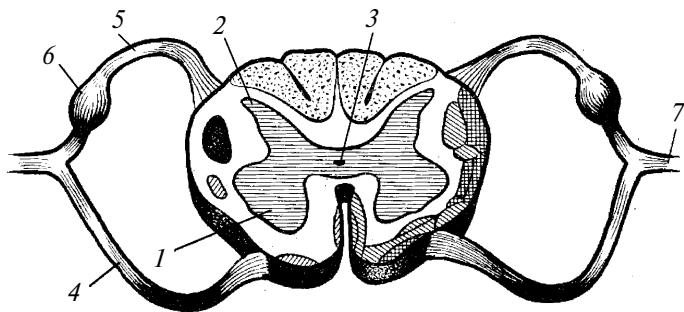


Рис. 1. Поперечный разрез спинного мозга:

- 1 — передний рог; 2 — задний рог; 3 — центральный канал;
4 — передний корешок; 5 — задний корешок;
6 — межпозвонковый узел; 7 — спинномозговой нерв

На уровне спинного мозга соматотопическая проекция имеет другую форму: части тела представлены посегментно как поперечные полосы на туловище, продольные — на конечностях, концентрические окружности — на лице. Каждый сегмент тела соответствует сегменту спинного мозга.

Сегмент является структурно-функциональной единицей спинного мозга. Он представляет собой участок серого вещества, соответствующий одной паре двигательных и одной паре чувствительных корешков; обе пары корешков расположены на одном уровне.

Методы исследования

Клиническое обследование включает осмотр, пальпацию и измерение мышц, объем активных и пассивных движений; оценку мышечной силы, тонуса; ритмику активных движений и рефлексy.

Цереброспинальная жидкость (ликвор) циркулирует в системе, состоящей из внутренней системы (боковые желудочки, III и IV желудочки) и наружной системы (субарахноидальное пространство). Ее исследование проводится следующим образом: иглой делают поясничный (между вторым и третьим позвонками) прокол спинномозгового канала.

Реоэнцефалография позволяет судить о мозговой гемодинамике — интенсивности кровенаполнения сосудов мозга, тонуса мозговых сосудов и венозного оттока. В ее основе лежит графическая регистрация изменений электрического сопротивления тканей организма, поскольку электропроводимость тканей зависит от их кровенаполнения.

Компьютерная томография позволяет проводить измерение и сопоставление показателей поглощения R-лучей тканями разной плотности и тем самым оценивать степень плотности, измерять патологический очаг, «подкрашивать» мозг.

Гамма-энцефалография обеспечивает картину распределения изотопа технеция. В опухолях обнаруживаются очаги избыточного накопления изотопа.

Магнитно-резонансная томография (сканирование) обеспечивает визуализацию живых тканей организма. Это метод дистантного количественного изучения биохимических реакций в динамике; в нем магнитное поле используется для изменения положения протонов, находящихся в тканях, а затем эти изменения улавливаются. Разрешающие возможности МРТ помогают улавливать малейшие анатомические изменения, например, дифференциацию белого и серого веществ головного мозга, а также гистологическую структуру злокачественной опухоли, демиелинизирующих заболеваний (рассеянного склероза).

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) дает картину распределения короткоживущих изотопов; ими метят вводимые в организм глюкозу или АТФ, которые участвуют в обменных процессах мозга. Метод позволяет наблюдать состояние обмена кислорода, глюкозы, нейротрансмиттеров в различных областях мозга, изучать мозговой кровоток, а также оценивать динамику показателей при медикаментозной терапии. Кроме того, ПЭТ может выявлять мелкие функциональные нарушения, обусловленные эпилептогенным очагом или опухолью.

Эхоэнцефалографический метод исследования основан на следующей способности ультразвука: проходя через ткани черепа и мозга, он отражается от границ сред, обладающих различными акустическими плотностями. Отраженные волны улавливаются и регистрируются. Это позволяет обнаруживать патологические объемные процессы, сопровождающиеся смещением структур мозга, выявлять гидроцефалию, внутричерепную гипертензию.

Ультразвуковая доплерография назначается для изучения сосудистого кровотока в сонных и позвоночных артериях. Этот метод может выявлять нарушения мозгового кровообращения.

Электроэнцефалография (ЭЭГ) — метод регистрации разности биопотенциалов между любыми двумя электродами, располагаемыми на коже головы. Также применяется многоканальное отведение биопотенциалов по отношению к референтному электроду, располагаемому на мочке уха, или по отношению к усредненному потенциалу (в качестве нулевой точки отсчета). Это незаменимый метод диагностики таких локальных поражений

мозга, как эпилептогенные очаги, абсцессы мозга, очаги травматического некроза мозга. Также ЭЭГ выявляет нарушения мозгового кровообращения.

Пневмоэнцефалография (ПЭГ) — введение воздуха в субарахноидальное пространство спинного мозга. Воздух заполняет ликворные щели субарахноидального пространства, желудочки мозга; в результате они становятся видимыми на рентгенограммах. На ПЭГ выявляются опухоли, абсцессы мозга, кровоизлияния; они приводят к изменениям топографии и формы желудочков мозга.

Ангиография дает рентгенографическое изображение сосудов головного мозга после введения в них рентгеноконтрастного вещества. Метод позволяет диагностировать сосудистые поражения головного мозга, аневризмы (патологические расширения сосудов), ангиомы (сосудистые опухоли), опухоли головного мозга.

Исследование рефлекторно-двигательных функций

При исследовании двигательных функций прежде всего определяют объем и силу движений, состояние мышечной системы, ослабленность мышц или их чрезмерное развитие, наличие излишних движений или, наоборот, скованности.

Мышечный тонус — степень непроизвольного напряжения мышц, баланс разгибателей и сгибателей. Это своеобразный рефлекс на растяжение — при растяжении мышцы возникают импульсы, направленные на ее сокращение.

Мышечный тонус исследуют при пассивных движениях конечностей. Тонус может оцениваться как нормальный, пониженный (гипотония или атония), повышенный (гипертония).

Так, гипо(а)тония проявляется в виде разболтанности суставов с перерастягиваниями в колене или локте (симптом Оршанского).

Для выявления слабости мышц верхних конечностей используется верхняя проба Барре: больному предлагают вытянуть руки вперед. Если в руке наблюдается мышечная слабость, она опустится быстрее, чем здоровая. Для выявления слабости в ногах испытуемому, лежащему на спине или на животе, сгибают ноги в

коленях под прямым углом. При этом слабая нога опускается быстрее (нижняя проба Барре).

Различают рефлексы поверхностные (с кожи, слизистой) и глубокие (с рецепторов мышц, сухожилий, надкостницы, суставов).

Поверхностные рефлексы

Корнеальный рефлекс вызывается, если осторожно коснуться ваткой радужной оболочки глаза, а конъюнктивальный рефлекс — конъюнктивы глазного яблока. В ответ на это происходит смыкание век.

Глоточный рефлекс вызывается прикосновением шпателем к задней стенке зева. В ответ на это наступают глотательные или рвотные движения. Нёбный рефлекс, или рефлекс с мягкого нёба, вызывается прикосновением шпателем к мягкому нёбу; ответной реакцией является поднятие мягкого нёба и язычка.

Брюшные рефлексы вызываются штриховыми раздражениями кожи живота ниже реберных дуг (верхний брюшной рефлекс), на уровне пупка (средний брюшной рефлекс), над паховой складкой (нижний брюшной рефлекс). Ответной реакцией является сокращение мышц брюшного пресса.

Кремастерный, или мошоночный, рефлекс вызывается раздражением кожи внутренней поверхности бедра, вследствие чего происходит подтягивание кверху яичка с этой стороны.

Подошвенный рефлекс возникает в ответ на штриховое раздражение кожи по наружному краю подошвы сверху вниз. При этом сгибаются пальцы стопы. У детей в возрасте до 1 года этот рефлекс носит иной характер — в ответ на штриховое раздражение подошвы происходит веерообразное разведение и разгибание пальчиков (феномен Бабинского). У детей постарше и у взрослых симптом Бабинского наблюдается при повреждении пирамидной системы (разобщение двигательного периферического нейрона с корой головного мозга).

Глубокие рефлексы

Рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы вызывается ударом молоточка по сухожилию бицепса предплечья, согнутого

в локтевом суставе. При этом происходит сгибание предплечья в локтевом суставе.

Рефлекс с сухожилия трехглавой мышцы, или разгибательно-локтевой, вызывается ударом молоточка по сухожилию трехглавой мышцы; рука при этом должна быть согнута в локтевом суставе под прямым углом. В ответ на раздражение происходит разгибание предплечья.

Пястно-лучевой рефлекс вызывается ударом молоточка по шиловидному отростку лучевой кости. В ответ на это возникают сгибание в локтевом суставе, поворот предплечья кнутри и сгибание пальцев. Наиболее отчетливо бывает выражен поворот предплечья кнутри. Лопаточно-плечевой рефлекс вызывается при ударе молоточком по внутреннему краю лопатки: отмечаются приведение и поворот плеча кнаружи.

Коленный рефлекс вызывается ударом молоточка по сухожилию четырехглавой мышцы бедра ниже коленной чашечки. При этом происходит разгибание ноги в коленном суставе.

Ахиллов рефлекс вызывают ударом молоточка по ахиллову сухожилию. При этом возникает подошвенное сгибание стопы.

Исследование функций черепно-мозговых нервов

Исследование обонятельного нерва проводится при помощи набора склянок с ароматическими веществами (камфора, настойка валерианы). Каждый носовой ход исследуется отдельно. В патологических случаях можно отметить понижение обоняния (гипосмия). Для человека острота обоняния не имеет существенного значения.

Исследование зрительного нерва включает оценку (или измерение) остроты зрения, цветоощущения, поля зрения, глазного дна. В патологических случаях можно обнаружить концентрическое сужение полей зрения, выпадение половины полей зрения (гемианопсия) и/или отдельных его участков (скотомы). При обследовании глазного дна окулист обращает внимание на состояние соска зрительного нерва, сетчатки, сосудов.

Глазодвигательный, блоковый и отводящий нервы исследуются одновременно, так как они выполняют общую функцию — осуществляют движение глазных яблок. Внимание обращают на подвижность глазных яблок при взгляде в стороны, вверх, вниз, а также на подвижность верхнего века; на форму и размеры зрачка, его реакцию на свет и аккомодацию; определяют положение глазного яблока — нет ли его выпячивания из орбиты (пучеглазие, или экзофтальм) или, наоборот, западения глазного яблока внутрь орбиты (энофтальм). Необходимо обратить внимание и на положение глазных яблок: срединное, отклоняющееся кнутри (сходящееся косоглазие) или кнаружи (расходящееся косоглазие).

Чувствительная и двигательная функции тройничного нерва проверяются наличием чувствительности на симметричных участках лица; определяется, нет ли болезненности в месте выхода тройничного нерва, надавливая пальцем в области верхнеглазничного отверстия (глазная ветвь), нижнеглазничного отверстия на щеке (верхнечелюстная ветвь), подбородочного отверстия на нижней челюсти (нижнечелюстная ветвь). Во время исследования двигательной порции нерва, проходящей в составе нижнечелюстной ветви, определяют тонус и степень сокращаемости жевательных мышц (височных — в области височных ямок, жевательных — спереди от ушных раковин). Оцениваются рефлексы — надбровный, корнеальный, конъюнктивальный и нижнечелюстной.

При исследовании функции лицевого нерва оценивают симметричность выраженности лобных и носогубных складок, а также симметричность глазных щелей. Выясняется, может ли больной вытягивать губы «хоботком», свистеть, оскалывать зубы. Определяются особенности слезо- и слюноотделения (влажность или сухость слизистых оболочек глаза и ротовой полости). Определяют вкусовую чувствительность на передних $2/3$ языка.

При исследовании слухового нерва проверяют остроту слуха и способность к локализации источника звуков. Острота слуха измеряется для каждого уха отдельно. При этом исследуемого просят закрыть глаза и шепотом на расстоянии произносят отдельные слова. Устанавливают максимальное расстояние, на котором слова воспринимаются правильно. Слух считается

нормальным, если шепотная речь воспринимается с расстояния 5 м. Более детально остроту слуха измеряют с помощью аудиографии.

Также исследуют воздушную и костную проводимость звука при помощи звучащего камертона.

При исследовании способности локализации звука больной с закрытыми глазами должен определить направление источника звука.

Для оценки функции вестибулярного нерва выясняют, нет ли головокружения, нистагма, нарушений координации движений. Головокружение может усиливаться при взгляде вверх и при резких поворотах головы.

Языкоглоточный и блуждающий нервы исследуются одновременно. Выявляют чувствительность глотки, гортани; оценивают вкусовую чувствительность языка; определяют звучание голоса (нет ли гипофонии или афонии); определяют функцию мышц глотки — не затруднено ли глотание; проверяют глоточный и небный рефлексы.

Подъязычный нерв иннервирует мышцы языка. При анализе функции этого нерва исследуют положение языка внутри полости рта и при высывании (язык по средней линии или сдвигается в сторону); подвижность языка (вверх, вниз, в стороны); тонус мышц языка.

Исследование вегетативной нервной системы

Для оценки состояния вегетативной нервной системы применяют функциональные пробы.

1. Кожно-вегетативные рефлексы.

Дермографизм используется для оценки реакции капилляров после штрихового раздражения. Белый дермографизм указывает на повышенный тонус симпатического отдела. Красный дермографизм служит показателем повышенного тонуса парасимпатического отдела. Рефлекторный дермографизм исчезает при поражении периферических нервов и задних корешков,

а также поперечника спинного мозга. Высшим центром вазодилататоров являются гипоталамус и кора больших полушарий мозга.

Реже применяют оценку пиломоторного рефлекса как сокращение пиломоторов, что приводит к появлению «гусиной» кожи. (Заметим, что пиломоторный рефлекс может быть вызван охлаждением кожи.)

Поражение узлов пограничного симпатического ствола проявляется расстройствами потоотделения, выпадением дермографизма и рефлекса «гусиной» кожи, истончением и сухостью кожи. Локализация этих изменений зависит от уровня поражения.

2. Регуляция сосудистого тонуса.

Глазосердечный рефлекс Ашнера заключается в том, что надавливание на глазные яблоки в норме приводит к замедлению сердечных сокращений на 6–12/мин. Если сердечные сокращения замедляются на 12–16 ударов в минуту, то результаты пробы расценивают как резкое повышение тонуса парасимпатической части. Если замедления сердечных сокращений не происходит, значит, повышен тонус симпатической части вегетативной нервной системы.

Ортостатическая проба: если в положении лежа на спине измерить частоту сердечных сокращений, а затем предложить испытуемому быстро встать, то частота сердечных сокращений увеличивается на 12 ударов в минуту, артериальное давление повышается примерно на 20 мм рт. ст. Степень ускорения частоты сердечных сокращений служит показателем возбудимости симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Клиностатическая проба: при переходе в положение лежа восстановление этих показателей должно произойти в течение трех минут. Значительное замедление частоты сердечных сокращений при клиностатической пробе свидетельствует о повышении тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Для оценки состояния вегетативной иннервации исследуют также терморегуляцию (кожную температуру), потоотделение

(потовые рефлексы), регуляцию мочеиспускания и дефекации, слезоотделение и слюноотделение, вегетативную иннервацию глаза (зрачковый рефлекс, аккомодация).

Семиотика поражений ЦНС у детей

Исследование чувствительности

Чувствительность — способность воспринимать раздражения, исходящие из мира или от тела.

Рецепторы разделяют на:

- 1) экстерорецепторы (расположены в коже, передают информацию об окружающей среде);
- 2) телерецепторы (уши и глаза);
- 3) проприорецепторы (информация о напряжении мышц и сухожилий, положении суставов, движениях и положении тела);
- 4) интерорецепторы.

Вид чувствительности связан с типом рецепторов. Выделяют поверхностную и глубокую чувствительность.

Поверхностная чувствительность включает в себя болевую, температурную, тактильную.

Глубокая чувствительность обеспечивает ощущение положения в пространстве (мышечно-суставное чувство), чувство давления и веса, двумерно-пространственное чувство, вибрационную чувствительность. Существуют и сложные виды чувствительности (чувство локализации, стереогноз).

Проводящие пути. Существует трехнейронная схема строения путей глубокой и поверхностной чувствительности:

- 1-й нейрон в в межпозвоночных ганглиях.
- 2-й нейрон совершает перекрест.
- 3-й нейрон — в ядрах таламуса, обеспечивает таламо-кортикальный путь через внутреннюю капсулу в заднюю центральную извилину.

Пути поверхностной и глубокой чувствительности могут поражаться изолированно — возникают диссоциативные расстройства — выпадение одних видов чувствительности при сохранении других.

Исследование чувствительности: вначале исследуют поверхностную чувствительность, затем глубокую. У маленьких детей проводят исследование только болевой чувствительности. Важно определить характер нарушений, его динамику и границы распространения. Границы зависят от локализации поражения:

- 1) нарушение чувствительности в зоне иннервации периферического нерва (периферический тип расстройства);
- 2) в зоне сегментарной иннервации (сегментарный тип);
- 3) на всем протяжении ниже уровня поражения проводящего пути (проводниковый тип).

Исследование поверхностной чувствительности

- Тактильная чувствительность (чувство осязания) исследуется путем легкого прикосновения к коже ваткой или кисточкой — не слишком часто, с неравномерными промежутками. Избегайте машущих движений, раздражения должны быть касательными.
- Болевая чувствительность исследуется острием иглы, ее чередуют с тактильными прикосновениями.
- Температурная чувствительность исследуется прикосновением пробирок с горячей и холодной водой. Кожу раздражают сверху вниз, начиная с лица, затем сравнивают реакцию на симметричных участках левой и правой половины тела.

Исследование глубокой чувствительности

- Мышечно-суставное чувство, или чувство положения и движения, исследуется у больного с закрытыми глазами при помощи пассивных движений сгибания-разгибания, приведения-отведения в мелких и крупных суставах. Исследование начинают с движений концевыми фалангами пальцев рук и ног. Больной должен распознать направление и локализацию движения.
- Вибрационную чувствительность исследуют путем прикладывания ножки вибрирующего камертона к телу.
- Чувство давления определяется надавливанием пальца; испытуемый должен отличить прикосновение от давления.

В клинике также исследуют сложные виды чувствительности:

- чувство локализации раздражения, когда больному с закрытыми глазами предлагают точно определить место раздражения на коже;
- дискриминационная чувствительность — исследование способности раздельно различать два одинаковых одновременных раздражения на коже;
- двухмерно-пространственное чувство — определение с закрытыми глазами цифры, буквы или фигуры, начерченных на коже;
- стереогноз — способность узнавать предметы на ощупь, закрыв глаза.

К **количественным расстройствам чувствительности** относят понижение (или повышение) чувствительности, т. е. неадекватное восприятие силы раздражителя. Полное выпадение всех видов чувствительности определяют как анестезию, снижение — как гипестезию. Гемианестезией называют полное выпадение всех видов чувствительности на одной половине тела; выпадение всех видов чувствительности одной конечности — это моноанестезия. Выпадение болевой чувствительности называют аналгезией; температурной чувствительности — термоанестезией. Анестезия доллороза — понижение чувствительности во время обследования со спонтанно возникающими болевыми ощущениями.

Иногда можно наблюдать повышение чувствительности — чаще болевой чувствительности — гипералгезию; повышение чувствительности на половине тела или его части называется гиперестезией.

К **качественным изменениям чувствительности** относится искаженное восприятие локализации, одно- или многократности, направленности на определенный тип рецепторов (тепло воспринимается как холод). Например, ошибочное восприятие локализации состоит в том, что больные локализируют боль в другом — симметричном — участке тела. Кроме того, может наблюдаться раздвоение болевого ощущения: при уколе иглой испытуемый вначале чувствует прикосновение и лишь затем — боль. Одиочное раздражение может восприниматься больным как множественное.

Гиперпатия проявляется резким повышением порогов восприятия раздражителя. Это явление включает и гипестезию —

отсутствие чувства точной локализации воздействия, длительный латентный период и длительное последствие. Гиперпатия имеет таламическое происхождение; ее называют протопатической (т. е. филогенетически более ранней и грубой по сравнению с эпикритической, тонкой).

Важное место среди нарушений чувствительности занимают **боли**:

- местные (ощущаются в области нанесения раздражения);
- проекционные (возникают при раздражении нервного ствола и проецируются с места раздражения в кожную зону, иннервируемую данным нервом);
- иррадиирующие (возникают в зоне иннервации одной ветви нерва (например тройничного) и передаются в другие ветви этого же нерва);
- отраженные боли (возникают при заболеваниях внутренних органов и локализуются в определенных зонах кожи).

Разные внутренние органы имеют свои участки кожи, в которых могут отражаться боли из этих органов (так называемые зоны Захарьина—Геда). В этих же местах выявляется гиперестезия.

При поражении периферических нервов возникает каузалгия — приступы жгучих болей (этот симптом называют еще симптомом «мокрой тряпки»).

Ампутация конечностей приводит к возникновению фантомных болей в несуществующих конечностях. Рубец поддерживает раздражение периферического нерва и очаг возбуждения в проекционной зоне коры.

Симптомы натяжения при поражении нервных стволов, корешков спинного мозга

При поражении нервных стволов наблюдается ряд симптомов.

- Симптом Ласега выявляется при натяжении седалищного нерва: если выпрямленную ногу согнуть в тазобедренном суставе, то возникают боли по ходу нерва. При сгибании в колене боль исчезает.
- Симптом Мацкевича выявляется при натяжении бедренного нерва: если у лежащего на животе больного сгибают

ногу в коленном суставе, то появляется боль на передней поверхности бедра.

- Симптом Вассермана обнаруживается у лежащего на животе больного: при попытке поднять вытянутую ногу возникает боль на передней поверхности бедра.

Синдромы нарушений чувствительности

В зависимости от границ распространения выделяют три основных типа нарушений чувствительности:

1. **Периферический тип нарушения чувствительности** — в зоне иннервации нерва. При поражении ствола периферического нерва — невритический тип — нарушаются все виды чувствительности в зоне иннервации данного нерва. Характерны боль, гипестезия, анестезия, болевые точки в зоне иннервации нерва, симптомы натяжения. Кроме того, типично проявление невралгии (боль в области пораженного нерва), гиперпатии или каузалгии (жжение). Боль усиливается при давлении на нерв, волнении (невралгия тройничного нерва).

2. **Множественное поражение нервов (полиневрит)** вызывает нарушение чувствительности в руках и ногах по типу «перчаток» и «чулок». Сегментарные расстройства чувствительности (при поражении заднего рога) вызывают диссоциированный тип расстройства чувствительности (нарушение болевой и температурной чувствительности при сохранности глубокой и тактильной) в виде «куртки» при поражении грудных сегментов и «рейтузов» — при поражении поясничных сегментов.

3. **Таламический тип** — выпадение всех видов чувствительности (гемигипестезия в противоположных очагу конечностях) на фоне гиперпатии, преобладание нарушений глубокой чувствительности, таламические жгучие боли, гемиатаксия¹, а также одноименное половинное выпадение полей зрения (гомонимная гемианопсия).

¹ Из-за потери мышечно-суставного чувства развивается так называемая сенситивная атаксия; она отличается от мозжечковой атаксии тем, что может компенсироваться контролем зрения за положением тела: больной нормально стоит с открытыми глазами, однако при закрытых глазах он пошатывается.

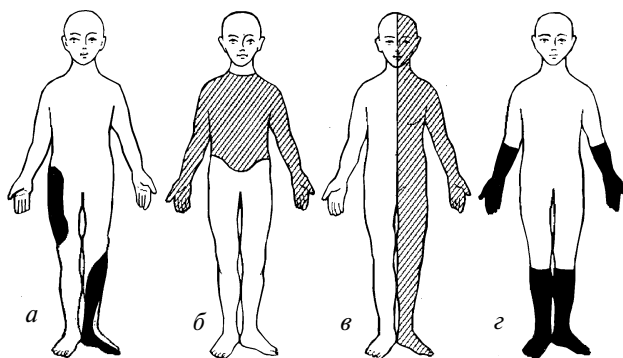


Рис. 2. Типы нарушений чувствительности:
а — невритический тип; *б* — сегментарный тип; *в* — нарушение чувствительности при поражении таламуса (зрительного бугра);
г — полиневритический тип.

Поражение задней центральной извилины коры головного мозга, являющейся корковым центром чувствительного анализатора, проявляется в виде гемианестезии, гемиатаксии, парестезии верхней губы, языка, лица, руки, ноги на противоположной стороне в зависимости от стороны поражения.

Поражение теменной доли (ассоциативные поля с интеграцией всех ощущений) вызывает астереогноз на противоположной очагу стороне.

Симпаталгический тип нарушений чувствительности (при поражении симпатических ганглиев) приводит к каузалгии, резким иррадирующим болям, вазомоторно-трофическим расстройствам.

Нарушения двигательной сферы

Периферический паралич

Поражение передних рогов спинного мозга вызывает периферический паралич мышц в зонах иннервации с данным сегментом. Периферический паралич характеризуется следующими основными симптомами: отсутствие рефлексов или их

снижение (гипорефлексия, арефлексия), снижение или отсутствие мышечного тонуса (атония или гипотония), атрофия мышц. Кроме того, в парализованных мышцах и пораженных нервах развиваются изменения электровозбудимости — реакция перерождения. Глубина изменения электровозбудимости позволяет судить о тяжести поражения при периферическом параличе и делать прогноз. Утрата рефлексов и атония объясняются перерывом рефлекторной дуги, что приводит к утрате мышечного тонуса. По этой же причине не может быть вызван соответствующий рефлекс. Атрофия мышц, или их резкое похудение, развивается из-за разобщения мышцы с нейронами спинного мозга; от этих нейронов по периферическому нерву к мышце притекают импульсы, стимулирующие нормальный обмен веществ в мышечной ткани. При периферическом параличе в атрофированных мышцах могут наблюдаться фибриллярные подергивания в виде быстрых сокращений отдельных мышечных волокон или пучков мышечных волокон (фасцикулярные подергивания).

Поражение периферического нерва приводит к возникновению периферического паралича мышц, иннервируемых данным нервом.

Поражение передних рогов спинного мозга в области шейного утолщения (V–VIII шейные сегменты и I грудной) приводит к периферическому параличу руки. Поражение передних рогов спинного мозга на уровне поясничного утолщения (все поясничные и I–II крестцовые сегменты) вызывает периферический паралич ноги. Если же поражается шейное или поясничное утолщение с обеих сторон, то развивается верхняя или нижняя парализация.

Примером периферического паралича конечностей являются параличи, возникающие при полиомиелите — остром инфекционном заболевании нервной системы. При этом заболевании могут развиваться параличи ног, рук, дыхательных мышц. При поражении шейных и грудных сегментов спинного мозга возникает периферический паралич диафрагмы и межреберных мышц, приводящий к нарушению дыхания. Поражение шейного утолщения приводит к периферическому параличу рук, а поясничного утолщения — к параличу ног.

Таблица 1

**Клиническая характеристика центрального
и периферического паралича**

<p align="center">Центральный паралич (при поражении центрального двигательного нейрона в двигательной зоне коры, внутренней капсуле, стволе и спинном мозге)</p>	<p align="center">Периферический паралич (при поражении периферического двигательного нейрона — клеток передних рогов, передних корешков, сплетений и нервов)</p>
<p>ТОНУС МЫШЦ Мышечная гипертония — спастическое повышение тонуса, контрактуры, поза Вернике—Манна; у детей 1 г.: если приподнять ребенка, то вместо сгибания ног наблюдается разгибание; ригидность при поражении паллидума</p>	<p>Снижение мышечного тонуса — мышечная атония. Мелкие фибриллярные и/или фасцикулярные подергивания</p>
<p>РЕФЛЕКСЫ Гиперрефлексия — повышение сухожильных и периостальных рефлексов. Расширение зоны рефлексов. Отсутствие брюшных рефлексов. Клонус стоп — ритмическое сокращение мышц при растяжении сухожилий</p>	<p>Гипо(а)рефлексия</p>
<p>ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕФЛЕКСЫ Кистевые: рефлекторное медленное сгибание пальцев кисти. Стопные сгибательные: медленное сгибание пальцев стопы. Разгибательные: рефлексы Бабинского, Оппенгейма. Синдром орального автоматизма. Защитные рефлексы. Резкое болевое сгибание пальцев стопы — тройное сгибание ноги во всех суставах</p>	<p>Отсутствуют</p>

Окончание табл. 1

Центральный паралич	Периферический паралич
СОДРУЖЕСТВЕННЫЕ ДВИЖЕНИЯ. Патологические синкинезии — сокращение мышц парализованных конечностей в ответ на напряжение мышц на здоровой стороне.	Отсутствуют
АТРОФИЯ МЫШЦ — отсутствует	Выражена
РЕАКЦИЯ ПЕРЕРОЖДЕНИЯ — отсутствует	Имеется

Центральный паралич

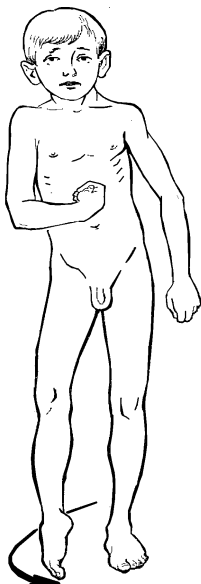


Рис. 3.
Центральный паралич (поза Вернике—Манна)

Центральный паралич возникает при поражении центрального двигательного нейрона в любом его участке (двигательная зона коры больших полушарий, внутренняя капсула, ствол головного мозга, спинной мозг). Перерыв пирамидного пути снимает влияние коры головного мозга на сегментарный рефлекторный аппарат спинного мозга, при этом растормаживается его собственный аппарат. Поэтому все основные признаки центрального паралича так или иначе связаны с усилением возбудимости периферического сегментарного аппарата.

Основными признаками **центрального паралича** являются:

1. **Мышечная гипертония.** При мышечной гипертонии мышцы напряжены, плотноваты; сопротивление их больше ощущается в начале движения. Мышечная гипертония приводит к развитию контрактур (резкому ограничению активных и пассив-

ных движений в суставах, в связи с чем конечности могут «застывать» в неправильной позе — позе Вернике—Манна (на стороне, противоположной очагу поражения — во внутренней капсуле или в передней центральной извилине: рука согнута и приведена к туловищу; нога разогнута и при ходьбе «описывает» полукруг).

2. Гиперрефлексия. Сопровождается расширением зоны вызывания рефлексов.

3. Клонусы стоп, коленных чашечек и кистей. Это ритмичные сокращения мышц в ответ на растяжение сухожилий. Они являются следствием резкого усиления сухожильных рефлексов — гиперрефлексии. Клонус стоп вызывается быстрым тыльным сгибанием стоп. В ответ на это происходит ритмичное подергивание стоп. Иногда клонус стоп отмечается при вызывании рефлекса с ахиллова сухожилия. Клонус коленной чашечки вызывается ее резким отведением вниз.

4. Патологические рефлексы возникают при повреждении пирамидного пути на любом из его уровней. Различают кистевые и стопные рефлексы. Большее диагностическое значение имеют патологические стопные рефлексы Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шеффера, Россолимо. В норме эти рефлексы обнаруживаются у новорожденных и детей раннего возраста.

■ Разгибательная группа патологических рефлексов обнаруживается в виде веерообразного разведения пальцев и разгибания большого пальца (извращенный подошвенный рефлекс):

- рефлекс Бабинского вызывается штриховым раздражением стопы, ближе к ее наружному краю;
- рефлекс Оппенгейма возникает при энергичном проведении рукой сверху вниз по внутреннему краю большой берцовой кости;
- рефлекс Гордона — при нажатии на икроножную мышцу;
- рефлекс Шеффера — при сжатии ахиллова сухожилия.

■ Сгибательная группа патологических рефлексов обнаруживается в виде сгибания пальцев ног:

- рефлекс Россолимо — при ударе по мякоти кончиков пальцев ног;
- рефлекс Бехтерева — при отрывистом ударе по мякоти пальцев тыльной поверхности стопы в области основания 2—4-го пальцев;

- рефлекс Жуковского — при ударе по мякоти пальцев тыльной поверхности стопы посередине подошвы у основания пальцев.

5. **Защитные рефлексы** возникают в ответ на болевое раздражение парализованной конечности; при этом она непроизвольно отдергивается.

6. **Синкинезии** — непроизвольно возникающие содружественные движения при выполнении активных движений (например, размахивание руками при ходьбе). При центральном параличе появляются патологические синкинезии. Так, при напряжении мышц в здоровой конечности на стороне паралича рука сгибается в локте и приводится к туловищу, а нога разгибается.

Если поражение пирамидного пути локализуется в области верхних шейных сегментов спинного мозга, развивается центральная гемиплегия, а если в грудном отделе спинного мозга — центральная плегия ноги.

Поражение пирамидного пути в области ствола мозга приводит к центральной гемиплегии на противоположной стороне. Одновременно могут быть поражены ядра черепных нервов с возникновением периферических параличей мышц языка, лица, глазного яблока, но уже на стороне поражения. Эти так называемые перекрестные синдромы позволяют точно определить локализацию поражения.

Поражение пирамидного пути во внутренней капсуле вызывает центральную гемиплегию на противоположной стороне с центральным параличом мышц языка и лица на той же стороне. При таком параличе (в отличие от периферического) бывают поражены только мышцы нижней половины лица (сглажена носогубная складка, опущен угол рта, нет возможности вытянуть губы вперед или оскалить зубы на пораженной стороне); атрофия мышц языка отсутствует.

Синдром псевдобульбарного паралича

При двустороннем поражении корково-ядерных путей с ядрами подъязычного, языкоглоточного и блуждающего нервов развивается центральный паралич мышц глотки, гортани, мягкого нёба, языка. Это синдром псевдобульбарного паралича,

поэтому наблюдается отсутствие атрофии и реакции перерождения.

Симптоматика псевдобульбарного паралича такая же, как и при бульбарном параличе, но сохраняются небный и глоточный рефлекс и усилен мандибулярный рефлекс. Вместе с тем выявляются патологические псевдобульбарные рефлексy — рефлексy орального автоматизма. К ним относятся:

- ладонно-подбородочный рефлекс Маринеску (при штриховом раздражении ладони возникает сокращение мышц подбородка);
- губной рефлекс — при легком постукивании пальцем или молоточком по верхней губе происходит выпячивание губ;
- сосательный рефлекс — штриховое раздражение губ вызывает сосательное движение;
- носогубный рефлекс — легкое постукивание по переносице вызывает вытягивание губ «хоботком»;
- дистанс-оральный рефлекс — при приближении молоточка к лицу губы выпячиваются «хоботком».

При псевдобульбарном параличе из-за растормаживания подкорковых центров возникают приступы насильственного плача или смеха.

Синдромы поражения вегетативной нервной системы

Вегетативная нервная система — совокупность центров, осуществляющих регуляцию внутренней среды: обмен веществ, деятельность внутренних органов, функции гладкой мускулатуры, эндокринной системы. Вегетативная нервная система тесно связана с соматической. Все двигательные реакции получают вегетативно-трофическое обеспечение (изменение пульса, артериального давления, газообмена; с другой стороны, двигательные акты влияют на регуляцию вегетативных функций, например, связь движения и терморегуляции). Принцип вегетативной регуляции — рефлекторный. Афферентное звено начинается с интероцепторов. Импульсы идут в первичные сегментарные центры (спинальные и стволовые), а от них по эфферентным путям осуществляется регулирующее воздействие на органы.

Особенности **вегетативной нервной системы** заключаются в диффузности реакций и относительной автономности периферических сплетений. Существуют рефлексы висцеро-висцеральные (легочно-сердечные), висцеро-кутанные (имеется в виду появление участков кожной гиперестезии в зонах Захарьина—Геда при заболеваниях внутренних органов). Кожно-висцеральные рефлексы используются для внутрикожных новокаиновых блокад.

Деятельность вегетативной нервной системы влияет на эмоциональный фон и общее самочувствие.

Условно выделяют симпатическую и парасимпатическую системы (последняя — более древняя, ее функция состоит в стабилизации внутренней среды). Симпатическая нервная система обеспечивает адаптацию внутренней среды к изменениям. Интеграция вегетативной регуляции осуществляется на уровне гипоталамуса (например, регуляция цикла сон — бодрствование, всех видов обмена, эндокринных функций, половой сферы, сердечно-сосудистых функций, дыхания, желудочно-кишечного тракта, тазовых органов, трофики, температуры).

Синдромы поражения гипоталамической области

До 11–12 лет эти синдромы одинаково часто встречаются у мальчиков и девочек (в связи с более ранним и ярким становлением периода полового созревания). Поражения гипоталамической области вызываются хроническим тонзиллитом, гриппом, ревматизмом.

■ **Нейро-эндокринно-обменная форма** встречается чаще других. Она включает расстройства жирового, водно-солевого и углеводного обменов, нарушения роста, полового созревания и расстройства пищевого поведения.

Основное проявление нейро-эндокринно-обменной формы у детей — ожирение.

■ **Ожирение по типу синдрома Иценко—Кушинга.** Это избыточное отложение жира в области лица (так называемое «лунообразное» лицо), в верхней части спины по типу климактерического бугорка, в области грудных желез и живота. Типичны и трофические изменения: сухость, цианоз, шероховатость кожи,

угри на лице, красные стрии. Повышено артериальное давление.

■ Адипозо-генитальная дистрофия — сегментарная локализация жира в области живота и бедер на фоне общего, относительно равномерного ожирения и гипогениализма. Синдром Лоренса (наследственное заболевание) напоминает адипозо-генитальную дистрофию, отягощенную прогрессирующим слабоумием, амаврозом (на почве пигментной ретинопатии), полидактилией и синдактилией на руках и ногах.

■ Синдром смешанного ожирения — при равномерном ожирении дети выглядят старше, они выше ростом. Дистальные отделы конечностей на фоне общего ожирения выглядят худыми. Пальцы как бы обсосаны, с утолщением у основания в области первых фаланг в виде жировых подушек. Стрии багрового цвета. Аппетит резко повышен. Суставы разболтаны из-за слабости связок. Кости лицевого скелета крупнее обычного. Рост костей пропорциональный — в этом проявляется отличие от больных с нарушением роста гипофизарного происхождения.

■ Несахарный диабет характеризуется жаждой, полидипсией, полиурией, низким удельным весом мочи. Иногда встречаются ожирение, нарушение терморегуляции, формулы «сон — бодрствование».

■ Синдром преждевременного полового созревания чаще возникает у девочек. Типично раннее развитие грудных желез, оволосение по женскому типу; менструации появляются до 8 лет. Гонадотропин повышен до уровня взрослых. У больных наблюдается превышение нормы роста.

■ Синдром церебрального нанизма замечен уже в детском возрасте; 13–14-летние подростки похожи на гипофизарных карликов. Телосложение пропорциональное. Начало задержки роста совпадает с началом эпилептиформных припадков.

■ У детей с гипоталамическими нарушениями в пубертатном периоде наблюдается задержка полового развития (половой инфантилизм, недоразвитие вторичных половых признаков — скудное оволосение, наружные половые органы и грудные железы препубертатных размеров, крипторхизм, запоздалое появление менструаций). Половое развитие завершается к 17 годам.

Вегетативно-сосудистая форма отличается пароксизмами или постоянными вегетативно-сосудистыми расстройствами; у детей наблюдается не часто. Можно отметить их слабую интенсивность и легкую переносимость. Вазомоторные проявления включают в себя гипергидроз, повышение артериального давления, лабильность пульса.

Вегетативно-висцеральная форма характеризуется абдоминальными вегетативно-сосудистыми пароксизмами у детей до 10 лет; могут остро возникать боли в животе и резко повышаться температура. Иногда возникают рвота, эритема на коже. Пароксизмы носят вагоинсулярный характер.

Нарушения терморегуляции появляются относительно часто. Типичны длительный субфебрилитет и периодические пароксизмы фебрильной температуры. Отмечаются булимия, жажда, ожирение; хорошая переносимость температуры, изменчивость гипертермий и зависимость от эмоций, отсутствие воспалительных изменений в крови, изотермия ректальной и аксиллярной температуры.

Нервно-трофическая форма — нарушение трофики кожи, гнездное или тотальное облысение.

Нервно-мышечная форма — напоминает прогрессирующую мышечную дистрофию, миастенический синдром, миоплегию.

Нарушения сна и бодрствования включают такие проявления, как гиперсомния пароксизмальная: нарколепсия (приступы засыпания в неадекватной обстановке), гипогликемическая гиперсомния и синдром периодической спячки. Перманентные нарушения проявляются длительной сонливостью.

Гипоталамическая (диэнцефальная) эпилепсия отличается вегетативно-сосудистыми пароксизмами, сочетающимися с нарушениями сознания или тоническими судорогами. На ЭЭГ регистрируется эпилептиформная активность как показатель повышенной судорожной готовности.

В качестве примера поражения гипоталамической (диэнцефальной) области приведем описание такого заболевания, как мигрень.

Мигрень — наследственно обусловленная дисфункция вазомоторной регуляции; проявляется в виде периодически повторяющихся приступов головной боли, нередко в одной половине

головы. Частота заболевания в общей популяции варьируется от 2 до 6%. Чаше возникает у женщин. Наследуется по аутосомно-доминантному типу. Приступ мигрени — своеобразный краниальный сосудистый криз. Вначале происходит спазм сосудов, затем дилатация. В следующей фазе развивается отек сосудистых стенок. Головная боль обусловлена расширением сосудов твердой мозговой оболочки. Во время болевого приступа наблюдается общая гиперестезия, непереносимость яркого света, громких звуков, болевых и тактильных раздражений. Вегетативные реакции проявляются бледной или красной кожей, тошнотой, рвотой. Часто наблюдаются состояние тревоги, страха, тяжелые депрессии.

Выделяют несколько форм заболевания:

- мигрень с так называемой офтальмологической аурой, когда в одном поле зрения имеют место зрительные нарушения — зигзаги, искры, скотомы;
- гемипарестетическая аура — парестезии или онемение одной стороны тела;
- паралитическая аура с односторонней слабостью;
- афатическая в виде речевых нарушений;
- абдоминальная мигрень;
- вестибулярная мигрень в сочетании с головокружением, атактической походкой.

Синдромы поражения черепно-мозговых нервов

Существует шесть нервов с исключительно двигательной функцией (III пара — глазодвигательный, IV пара — блоковый, VI пара — отводящий, VII пара — лицевой, XI — добавочный, XII — подъязычный).

Синдром поражения лицевого нерва

VII пара — лицевой нерв. Это двигательный нерв. Иннервирует мимические мышцы, мышцы ушной раковины и мышцы шеи. От ствола лицевого нерва отходят три ветви.

1-я ветвь — слезоотделительные волокна, при поражении этой ветви происходит слезотечение.

Поражение 2-й ветви вызывает разболтанность стремечка (мембраны внутреннего уха), что приводит к гиперакузии — усиленному дребезжанию звука.

При поражении 3-й ветви происходят потеря вкуса на передних $2/3$ языка и гипофункция слюнных желез. Развиваются также двигательные расстройства в виде периферического паралича мимических мышц и слезотечения.

У детей нередко встречаются воспалительные поражения лицевого нерва, приводящие к периферическому параличу лицевых мышц с асимметрией лица. На стороне поражения лицевого нерва сглажены носогубная складка и складки в области лба, несколько опущена бровь, глазная щель не смыкается (лагофтальм, заячий глаз), щека свисает, опущен угол рта. Больной не может вытянуть губы вперед, задуть горящую спичку, надуть щеки. На пораженной стороне угол рта неподвижен, невозможна улыбка, свист; при еде жидкая пища выливается из рта. При попытке закрыть глаз глазная щель остается несомкнутой. Эти нарушения сопровождаются атрофией мышц.

Реже периферический парез мышц обусловлен недоразвитием ядер лицевого нерва. Двустороннее поражение лицевого нерва может наблюдаться также при полиневритах, менингитах, переломах костей основания черепа и других травмах черепа.

Синдром поражения тройничного нерва

Тройничный нерв обеспечивает чувствительность кожи лица, слизистой носа и рта, языка, глазного яблока, мозговых оболочек, а также двигательную иннервацию жевательных мышц. Разделяется на ветви: глазную, верхне- и нижнечелюстную. При поражении нижнечелюстной ветви возникает периферический паралич жевательных мышц. Расстройства чувствительности:

- гипер-, гип- или анестезия;
- гиперпатия, дизестезия (извращение раздражителя, когда тепло воспринимается как холод, укол — как ожог);
- фантомные боли;

- герпес зостер (пузырьковый лишай) на лице при поражении гассерова узла или чувствительного корешка;
- при невралгии тройничного нерва боли иррадируют в верхнюю и нижнюю челюсти, глаз, ухо.

Синдром поражения глазодвигательных нервов

Поражение глазодвигательного и отводящего нервов приводит к параличу иннервируемых ими мышц и к возникновению косоглазия.

Двигательный путь от коры к мышцам лица, языка, глотки включает два нейрона. При поражении кортико-нуклеарного пути с одной стороны не вызывает центрального паралича из-за перекрытия волокнами от корковой двигательной зоны «чужой» стороны. Поражение двигательных ядер черепно-мозговых нервов вызывает периферический паралич соответствующих мышц на «своей» стороне.

Поражение глазодвигательного нерва вызывает расходящееся косоглазие, так как здоровая наружная прямая мышца (иннервируемая отводящим нервом) оттягивает глазное яблоко в свою сторону.

Кроме того, при поражении глазодвигательного нерва могут наблюдаться:

- диплопия (двоение в глазах при взгляде в сторону парализованной мышцы);
- экзофтальм (выпячивание глазного яблока из орбиты за счет снижения тонуса глазодвигательных мышц);
- птоз (опущение верхнего века) за счет паралича мышцы, поднимающей веко;
- мидриаз (расширение зрачка и отсутствие прямой и содружественной реакций зрачка на свет);
- паралич аккомодации — ухудшение зрения на близкие расстояния.

При поражении отводящего нерва развивается сходящееся косоглазие (здоровая внутренняя прямая мышца, иннервируемая глазодвигательным нервом, перетягивает глазное яблоко в свою сторону). Иначе говоря, становится невозможным поворот глазного яблока кнаружи.

При поражении блокового нерва косоглазие, как правило, не возникает. Легкое сходящееся косоглазие, а также диплопия могут появляться при взгляде вниз.

Синдром поражения подъязычного нерва

Поражение подъязычного нерва или его ядра в стволе головного мозга вызывает периферический паралич соответствующей половины языка. При этом наблюдается:

- атрофия мышц языка (истончение парализованной половины языка);
- гипотония (язык тонкий, распластаный, удлинённый);
- отклонение языка при его высовывании в сторону паралича;
- фибриллярные подергивания;
- ограниченность (или невозможность) движения языка в сторону поражения.

Глазодвигательный и отводящий нервы исследуются вместе — проверяется подвижность глазных яблок при взгляде в стороны, вверх, вниз, а также подвижность верхнего века.

Бульбарный синдром

При поражении языкоглоточного и блуждающего нервов двигательные нарушения характеризуются периферическим параличом мышц глотки, гортани, мягкого нёба, трахеи, языка. Такое состояние — бульбарный паралич — для краткости называют синдром 3Д (дизартрия, дисфагия, дисфония).

Паралич мышц глотки приводит к затрудненному глотанию; при глотании больные поперхиваются. Паралич мышц надгортанника приводит к попаданию жидкой пищи в гортань и трахею, а паралич мышц мягкого нёба — к затеканию пищи в полость носа. Паралич мышц гортани вызывает провисание связок и, как следствие, дисфонию или афонию (беззвучный голос). Из-за провисания мягкого нёба голос больного становится гнусавым. Из-за паралича языка нарушается жевание. Язык отклоняется в пораженную сторону, движения его затрудняются. Наблюдаются атрофия и гипотония языка, фибриллярные подергивания. Угасает глоточный рефлекс; наступает перерождение

мышц языка. Имеет место нарушение звукопроизношения — развивается бульбарная дизартрия.

Кроме того, двустороннее поражение блуждающего нерва вызывает остановку сердца и дыхания.

Синдромы поражения экстрапирамидной системы

Двигательный акт требует согласованного участия многих мышц. Нужны механизмы, регулирующие последовательность, силу и длительность мышечных сокращений и определяющие выбор необходимых мышц. Стрио-паллидарную систему сравнивают с руками пианиста. Одни мышечные сокращения сменяются другими произвольно. Эти свойства обусловлены двигательным автоматизмом, закодированным на матрице внутрисистемных связей стрио-паллидума. Таким образом обеспечивается постепенная экономизация и автоматизация.

Экстрапирамидная система разделена на более молодое образование — стриатум (хвостатое ядро и скорлупа) и более древнее — паллидум (бледный шар). Стриатум отвечает за экономию мышечной энергии; паллидум — за сложность, точность движений.

При поражении стриарной системы развивается гиперкинетико-гипотонический синдром, а при поражении паллидарной системы — гипокинетически-гипертонический синдром. Эти синдромы проявляются в виде изменения двигательной функции, мышечного тонуса, вегетативных функций, эмоциональной сферы.

Синдром поражения бледного шара

Основной симптомокомплекс поражения бледного шара известен как паркинсонизм. К симптомам паркинсонизма относятся снижение двигательной активности и мышечная гипертония. Типичны бедность и маловыразительность движений (олигокинезия), их замедленность (брадикинезия). Больные малоподвижны, инертны, скованны, застывают в неудобной позе (поза восковой куклы) — так называемый феномен каталепсии.

Обычная поза больного также изменяется: туловище слегка согнуто, взгляд направлен вперед, неподвижен; голова наклонена к груди, руки согнуты в локтевых и лучезапястных суставах и приведены к туловищу, ноги — в коленных суставах. Походка больных замедленна, им трудно начать движение — паркинсоническое топтание на месте, но в дальнейшем больной может «разойтись», двигаться быстрее. Если толкнуть, он бежит в направлении толчка. Но ему трудно быстро остановиться. При необходимости остановиться его продолжает «тянуть» вперед. Описаны «парадоксальные кинезии», когда в эмоциональные моменты больные могут бегать, прыгать.

Больной передвигается с трудом, мелкими частыми шажками; при этом отсутствуют физиологические синкинезии (руки при ходьбе неподвижны). Отсутствие содружественных движений приводит к нарушению инерции, необходимой для равновесия туловища. Почерк мелкий, нечеткий.

Мимика больных бедная, лицо маловыразительное, маскообразное (гипомимия); речь тихая, монотонная. Они вязки, прилипчивы, замедленны.

Мышечный тонус повышен, причем сопротивление, испытываемое при исследовании тонуса, остается равномерным в начале и в конце движения (пластическая (экстрапирамидная) мышечная гипертония, или мышечная ригидность).

Типичен также паркинсонический тремор покоя; тремор отмечается в покое в пальцах кисти при счете монет. Тремор отличается ритмичностью, малой амплитудой и малой частотой. При произвольных движениях тремор уменьшается. Выявляются также постуральные рефлексy: стопный — при пассивном тыльном сгибании стопы происходит тоническое напряжение разгибателей, стопа застывает. Феномен голени проявляется в положении лежа, когда при пассивном сгибании голень застывает в положении сгиба.

Синдром поражения полосатого тела

При поражении стриарного отдела экстрапирамидной системы доминирует гиперкинетически-гипотонический симптомокомплекс. Основными симптомами при этом являются мышеч-

ная гипотония и избыточные непроизвольные движения — гиперкинезы. Гиперкинезы возникают внезапно, усиливаются при произвольных движениях, исчезают во сне. Различные виды гиперкинезов связывают с поражением соответствующих отделов стриарной системы: при поражении оральных отделов возникают насильственные движения в мускулатуре лица, при поражении каудальных отделов — в ногах. Гиперкинезы проявляются в разной форме.

■ **Атетоз** наблюдается в нижних отделах конечностей в виде медленных, червеобразных, вычурных движений в дистальных отделах конечностей (пальцы кистей рук и стоп). Атетоидные движения могут наблюдаться и в мышцах лица — выпячивание губ, перекашивание рта, гримасничанье, щелканье языком. Признак атетоза — преходящие контрактуры, придающие кистям и пальцам своеобразное положение.

■ **Торсионный спазм** проявляется в виде тонического искривления позвоночника в поясничном и шейном отделе. Ему свойствен вращательный, штопорообразный характер движения туловища с гиперлордозом, сколиозом, вычурными позами. Появляется при произвольных движениях; прекращается при компенсаторных приемах — усиленный поворот плеча, обхват шеи руками.

■ **Спастическая кривошея** — судорожные сокращения мышц шеи. Голова при этом поворачивается в сторону и наклоняется к плечу.

■ **Тики** представляют собой насильственные однообразные движения, производящие впечатление нарочитых. Это быстрое наморщивание лба, поднятие бровей, мигание, высовывание языка. Гиперкинезы сопровождаются, как правило, мышечной гипотонией. У детей они часто развиваются в результате патологических условных рефлексов, как подражание возникают и функциональные гиперкинезы (невротические, которые носят характер навязчивых движений). Тики могут наблюдаться при невралгии тройничного нерва.

■ **Гемибаллизм** — крупные размашистые движения рук, подобные взмаху крыла птицы. Насильственные движения сильные, их трудно прекратить.

■ **Хоре-атетонидные гиперкинезы** — быстрые сокращения различных больших групп мышц, гиперкинез не ритмичен, не координирован. Напоминает произвольные движения, так как вовлекаются синергичные мышцы. Встречаются при подкорковых дегенерациях, ревматическом поражении ЦНС.

■ **Миоклонии** — быстрые, молниеносные ритмические подергивания отдельных групп мышц или одиночных мышц. Могут наблюдаться миоклонии языка, мягкого нёба.

■ **Лицевой гемиспазм** — периодически повторяющиеся судороги мышц половины лица, иннервируемой лицевым нервом.

■ **Блефароспазм** — судорожные сокращения круговой мышцы глаза, например, в виде частого мигания.

■ **Интенционнй тремор** возникает при произвольных движениях. Обнаруживается обычно при проведении пальце-носовой и пяточно-коленной проб: по мере приближения к цели (пальца к носу, пятки к коленному суставу) тремор усиливается. (Вспомним, что, напротив, паллидарный тремор (так называемый счет монет) выражен в состоянии покоя и исчезает при движении).

Гиперкинезы часто наблюдаются у детей; они возникают вследствие органических поражений стриарного отдела экстрапиримидной системы из-за отсутствия тормозящего влияния стриатума на нижележащие двигательные центры.

Синдромы поражения мозжечка

Мозжечок — центр координации движений. Этот координатор регулирует равновесие тела, согласованную деятельность мышц-антагонистов, обеспечивает сгибание-разгибание и пр. Аfferентные пути поступают в мозжечок от проприоцепторов, вестибулярного аппарата, ретикулярной формации. Спинocerebellарные пути не делают перекреста. Особые аfferентные пути тянутся от лобной доли, от затылочной и височной областей. Это сигналы корригирующие, направляющие. Эfferентные импульсы идут к нейронам передних рогов спинного мозга.

Синдром поражения мозжечка проявляется в виде **нарушений равновесия, координации движений и мышечного тонуса** и включает следующие симптомы:

1. **Нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе.** Это проявляется в виде статической атаксии. При нарушении статики больной в позе Ромберга отклоняется в сторону пораженного полушария мозжечка. В тяжелых случаях нарушение статики бывает настолько выраженным, что больной не может сидеть и стоять даже с широко расставленными ногами. Нарушение равновесия и координации во время движений называется динамической атаксией. Динамическая атаксия обнаруживается при ходьбе (атактическая походка). Ее можно выявить также с помощью пальце-носовой и пяточно-коленной проб. При этом наблюдается интенционное дрожание.

2. **Гиперметрия** — несоразмерность, чрезмерность движений при поражении мозжечка. Гиперметрия выявляется с помощью пронаторной пробы. Больного просят быстро перевести кисти вытянутых рук из положения ладонями вверх (супинация) в положение ладонями вниз (пронация). На стороне поражения движение производится с избыточной ротацией кисти. Кроме того, используется проба Шильдера: опускание поднятой вверх руки (на стороне мозжечковых расстройств) происходит ниже уровня другой руки, вытянутой горизонтально.

3. **Промахивание** — выявляется с помощью координаторных проб (пальце-носовой и пяточно-коленной).

4. **Адиадохокinez** — затруднение (нарушение) чередований противоположных движений; обнаруживается при попытке быстро попеременно совершать противоположные движения (пронацию — супинацию кисти). На стороне поражения чередование движений замедлено, движения неловкие, неточные.

5. **Интенционный тремор** — дрожание в конце целенаправленного движения.

6. **Нистагм** — подергивания глазных яблок, выявляется при их движении.

7. **Расстройства речи** — нарушение координации движений языка; речь теряет плавность, становится замедленной, скандированной, разорванной на слоги (мозжечковая дизартрия).

8. **Гипотония мышц** — мышцы дряблые, вялые, экскурсия суставов увеличена.

9. **Расстройство почерка.** Вследствие тремора и нарушения координации тонких движений почерк становится неровным,

линии букв приобретают зигзагообразный характер; сами буквы оказываются слишком крупными.

Единая основа всех симптомов состоит в нарушении согласованности действий мышц-антагонистов, асинергии.

При исследовании координаторных функций проводят пробу на асинергию. Лежащему на спине испытуемому предлагают:

- 1) сесть без рук, скрестив их на груди. Больной с асинергией не может сесть; вместо туловища у него поднимаются ноги;
- 2) перегнуться назад. Больной падает назад, не сумев отреагировать на перемещение центра тяжести;
- 3) при ходьбе туловище отстает от ног, центр тяжести смещается назад, больной падает.
- 4) при поражении мозжечка больной не может стоять с расставленными ногами. Происходит отклонение (девиация) в сторону очага поражения как при открытых, так и при закрытых глазах. При поражении червя мозжечка утрачена синергия, т. е. стабилизирование центра тяжести. Когда теряется равновесие, говорят о туловищной атаксии; больной ходит пошатываясь.

При поражении коры больших полушарий (лобных, затылочных отделов) также выявляются нарушения статики: больной неустойчив, падает в сторону, противоположную очагу поражения (в отличие от поражения мозжечка).

Черепно-мозговая травма

Черепно-мозговая травма составляет 25–45% всех травм в детском возрасте. Черепно-мозговая травма подразделяется на открытую и закрытую, при этом закрытая составляет приблизительно 80% всех черепно-мозговых травм. Больше всего травм наблюдается в дошкольном и младшем школьном возрасте; летом они встречаются в два раза чаще.

Появление неврологических симптомов при различных видах черепно-мозговых травм связано с влиянием механической силы на весь головной мозг в целом. Гидравлическое действие ликворной волны вызывает резкое смещение мозговой ткани и первичные вазомоторные изменения — ангиоспазм в результате

дисфункции сосудистых центров ствола мозга и гипоталамуса. Развиваются диффузные вегетативно-сосудистые нарушения (потеря сознания, головная боль, амнезия, головокружение).

В тяжелых случаях ангиоспазм сменяется ангиопараличом, атонией сосудистой стенки, замедлением кровотока, повышением проницаемости капилляров, в результате происходят выход плазмы из сосудистого русла, отек мозга, кислородное голодание мозга.

Ликвородинамические расстройства приводят к вторичным нарушениям (гиперсекреция ликвора, венозный застой, повышение внутричерепного давления). Венозный застой, в свою очередь, вызывает нарушения метаболизма — гипоксия мозга, ацидоз ткани мозга.

Черепно-мозговая травма — это стресс; при ней неизбежно нарушаются функции надпочечников. Наиболее ранимым оказывается гипоталамо-гипофизарный отдел с его координирующей ролью в механизмах адаптации. Потеря сознания, адинамия связаны с дисфункцией ретикулярной формации ствола мозга и снижением активации. В случае тяжелого отека происходит ущемление ствола мозга в большом затылочном отверстии. Закрытая черепно-мозговая травма протекает в виде сотрясения, ушиба или сдавления мозга. При сотрясении мозга наблюдаются главным образом преходящие расстройства ликвородинамики и кровообращения.

1. Сотрясение бывает в легкой, среднетяжелой и тяжелой формах. При легкой форме сотрясения отмечаются общемозговые симптомы: утрата сознания на несколько секунд или минут; вялость, адинамия, сонливость; тошнота, рвота, головная боль в течение суток. Явлений застоя на глазном дне нет.

При среднетяжелой форме происходит утрата сознания до 30 минут; ретроградная амнезия, тошнота, рвота, головная боль держатся в течение недели. Развиваются явления застоя на глазном дне. Кроме того, возникают непостоянный горизонтальный нистагм, двустороннее недоведение глазных яблок кнаружи, повышение или понижение внутричерепного давления.

Тяжелая степень сотрясения приводит к утрате сознания от 30 минут до одних суток; затем преобладают оглушенность, вялость, адинамия, сонливость.

При этой степени выражены расстройства памяти в виде ретроградной амнезии (потеря памяти на события до травмы) и антероградной амнезии (потеря памяти на события после травмы).

Общемозговые симптомы — рвота, резкая головная боль, сохраняющиеся в течение двух-трех недель. Типичны анизокория, недостаточность VI нерва (отводящий нерв, иннервирующий мышцу глаза,двигающую глазное яблоко кнаружи), горизонтальный нистагм, гиперрефлексия. Выражены явления застоя на глазном дне. Резко повышается внутричерепное давление, сопровождающееся менингеальными симптомами и преходящими легкими очаговыми нарушениями.

II. Ушиб (контузия). Преобладают стойкие локальные симптомы из-за размозжения и некроза на стороне удара или на противоположной стороне — гемипарез, нарушения чувствительности, зрительные и координаторные расстройства. Расстройства сознания более длительные и более глубокие, чем при сотрясении. Выявляются расстройства функции черепно-мозговых нервов, могут наблюдаться речевые расстройства, судороги.

У детей по сравнению со взрослыми очаговые изменения затухивают (из-за склонности к генерализованным общемозговым процессам). Очаг формируется лишь на вторые-третьи сутки вслед за спадом отека. Наконец, возможны субарахноидальные кровоизлияния в виде диссоциированного менингеального синдрома.

III. Компрессия (сдавление) — наиболее тяжелое проявление черепно-мозговой травмы, обусловлено острым отеком и набуханием мозга, а также образованием гематомы. В клинике внутричерепной гематомы выделяют:

- острый период с симптомами сотрясения или ушиба;
- латентный период, когда сотрясение уже стихло, но компрессии еще не наблюдается;
- симптомы компрессии, появляющиеся при объеме гематомы не менее 50 мл. Характерны внезапно распирающая локальная головная боль с усилением ее при перкуссии черепа, анизокория, косоглазие, плавающие движения глазных яблок, нистагм, снижение корнеальных и глоточных рефлексов, брадикардия, аритмия, нарушения дыхания, глотания. Наблюдаются глубокие нарушения сознания.

ния вплоть до впадения в кому; появляются судороги. Угнетены сухожильные рефлексy.

Осложнение возникает в виде субарахноидальной гематомы с менингеальным синдромом на фоне возбуждения, бреда, галлюцинаций. Продолжительность острого периода зависит от тяжести черепно-мозговой травмы и длится от одной недели до двух месяцев. Восстановительный период занимает от года до двух лет.

Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы

Характер последствий черепно-мозговой травмы зависит от вида травмы, обширности поражения мозга, глубины и длительности потери сознания. Определенную роль в развитии последствий играют особенности конституции и состояние реактивности организма.

Цереброастенический синдром — наиболее частое последствие внутричерепной травмы. Он проявляется быстрой утомляемостью, слабым, истощающимся вниманием; снижением памяти, работоспособности, расстройствами эмоционально-волевой сферы. Отмечаются неустойчивость настроения, склонность к плаксивости, капризам, раздражительности или чрезмерной веселости. Характерны также страхи, содержание которых связано с ситуацией, имевшей место во время травмы. У эмоционально возбудимых детей склонность к истерическим реакциям нередко отмечается еще до травмы. Больные жалуются на внезапные головные боли, чаще в определенных условиях — в духоте, при резких поворотах головы, беге, шуме, отрицательных эмоциях. Иногда боли усиливаются при движении глаз. Несколько реже наблюдаются головокружения, иногда даже через 1–2 года после травмы. Характерны вегетативно-сосудистые расстройства в виде повышенной потливости, лабильности пульса и артериального давления. Часто встречается диэнцефальный синдром (вегетативно-сосудистая дистония, алопеция, различные вегетативно-обменные нарушения).

Характерной особенностью цереброастенического синдрома является нарушение интеллектуальной деятельности при первично сохранном интеллекте. Страдают предпосылки интеллекта — внимание и память. В процессе учебной работы быстро

наступает утомление, возникают головные боли, снижаются внимание и работоспособность. Дети с трудом могут сосредоточиться, часто отвлекаются. Несмотря на отсутствие локальных речевых расстройств, дети испытывают трудности при овладении счетом, письмом. При чтении теряют строку, не выделяют предложения, не делают смысловых ударений. На письме допускают разнообразные ошибки — не дописывают буквы и слова, соединяют несколько слов в одно. При обучении математике эти дети часто не овладевают приемами устного счета (из-за нарушений памяти!), плохо запоминают таблицу умножения и условия задачи. Из-за боязни ответить неправильно дети отказываются отвечать.

При правильном отношении эти трудности можно преодолеть, однако любое заболевание и усложнение жизненной ситуации вновь могут вызвать головные боли, головокружение, расстройства памяти, внимания, сна.

К последствиям черепно-мозговой травмы относятся неврозы и неврозоподобные состояния, например, недержание мочи ночью, страхи, заикание, навязчивые движения.

Тяжелым последствием черепно-мозговой травмы является также **травматическая энцефалопатия**. Она характеризуется сильными головными болями, головокружением, выраженным снижением работоспособности. У одних больных преобладают вялость, апатия, медлительность, длительная заторможенность; у других — постоянное беспокойство, расторможенность, эйфория. Эти симптомы более выражены и дольше держатся, чем при цереброастеническом синдроме. Наряду со снижением интеллектуальной деятельности и работоспособности отмечаются изменения характера — дети становятся грубыми, угрюмыми, жестокими; кроме того, они утрачивают интерес к играм и учебным занятиям.

Тяжелые черепно-мозговые травмы могут приводить к слабумию со снижением внимания, памяти и речевой активности; в тяжелых случаях больным свойственны неадекватные суждения и умозаключения.

К последствиям черепно-мозговой травмы относится **травматическая эпилепсия**. Судорожные припадки обычно появляются спустя полгода после травмы, но могут возникать и через

несколько лет. Припадки носят разнообразный характер. Часто повторяющиеся припадки приводят к снижению интеллекта и формированию эпилептоидных черт характера.

После черепно-мозговых травм могут наблюдаться вегетативно-обменные нарушения, а также парезы, гидроцефалия, расстройства слуха, зрения, речи.

Нарушения мозгового кровообращения

В основе проходящих нарушений мозгового кровообращения лежит сужение просвета сосуда или его полная закупорка в результате длительного спазма, формирования тромба, внезапно-го перекрытия просвета сосудов микроэмболом, отрывающимся от фибринотромбоцитарных пристеночных тромбов, из распадающихся атеросклеротических бляшек восходящей части аорты и магистральных сосудов головы, при пороках сердца, нарушении сердечного ритма и инфаркте миокарда. Очевидно, что важную роль играют:

- 1) сосудистая мозговая недостаточность — в результате ишемизации ткани в зоне атеросклеротически суженных сосудов, чаще вследствие падения общего артериального давления в результате кровотечений из внутренних органов, отвлечения крови к поверхностным сосудам после горячей ванны. Особо неблагоприятно сочетание падения артериального давления и гипоксического состояния (пневмония, отек легких, анемия);
- 2) спазм сосудов;
- 3) механизм срыва ауторегуляции мозгового кровотока при остром повышении или понижении артериального давления, а также стаза крови в сосудах мозга;
- 4) мелкоочаговые кровоизлияния. Кислородное голодание сосудистой стенки обуславливает повышение ее проницаемости для плазмы. В результате возникают периваскулярные отеки.

К общемозговым симптомам относятся ощущение недостатка воздуха, «неясность» мыслей, пелена перед глазами, шум в голове.

Нарушение мозгового кровообращения может развиваться внезапно. В этом случае речь идет об остром расстройстве мозгового кровообращения — инсульте. Выделяют ишемические инсульты (при сохранной сосудистой стенке) и геморрагические инсульты (при поврежденной сосудистой стенке).

Развитию **ишемического инсульта** могут предшествовать неоднократные преходящие нарушения мозгового кровообращения, проявляющиеся в виде слабости или онемения конечностей, приступов головокружения, речевых расстройств (например, парафазии).

Геморрагический инсульт (кровоизлияние в мозг) чаще развивается внезапно. В острой стадии инсультов преобладают общемозговые симптомы: головная боль, рвота, различные степени расстройства сознания (вплоть до комы) с нарушением дыхания и сердечной деятельности. Наряду с ними выявляются очаговые изменения, которые зависят от зоны кровообращения пораженного сосуда. Так, в системе внутренней сонной артерии обнаруживаются очаговые изменения, связанные с кортикальной патологией:

- 1) нарушения чувствительности в виде онемения (покалывания участков кожи лица, отдельных пальцев), гипестезии, нарушения чувства локализации и дискриминации;
- 2) нарушения двигательные в виде ограниченного пареза (руки, кисти, отдельных пальцев; только ноги). Характерны гиперрефлексия сухожильных рефлексов и снижение кожных рефлексов, иногда с появлением патологических рефлексов (рефлекс Бабинского);
- 3) преходящие речевые нарушения (афазия с чувствительными и двигательными нарушениями в правой половине тела).

Хронические расстройства мозгового кровообращения наблюдаются главным образом при атеросклерозе сосудов мозга. Хронические расстройства мозгового кровообращения характеризуются постепенным нарастанием неврологических нарушений. При этом ведущими являются расстройства высших психических функций. У больных снижается работоспособность, появляются утомляемость, слабодушие, нарушается сон, страдает внимание, снижение памяти. Часто беспокоят головные боли; нередко присоединяются паркинсонизм, псевдобульбарный синдром. Хронические расстройства мозгового кровообращения приводят к ишемическим инсультам.

Нарушения мозгового кровообращения у детей

Нарушения мозгового кровообращения у детей могут быть вызваны:

- 1) акушерской патологией (узкий таз матери или неправильное его строение);
- 2) неправильным положением плода. При родах это приводит к смещению различных отделов мозга;
- 3) механической травмой головки. Это ведет к нарушению мозгового кровообращения, кровоизлиянию. Чаще всего происходит разрыв поперечного синуса, заканчивающийся смертью. Однако кровоизлияние в мозг может наступить и в результате;
- 4) асфиксии, начавшейся в родах, хронической гипоксии, связанной с поражением плода до начала родов. Аспирационная асфиксия — захлебывание амниотической жидкостью — происходит в результате несовпадения возбуждения ретикулярной формации с моментом рождения.

В детском возрасте расстройства мозгового кровообращения могут быть обусловлены пороками развития мозговых сосудов, инфекционным заболеванием, протекающим с поражением сосудов; болезнями крови; врожденными и приобретенными пороками сердца, черепно-мозговой травмой.

Опухоли головного мозга

Опухоли головного мозга составляют 10% всех новообразований. Причинами их развития являются дизэмбриогенез и генетические факторы. Кроме того, в развитии опухоли у детей существенное значение имеют тератогенные влияния (химические вредные вещества и радиация). Опухоли делятся на доброкачественные и злокачественные. По принципу гистогенеза выделяют:

- нейроэктодермальные опухоли (внутримозговые: злокачественные — глиомы; олигодендроглиома в больших полушариях головного мозга в юном возрасте; глиобластома у взрослых; медуллобластома у детей в мозжечке; относительно доброкачественная астроцитома, растущая медленно, у детей чаще в мозжечке). Большинство опухолей дают метастазы в пределах нервной системы;

- оболочечно-сосудистые опухоли встречаются реже (менингеомы, растущие из паутинной оболочки; ангиоретикулемы, растущие в мозжечке; относительно доброкачественные опухоли, отграниченные от мозга);
- гипофизарные опухоли (краниофарингемы, аденомы гипофиза);
- невриномы (опухоли корешков слухового нерва).

Рост опухоли внутри замкнутого пространства черепа сопровождается нарушением циркуляции ликвора, сдавлением и отеком мозга, нарушением обмена веществ. Это ведет к гибели клеток и нарушению жизненно важных функций.

Причина повышения внутричерепного давления при опухолях — механическое сдавление ликворных путей и нарушение оттока. Токсические продукты распада опухоли раздражают сосудистые сплетения и вызывают дополнительную продукцию ликвора. В свою очередь, повышение внутричерепного давления ведет к уменьшению мозгового кровотока и кислородному голоданию нервной ткани. Это служит причиной выработки еще большего количества ликвора. Замкнутый, порочный круг приводит к развитию отека мозга.

У детей с ранними симптомами повышения внутричерепного давления могут развиваться эмоциональные расстройства, изменяться поведение, нарушаться концентрация внимания. Дети становятся заторможенными, замыкаются в себе, временами как бы отсутствуют. Постепенно нарастают заторможенность и оглушенность.

Признаком повышения внутричерепного давления является также головная боль. Постепенно нарастают ее продолжительность и интенсивность. Потом боль становится постоянной, носит распирающий характер. Наблюдается чрезмерное расширение поверхностных вен в области лба, висков и на веках. Головная боль усиливается при перемене положения головы и быстрых резких движениях. Особенно характерны утренние боли. На фоне головной боли может возникать рвота, не связанная с приемом пищи. Кроме того, признаком повышения внутричерепного давления служат судороги. При высоком внутричерепном давлении могут наблюдаться острые нарушения дыхания и сердечной деятельности.

Другая группа симптомов при опухолях обусловлена их локализацией.

При опухолях мозжечка ведущим клиническим синдромом является расстройство координации, которое вначале выражается в изменении, «неряшливости» почерка. По мере роста опухоли изменяется походка, появляются пошатывание и неуверенность при ходьбе, больные часто падают. Нарушение координации в конечностях приводит к их выраженному дрожанию, особенно усиливающемуся при попытке совершить целенаправленные действия. Наблюдаются также нарушения речи: она теряет плавность, становится отрывистой, как бы спотыкающейся (скандированная речь). Опухоли мозжечка сопровождаются выраженными признаками повышения внутричерепного давления вследствие сдавления синусов венозного водопровода.

Невринома слухового нерва — опухоль, растущая из слухового нерва; она располагается в мосто-мозжечковом углу. Начальные симптомы опухоли — головокружение, шум в ухе, снижение слуха, нистагм, статическая атаксия. Лицо может стать асимметричным с этой же стороны из-за сдавления лицевого нерва. Кроме того, нарастают мозжечковые нарушения.

Опухоли полушарий головного мозга. Их наиболее ранним признаком является нарушение поведения. Снижается память, внимание, работоспособность. При локализации процесса в лобной и височной долях происходит нарушение сна и эмоциональных реакций. К локальным симптомам полушарных опухолей относятся судорожные припадки.

Опухоли лобной доли проявляются нарушением поведения («лобная психика»), когда больные неадекватны, эйфоричны, дурашливы, безынициативны, неопрятны; у них нарушено чувство дистанции. Особенно ярко при поражении левого полушария наблюдаются речевые нарушения в форме моторной афазии. При давлении опухоли на зрительный нерв развивается его атрофия, что приводит к слепоте на один глаз. Отмечаются также нарушения координации.

Опухоли передней центральной извилины проявляются очаговыми судорожными припадками без потери сознания, спастическими гемипарезами. Общемозговые симптомы при лобной локализации опухоли могут отсутствовать.

При **опухолях височной доли** рано появляются симптомы гипертонии (повышения внутричерепного давления). Из очаговых симптомов наиболее характерны эпилептиформные припадки, которым предшествуют аура в виде обонятельных ощущений, зрительных и слуховых галлюцинаций, чувства страха, сенсорная афазия (при локализации в левом полушарии).

Опухоли теменной доли проявляются в форме локальных нарушений чувствительности, астереогноза, аутоагнозии, алексии, семантической афазии, апраксии.

При **опухолях затылочной доли** ведущими являются зрительные расстройства в виде выпадения полей зрения (гемианопсии), предметная и лицевая агнозии, зрительные галлюцинации.

Краниофарингеомы представляют собой врожденные опухоли, заполненные жидкостью многомерные кисты. В результате сдавления области перекреста зрительного тракта и гипофиза наступают прогрессирующее снижение остроты зрения, выпадение полей зрения, нарушения роста, ожирение. Рано развиваются признаки повышения внутричерепного давления.

Диагноз «опухоль головного мозга» ставится на основании сочетания повышения внутричерепного давления с неуклонно нарастающими очаговыми симптомами.

Инфекционные заболевания нервной системы

Менингиты

Менингит — острое инфекционное воспаление паутинной и мягкой оболочек головного и спинного мозга. Причиной заболевания могут стать бактерии, вирусы, грибки (кандидоз). Различают первичные менингиты, при которых воспалению мозговых оболочек не предшествуют общая инфекция и заболевания других органов. Вторичные менингиты возникают как осложнение общей инфекции, т. е. других заболеваний. К таким заболеваниям относится воспаление полости среднего уха, открытые черепно-мозговые травмы, гнойные процессы в области лица и головы, туберкулез, эпидемический паротит. По локализации выделяют генерализованные и ограниченные (базальные и конвекситальные) менингиты. По клиническому течению менин-

гиты подразделяются на молниеносные, острые, подострые. Пути инфицирования:

- 1) при трещинах основания черепа с ликвореей;
- 2) контактное, лимфогенное при гнойной инфекции среднего уха, придаточных пазух носа, сосцевидного отростка;
- 3) гематогенное. Течение менингита определяется характером возбудителя, реактивностью организма, возрастом больного.

Патогенез заболевания включает воспаление и отек мозговых оболочек и прилегающей ткани мозга, дисциркуляцию в сосудах, гиперсекрецию ликвора и гипертензию; перераздражение мозговых оболочек и корешков черепных и спинномозговых нервов.

Существуют три обязательных синдрома:

- 1) общеинфекционный;
- 2) менингеальный;
- 3) цитоз.

Основным клиническим проявлением менингита является менингеальный (оболочечный) синдром. Его проявления — головная боль, рвота, общая гиперестезия, специфическая менингеальная поза, ригидность шейных мышц.

Головная боль обычно носит разлитой характер и отмечается в любое время суток. Она обусловлена токсическим и механическим (вследствие повышения внутричерепного давления) раздражением рецепторов мозговых оболочек.

Головная боль сопровождается рвотой, возникающей внезапно или после тошноты; рвота не связана с приемом пищи. Рвота приносит больным некоторое облегчение.

Наблюдается общая гиперестезия. Больному крайне неприятны прикосновение к коже, зрительные и слуховые раздражители. В основе общей гиперестезии лежит механическое раздражение чувствительных корешков спинальных и черепных нервов спинномозговой жидкостью, переполняющей субарахноидальное пространство.

Характерна поза больных менингитом: голова запрокинута назад, туловище выгнуто, живот втянут, руки согнуты, прижаты к груди, ноги подтянуты к животу. Это следствие рефлекторного тонического напряжения мышц.

Ригидность затылочных мышц выявляется при попытке пригнуть голову больного к груди.

При менингите наблюдаются следующие симптомы:

симптом Кернига — невозможность разогнуть в коленном суставе ногу, предварительно согнутую в тазобедренном и коленном суставах;

верхний симптом Брудзинского — при наклоне головы больного к груди непроизвольное сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах;

нижний симптом Брудзинского — непроизвольное сгибание одной ноги в тазобедренном и коленном суставах при разгибании другой;

скуловой симптом Бехтерева (grimace of pain) — гримаса боли на соответствующей половине лица, возникающая при постукивании по скуловой дуге, боль при надавливании на глазные яблоки);

симптом подвешивания Лесажа определяется у детей раннего возраста — ребенок, поднятый под мышки, подтягивает ноги к животу и держит их некоторое время в таком положении;

симптом посадки — невозможность сидеть в кровати с выпрямленными ногами.

Типичны дискоординация и тремор мышц, а также гипотония.

Наиболее постоянный и обязательный признак менингита — воспалительные изменения в ликворе, характеризующиеся увеличением числа клеток и умеренно выраженным повышением белка (клеточно-белковая диссоциация). Наличие изменений в ликворе позволяет диагностировать менингит даже при отсутствии выраженных менингеальных симптомов, как это часто бывает у маленьких детей (клинически бессимптомный, ликвороположительный менингит).

По характеру воспалительного процесса и изменений в ликворе менингиты делят на серозный и гнойный. При серозном менингите в ликворе преобладают лимфоциты, при гнойном — нейтрофилы.

Гнойный менингит: вызывается главным образом бактериями — менингококком, пневмококком, стафилококком, стрептококком, кишечной палочкой. Инкубационный период длится 1–5 дней. Начало типично острое: температура до 40 °С,

бред, возбуждение, рвота, поражение черепно-мозговых нервов (косоглазие, диплопия, птоз, анизокория), герпес, кожные высыпания геморрагического характера (как следствие токсического пареза мелких сосудов кожи или их бактериальной эмболии). При гнойном менингите мозговые оболочки выпуклой поверхности мозга и его основания пропитаны серозно-гнойным выпотом. Если лечение не проводится, то к четвертому-восьмому дням гнойный выпот уплотняется, оседает на оболочках и изменяет их строение. Воспаление может распространяться на оболочки спинальных нервов и черепно-мозговых нервов, внутреннюю оболочку желудочков, вещество и сосуды головного мозга. Такие изменения в мозговых оболочках при неправильном и несвоевременном лечении могут привести к блокаде ликворных пространств, нарушению обратного всасывания ликвора, развитию гидроцефалии.

Менингеальный синдром при гнойном менингите обычно развивается на фоне выраженных признаков интоксикации, т. е. отравления ядами и другими продуктами жизнедеятельности бактерий. К таким признакам относятся учащение дыхания и сердцебиения, отсутствие аппетита, бледность или сероватый оттенок кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, беспокойство или вялость, безучастность больных. При стертых, абортивных формах гнойного менингита симптомы общей интоксикации могут выступать на первый план. При остром и молниеносном течении вследствие развития отека мозга иногда уже в первые часы заболевания могут отмечаться нарушения сознания, при этом — судорожные приступы. Такие приступы иногда перерастают в эпилептический статус — состояние, при котором судорожные припадки следуют один за другим.

Вторичные формы гнойных менингитов сопровождаются клиническими симптомами, обусловленными определенной локализацией первичного инфекционного очага. Например, такие симптомы, как выраженная дыхательная недостаточность при заболевании, вызванном пневмококком; понос и обезвоживание при заражении кишечной палочкой.

При гнойном менингите в крови выявляется значительный лейкоцитоз. Ликвор мутный, гнойный, молочно-белого цвета, содержит до 100% нейтрофилов. Содержание белка несколько

повышено. Форма гнойного менингита устанавливается при бактериологическом исследовании ликвора.

Если рано начать лечение, состояние больных значительно улучшается на третий-четвертый день болезни; полная нормализация ликвора наступает через 2 недели. В этих случаях у детей после гнойного менингита могут наблюдаться слабо выраженные остаточные явления в виде повышенной возбудимости и истощенности нервной системы, эмоциональной неустойчивости, нарушения концентрации внимания, гидроцефального синдрома. Гидроцефалия наиболее часто наблюдается при менингитах у детей раннего возраста. Около 20% детей, перенесших гнойный менингит, имеют признаки очагового поражения ЦНС: эпилептиформные судороги, сходящееся и расходящееся косоглазие, парезы лицевого нерва, гемиплегии, афазии, корковая слепота, глухота, вегетативно-обменные нарушения, ЗПР.

При клинически явном менингоэнцефалите сразу возникают нарушения сознания, судороги, галлюцинации, парезы при слабой выраженности менингеального синдрома. Затем нарастают расстройства памяти и поведения; наблюдаются гиперкинезы, нарушения мышечного тонуса, атаксии, нистагм. В отдаленном периоде выявляются ЗПР, пароксизмальные расстройства сознания, нарушения ликвородинамики.

Серозные менингиты вызываются главным образом вирусами. Морфологические изменения при них менее грубы, чем при гнойном менингите. В мозговых оболочках наблюдается серозный воспалительный процесс; его основная характеристика — отек и полнокровие сосудов. В клинической картине серозного менингита (в отличие от гнойного менингита) в меньшей степени выражены признаки интоксикации. Ведущими являются симптомы повышения внутричерепного давления: частые рвоты, головные боли, возбуждение, беспокойство. Реже наблюдаются вялость, адинамия, заторможенность. Давление ликвора повышено: спинномозговая жидкость вытекает частыми каплями или бьет струей. Жидкость бесцветная, прозрачная; преобладают лимфоциты. Люмбальная пункция при серозном менингите чаще всего приносит больным облегчение.

Серозные менингиты обычно не оставляют после себя выраженных последствий. Некоторое время наблюдается повышенная

утомляемость, имеют место эмоциональная лабильность, астения. Необходима профилактика арахноидита, гидроцефалии, нейропатии зрительного нерва.

Энцефалиты

Энцефалит — воспаление головного мозга. Под этим названием объединяют группу заболеваний, вызываемых различными возбудителями. В развитии этих заболеваний важную роль играет изменение иммунологической реактивности организма.

Энцефалиты подразделяют на первичные и вторичные.

Энцефалиты первичные вызываются нейротропными вирусами. Они проникают непосредственно в клетки нервной системы и разрушают их. К таким энцефалитам относят эпидемический, клещевой, комариный. Кроме того, к ним относят энцефалиты, вызванные полиомиелитоподобными вирусами, вирусом простого герпеса. Однако вирус, вызвавший энцефалит, можно выявить не всегда. Эти формы патологии наиболее часто встречаются у детей раннего возраста.

Энцефалиты вторичные являются, как правило, осложнением таких инфекционных заболеваний, как корь, ветряная оспа, токсоплазмоз. Вторичные энцефалиты реже развиваются после профилактических прививок.

При всех формах энцефалитов в остром периоде наступают воспалительные изменения мозга. Эти изменения выражаются в виде отека, повышенного кровенаполнения сосудов, мелкоочечных кровоизлияний, разрушения нейронов и их отростков. В последующем в измененной ткани мозга могут формироваться стойкие нарушения — разрастание элементов соединительной ткани, образование полостей, рубцов, кист (воспалительная полость, ограниченная оболочкой и заполненная жидкостью), спаяк. В зависимости от преимущественного поражения клеток (серого вещества мозга) или белого вещества мозга (проводников головного мозга) различают полиоэнцефалиты и лейкоэнцефалиты.

Примерами полиоэнцефалита являются острый эпидемический (летаргический) энцефалит и полиомиелит (его энцефалитическая форма). Большинство форм энцефалитов протекают с

одновременным поражением как клеток (серого вещества мозга), так и белого вещества мозга, поэтому их называют панэнцефалитами. К первичным вирусным панэнцефалитам относят клещевой, комариный, австралийский, американский.

Энцефалиты — тяжелые заболевания, наряду с менингитами они составляют основную группу инфекционных болезней нервной системы.

Болеют энцефалитом люди разного возраста. Особенно тяжело энцефалит протекает у детей. Начало заболевания обычно острое. Среди полного здоровья или на фоне имеющегося основного заболевания (грипп, корь, ветряная оспа) резко ухудшается состояние больного: повышается температура, развиваются общемозговые и очаговые симптомы поражения мозга.

К общемозговым симптомам относят головную боль, головокружение, рвоту, нарушения сознания вплоть до комы — больной без сознания, не реагирует на окружающее, нарушена регуляция жизненно важных функций — дыхания, кровообращения; реакция зрачков на свет вялая или отсутствует, сухожильные рефлексы угнетены; в некоторых случаях наблюдаются психомоторное возбуждение, бред, галлюцинации.

Очаговые симптомы поражения мозга можно выявить уже в острой стадии энцефалита — парезы, расстройства координации, нарушения чувствительности, гиперкинезы, вегетативные нарушения. Они во многом зависят от формы заболевания и распространенности воспалительных и дегенеративных изменений.

Эпидемический энцефалит поражает чаще всего образования, расположенные около желудочков мозга (ретикулярная формация, ядра глазодвигательных нервов, вегетативные центры). Клинически это проявляется повышенной сонливостью или бессонницей, сходящимся или расходящимся косоглазием, диплопией, анизокорией (разные размеры и форма зрачков). Вегетативные нарушения характеризуются расстройствами частоты и ритма дыхания, сердцебиением, колебаниями артериального давления, стойким повышением температуры, повышенной сухостью лица, несладким мочеиспусканием, жаждой. В хроническом периоде имеют место синдром паркинсонизма, маскообразность лица.

Очаговые симптомы при клещевом энцефалите возникают вследствие избирательного поражения нервных клеток варолиева моста, продолговатого и среднего мозга, а также двигательных клеток передних рогов спинного мозга. Клинически это проявляется свисанием головы, вялыми параличами рук и верхнего плечевого пояса. При поражении продолговатого мозга наблюдается симптомокомплекс бульбарного паралича — нарушение глотания, поперхивание, гнусавый оттенок голоса или его полное отсутствие, паралич мышц языка, расстройства дыхания и сердечной деятельности. Эти изменения являются одной из основных причин смерти при стволовой форме клещевого энцефалита.

При энцефалите, который развивается как осложнение после ветряной оспы — постветряночный энцефалит, — имеют место характерные мозжечковые и вестибулярные расстройства, которые сравнительно редко наблюдаются при других энцефалитах. Из-за нарушения координации движений дети не могут самостоятельно есть, одеваться, ходить и сидеть.

Однако при большинстве энцефалитов выраженная избирательность поражения отдельных структур мозга отсутствует. Наблюдаются парезы и параличи, расстройства координации движений, нарушения чувствительности, гиперкинезы, вегетативные расстройства, нарушения речи и других высших корковых функций.

В зависимости от преобладания в клинической картине тех или иных очаговых симптомов поражения головного мозга выделяют различные формы энцефалитов: корковую, подкорковую, мезодиэнцефальную, стволовую, стволово-спинальную. Поражение вещества головного мозга может сопровождаться воспалительными изменениями в оболочках; такое заболевание называется менингоэнцефалит. Острый период длится от двух недель до нескольких месяцев.

Важными для постановки диагноза являются сведения об эпидемиологической обстановке: наличие случаев энцефалитов в данном районе, заболевания корью, ветряной оспой. Диагноз «энцефалит» подтверждается в том случае, если в крови и ликворе обнаруживаются воспалительные изменения. С помощью специальных исследований можно выделить и определить вирус, вызвавший энцефалит.

Энцефалиты протекают в несколько стадий: острая стадия, стадия восстановления и резидуальная стадия, т. е. период стой-

ких последствий. При некоторых энцефалитах наблюдается хронический период заболевания. Его развитие обусловлено изменением иммунореактивных процессов в тканях головного мозга, в результате которых погибшие клетки становятся чужеродными, и тогда развивается аутоиммунный процесс. Клинические симптомы хронической стадии энцефалита появляются либо в конце острого периода, либо спустя месяцы или даже годы.

При клещевом энцефалите симптомы хронического периода носят название «кожевниковская эпилепсия». Она отличается постоянными произвольными подергиваниями мышц лица, шеи, плечевого пояса. Периодически эти подергивания распространяются на другие мышцы, приводя к развитию большого судорожного припадка с потерей сознания.

При эпидемическом энцефалите хронический период характеризуется постепенным развитием синдрома паркинсонизма. Движения становятся замедленными, больные ходят мелкими шагами, при этом они очень скованны. Мимика становится бедной, лицо приобретает вид маски. Речь замедлена, слова словно с трудом проходят сквозь стиснутые зубы. Снижается память, нарушается мышление.

Последствия перенесенного энцефалита во многом зависят от возраста больного. Если заболевание перенесено в раннем детском возрасте, может нарушаться процесс развития ЦНС. Нарушения роста и дифференциации клеток коры головного мозга приводят к формированию вторичной микроцефалии. Гибель нервных клеток может явиться причиной грубых задержек психического и моторного развития. У детей снижается или теряется вовсе интерес к окружающему. Они малоэмоциональны, пассивны; их игры примитивны. Формирование речи задерживается, страдают память, внимание, мышление. Если к моменту заболевания нервная система успела сформироваться, то последствия перенесенного энцефалита в значительной степени зависят от того, какие структуры мозга и насколько глубоко были поражены в остром периоде заболевания. К наиболее частым последствиям относятся парезы и параличи конечностей, а также очаговые симптомы поражения ствола мозга в виде нарушения функции черепно-мозговых нервов (сходящееся или

расходящееся косоглазие, нистагм, головокружение, парезы мышц лица, мягкого нёба, гортани, голосовых связок и языка).

Эндокринно-обменные нарушения могут проявляться отставанием в росте, ожирением, истощением, наличием сахарного диабета, нарушением трофики ногтей, волос.

Одно из частых последствий энцефалитов — повторяющиеся судорожные припадки, приводящие к снижению интеллекта, памяти, внимания, способности к обучению. Они становятся раздражительными, мелочными, агрессивными, вязкими. Это нередко затрудняет контакты больного с окружающими.

Тяжелые эмоционально-волевые нарушения проявляются склонностью к аффективным вспышкам, неустойчивому настроению. Больные расторможены, неадекватны, агрессивны, что нередко является причиной конфликтных ситуаций в семье. Описано неравномерное дисгармоничное снижение интеллекта, когда одни способности остаются сохранными, а другие избирательно страдают.

Лейкоэнцефалиты

Лейкоэнцефалиты — это варианты воспалительных поражений головного мозга, при которых преимущественно страдают проводящие пути, т. е. белое вещество мозга. Предполагают, что лейкоэнцефалиты имеют инфекционно-аллергическую природу. В их возникновении могут быть повинны вирусы кори, бешенства, опоясывающего лишая. Возбудители попадают в нервную систему и вызывают аллергическую реакцию, приводящую к распаду белого вещества мозга (демиелинизация). На месте участков распавшегося миелина разрастаются элементы соединительной ткани. Наиболее типична локализация патологического процесса в белом веществе больших полушарий мозга, поэтому в клинической картине преобладают нарушения психики.

Симптомы болезни (в отличие от первичных энцефалитов) проявляются исподволь и неуклонно прогрессируют. Наиболее ранние проявления — вялость, апатия, раздражительность, немотивированно агрессивное поведение, снижение внимания и памяти, нарушение логического мышления. Постепенно развиваются расстройства личности: утрачиваются интересы, снижа-

ются критика к своему поведению, интеллект, эмоции, вплоть до полного распада личности. На этом фоне могут развиваться афазия, апраксии, дизартрия, анартрия. К числу характерных изменений относится также прогрессирующее снижение зрения и слуха. Позднее развиваются центральные парезы и параличи, расстройства координации и глотания. Постоянным симптомом лейкоэнцефалитов являются судороги. На поздней стадии лейкоэнцефалитов больные обездвижены. На этой стадии развиваются нарушения терморегуляции, наступает резкое истощение, нарушаются жизненно важные функции. Длительность заболевания — от нескольких месяцев до двух лет, заканчивается смертью больного.

Арахноидиты

Арахноидит — воспаление паутинной оболочки головного или спинного мозга, иногда в патологический процесс вовлекаются и мягкие мозговые оболочки.

Воспалительный процесс носит негнойный характер. Суть патологии — в образовании спаек в подпаутинном пространстве. Они нарушают движение ликвора и приводят к повышению внутричерепного давления. Арахноидиты возникают как осложнения различных инфекционных заболеваний, таких как корь, скарлатина, эпидемический паротит, отит, воспаление придаточных пазух носа. Встречается также первичный вирусный арахноидит.

Симптомы арахноидита проявляются остро или нарастают постепенно. При остром начале заболевание напоминает менингит. На фоне высокой температуры отмечаются головная боль, головокружение, рвота. Менингеальные симптомы менее выражены, чем при менингите. При подостром течении больные жалуются на непостоянные головные боли, головокружение, тошноту, рвоту. Температура обычно не поднимается выше 37,5 °С. После перенесенных инфекционных заболеваний состояние больных резко ухудшается. Очаговые неврологические симптомы зависят от преимущественной локализации и распространенности патологического процесса.

Арахноидит задней черепной ямки, где находятся мозжечок и ствол головного мозга, характеризуется быстрым нарастанием

таких признаков повышения внутричерепного давления, как головная боль, головокружение, тошнота, рвота. Иногда, при изменении положения головы, эти симптомы могут появляться внезапно, приступообразно. Вынужденное положение головы, наблюдаемое у многих больных с этой формой арахноидита, способствует улучшению оттока ликвора.

Поражение черепно-мозговых нервов развивается в поздней стадии болезни и обычно выражено нерезко. В патологический процесс вовлекаются главным образом тройничный, лицевой и реже подъязычный черепно-мозговые нервы. Нередко наблюдаются мозжечковые нарушения в виде расстройства координации движений. При резком нарастании внутричерепного давления наблюдаются приступы тонических судорог с расстройствами дыхания и сердечной деятельности.

При локализации воспалительного процесса в расположенной между варолиевым мостом и мозжечком области (мостомозжечковый угол) больных беспокоят шум в ушах, головокружение, боли в области лица. Отмечаются периферический паралич мышц лица, нистагм, снижение слуха вплоть до полной глухоты, расстройства координации движений.

Арахноидит внутреннего слухового прохода проявляется изолированным поражением слухового нерва. Характеризуется глухотой, шумом в ушах, головокружением, нистагмом. Отсутствует повышение внутричерепного давления, мозжечковых нарушений не наблюдается. Такой ограниченный арахноидит, локализующийся вокруг внутреннего слухового прохода, протекает длительно; возможно обострение воспалительного процесса после отита.

Оптико-хиазмальный арахноидит (локализация воспаления в области перекреста зрительных нервов) характеризуется нарушением зрительных функций; быстро прогрессирует падение остроты зрения на один или оба глаза. Изменяются поля зрения; важный диагностический симптом — ограничение полей зрения. Оно проявляется в форме концентрического сужения поля зрения на белые и другие цвета, выпадения носовых или височных полей зрения, а также центрального участка поля зрения. При остром течении оптико-хиазмального арахноидита может внезапно развиваться слепота. Наряду со зрительными рас-

стройствами отмечаются нарушения вегетативных функций: сна, углеводного, водно-солевого и других видов обмена. Прогрессирование заболевания может привести к полной слепоте. Если арахноидит не ограничивается только оптико-хиазмальной областью, а распространяется по основанию мозга (базальный арахноидит), то очаговая симптоматика более обширна и разнообразна — появляются расходящееся или сходящееся косоглазие, нистагм, асимметрия мышц лица, отклонение языка и другие симптомы поражения черепно-мозговых нервов. Арахноидит основания мозга может приводить к развитию бульбарного синдрома с бульбарной или мозжечковой дизартрией.

Локализация воспалительного процесса в паутинной оболочке на выпуклой поверхности мозга (конвекситальный арахноидит) характеризуется судорожными припадками, которые чаще носят очаговый характер. При длительном течении болезни могут отмечаться центральные парезы конечностей и расстройства чувствительности.

Арахноидиты могут периодически обостряться после перенесенных инфекционных болезней.

Пневмоэнцефалография позволяет обнаружить спайки, смещение или увеличение объема желудочков мозга.

В стадии обострения и после нее у больных может наблюдаться астенический синдром: снижены активное внимание, память, работоспособность.

Полиомиелит

Полиомиелит (или эпидемический детский паралич Гейне—Медина) — острое инфекционное заболевание вирусной этиологии. Если защитные силы организма снижены, вирус попадает в ЦНС и избирательно поражает двигательные нейроны спинного и головного мозга или оболочки мозга. Таким образом, вирус обладает тропизмом к серому веществу мозга. Поэтому заболевание называется полиомиелитом («полио» — серый, «миелит» — воспаление спинного мозга).

Циркуляция вируса в крови сопровождается общеинфекционными симптомами (лихорадка, головная боль, боль в горле, диарея). Лишь в 5% вирус поражает двигательные нейроны — передние рога поясничного и шейного отделов спинного мозга,

реже — моторные клетки продолговатого мозга и коры больших полушарий головного мозга.

Выделяют несколько клинических форм поражений нервной системы.

Менингеальная форма характеризуется клиническими проявлениями серозного менингита.

Паралитическая форма является наиболее тяжелой. Параличи носят вялый характер (периферические параличи); появляются боли в позвоночнике, болезненность мышц при сдавливании, подергивания отдельных мышечных групп. Выраженные вегетативно-трофические нарушения быстро приводят к грубым атрофиям пораженных мышц. Поражение верхнего утолщения спинного мозга вызывает периферический паралич рук, поражение нижнего поясничного утолщения — паралич ног. При поражении шейно-грудного отдела сегментов спинного мозга наблюдается периферический паралич диафрагмы и межреберных мышц, приводящий к нарушению дыхания.

В резидуальной стадии (период последствий) выявляются стойкие параличи отдельных групп мышц; также наблюдаются похудение мышц, утрата кожных и сухожильных рефлексов, подвывих сустава, сколиоз, остеопороз.

Последствия прослеживаются даже через 20—50 лет после паралитической формы в виде постполиомиелитного синдрома (слабость мышц, амиотрофия, активная денервация мышц). Важно предупреждать натяжение парализованных мышц и развитие контрактур в соответствующих мышцах-антагонистах.

Детский церебральный паралич (ДЦП)

ДЦП — заболевание, возникающее в результате поражения мозга, перенесенного в перинатальный период развития или в период новорожденности. Поражение нервной системы у детей с ДЦП в 80% случаев происходит внутриутробно и лишь осложняется в процессе родов механической травмой мозга, кровоизлиянием или асфиксией. Возможно даже, что патологический процесс не заканчивается с рождением, а некоторое время продолжается постнатально. К факторам, воздействующим на плод непосредственно или опосредованно, относятся:

- патология плаценты, нарушение ее питательной и дыхательной функций, нарушение ее проницаемости;
- инфекция, проникающая через плаценту;
- респираторные (гриппозные) инфекции;
- ранний или поздний токсикоз.

Выделяют пять форм ДЦП:

1. **Двойная гемиплегия** — тетрапарезы и тетраплегии; нарушение движений во всех конечностях, причем в руках больше, чем в ногах. Двигательные нарушения часто асимметричны из-за большей выраженности асимметричного шейного тонического рефлекса с одной стороны. Быстро развиваются контрактуры; выявляется псевдобульбарная дизартрия. При этой наиболее тяжелой форме ДЦП речь нарушена в 100% случаев. Эта форма ДЦП сочетается с микроцефалией и малыми аномалиями развития (патология внутриутробного периода), задержкой психического развития, умственной отсталостью.

2. **Спастическая диплегия** — тетрапарез; двигательные нарушения во всех конечностях, но выражены больше в ногах, чем в руках. Тонус экстензоров повышен, ноги вытянуты. Сгибательная контрактура в локтевом суставе возникает за счет спастичности мышц. Имеются легкие атетоидные движения в дистальных отделах конечностей. Характерны различные формы дизартрий, задержка психического развития (ЗПР), умственная отсталость. Становление речи нарушено на самых ранних этапах ее формирования в форме псевдобульбарных нарушений, задержки развития гуления с недоразвитием интонации. Наиболее часто возникают псевдоалалические проявления.

3. **Гиперкинетическая форма** — возникает в результате поражения подкорковых ядер стриопаллидарной системы. Мышечный тонус изменчив; возникают перемежающиеся спазмы, обусловленные меняющейся активностью тонических рефлексов на фоне гипотонии. Позотонические рефлексы выражены слабо. Движения неловкие, сопровождаются излишними двигательными реакциями; гиперкинез в проксимальных или дистальных отделах конечностей, мимической мускулатуре, мышцах шеи.

Характерны гиперкинезы типа:

- атетоза;
- хореоатетоза;

- хореи;
- торсионной дистонии.

4. **Мозжечковая форма** — нарушения координации в сочетании со спастическими параличами, атонически-астатическим синдромом. Атаксия может быть связана с повреждением мозжечка и его связей. Спастичность умеренная, в основном задействованы флексорные группы мышц. ЗПР. Мозжечковая дизартрия.

5. **Спастическая гемиплегия** (гемипаретическая форма): возникают парезы одной стороны тела; нога поражается меньше, чем рука. Мышечный тонус в руке выше, она согнута во всех суставах, приведена к туловищу, кисть сжата, у старших — «рука акушера». ЗПР, олигофрения. Задержка речи в виде псевдоалалических проявлений и сенсорной алалии, иногда с недостатком интонации.

При ДЦП нарушено развитие гностических функций: выявляется астереогноз, нарушены пальцевой праксис и гнозис. Больные «забывают» пользоваться своими паретичными конечностями, даже если парезы незначительны.

Речевые нарушения, связанные с функциональными изменениями ЦНС

Таковыми нарушениями являются заикание и расстройства темпа речи.

Заикание — нарушение ритма, темпа и плавности речи, вызванное судорогами мышц, участвующих в речевом акте. При заикании нарушается преимущественно коммуникативная функция речи. Заикание возникает в возрасте от 2 до 5 лет, т. е. в период наиболее интенсивного развития коммуникативной функции речи. У детей с общим недоразвитием речи, моторной алалией заикание возникает преимущественно в возрасте 6—7 лет, когда начинает формироваться фразовая речь как средство общения. Существует несколько форм заикания, среди которых наиболее часто встречаются невротическая и неврозоподобная формы. Помимо этого выделяют органические формы заикания.

Заикание чаще всего начинается с тонических судорог дыхательной и голосовой мускулатуры, затем происходит постепен-

ное распространение судорог на мышцы артикуляторного аппарата. При заикании всегда нарушено речевое дыхание, наблюдается усиление мышечного тонуса в голосовой и артикуляторной мускулатуре. При попытках говорить в речевой мускулатуре возникает судорога. В зависимости от характера этой судороги различают тоническое и клоническое заикание.

При тоническом заикании ребенок не может разжать рот и начать говорить. Речь застревает на первом звуке. При клоническом заикании в начале речи возникает клоническая судорога в речевой мускулатуре. Но чаще отмечается смешанная форма заикания — тонико-клоническая.

При заикании наблюдаются различные дополнительные движения, сопутствующие речи. Главным образом это относится к мышцам лица (раздувание ноздрей, подергивание глаз, щек). Иногда сопутствующие движения наблюдаются и в конечностях. Характерны также различные вегетативно-сосудистые нарушения (покраснение лица, расстройства пульса, дыхания, усиление потоотделения). Все проявления заикания резко усиливаются в эмоциональных ситуациях, при общении с незнакомыми людьми.

Органические формы заикания возникают при очаговых поражениях ЦНС (после энцефалитов, менингитов, менингоэнцефалитов) в области подкорковых узлов мозга. Органическое заикание обусловлено гиперкинезами мышц артикуляторного аппарата, дыхательной и фонаторной мускулатуры. При этом часто отмечаются также насильственные движения в мышцах лица, шеи, конечностей. Органическое заикание всегда сочетается с дизартрией, обычно подкоркового или мозжечкового типа. При органическом заикании более выражены неврологическая симптоматика, нарушения эмоционально-волевой сферы и поведения. Заикание как сопутствующий синдром может также встречаться при эпилепсии, умственной отсталости.

Заикание необходимо отличать от расстройств темпа речи, но при таких расстройствах отсутствуют судороги мышц речевого аппарата.



НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

Структуры и функции мозга

Нейропсихология — наука, призванная устанавливать взаимосвязи между нарушениями высших психических функций (ВПФ) и пораженными структурами мозга. Основные цели нейропсихологии заключаются в выявлении:

- 1) первичных симптомов, непосредственно связанных с пораженными отделами мозга;
- 2) вторичных симптомов, обусловленных системной мозговой организацией психических функций.

Вторичные симптомы обусловлены особенностями анатомо-функциональной организации мозга: вертикальными (корково-подкорковыми) связями и горизонтальными связями симметричных структур правого и левого полушарий (с помощью мозолистого тела и других мозговых комиссур).

Вертикальные связи включают кору и подкорковые структуры; например, анатомо-функциональная связь «теменная кора — зрительный бугор (таламус)» при первичном поражении коры может обуславливать возникновение вторичного очага в таламусе и, соответственно, появление вторичных симптомов.

На основе горизонтальных анатомо-функциональных связей первичное поражение коры правого полушария может привести к возникновению зеркального очага в симметричных отделах коры левого полушария с появлением вторичных симптомов.

Системный анализ нарушений ВПФ проводится с целью:

- постановки топического диагноза поражения или недоразвития мозговых структур;

- дифференциальной ранней диагностики болезней ЦНС, дифференциации органических и психогенных нарушений, нейропсихологии индивидуальных различий, изучения адаптивных перестроек;
- оценки динамики состояния ВПФ и эффективности направленного лечебного или коррекционного воздействия; разработки стратегии и прогноза коррекционных мероприятий на основе качественного анализа нарушенных и сохранных ВПФ; установления причин школьной неуспеваемости;
- разработки и применения обучающих методов, специфики нарушений ВПФ на разных этапах онтогенеза и особенностей их компенсации.

Кора состоит из полей, отличающихся не только тем, какие сигналы перерабатываются в первую очередь (звуковые, зрительные и т. д.). Важно еще и то, каким образом происходит переработка информации, поступающей из рецепторов. Для этой цели в каждом анализаторе существуют **первичные, или проекционные, поля**. Функции первичных полей заключаются в анализе только физических параметров стимула определенной модальности (например, интенсивность света, цветовой тон; высота, громкость, длительность звука). На этом уровне анализа формируется не сам образ предмета, а лишь особенности его конструкции (угловатость или округлость форм подобраза).

Эти поля характеризуются топическим принципом организации (точка в точку), т. е. каждому участку рецепторной поверхности (кожи, сетчатки) соответствует определенный участок в первичной коре. Так, в первичном поле двигательного анализатора представлены вся моторная и чувствительная системы человека. В соответствии с соматотопическим принципом различные участки первичного поля иннервируют различные группы мышц на периферии. Величина зоны представительства рецепторного участка зависит от функциональной значимости этого участка.

Вторичные корковые поля получают более сложную переработанную информацию из периферии и первичных корковых полей. Они осуществляют синтез раздражителей, функциональное объединение разных анализаторов, т. е. обеспечивают

узнавание предметов, проводя сличение (идентификацию) формирующегося образа с образом-эталоном (хранящимся в памяти). Важность совместной работы различных отделов мозга наиболее наглядно видна на примере речевой деятельности. Так, выделение и дифференциацию значимых акустических признаков речи осуществляют вторичные зоны левой височной области (зона Вернике), связанные с постцентральной и премоторной корой. Кроме того, моторная организация речевого акта обеспечивается вторичными зонами постцентральной и левой премоторной корой.

Третичные корковые поля не имеют непосредственной связи с периферией и связаны лишь с другими корковыми зонами. Они участвуют в надмодальностных видах психической деятельности — символической, вербально-логической. В частности, выбором языковых единиц и их комбинированием, облечением смысловых схем в речевую форму занимаются именно третичные отделы передне-лобной и теменно-затылочной областей. Там же формируются схемы, обозначающие пространственные отношения. Если во вторичных полях функционально объединяются две-три области коры (или соответствующие им анализаторы), то третичные корковые поля объединяют, по существу, все отделы мозга — от лобных до затылочных.

Особое значение имеет височно-теменно-затылочная (ТРО) область правого полушария, обладающая сложными интегративными функциями.

Таблица 2

**Структурно-функциональная модель мозга
как субстрата психики**

Основные структурно-функциональные блоки	Структуры	Функциональное значение
1-й энергетический блок	Ретикулярная формация ствола мозга, структуры среднего мозга, диэнцефальных отделов, лимбическая система,	Регуляция: — процессов активации, поддержания общего тонуса ЦНС и бодрствования;

Окончание табл. 2

Основные структурно-функциональные блоки	Структуры	Функциональное значение
	медно-базальные отделы лобных и височных долей	— ответственности за сознание и внимание; — памяти (модально-неспецифической); — мотивации и эмоций; — состояния внутренней среды организма с помощью интероцептивной информации
2-й блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации	Зрительный, слуховой и кожно-кинестетический анализаторы (кора задних отделов больших полушарий)	Модально-специфические процессы; интегративные формы обработки стимулов по физическим качествам и по их сигнальному значению
3-й блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности	Моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей; двигательный анализатор	Интеграция различной информации. Программирование и регуляция поведения; формирование замыслов и целей психической деятельности

Структурно-функциональная модель мозга как субстрата психики была предложена А.Р. Лурией (1973). Рациональное зерно этой общей схемы состоит в выделении основных структурно-функциональных блоков:

- 1) энергетический, или блок регуляции уровня активности мозга;
- 2) блок приема, переработки и хранения экстероцептивной (исходящей извне) информации;

- 3) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности.

Каждая ВПФ осуществляется при участии всех трех блоков.

1-й блок включает в себя неспецифические структуры разных уровней. Блок регулирует два типа процессов активации:

- диффузные изменения активации служат основой различных функциональных состояний; это длительные тонические сдвиги в активационном режиме работы мозга с изменением уровня бодрствования;
- локальные избирательные изменения активации, являющиеся основой для осуществления ВПФ. Это кратковременные фазические изменения в работе отдельных структур (систем) мозга.

Различные уровни неспецифической системы вносят различный вклад в обеспечение активации. Нижние уровни неспецифической системы — ретикулярная формация ствола и среднего мозга — обеспечивают тонические сдвиги в активации, более высокие — фазическую, избирательную активацию.

2-й блок — блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации; он включает в себя кору задних отделов (т. е. постцентральную кору, височную, теменную и затылочную).

3-й блок — блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности. Сюда относятся лобные доли с большим числом двусторонних связей со многими кортикальными и подкорковыми структурами.

Каждый из блоков мозга подразделяется на два относительно автономных блока — правый и левый, вносящих различный вклад в целостную психическую деятельность. Наиболее полно изучена разница в функционировании левых и правых структур второго блока. Существенно менее изучены латеральные особенности первого и третьего блоков. В последние десятилетия было доказано: при интеллектуальном напряжении, требующем концентрации произвольного внимания, наблюдается повышение функционального состояния лобной доли левого полушария (В.В. Лазарев, 1991). Это позволяет связать данную структуру (третий блок) с регуляцией интеллектуальной деятельности.

Кроме того, регуляторные аспекты эмоционального реагирования также обеспечиваются структурами лобных отделов левого полушария (Е.Д. Хомская, 1995).

Любая психическая деятельность имеет структуру:

- 1) замысел;
- 2) программа деятельности (включающей «образ результата» и представление о способах реализации программы);
- 3) реализация программы с помощью неких операций;
- 4) сличение (идентификация) полученных результатов с исходным «образом результата». При несоответствии идентификация продолжается до получения нужного результата.

Первый блок мозга:

- а) участвует в стадии формирования замысла в любой сознательной психической деятельности (гнозис, память, интеллект);
- б) обеспечивает оптимальный общий уровень активности мозга и избирательные формы активности;
- в) отвечает за эмоциональное «подкрепление» психической деятельности (переживание «успеха-неуспеха»).

Второй блок мозга: операциональная стадия.

Третий блок мозга: стадии формирования программ, а также стадия контроля за реализацией программы.

Общие принципы строения всех анализаторных систем:

- а) принцип параллельной многоканальной переработки информации, т. е. информация о параметрах сигнала одновременно передается по различным каналам;
- б) принцип анализа информации с помощью нейронов-детекторов, приводящих к выделению элементарных и сложных характеристик сигнала;
- в) принцип последовательного усложнения обработки информации от уровня к уровню;
- г) принцип целостной интегративной репрезентации сигнала в ЦНС во взаимосвязи с другими сигналами.

Анализ нейропсихологических симптомов, возникающих при поражении различных уровней анализатора, позволил выявить два типа расстройств:

1) элементарные сенсорные, отражающие нарушения световых или цветоощущения, ощущения высоты, громкости, длительности звука); эти расстройства связаны с поражением первичного коркового поля. Например, при поражении первичного поля в зрительной коре выпадает поле зрения с одной стороны (так называемая гемианопсия); причем при поражении правого (или левого) полушария выявляется левосторонняя (или правосторонняя) гемианопсия, хотя больной не замечает своего зрительного дефекта. Такие сенсорные нарушения зрительных функций не связаны непосредственно с высшими функциями.

Предметом изучения нейропсихологии являются не сенсорные, а гностические расстройства;

2) гностические расстройства — нарушения узнавания формы предметов, пространственных отношений, звуков речи. Это — агнозии; они обусловлены поражением вторичных корковых полей.

Нейропсихологические синдромы

Агнозии

Зрительные агнозии

Зрительный гнозис — высшие гностические функции, связанные с активностью вторичных полей — 18 и 19. При электрическом раздражении этих полей во время нейрохирургических операций В. Пенфилд обнаружил, что больные переживают появление зрительных образов, лиц, целостных сцен.

При поражении этих областей возникают зрительные агнозии. Зрительные агнозии — это душевная слепота при сохранности элементарных сенсорных функций.

Предметная агнозия встречается у больных с поражением теменно-затылочных отделов обоих полушарий, чаще слева. Больной может описать отдельные признаки предмета, но не может сказать, что это такое. Он может опознать предмет, если ощупает его. В скрытой форме предметная агнозия выявляется при распознавании контурных, перечеркнутых, перевернутых изображений. При совмещении 3-5 контуров больной не может вы-

делить изображения предметов и «видит» одну лишь путаницу линий. Необходимо подчеркнуть, что трудности возникают при опознании именно контуров. Кроме того, изменяются временные характеристики процесса опознания: повышаются пороги узнавания изображений. Может сохраняться способность копировать рисунки.

Лицевая агнозия. Неспособность узнавать знакомые лица, называемая лицевой агнозией, или прозопагнозией, чаще всего обусловлена поражением височно-теменно-затылочных отделов правого полушария мозга. Еще на заре XX века В.М. Бехтерев писал «о первостепенстве» правой «психочувственной» области в создании «собственно конкретных представлений».

При грубой форме лицевой агнозии больные не могут различить женские/мужские или детские лица, не узнают родных (но опознают их по голосу).

Описаны необычные переживания, связанные с неузнаванием лиц. Так, больной, ранее отличавшийся блестящей зрительной памятью, внезапно утратил способность узнавать (и вызывать в памяти) цвета, формы и знакомые лица, похожие на его жену и детей. В присутствии родных ему казалось, что он видит новые черты в их лицах. Однажды он даже ошибочно принял свое собственное зеркальное изображение за чужого человека и попросил извинения за то, что помешал ему пройти.

Другой пример. Образованная больная, владевшая пятью языками, ранее имевшая прекрасную зрительную память и воображение, во время болезни сохранила способность вызывать в памяти образы; однако, когда она сталкивалась с реальными зрительными сценами, они казались ей незнакомыми: «С закрытыми глазами я легко могу пройти по улицам родного города, но, если я действительно нахожусь на одной из улиц, я не знаю, как найти дорогу домой... вхожу в свою комнату и испытываю ощущение, что нахожусь в чужом месте, принадлежащем кому-то другому. В зеркале я вижу себя совершенно иной, чем привыкла видеть. Я не вижу сходства со своим прежним образом и не могу понять, что это мое лицо. Я не могу узнать людей, с которыми встречалась до болезни, но легко узнаю их по тембру голоса». Эта интеллигентная женщина пришла к выводу, что «люди видят больше мозгом, чем глазами; глаз —

это только способ увидеть, потому что я вижу все ясно и точно, но часто не могу узнать и не могу понять смысла того, что вижу».

Оптико-пространственная агнозия. При этой форме агнозии утрачивается возможность ориентации в пространственных признаках среды и изображений объектов, нарушается право-левая ориентировка. Больные не понимают пространственные отношения в рисунке, не ориентируются в географической карте (нарушена способность ориентироваться в частях света). Кроме того, нарушен самостоятельный рисунок; форма изображения распадается на отдельные фрагменты, страдает сочленение частей в одно целое. Как и лицевая агнозия, оптико-пространственная агнозия вызывается поражением третичной коры височно-теменно-затылочных отделов правого полушария мозга.

В состав этой агнозии входит односторонняя пространственная агнозия — игнорирование левой части изображения. Левосторонняя пространственная агнозия привлекает особое внимание к пространству. В этом случае «выпадает» левая половина пространства: грубо нарушено восприятие, поведение; действия больных осуществляются лишь в правом — экстраперсональном и телесном — пространстве. Так, из двух одновременно наносимых тактильных стимулов больной замечает лишь тот, что приходится на правую половину тела, и игнорирует то, что находится слева от него. С помощью зрения и слуха он воспринимает стимулы как смещенные слева направо (аллестезия). Больной неточно определяет время и длительность событий. Нарушено повседневное бытовое поведение: больной съедает пищу с правой половины тарелки и просит добавки, не замечая оставшейся еды на левой половине тарелки; читает только правую половину текста, не замечая бессмыслицы прочитанного; одежду надевает на правую половину тела, обувает только правую ногу и ходит со свисающим левым рукавом и левой босой ногой. При ходьбе такие больные уклоняются вправо.

Больной не замечает своей полной беспомощности, он эйфоричен, расслаблен. Анозогнозию обнаруживает отсутствие каких-либо представлений, ощущений болезни. Поведение больного — «полевое»: он откликается на реплики окружающих, оказавшихся справа от него, смеется, говорит о чем угодно, но только не о собственной беспомощности. Левосторонняя простран-

ственная агнозия предстает как синдром, иллюстрирующий пространственно-временную дезорганизацию психики (Т.А. Доброхотова, Н.Н. Брагина, 1977).

Буквенная агнозия. При этой форме агнозии больные, правильно копируя буквы, не могут их назвать; это приводит к распаду навыка чтения (первичная алексия). Возникает при поражении задних отделов левого полушария.

Цветовая агнозия. Наблюдается на фоне сохранности цветоощущения. Больные не могут назвать предметы определенного цвета. Им трудно подобрать под пару идентичный цветовой оттенок. Возникает при поражении задних отделов преимущественно правого полушария.

Оптико-моторная агнозия (синдром Балинта). Вызывается двусторонним поражением затылочных долей. При этой форме агнозии больной не может одновременно воспринимать два изображения (или целое), так как у него резко сужен объем восприятия, и он видит только часть целого. Он не может перевести взгляд и рассмотреть все изображение последовательно из-за нарушений движений глаз — атаксии взора. Взор становится неуправляемым: постоянно возникают произвольные скачки глазных яблок, вследствие чего затруднен организованный зрительный поиск.

Агнозия индивидуализированных признаков возникает при поражении центральных и височно-теменно-затылочных отделов правого полушария (Л.И. Вассерман, Я.А. Меерсон, 1997). Больные не способны выделить индивидуализированное изображение того или иного объекта, например, кувшина или жука. Описаны клинические наблюдения о неузнавании американскими фермерами своих коров или своих автомашин в ряду объектов одного и того же типа.

Агнозия глубины. В клинических исследованиях описаны разные компоненты агнозии глубины:

1. Нарушения восприятия трехмерности предметов, их толщины.
2. Нарушения восприятия расстояний до предметов — абсолютной локализации в глубину.
3. Нарушения восприятия взаимного положения предметов в сагиттальном плане — относительной локализации в глубину.

Г. Данта, Р.С. Хилтон, Д.Д. О'Бойл (1978) обобщили описание около полусотни больных с агнозией глубины. Почти у 60 % больных поражение было билатеральным, в четверти случаев оно ограничивалось правым полушарием, в единичных случаях — левым. Одни авторы отмечают, что нарушения стереовосприятия связаны с поражением правого полушария, другие — с поражением левого полушария.

Тактильные агнозии

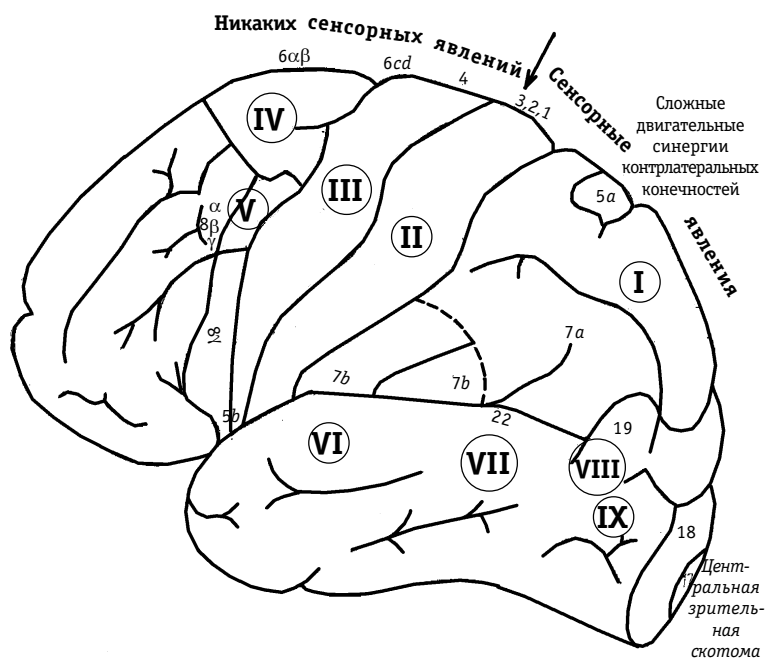
При поражении первичного коркового поля теменной области выявляется такое элементарное сенсорное расстройство, как феномен анестезии. Более сложные — гностические расстройства — возникают при поражении вторичных 1-го, 2-го и 5-го полей теменной коры, а также третичных 39-го и 40-го полей.

Поражение вторичных полей теменной коры приводит к развитию разнообразных тактильных агнозий при относительной сохранности поверхностной и глубокой чувствительности, т. е. при сохранности сенсорной основы тактильного восприятия.

Астереогноз. Это неузнавание формы объектов на ощупь при поражении правой теменной области, хотя больной правильно опознает предмет зрительно. Кроме того, больной испытывает трудности с опознанием самого материала предмета — так называемая тактильная агнозия текстуры объекта.

Пальцевая агнозия (синдром Герстмана). Встречается при поражении левой теменной области. При этом нарушается возможность называния пальцев руки, контрлатеральной очагу поражения, а также способность узнавать пальцы рук с закрытыми глазами. Помимо этого, больные затрудняются в опознании цифр или букв, написанных на кисти руки (так называемая тактильная алексия).

Нарушения «схемы тела» характерны для поражения теменной коры правого полушария. В частности, **соматоагнозия** включает симптомы расстройства узнавания частей тела, их взаимного расположения. Чаще они возникают в левой половине тела совместно с явлением игнорирования левых конечностей (когда больные как бы «теряют» их). Другим проявлением симптомов нарушения «схемы тела» является **соматопарагнозия** — ощущение чужой руки, изменения размеров, удвоения конечностей.



- Ⓘ — Глаза и голова в противоположную сторону, сложные двигательные синергии контрлатеральных конечностей
- Ⓜ — Пальцы, стопа, бедро, живот, грудь, лопатка, ключица, плечо, предплечье, кисть, мизинец, безымянный, средний, указательный, большой пальцы, шея, лицо, полость рта, язык, глотка, гортань
- Ⓢ — Пальцы, стопа, бедро, живот, грудь, лопатка, ключица, плечо, предплечье, кисть, мизинец, безымянный, средний, указательный, большой палец, шея, лицо, полость рта, язык, глотка, гортань
- Ⓙ — Голова, глаза и туловище движутся в противоположную сторону. Сложная двигательная синергия контрлатеральных конечностей
- Ⓥ — Глаза в противоположную сторону
- Ⓦ — Ритмические жевательные, лизательные, глотательные и т.п. движения; кряхтение, ворчание, икота и т. д.
- Ⓡ — Слуховые галлюцинации; голова, глаза и туловище — в противоположную сторону; сложные двигательные синергии контрлатеральных конечностей
- ⓈⓈ — Глаза — в противоположную сторону
- ⓈⓈ — Сложные зрительные галлюцинации

Рис. 4. Психические проявления, связанные с различными областями левого полушария

Наконец, Пик (*Pick*, 1908) описал **аутотопагнозию**, когда больные утрачивают осознание и ощущение своего тела и его частей. Они не могут найти и показать ту или иную часть тела по просьбе врача.

Анозогнозия

К особым, но широко распространенным проявлениям агностических расстройств относится анозогнозия. Больные анозогнозией часто неплохо ориентируются в окружающем пространстве, правильно отвечают на вопросы; в то же время они не замечают своего паралича, не проявляют никакого беспокойства. Они «игнорируют» болезнь, у них отсутствуют критика, сознание болезни. Больные склонны к конфабуляциям — заявляют, что могут передвигаться («только что выходил гулять», хотя уже длительное время обездвижен). Анозогнозия может сочетаться с **псевдореминисценциями** (ложными воспоминаниями).

Слуховые агнозии

Внутри слуховой системы имеются две самостоятельные подсистемы. Одна из них обеспечивает неречевой слух, т. е. способность ориентироваться в музыкальных тонах и предметных шумах. Другая система — речевой слух, т. е. способность слышать и анализировать звуки родного и неродного языка. Именно на базе слуховой системы формируется человеческая речь. Эти две системы имеют общие подкорковые механизмы. Однако системы различаются в пределах коры.

Рассмотрим особенности **нарушения неречевого слуха**. Все слуховые агнозии возникают при поражении 41-го, 42-го и 22-го полей височных отделов правого или левого полушарий.

Слуховая агнозия предметных шумов характерна для поражения височных отделов правого полушария. При этой форме агнозии больные не могут определить смысл простых звуков — скрип дверей, звук льющейся воды, хотя слух как таковой сохранен и больные могут различать звуки по высоте, интенсивности, длительности и тембру. Однако чаще встречается стертая форма слуховых нарушений в виде **дефектов слуховой памяти**.

Дефекты слуховой памяти проявляются в том, что больные не могут запомнить два звуковых эталона, т. е. выработать слуховые дифференцировки.

Симптом аритмии обнаруживается при поражении височных отделов правого или левого полушарий. В этих случаях больные не могут различить и воспроизвести ритмические наборы звуков, чередующихся через разные интервалы времени по 2–3 звука в пачке. Больные не способны запомнить структуру ритмов. Иными словами, это дефект слуховой памяти как таковой и дефект различения последовательности комплексных стимулов.

Амузия типична для поражения височных отделов правого полушария. Эта форма заключается в неспособности узнавать и воспроизводить знакомую (или услышанную) мелодию или отличать одну мелодию от другой. Больные оценивают музыку как неприятное переживание, она для них «потеряла смысл». Повидимому, амузия обусловлена нарушением не столько звукового слуха, сколько нарушением порождения и восприятия целостного музыкального образа.

Нарушения восприятия и порождения интонаций характерны для поражения височных отделов правого полушария. Больные не различают интонаций, не выразительны в собственной речи. Их речь лишена модуляций.

Апраксии

Праксис — заученное (автоматизированное) выполнение действий, совершаемых с предметами. К ним относится широкий круг произвольных действий (кроме ходьбы и бега): одевание, навыки самообслуживания, производственные навыки; спортивные навыки, связанные с длительной тренировкой.

Апраксии — нарушения автоматизированных действий, совершаемых по заданию и даже на примере, у больных без каких-либо параличей, т. е. при сохранности элементарных двигательных актов. Чистые формы редки.

Кинетическая апраксия возникает при поражении премоторных отделов (6-го, 8-го полей, т. е. передних отделов коркового ядра двигательного анализатора) левого полушария. Нарушено

выполнение серийно организованных простых действий, в том числе жестов — «помахать кистью руки на прощание», «помахать пальцем к себе». В основе лежит распад «кинетических мелодий», т. е. нарушения последовательности, временной организации двигательных актов. Движения становятся нечеткими, неловкими, более грубыми, неточно направленными. Типичным симптомом являются двигательные персеверации — бесконтрольное продолжение однажды начавшегося движения. Это часть премоторного синдрома дезавтоматизации.

Идеомоторная апраксия возникает при поражении теменной доли левого полушария, но выполнение действий нарушено с двух сторон. Например, намеренные действия — действия по команде — совершаются с ошибками, тогда как спонтанно они осуществляются правильно. Больные могут описать план заданных по команде действий, но не знают, как их реализовать. По заданию и даже с показом не могут сжать кулак, показать рукой ухо, зажечь спичку. Они совершают грубые ошибки, когда требуется совершить так называемые «транзитивные» действия (например, положить руку на плечо); иначе говоря, при поражении левого полушария нарушен план действий в персональном пространстве. Особенно трудно выполнить действие в отсутствие объекта. Вместе с тем в реальной ситуации эти действия выполняются. Упроченные жесты выполняются легко. Иначе говоря, возникает трудность передачи «идей» о движении в «центры исполнения» движений.

Как специализированный вид идеомоторной апраксии выделяется **оральная апраксия**, когда нарушены целенаправленные намеренные движения, осуществляемые с помощью языка и губ (оттопырить языком щеку или верхнюю/нижнюю губу, поцокать языком).

Идеаторная апраксия встречается при поражении угловой извилины левого полушария; всегда двусторонняя. Нарушено выполнение сложных действий в определенной последовательности при сохранности выполнения простых. Выполнить весь комплекс — взять коробок, вытащить спичку, зажечь ее, затем зажечь свечу — больной не может, хотя способен осуществить каждый отдельный фрагмент, особенно при копировании. Если при идеомоторной апраксии больной не знает, как осуществить

действие, то здесь — в какой последовательности осуществить комплекс действий.

Апраксия одевания характерна для поражения теменной доли правого полушария. При этой форме нарушается сложная последовательность действий при одевании. Больные не могут сориентировать части одежды в отношении своего тела. Надевают только правый рукав халата, пуговицы оказываются сзади. Особые трудности больные испытывают при надевании ботинок, шнуровке или застегивании пуговиц.

Конструктивная апраксия. Эту форму А.Р. Лурия расценивал как один из феноменов апракто-гностического синдрома. Больные не способны создать целое из частей, и это приводит к нарушению **рисования** и конструирования фигур из деталей. Больные не могут изобразить по заданию геометрические фигуры и предметы, скопировать или нарисовать их по памяти. Они искажают контуры объектов (вместо круга — овал). Особенно сильные затруднения проявляются при копировании неоречевляемых незнакомых фигур.

Афазии

Речь — процесс и система средств общения посредством языка.

Экспрессивная речь — процесс высказывания с помощью языка — начинается с замысла (программы высказывания), затем проходит стадию внутренней речи, обладающей свернутым характером, и завершается стадией внешнего высказывания — устная речь/письмо.

Импрессивная речь — процесс понимания речевого высказывания. Сначала восприятие, затем декодирование (выделение информативных моментов); формирование во внутренней речи общей смысловой схемы сообщения, соотнесение схемы со смысловыми семантическими структурами и включение ее в некий смысловой контекст (собственно понимание).

С точки зрения лингвистики, выделяются следующие единицы:

фонемы — смыслоразличительные звуки;

лексемы — слова, фразеологические словосочетания, обозначающие отдельные предметы или явления;

семантические единицы — обобщения в виде системы слов, обозначающие понятия;

предложения — обозначают некую мысль;

высказывание — законченное сообщение.

Как сложная функциональная система речь включает в себя большое число афферентных и эфферентных звеньев. Речевой слух — главное афферентное звено речевой системы. Речевой слух формируется по законам речевой среды. В качестве врожденных задатков выступает способность к запечатлению слуховой информации, быстрому овладению речью как таковой. Речевой слух — способность к анализу и синтезу речевых звуков, к различению фонов данного языка. Фонемы — совокупности звуковых различительных признаков звуков речи, позволяющих различать слова данного языка, различительные единицы звукового строя языка. Каждый язык имеет свою фонематическую систему. В любом языке одни звуковые признаки выступают как смыслоразличительные, другие — как несущественные. Ребенок сперва овладевает фонематическим строем языка, затем устной речью. Потеря слуха у детей ведет к недоразвитию всей речевой системы — глухоноте.

Афазия — нарушения экспрессивной и импрессивной речи, обусловленные локальным поражением коры и ближайшей подкорки левого полушария. Афазия проявляется в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры собственной речи и понимания речи. Ее отличие от других нарушений речи, например, от дизартрий, состоит в следующем: при последних нарушается произношение без расстройства восприятия речи на слух, а также чтение и письмо.

При выпадении афферентных звеньев возникают следующие формы афазий.

Сенсорная афазия Вернике возникает при поражении задней трети височной извилины левого полушария. Она проявляется в нарушении фонематического слуха, т. е. способности различать звуковой состав слов в результате поражения ядерной зоны звукового анализатора — 41-го, 42-го и 22-го полей.

При полном разрушении этой области исчезает способность различать фонемы. Больные не понимают речь. В менее грубых случаях они не понимают быструю или зашумленную речь. Осо-

бо трудно дается восприятие слов с оппозиционными фонемами: слово «голос» они слышат как «колос», «холост», «колот», так как не различают звуки [г] — [к] — [х] и [с] — [з]; слова «забор—собор—запор» звучат для них как одинаковые.

Дефект понимания устной речи рассматривают как центральный. Однако вторично страдает активная спонтанная устная речь. Нередко возникает «словесная крошка» — набор слов, непонятных по звуковому составу.

Кроме того, больные обычно заменяют одни звуки другими — так называемые **литеральные парафазии**; при этом распадается первичный звуковой состав слова. Реже возникают **вербальные парафазии**, когда происходит замена одного слова другим. Резко нарушена способность письма под диктовку.

Наконец, к проявлениям этой афазии относится периодическая речевая расторможенность, или логорея. По-видимому, она обусловлена растормаживанием сохранного правого полушария.

Акустико-мнестическая афазия типична для поражения средних отделов височной области коры левого полушария. Это неспособность запомнить вербальный материал вследствие нарушения слухоречевой памяти (А.Р. Лурия, 1974). Объем слухоречевой памяти резко снижен до двух-трех слов. Нарушается способность называния предметов, причем название может замещаться описанием ситуаций, в которых они встречаются. Больные не понимают слова, а также длинные предложения, т. е. теряются в усложненных условиях, связанных с объемом речевого сообщения.

Затруднен поиск нужных слов. Встречаются вербальные парафазии; характерны скудная речь, частый пропуск слов. Главное же ключевое расстройство — снижение объема запоминания и порядка воспроизведения.

К нарушениям порядка воспроизведения относятся два противоположных явления. Так, феномен ретроактивного торможения выявляется тогда, когда воспроизводится последнее слово ряда; это называется торможением, направленным «назад». Феномен проактивного торможения возникает тогда, когда воспроизводится первое слово ряда; это торможение, направленное «вперед».

Наконец, описано **явление словесной реминесценции** — лучшее воспроизведение вербального материала через несколько часов после предъявления. Все эти феномены характеризуют нарушение работы слухоречевой системы на мнестическом уровне.

Амнестическая афазия встречается при поражении височно-теменных областей левого полушария. Основная трудность заключается в неспособности правильно назвать предметы и части тела. Характерно возникновение вербальных парафазий.

Афферентная (артикуляторная) моторная афазия возникает при поражении задне-центральной и теменной областей левого полушария. При этом поражении происходит выпадение кинестетической речевой афферентации (речевых кинестезий), т. е. возможность передачи четких ощущений от артикуляционного аппарата в кору во время речевого акта

Первичный дефект заключается в трудности различения близких по артикуляции звуков речи. Больные смешивают близкие артикулемы и произносят слово «халат» как «хадат», «слон» как «снол» (**н, л и д** — переднеязычные артикулемы, и смешения происходят внутри группы).

Больные не только неправильно произносят близкие артикулемы, т. е. сходно артикулируемые слова, но и неправильно их воспринимают. Поскольку артикуляторные теменные зоны коры тесно взаимодействуют с воспринимающими височными зонами, нарушение в теменной коре ведет к вторичному нарушению функций слуховой системы.

Нарушается вся речевая система в целом — литеральные парафазии возникают вследствие трудностей дифференциации близких артикулем (артикуляционных движений, необходимых для произнесения звука и слова в целом).

Афферентная моторная афазия — своего рода речевая апраксия, и у больных нередко нарушен оральный праксис — им трудно выполнить по инструкции (или с показом) такие действия, как высунуть язык, надуть щеки.

Трудности с артикулированием звуков речи проявляются при быстром повторении гласных или согласных, а также слов, особенно сложных в артикуляционном отношении, — «тротуар»,

«пространство». Больные чувствуют ошибку, но их рот словно не подчиняется волевым усилиям. Нарушено письмо, а затруднение артикуляции (открыть рот, зажать язык зубами) еще больше ухудшает способность писать. Сложные слова выговариваются с литеральными заменами.

В этом случае прослеживается важная роль кинестетической речевой афферентации при формировании речи у ребенка, т. е. тесная связь между артикуляцией и слуховым восприятием. Если детям, обучающимся грамоте, затруднить нормальную артикуляцию (например, попросить их открыть рот), у них резко возрастает число ошибок, потому что артикуляция необходима для анализа звукового состава слов. Таким образом, на первых этапах формирования речи четко прослеживается связь звукового и артикуляторного анализа слов.

Семантическая афазия характерна для поражения теменной области левого полушария: это третичная область коры. В основе этого поражения лежит неспособность понять грамматические конструкции, в которых отражаются пространственные отношения. Страдает понимание грамматических конструкций, которые отражают одновременный симультанный анализ и синтез явлений (симультанность — одновременное представление как минимум двух и более предметов или явлений).

При этом поражении страдает понимание следующих грамматических конструкций:

- 1) предлоги («над», «под», «сверху», «снизу»); больные не видят разницы между словосочетаниями «круг над крестом» или «круг под крестом», не понимают пространственных отношений;
- 2) сравнительные отношения; больные не понимают смысла слов «длиннее — короче», «темнее — светлее». Понимание таких конструкций требует мысленного сравнения двух-трех объектов, т. е. одновременного анализа;
- 3) конструкции родительного падежа типа «брат отца», «мамина дочка». Больным понятно, что такое «мама» и «дочка» по отдельности, но они не воспринимают сочетание «мамина дочка», выражающее отношение между ними;
- 4) временные конструкции, отражающие временные отношения между событиями;

- 5) выражения, в которых имеются логические инверсии типа «Колю ударил Петя. Кто агрессор?»;
- 6) выражения, в которых логически связанные слова далеко разведены друг от друга, например: «В школу, где учится Ваня, пришли спонсоры, чтобы принести подарки». Большим непонятны конструкции со сложными определениями «где учится Ваня».

Такие конструкции отражают коммуникацию отношений. Их понимание основывается на способности одновременно мысленно представить отношение нескольких предметов или событий друг к другу.

Эта форма афазии сочетается с акалькулией, которая также связана с анализом пространственных отношений, выраженных в числе.

Афазии, связанные с нарушением эфферентных звеньев речевой системы

Эфферентная моторная афазия Брока обусловлена поражением задних отделов премоторной коры левого полушария — полей 44 и частично 45 (Е.Д. Хомская). Основным дефект речи при поражении этой области состоит в том, что нарушаются организация речевой моторики, плавная смена артикуляторных движений, способность к развертыванию действия, т. е. использование текущего последовательного (сукцессивного) синтеза (Е.Д. Хомская, 1987). Это выражается в речевых персеверациях (когда больные не могут переключиться от одного слога к другому), трудностях слияния слогов в слово из-за инертности уже произнесенных слогов, отчуждении смысла слов. Возникают грубые произносительные нарушения: затруднен приступ к слову, появляются запинания, смазанность произношения. Выявляются симптомы моторного аграмматизма, так называемый телеграфный стиль. В речи отсутствуют связки, предлоги, наречия, прилагательные. Используются существительные и упроченные в речи фразеологизмы («черт побери»), слова русской экспрессивной (ненормативной) лексики, отдельные слова-«эмболы» с разной интонацией. Типичны литеральные парафазии, грубые нарушения чтения и письма, как следствие — сни-

жение речевой активности и неспособность к вербальной коммуникации.

Таким образом, при этой форме афазий страдают собственно двигательная (кинетическая) организация речевого акта, временная последовательность речевых движений, нарушается «кинетическая мелодия». Проблемы с выполнением серийных двигательных актов напоминают нарушения движений руки при поражении премоторных отделов левого полушария. Поэтому говорят о едином синдроме премоторных нарушений движений (кинетической апраксии), которые характеризуются наличием двигательных персевераций.

Зона Брока тесно связана с височной областью и представляет собой единую систему. Вовлечение височной области вызывает некоторые трудности восприятия устной речи, поскольку это — системное нарушение речевой деятельности.

Динамическая афазия — следствие поражения 9-го, 10-го, 46-го полей премоторной области левого полушария вблизи зоны Брока. При этой форме возникает речевая адинамия; по Кляйсту, это «дефект речевой инициативы», поскольку резко страдает способность дать развернутое речевое высказывание.

Речь больных очень бедна, односложна; повторяют слова вопроса. В основе этой формы афазии лежит дефект сукцессивной (последовательной) организации речевого высказывания. Один из методов, выявляющих этот дефект, — метод заданных ассоциаций, когда больного просят назвать однотипные предметы (например, предметы красного цвета). В этих случаях больные могут назвать лишь один-два предмета; при этом особенно плохо актуализируются слова, обозначающие действия (Е.Д. Хомская, 1987). Если больных просят вспомнить несколько глаголов, то оказывается, что они могут перечислить несколько существительных, но не в состоянии назвать ни одного глагола! (Л.С. Цветкова, 1975). (Интересно, что при амнестической афазии, напротив, труднее актуализировать существительные, а не глаголы.)

В основе динамической афазии лежат не только нарушения внутренней речи. По Виготскому, внутренняя речь состоит из «психологических сказуемых» (не обязательно глаголов). При этой форме афазии предикативность внутренней речи распадается, поэтому возникают трудности построения замысла

высказывания (Е.Н. Соколов, 1968; А.Р. Лурия, 1975). Помимо нарушений внутренней речи (как внутренней программы высказывания) у таких больных нарушен процесс реализации этой программы во внешней речи.

Кроме того, больным с динамической афазией свойствен аграмматизм, а именно пропуск глаголов, опущение предлогов, местоимений, употребление шаблонных фраз, неразвернутых коротких и простых предложений, частое использование существительных в именительном падеже (Л.С. Цветкова, Ж.М. Глюзман, 1978). Такие дефекты речевого высказывания связаны с инактивностью и нарушением внутренней планирующей речи, с перешифровкой замысла в грамматические структуры языка.

У детей (особенно до 5-летнего возраста) афазии встречаются редко. Описаны случаи афазии у 30 детей младше пяти лет, однако только у четырех имелись правосторонние поражения. Нарушения речи, встречающиеся при поражениях левого полушария, протекают по иным законам, чем афазия. Так, восстановление речевой функции после поражения левого полушария происходит быстрее и качественнее, чем у подростков. Известно, что люди, перенесшие удаление одного из полушарий на первом году жизни, в дальнейшем развиваются без заметного снижения речи и ее интонационного компонента.

В то же время накоплены материалы, свидетельствующие о том, что при ранних поражениях мозга нарушения речи могут возникать независимо от латерализации патологического процесса. Эти нарушения стерты и в большей степени касаются слухоречевой памяти, а не других аспектов речи (Э.Г. Симерницкая, 1985). Восстановление речи без серьезных последствий при поражениях левого полушария возможно до 5 лет. Срок этого восстановления, по разным данным, колеблется от нескольких дней до двух лет. В конце периода полового созревания возможность формирования полноценной речи уже резко ограничена. Сенсорная афазия, появившаяся в возрасте пяти-семи лет, чаще всего приводит к постепенному исчезновению речи, и ребенок в дальнейшем не достигает ее нормального развития.

Нестойкий характер нарушений речи проявляется в острый период травмы или во время эпилептических припадков, причем типичным является быстрое обратное развитие. Наруше-

ния речи выражены негрубо и возникают только в виде повторения незнакомых слов или при письме.

Нарушения речи при поражениях правого полушария. Доминирование левого полушария в отношении речи является относительным и пересматривается с точки зрения функциональной специализации полушарий. До 4-летнего возраста правое полушарие обеспечивает речь почти так же функционально, как и левое, но по мере совершенствования грамматического строя языка начинает постепенно утрачивать эту свою способность и передавать ее левому полушарию. Свидетельством существенной роли правого полушария в обеспечении речевых функций в раннем возрасте является и то, что у детей нарушения речи при правополушарной патологии возникают значительно чаще, чем у взрослых (до пяти лет в 13–35% случаев по сравнению с 3% у взрослых). Предполагается, что в норме левое полушарие по мере созревания мозолистого тела начинает оказывать активное тормозящее влияние на лингвистические способности правого. Левое полушарие отчетливо преобладает при наиболее сложных произвольных формах речи и других психических функциях, опосредованных системой речевых связей. В то же время правое полушарие после пяти лет начинает специализироваться на регуляции нелингвистических компонентов речи и речевых автоматизмах (последние произносятся как единое целое, не поддающееся разложению на звуковые единицы).

Формирующаяся в раннем детстве способность дифференцировать интонационные характеристики речи реализуется у взрослого (правши) правым полушарием. Им же распознаются голоса знакомых людей. В нем хранятся звуковые и слоговые сочетания, сопровождающие пение без слов. Это же полушарие осуществляет глобальное восприятие и воспроизведение звукового абриса (контурного, линейного изображения) слова, что позволяет больным с выраженной афазией не только понимать ситуативную речь, оперировать интонациями, понимать содержание юмористических текстов и смысла, но и сохранять способность к чтению отдельных слов или раскладыванию надписей к картинкам.

Правое полушарие в известной степени хранит в своей памяти сведения об элементарном числе и соотносит это понятие с

символами-цифрами как с иероглифами, чем объясняется некоторая сохранность счета даже при тяжелых моторных афазиях. Клинические исследования показывают, что при поражении правого полушария у праворуких могут возникать слабо выраженные речевые расстройства, названные дисфазиями. При удалении левого полушария в некоторых случаях речь целиком не распадается — больные понимают некоторые отдельные вопросы, дают на них краткие ответы, выполняют простые речевые инструкции, требующие ответа в невербальной форме. При правосторонних поражениях лобных областей наблюдаются нарушения речи в виде снижения речевой инициативы, монотонности высказывания, изменения тональности голоса, силы звучания, изменения темпа речи (замедления или ускорения), легких артикуляционных затруднений, похожих на акцент. Нейропсихологические исследования при преходящем угнетении правого или левого полушария (после окончания односторонних электросудорожных припадков) обнаружили, что наиболее заметным признаком изменений речи при правостороннем воздействии является искажение восприятия просодики и просодических компонентов собственной речи (исчезает идентификация интонационно-выразительных компонентов) (Л.Я. Балон, В.Л. Деглин, 1976). Теряется способность узнавания эмоций по речевому высказыванию, из-за чего страдает коммуникативная функция речи в целом.

Аграфия (дисграфия) — нарушение способности правильно писать по форме и смыслу. Встречается как составная часть амнестических и апраксических расстройств, а также при различных вариантах афазий. Нейропсихологический анализ письма, проведенный как Лурией, так и современными исследователями, показал, что в функциональную систему письма входят следующие компоненты:

- 1) процессы переработки слухоречевой информации (звуковой анализ услышанного, слухоречевая память);
- 2) дифференциация звуков на основе кинестетической информации;
- 3) актуализация зрительных образов букв;
- 4) ориентация элементов буквы, строки в пространстве;

- 5) кинетическое программирование графических движений;
- 6) планирование, реализация и контроль акта письма;
- 7) поддержание рабочего состояния, активного тонуса коры.

Выделяют первичные нарушения письма: **чистую («амнестическую») аграфию и апрактическую аграфию.**

Чистая (амнестическая) аграфия. Чистая аграфия является компонентом синдрома Герстмана (пальцевая агнозия, нарушение ориентировки в правом-левом, акалькулия), т. е. типична для поражения теменно-височно-затылочных отделов левого полушария. Для этой формы характерны трудности в перекодировании необходимой фонемы в графему (единицу письменного языка, выступающую в различных начертаниях). Больные путают порядок букв в словах, пропускают буквы или заменяют их другими (так называемые литеральные параграфии); пропускают слова, знаки препинания или заменяют их другими (вербальные параграфии). Затруднения возникают при спонтанном письме и письме под диктовку, тогда как списывание остается сохранным.

Больные не могут найти графему, соответствующую заданной фонеме; происходит отчуждение графического образа буквы от ее фонетического значения. Поэтому, получив задание написать под диктовку некую букву, больной долго ищет соответствующую графему и часто ошибается. Особенно тяжелые расстройства выявляются при попытках самостоятельного письма. Типичны грубые литеральные параграфии, аграмматизм, пропуски слов и знаков препинания в предложениях. Нередко встречается «зеркальное» письмо либо его элементы при письме левой рукой у правшей.

Апрактическая аграфия возникает при поражении угловой и надкраевой извилин левого полушария. По существу эта форма — проявление идеаторной апраксии. Больные не знают, как придать своей руке положение, необходимое для письма. Они не могут осуществить письменные двигательные программы в нужной последовательности. При письме искажаются или неправильно соотносятся в пространстве различные фрагменты букв или некоторые буквы изображаются зеркально. В тяжелых случаях дело доходит до полного распада рисунка буквы. Вместе с тем больной знает, что именно надо писать, способен найти

букву, но проблемы с ее написанием появляются в результате нарушения организации и осуществления самого движения.

Хорошо известен случай больного Засецкого, описанный А.Р. Лурией в книге «Потерянный и возвращенный мир». Он получил ранение с повреждением теменно-затылочной области левого полушария. В результате — аграфия, алексия, правосторонняя гемианопсия. Главное, что удалось восстановить у него, — это письмо. Сначала он пытался писать, мучительно вспоминая зрительный образ буквы и выискивая движение, которое нужно сделать, чтобы провести линию. Но вот ему предложили написать не по буквам, а сразу, не отрывая карандаш от бумаги. Он быстро написал слово «кровь», хотя сам не помнил, что написал, потому что не мог прочесть собственноручно написанное.

Сейчас это можно объяснить с позиций функциональной асимметрии мозга. Если аналитический — побуквенный — модус обработки относится к сфере левого полушария, то такой способ восстановительного обучения для поражения левого полушария не годится. А вот целостный — гештальтный — модус переработки информации, свойственный правому полушарию, как раз позволяет писать целый графический образ слова, причем подсознательно «выскакивает» эмоциогенное слово «кровь». Такая апелляция к сохранным правополушарным механизмам оказывается чрезвычайно эффективной. Тут нужно учитывать, что в условиях угнетения одного полушария функции другого полушария — интактного — раскрепощаются от тормозных влияний, т. е. облегчаются реципрочно (взаимосвязанно).

Акалькулия характеризуется нарушением счетных операций и может возникать при различных локализациях очагов поражения.

1. При поражении затылочной области обоих полушарий нарушается представление о числе; происходит распад зрительного образа цифры, из-за чего числа перестают быть знаками, отражающими количество. При этом цифры начинают смешиваться, плохо узнаются, особенно если они близки по начертанию (6 и 9). Эти нарушения носят оптико-гностический характер и сходны с оптической алексией.

2. При поражении теменно-затылочной области левого полушария нарушаются представление и восприятие пространственного расположения цифр, составляющих разрядное число. Многозначные числа читаются отдельными цифрами; числа с одинаковыми цифрами, но расположенными в другой последовательности, воспринимаются как идентичные (187 и 781). Особенно трудно узнавание римских цифр — IV и VI: больные оценивают их неверно, либо смешивают. Такие же ошибки возникают и при записи римских чисел.

3. Наконец, поражение угловой извилины теменной доли левого полушария приводит к утрате способности выполнять простые арифметические действия. Грубо нарушаются счетные операции с переходом через десятки и осознание величины многозначных чисел по отдельным входящим в него значениям: например, число 178 воспринимается как большее, чем 201. Забывается последовательность счета при вертикальном способе вычисления, становятся недоступными операции с дробями.

Эти три формы акалькулии носят название первичных, часто сочетающихся с семантической афазией. Вторичные акалькулии возникают при иных формах афазий (амнестической, моторной) на базе их специфических расстройств. Так, при поражениях префронтальных отделов на фоне нарушений целенаправленной деятельности ухудшаются планирование счетных операций и контроль за их выполнением.

Алексия (дислексия)

Нарушения чтения, проявляющиеся либо в виде неузнавания отдельных букв (**литеральная алексия**), либо в виде неузнавания целых слов (**вербальная алексия**). Наблюдается при поражении затылочно-теменных отделов левого полушария. В основе алексии лежит нарушение зрительного восприятия букв или слов. Таким образом, это синдром гностических расстройств.

Дислексия известна как специфическая неспособность к чтению у детей с нормальным интеллектом; она возникает при поражении лобной (премоторной) и теменной областей левого полушария.

При литеральной дислексии нарушено узнавание букв. Больные смешивают буквы, близкие по начертанию; не могут подбирать одинаковые буквы разного шрифта; при списывании срисовывают буквы как фигуры («рабское копирование»). Письмо не нарушено, но прочесть написанное больной не может.

При вербальной дислексии нарушена зрительная схема слова; больной не может объединить буквы в одну симультанную структуру и узнать слово в целом. Спонтанное письмо нарушено, тогда как списывание сохранно.

Главное нарушение при дислексии заключается в стойкой неспособности овладеть слогослиянием и автоматизированным чтением целыми словами. Это нередко сопровождается недостаточным пониманием прочитанного. Синдром дислексии включает явления эмоционально-волевой незрелости, церебрально-стенические нарушения, специфические нарушения внимания, памяти. У мальчиков дислексия встречается значительно чаще, чем у девочек.

Классификация дислексий (А.Н. Корнев, 1995):

- Конституциональная дислексия развивается на основе генетической предрасположенности и сопровождается повторными семейными случаями среди родителей. Это самая легкая форма дислексии, отличается сравнительно благоприятным прогнозом. Затруднения обычно ограничиваются только чтением и не распространяются на письмо.
- Энцефалопатическая дислексия возникает на резидуально-органической основе и сопровождается психоорганической симптоматикой. Нарушения чтения достигают значительной тяжести и довольно стойки.
- Конституционально-энцефалопатическая дислексия представляет собой смесь предыдущих двух форм и характеризуется наиболее тяжелыми и стойкими расстройствами.

Клинико-психопатологические симптомы включают черты эмоциональной незрелости, а также явления гиперактивности. Синдром психического инфантилизма проявляется в том, что больные дислексией более непосредственны, внушаемы, несамостоятельны. Эмоциональные реакции обычно живые, но недостаточно дифференцированные. Обращают на себя внимание

склонность к легковесным суждениям, беспечность, недостаточная самокритичность. При возникновении затруднений даже в житейских ситуациях больные склонны выказывать пассивность и быстро отказываются от попыток добиться успешного результата, замещая реальные действия фантазированием. Это свидетельствует о слабости волевых процессов.

У всех больных дислексией обнаруживается церебрастеническая симптоматика: снижение умственной работоспособности, повышенная утомляемость, затруднение произвольной концентрации внимания, повышенная отвлекаемость. Умственная продуктивность отличается неравномерностью и колеблется в значительных пределах в разные дни и в разное время суток. У больных выявляются ограниченный кругозор, узкий круг интересов. Общая осведомленность низкая, особенно в отношении теоретических сведений. Лучше ориентируются в житейско-бытовых вопросах. Поэтому к бытовым ситуациям такие дети адаптированы намного больше, чем к школе. Умозаключения детей с дислексией чаще поверхностны, шаблонны; банальность мышления — их органическая черта.

Недоразвитие устной речи и нарушения фонематического восприятия не являются основной причиной дислексии. Недостаточно развита способность к отвлечению и обобщению. Сравнение понятий вызывает трудности: дети 8–9 лет при определении сходства и различия предметов выделяют второстепенные признаки. Счетные навыки слабо автоматизированы, выполняются медленно, с ошибками, пересчитывание ведется по единице или на пальцах. Акалькулия в чистом виде встречается у 30% детей; в остальных случаях усвоение математических навыков также страдает, хотя и в меньшей степени, чем чтение. Суммарную оценку умственного развития при дислексии можно определить следующим образом: основные причины лежат не в недостатке интеллектуальных способностей, а в несформированности предпосылок интеллекта (памяти и внимания), слабости произвольной организации умственной деятельности и низкой работоспособности.

Чтение. У половины детей с дислексией после года-полутора обучения в школе навык чтения обычно отсутствует. Это уже алексия. Некоторые дети не знают букв, а остальные, выучив часть

алфавита, читают только короткие знакомые слова, изображение которых они запомнили как картинку. Четверть детей владеют медленным слоговым чтением (6–10 слов в минуту), допускающая большое число ошибок. Остальные читают побуквенно. Ошибки чтения заключаются, во-первых, в замене гласных **и-у-е, е-а**; во-вторых, в замене согласных, близких по произношению: **т-д, г-к, ж-ш**. Перестановки звуков происходят обычно в труднопроизносимых словах.

Письмо. У многих больных дислексия сочетается с грубыми нарушениями письма. Некоторые больные страдают полной аграфией: они не знают всех букв, могут писать лишь несколько коротких слов, изображение которых выучили наизусть. В ряде случаев письмо чрезвычайно замедлено: прежде чем написать букву, ребенок подолгу вспоминает ее изображение. Письменные работы содержат большое количество ошибок. Наиболее распространенными являются замены гласных: например, «белка — билка», «часто — чосто». Нередки искажения падежных окончаний (аграмматизмы в письме). Другие ошибки заключаются в пропусках гласных и нарушениях выделения слов в предложении. Слова иногда состоят из одних согласных: «живет — жвт», «сидит — сдт». Наблюдается слитное написание предлогов, раздельное написание частей слова (живет — жи вет), слитное написание нескольких слов (живет в лесу — жвлсу).

Пограничная интеллектуальная недостаточность (общий IQ около 90%) не может рассматриваться в качестве основных механизмов дислексии. Нарушения пространственной ориентировки (например, затруднения в ориентировке в сторонах тела и экстраперсонального пространства) в какой-то мере могут объяснять причину дислексии.

Нарушения памяти

Память — сохранение информации о раздражителе после прекращения его действия. Все биологические системы обладают нервными аппаратами, обеспечивающими фиксацию, сохранение, считывание и воспроизведение следа.

Выделяют различные характеристики памяти:

- память филогенетическая, наследственная, которая определяет строение каждого организма в соответствии с историей его вида;
- онтогенетическая память ответственна за явления иммунитета. Память рассматривается как психическая функция.

По длительности запечатления выделяют:

- иконическую память — запечатление длится несколько секунд;
- кратковременную память — запечатление длится несколько минут;
- долговременную память.

Характеристика по модальности включает:

- сенсорную память (зрительную, слуховую, тактильную, обонятельную);
- двигательную;
- эмоциональную (т. е. привлекаемую эмоционально-значимыми стимулами);
- опосредованную и логическую память;
- по уровню регуляции — произвольный и непроизвольный уровень запоминания и воспроизведения. Именно в произвольной форме память выступает как особая деятельность;
- по семантической организации память подразделяется на неосмысленную и семантически организованную.

Произвольная память характеризуется наличием мнестической задачи; при непроизвольном запоминании такой задачи нет. Непроизвольная (непосредственная) память лучше функционирует в детском возрасте. Огромное число следов в обычных условиях не воспроизводится, они могут актуализироваться в условиях гипноза или других условиях. Во время хранения следов происходит их преобразование по законам кодирования информации или семантизации.

Гипермнезия — резкое увеличение объема и прочности запоминания; чаще всего это усиление механической памяти, основанной на тесном взаимодействии разных видов ощущений. Встречается при гипофизарных очагах.

Парамнезии (ложные узнавания) — ощущение знакомости объектов.

Амнезия может быть результатом локальных, а не общемозговых симптомов. Два основных типа нарушений памяти: модально-неспецифические нарушения памяти:

- плохое запечатление любой информации при поражении срединных неспецифических структур мозга. Возникает при поражении ствола, продолговатого мозга; при этом нарушения памяти протекают в составе синдрома нарушений сознания, внимания, цикла «сон — бодрствование»;
- при поражении диэнцефалона на уровне гипофиза больше страдает кратковременная память. Дефект связан с усиленным действием механизмов интерференции следов побочными воздействиями, что является причиной повышенной тормозимости следов кратковременной памяти. Посторонняя деятельность, предложенная таким больным сразу после предъявления материала, «стирает» предшествующие следы. Кроме того, имеет место повышенная реминисценция следов — лучшее отсроченное воспроизведение по сравнению с непосредственным;
- при поражении гиппокампа, миндалины, лимбической коры возникает **корсаковский синдром** (синдром при тяжелой алкогольной интоксикации, описанный С.С. Корсаковым). Память на текущие события нарушается, но сохраняется на далекие. Характерны конфабуляции в отношении текущих событий и пространственно-временная дезориентировка. Этих больных отличают аспонтанность, эйфория, нецеленаправленность поведения, что указывает на грубое нарушение мотивационной сферы. Расстройства гнозиса пространства и времени могут лежать в основе механизма развития корсаковского синдрома. У этих больных наблюдается неплохое непосредственное запечатление слов — четыре-пять из десяти. Однако достаточно кратковременной пустой паузы перед воспроизведением, и следы полностью стираются;
- при поражении медио-базальных лобных отделов выявляются нарушения кратковременной памяти и повышенная

интерференция следов; обнаруживаются **конфабуляции**, а также **расстройства семантической памяти** (памяти на понятия) — трудно логически последовательно изложить сюжет, легко соскользнуть на побочные ассоциации.

Модально-специфические нарушения сенсорной и двигательной памяти возникают при поражении второго и третьего функциональных блоков. Таковы изолированные нарушения слухоречевой памяти, лежащие в основе акустико-мнестической афазии. У этих больных нет общих нарушений памяти. Нет и расстройств фонематического слуха, что в данном случае указывает на возможность поражения одного лишь мнестического уровня. Это характерно только для поражения височных отделов левого полушария. Для поражения височных отделов правого полушария имеют место нарушения памяти на неречевой слух в силу объединения гностических и мнестических дефектов.

При поражении лобных долей — **псевдамнезии** — грубо нарушен процесс формирования планов и программ поведения. Активного произвольного воспроизведения здесь не добиться, хотя наблюдаются непроизвольное запечатление и узнавание. Здесь страдает общая организация любой произвольной деятельности вообще.

Левое полушарие играет ведущую роль в **произвольной мнестической деятельности**, а правое полушарие — в **непроизвольной**.

Слухоречевую память у детей исследуют как показатель протекания речевой деятельности. При поражении левой височной доли нарушения слухоречевой памяти проявляются в снижении объема и порядка воспроизведения.

Таблица 3

**Роль левого и правого полушарий
в организации мнестической деятельности**

Стимулы	Левое полушарие	Правое полушарие
Слова	+	—
Для вербального материала:		
смысловые		
характеристики	+	—
перцептивные признаки	—	+

Окончание табл. 3

Стимулы	Левое полушарие	Правое полушарие
Фигуры неправильной формы, трудно обозначаемые словом	—	+
Контурные изображения предметов	—	+
Лица	—	+
Музыка	—	+
Запоминание и воспроизведение	отсроченное	непосредственное

знак «+» означает облегчение, улучшение функции;

знак «—» — затруднение, ухудшение.

При левосторонних очаговых поражениях мозга могут появляться два крайних пароксизмальных (приступообразных) нарушения вербальной памяти.

1. **«Насильственное воспоминание».** В наиболее типичном варианте для больных наиболее актуально во всем сознании ощущение, что им необходимо что-то вспомнить, но воспоминание не удастся. Недостижимость воспоминания сочетается с тревогой, растерянностью, недоумением и мучительным тягостным стремлением сформулировать во внутренней речи — словах — то, что больной должен вспомнить. Больному неясно, должен ли он вспомнить слово, действие, мысль или образ; ему неясно, к какому времени относится то, что надо вспомнить. Различение временной принадлежности объекта воспоминания невозможно. У больных есть ощущение, что их будущее зависит от того, удастся им вспомнить или нет; они опасаются, что в случае неудачи им будет плохо.

2. **«Провал воспоминания»** — противоположный по направленности пароксизмальный феномен. Это полная неспособность вспомнить сведения, слова, цифры, нужные по ходу текущей деятельности. Текущая деятельность наталкивается на непреодолимое препятствие. Феномен переживается с аффектом тревоги, недоумения, растерянности, внутренним напряжением. В секундном или минутном пароксизмальном состоянии больные

«забывают» свой возраст, не могут описать работу, которой заняты; могут вдруг не вспомнить имя жены или мужа, детей; не осознают, с кем беседуют. Все эти симптомы бесследно исчезают после приступа.

При поражении правого полушария пароксизмально нарушается образная, чувственная память.

1. **«Вспышка пережитого»** — результат электростимуляции участков мозга, преимущественно коры правого полушария. Во время операции (когда наркоз снят и возможен контакт с больным) внезапно «оживают» чувственные образы с субъективной яркой эмоциональной окраской.

По существу этот феномен — внезапная актуализация в сознании больного (независимо от него) определенного куска прошлой жизни или определенного отрезка прошлого времени больного. Такое произвольное оживление конкретного фрагмента прошлой жизни может происходить параллельно текущей жизни (в операционной) или сопровождаться игнорированием того, что происходит в реальном пространстве и времени. Ни реальное место, ни время больным не воспринимаются. После выхода из «вспышки пережитого» больные точно обозначают место, в котором они «жили» в то самое мгновение прошлого, запоминается даже расположение предметов относительно больного.

Это явление расценивается как актуализация прошлого времени. Прошлая ситуация представляется такой же подвижной, как реальная жизнь. Больные как будто вновь переживают моменты прошлого. Повторное их переживание занимает столько же времени, сколько они длились в действительности. Таким образом, «вспышка пережитого» — воспроизводимость ярких живых чувственных образов и невозпроизводимость мыслей, высказываний, движений.

2. **Синдром хронологического регресса** встречается после двусторонних лобных электростимуляций в процессе односторонней электросудорожной терапии психозов. Сознание больного, его автобиография как бы «смещается» в сторону прошлого без каких-либо ярких чувственных переживаний. При хронологическом регрессе происходит возврат к более раннему периоду жизни, как правило, бывает смена 3–5 возрастных периодов. Обычно

это узловые периоды жизни: учеба в школе, пора студенчества, работа на каком-то предприятии.

Больной не «возвращается» в прошлое целиком, как во «вспышке пережитого». Реальная обстановка оценивается с позиций переживаемого возрастного периода. В это время и запас знаний, и характер суждений, и ориентировка в окружающем соответствуют переживаемому периоду. На задаваемые вопросы о возрасте, занятии, семейном положении больные отвечают, имея в виду оживший кусок прошлой жизни. В то же время эти переживания не сохраняются в памяти после того, как деятельность мозга восстанавливается.

История больной В., 37 лет. *Диагноз:* шизофрения, депрессивно-параноидный синдром. Окончила 10 классов, затем занималась на подготовительных курсах института. После окончания института работала инженером-технологом. Последние два года не работает в связи с переводом на инвалидность. Психически заболела в марте 1973 г. — стала высказывать бред отношения и преследования, нелепые идеи виновности, предприняла попытку суицида. Повторно госпитализировалась. После курса инсулино-шоковой терапии и фармакотерапии выписалась в удовлетворительном состоянии. В октябре 1975 г. психическое состояние снова ухудшилось — перестала спать, была подавленной, тревожной, снова высказывала бред виновности, отношения и преследования, отказывалась от приема пищи, жаловалась на навязчивые суицидные мысли. В больнице обнаружила резистентность к фармакотерапии; проведен курс односторонней электросудорожной терапии, после которого была выписана в удовлетворительном состоянии.

Через 15 минут после окончания правостороннего (лобного) припадка на вопрос о возрасте и месте работы отвечает, что ей 25 лет, учится на 1-м курсе института; врачей принимает за преподавателей института, медсестру — за лаборанта кафедры. Через 22 минуты после УП говорит, что ей 33 года, окончила институт, но в настоящее время не работает.

Через 5 минут после окончания другого правостороннего (лобного) припадка рассказывает, что три года тому назад окончила 10 классов, экзамены в институт еще не сдавала и пока еще учится на курсах при институте. Через 14 минут говорит, что учится

на 2-м курсе института и сейчас находится в «учебном кабинете»; врачей принимает за профессоров и преподавателей, медсестру — за лаборанта кафедры. Какая именно кафедра, сказать не может — «не узнаю». Через 45 минут после окончания припадка, отвечая на те же вопросы, говорит, что недавно, два года тому назад, окончила институт и работает инженером-технологом. Считает, что находится в учебном кабинете и беседует с преподавателями института. Отрицает, что лежала в психиатрических больницах, переведена на инвалидность. Лишь через час после окончания сеанса лечения правильно излагает анамнез. Не помнит и категорически отрицает, что еще несколько минут тому назад утверждала, будто она студентка то 1-го, то 2-го курса, будто она работает инженером и что принимала врачей за преподавателей института. Не верит врачу и твердо убеждена, что этого не могло быть. Восстановилась и психопатологическая симптоматика — подробно рассказывает о чувстве вины и других переживаниях.

«Хронологический регресс» напоминает воспроизведение прошлых состояний в гипнозе и старческом делирии. При **старческом делирии** все поведение больных также определяется не реальной ситуацией, а содержанием прошлого времени (больной куда-то собирается, вяжет узлы). Больной живет в обрывках ситуаций, действий, положений, имевших место в далеком прошлом. В делирии также оживляются узловые периоды жизни — 15-18-25 лет. Например, больная говорит, что недавно вышла замуж, у нее маленькие дети, что живет в деревне; принимает окружающих за родных.

Воспроизведение прошлых состояний в гипнозе. В гипнозе воспроизводятся прошлые состояния, пережитые в зрелом возрасте. Возможно и воспроизведение перенесенных в прошлом патологических состояний. Л.П. Гримак (1978) дал такое описание: «В основе явлений, наблюдаемых в гипнозе, лежит действительно объективное воспроизведение процессов и состояний, имевшихся ранее в прошлом. Это значит, что ЦНС продолжает сохранять в заторможенном виде, в виде следов всю последовательность ранее пережитого в системе ассоциаций. Целе направленное внушение в гипнозе способствует временному восстановлению следов памяти. Вовлечение в процесс всех

систем организма на всех его уровнях (волдыри от внутреннего ожога) свидетельствует о том, что воспроизводимые функциональные изменения адекватны ранее перенесенным реальным.

Таким образом, метод гипнотического внушения — воздействие на состояние человека, осуществляемое в настоящее время, но через оживление прошлого времени человека. Это целенаправленная актуализация прошлого времени.

Нарушения внимания

Внимание характеризует динамику любого психического процесса, обеспечивает селективность протекания любой деятельности — как познавательной, так и аффективно-волевой. Существует несколько форм внимания:

- сенсорное (слуховое, речевое и т. д.);
- двигательное внимание, оно проявляется в осознанности и регуляции движений;
- эмоциональное внимание (привлекаемое эмоционально-значимыми стимулами);
- интеллектуальное внимание.

Существует два уровня внимания — произвольный (с рождения) и непроизвольный. Произвольное внимание у взрослых направляется речевыми стимулами, т. е. тесно связано с речевой системой.

Выделяют пять основных свойств внимания.

Устойчивость — способность в течение длительного времени сохранять состояние В на каком-либо объекте, не отвлекаясь и не ослабляя внимание. В основном устойчивость зависит от состояния ВНД. Поэтому любая соматическая болезнь с астенией (быстрая утомляемость, гиперестезия, слабость, вялость) нарушает устойчивость.

Сосредоточенность внимания — способность концентрации на одном при игнорировании другого. Концентрация обусловлена мотивацией. Значимая деятельность способна привести к большой сосредоточенности. Поэтому нарушение концентрации внимания также может быть связано с мотивацией.

Переключаемость внимания — способность перевода сосредоточенности с одного объекта на другой без потери свойства

концентрации. Существенна скорость переключения внимания. При эпилептической акцентуации устойчивость внимания часто сочетается с замедлением процесса переключаемости.

Распределение внимания — способность рассредоточить внимание на значительном числе предметов, при этом параллельно и с одинаковой сосредоточенностью выполнять несколько видов деятельности. Это особенно важно при работе, где требуется одновременный контроль за большим числом процессов. На распределение внимания влияет утомление.

Объем внимания — количество информации, которая одновременно способна сохраниться в сфере внимания (подсчитано, что средний объем внимания составляет 5–7 ед.).

Существуют два самостоятельных типа нарушения внимания.

Модально-неспецифические — любые формы и уровни внимания. Больной не может сосредоточиться на стимулах любой модальности. При поражении неспецифических срединных структур разных уровней происходит следующее.

При поражении нижних отделов неспецифических срединных структур (уровня продолговатого и среднего мозга) наблюдаются быстрая истощаемость, резкое сужение объема внимания и нарушение концентрации внимания. Так, при травматической церебрастении, совершая серийное вычитание/складывание, больной сначала дает быстрые и правильные ответы, затем нарастает скрытый период и, наконец, нарастают ошибки. В заключение больной отказывается от задания. Можно компенсировать это через организацию действия или сопровождение действий громкой речью — т. е. совершить усиление речевой регуляции деятельности.

При поражении неспецифических срединных структур (уровня диэнцефальных и лимбических отделов мозга) происходят более грубые изменения: больные не могут сосредоточиться ни на какой деятельности; их внимание крайне неустойчиво при любых заданиях. Компенсация длится очень недолго.

При поражении неспецифических срединных структур (уровня медио-базальных височных и лобных отделов) наблюдается бесконтрольная реактивность, отражающая растормаживание элементарных форм ориентировочной деятельности. Больные

чрезвычайно реактивно реагируют на все стимулы, оборачиваются на любой звук, вмешиваются в чужие разговоры — у них патологически усилены произвольные формы внимания и страдают произвольные формы внимания. Выявляется **психический паралич взора** — по инструкции больные не могут перевести взор, но переводят его вслед за реальным движущимся объектом. Патологически усилены пассивные непосредственные формы регуляции.

Модально-специфические нарушения внимания проявляются только в одной сфере — слуховой, зрительной и пр. В клинике локальных поражений они рассматриваются как **явления игнорирования**. Это не только нарушения восприятия или интеллекта. Это — специфические трудности осознания стимула. Обнаруживаются при одновременном предъявлении двух стимулов — справа и слева.

Зрительное невнимание. Впервые обнаружено при изучении поля зрения, когда два стимула предъявляются одновременно в условиях фиксации на центральной точке экрана. В этих условиях происходит игнорирование стимула слева. Такой симптом поражения задних отделов правого полушария связан с феноменом неосознания стимула — анозогнозией.

Тактильное игнорирование — при двойной тактильной стимуляции больной не замечает прикосновения слева при поражении темени правого полушария.

Двигательное игнорирование. Левая рука постепенно отключается при одновременном выполнении движения двумя руками — больной не осознает этого дефекта. Игнорирование носит строго односторонний характер. Нарушение двигательного внимания обнаруживается при поражении передних (премоторных, префронтальных) отделов с вовлечением базальных ядер.

Интеллектуальное внимание связано с корой лобных отделов. У здоровых выявляется активация передних отделов мозга на ЭЭГ. При поражении лобных отделов введение сигнального значения раздражителя не отражается на активации, что коррелирует с нарушением произвольного внимания.

При зрительном или слуховом невнимании активация мозга снижается только локально — в кортикальных зонах соответствующего анализатора.

Синдромы поражения глубоких отделов мозга

Синдромы поражения срединных неспецифических структур мозга наблюдаются при поражении разных уровней — от нижних отделов до медио-базальных отделов лобной и височной коры. Поражение вызывает нарушение модально-неспецифических факторов.

В неспецифических «глубинных» синдромах имеют место две основные группы нарушений. Первую группу составляют нарушения динамического аспекта всех ВПФ в виде снижения их скорости, продуктивности, неравномерной результативности. К этой группе примыкают и модально-неспецифические нарушения внимания — рассеянность, отвлекаемость и т. д. Сюда относятся также изменения общего функционального состояния, его колебания, истощаемость, астения больных.

Вторая группа симптомов — сложнее; включает более избирательные нарушения, которые проявляются в нарушениях памяти и эмоциональных процессов.

Нарушения памяти носят модально-неспецифический характер. Страдает кратковременная память при сохранности долговременной. Эмоциональные нарушения наблюдаются в форме эмоциональной возбудимости, повышенной реактивности или аффективных пароксизмов, вспышек негативизма, гнева. Однако эмоциональная адекватность сохраняется.

В синдромы поражения неспецифических образований входят также изменения (отключения) сознания; они характерны для травматического поражения ЦНС. Обычно выделяют три типа синдромов.

А. Уровень нижних отделов ствола поражается при невринамах, черепно-мозговых травмах, вызывающих компрессию. Острая стадия протекает в виде комы. Позже наблюдаются нарушения ритма «сон — бодрствование», снижен уровень бодрствования, повышенная истощаемость, резкая утомляемость (но сознание ясное). Больные в поведении адекватны, критичны.

На этом фоне центральными симптомами являются модально-неспецифические нарушения памяти с первичными расстройствами кратковременной памяти. Имеют место снижение

объема кратковременной памяти до трех-четырех слов, повышенная тормозимость следов посторонними раздражителями. Но усиление мотивации или семантическая организация материала дают компенсаторный эффект; это — свидетельство сохранности структуры ВПФ у больных.

Кроме того, характерны нарушения внимания по модально-неспецифическому типу. Больные рассеянны, истощаемы, не могут длительно сосредоточиться. При выполнении серийного счета появляются ошибки, но при коррекции больные стараются ее исправить. Усиление мотивации, словесное подкрепление приводят к хорошему компенсирующему эффекту. Характерна и флюктуация с различной выраженностью симптомов в разные дни.

Б. Уровень диэнцефальных синдромов. Диэнцефальный синдром охватывает вегетативные нарушения, зрительные симптомы, гормональные изменения, обменные нарушения. Наиболее отчетливо этот синдром проявляется при поражении гипофиза. Симптомы сходны с предыдущими симптомами: нарушения цикла «сон — бодрствование», снижение общего функционального состояния. Однако возникают некоторые личностные изменения в виде не критичности, неадекватности (более выражены при массивных поражениях). Эмоции выражаются в форме повышенной реактивности, неустойчивости эмоциональных реакций, плаксивости.

Характерная особенность — более грубые нарушения памяти, связанные с повышенной тормозимостью следов (по механизмам ретро- и проактивного торможения). Можно добиться определенного компенсирующего эффекта при семантической организации материала или повышения мотивации мнестической деятельности.

Также выражены общие нарушения внимания, которые компенсируются в некоторой мере.

В. Уровень медио-базальных лобных и височных структур. Эти структуры могут рассматриваться как корковые отделы неспецифической системы. Нарушены сознание, кратковременная память, внимание, эмоции.

У «лобных» больных обращают на себя внимание грубые нарушения личности; у них чаще возникает спутанность; наруше-

ния памяти сочетаются с дефектами избирательности семантических связей. Страдают механизмы произвольного внимания, апелляция к произвольному уровню регуляции внимания не дает компенсирующего эффекта. Для «лобных» больных характерны вспыльчивость, несдержанность, эмоциональное оскудение, бедность эмоций; отсутствует критика собственного поведения (напротив, для «височных» больных типичны аффективные пароксизмы тоски, страха, ужаса с вегетативными реакциями).

Нарушение эмоционального поведения

С позиций «деятельностного подхода» А.Н. Леонтьева, эмоции представляют собой внутренние регуляторы деятельности. «Эмоции непосредственно отражают отношение между мотивом и реализацией деятельности, отвечающей этим мотивам». Регуляторами являются не просто эмоции, а значимые переживания. Эмоции осуществляют положительное или отрицательное подкрепление результатов.

Л.П. Павлов различал врожденные эмоции, связанные с удовлетворением или неудовлетворением врожденных потребностей и инстинктов, и приобретенные эмоции (по механизму условных рефлексов), направленные на удовлетворение приобретенных потребностей.

Связь эмоций с познавательными процессами. Эмоции выполняют оценочную и побудительную функции, отвечая за пристрастность познавательной деятельности и ее целенаправленность.

Знак эмоции и интенсивность — эти, казалось бы, разные параметры взаимосвязаны.

Осознание: осознанные и неосознаваемые эмоции, о которых человек не может дать вербального отчета. При несловесной коммуникации, при переживании эмоциональных состояний, при восприятии и при порождении эмоциональной экспрессии чувства и взгляды не обязательно должны осознаваться ясно. Неосознаваемые чувства реально переживаются человеком, но причины и условия, их вызывающие, нередко остаются неосознанными.

Приведем пример из «Крейцеровой сонаты» Льва Толстого. Муж, страдающий от ревности, возвращается домой. Он входит

в переднюю и вдруг чувствует, как что-то тяжелое, словно камень, наваливается на сердце, и он не может дать себе отчет, что это. Только потом, в своей комнате, он вспомнил — проходя через переднюю, он заметил что-то неясное, напоминающее мужчину. Чтобы проверить себя, он вернулся в переднюю и удостоверился, что не ошибся: там висела шинель.

Таким образом, смутный неоречевляемый зрительный образ, спаянный с тягостным эмоциональным переживанием и предчувствием, зафиксированный в памяти, может не осознаваться, и все же определяет поведение человека.

При поражении медиальных отделов височных долей возникают агрессивность, негативизм.

При **поражении диэнцефальных отделов** появляются эмоциональная нестабильность, повышенная реактивность.

При **поражении лобных долей** (орбитальной поверхности) в эмоционально-личностной сфере происходит растормаживание примитивных влечений (пищевых, половых).

Лобный синдром включает эмоциональное безразличие, благодушие, эйфорию, которые сочетаются с личностными изменениями: не критичностью, исчезновением чувства ответственности, нарушением высокодифференцированного чувства юмора. Однако наблюдается функциональная асимметрия: при поражении левой лобной области преобладают общая заторможенность, вялость, пассивность, депрессивные состояния; при поражении правой лобной области — благодушие, эйфория, анозогнозия.

Т.А. Доброхотова и Н.Н. Брагина (1977) обнаружили, что при локальных поражениях возможны следующие эмоциональные расстройства:

- постоянные эмоциональные расстройства; проявляются как неврозоподобный синдром (на первых порах), депрессивные, гипоманиакальные состояния, а также обеднение эмоций вплоть до «эмоционального паралича»;
- пароксизмальные аффективные нарушения; наблюдаются в виде:
 - 1) спонтанно возникающих аффектов — сильных приступов чувства ужаса, тоски, страха с висцерально-вегета-

тивными реакциями; внезапного ощущения нереальности окружающего мира; отсутствия всяких эмоций; характерны для эпилепсии;

- 2) различных по содержанию аффектов, возникающих в ответ на реальную причину, но не адекватную ей.

С поражениями правого полушария связаны пароксизмальные аффективные изменения, с **поражениями левого полушария** — постоянные, стабильные изменения.

Существуют три основные локализации:

- 1) поражение гипофизарно-гипоталамической области, обуславливающее постепенное обеднение эмоций, амимию;
- 2) височные поражения — устойчивые депрессии и яркие пароксизмальные аффекты на фоне сохранной личности;
- 3) лобные поражения — эйфория, анозогнозия, обеднение эмоций.

После левостороннего инсульта, сопровождающегося теми или иными речевыми нарушениями, настроение у больных снижено. Наоборот, при правополушарных инсультах больные пребывают в беззаботной эйфории, неадекватно оценивают состояние; наблюдается анозогнозия — больной отрицает наличие у себя реально существующей болезни.

При поражении правой и левой височной областей развиваются различные эмоциональные состояния. В первом случае преобладают аффекты страха, тоски, ужаса, выступающие на фоне резко выраженных вегетативных сдвигов. Во втором преобладающим аффектом оказывается тревога, обнаруживающая тенденцию сочетаться с пароксизмальными расстройствами вербального мышления и памяти.

При другой органической патологии — эпилепсии — описаны состояния патологического насильственного смеха и плача. Оказалось, что патологический плач чаще отмечается при наличии эпилептического очага в правом полушарии, а патологический смех — в левом полушарии.

Асимметрия в нарушениях эмоциональной сферы отчетливо прослеживается и в исследованиях больных при инактивации одного из полушарий с помощью пробы Вада (введение амитала

натрия в сонную артерию справа или слева). При проведении пробы Вада справа отмечено повышение настроения, которое описано как «маниакально-эйфорическое», а при проведении ее слева — понижение настроения, описанное как «депрессивно-катастрофическое».

Сходные изменения настроения обнаружены после унилатеральных (односторонних) электросудорожных припадков (УП).

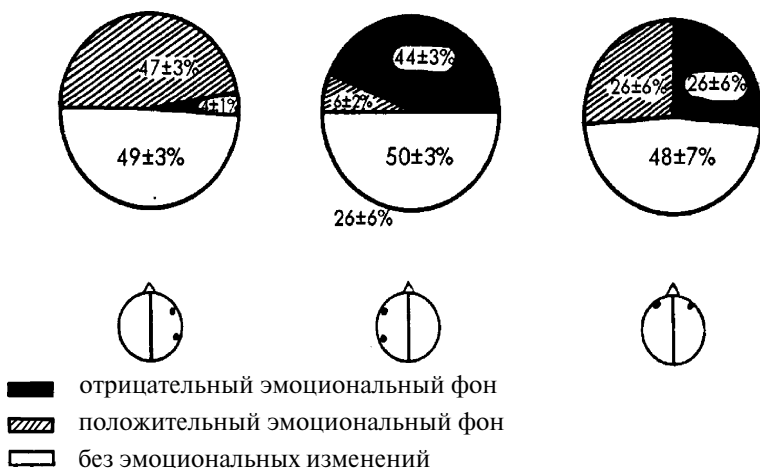


Рис. 5. Частота эмоциональных сдвигов после односторонних электросудорожных припадков

Эмоциональные сдвиги наблюдались в половине случаев. При билатеральных припадках, когда угнетены оба полушария, положительные и отрицательные сдвиги одинаково часты. После правостороннего УП в основном наблюдаются позитивные сдвиги, после левостороннего — отрицательные. Эти сдвиги становятся отчетливыми после прояснения сознания и сохраняются в течение пяти-семи часов после процедуры, но нередко длятся сутки и более.

Почему эмоциональные сдвиги происходят лишь в половине случаев? Ответ на этот вопрос дал анализ ЭЭГ всего послеприпадочного состояния, проведенный В.Л. Деглиным и Н.Н. Нико-

лаенко (1975). Оказалось, что существует достоверная связь между возникновением эмоционального сдвига после УП и наличием межполушарной асимметрии на ЭЭГ: эмоциональный сдвиг развивается в тех случаях, когда вследствие УП изменяются межполушарные отношения, и раздражавшееся полушарие оказывается менее активным, чем интактное. Если УП не вызывает достаточно выраженного изменения межполушарных отношений, сдвиг не развивается. Дальнейший анализ ЭЭГ показал, что положительный эмоциональный сдвиг после правостороннего УП связан с реципрокной активацией левого полушария, а не с угнетением правого полушария. После левосторонних УП ухудшение настроения наблюдалось тогда, когда активность левого полушария бывала снижена, а правого — повышена. Таким образом, эмоциональные сдвиги зависят главным образом от степени активации левого полушария.

Межполушарные различия в восприятии эмоций. Демонстрируя фильмы различного содержания здоровым людям, у которых испытывали правое и левое поля зрения, было установлено, что правое полушарие преимущественно оценивает неприятное, ужасное, а левое воспринимает приятное и смешное. Таким образом, левое полушарие обеспечивает формирование и восприятие положительных эмоций, а правое полушарие — отрицательных.

Степень и интенсивность эмоционального напряжения безотносительно к его знаку связываются с активностью теменно-височных отделов правого полушария. В отличие от ретикуло-стволовых анатомических связей левого полушария, эта область имеет развитые связи с подкорковыми структурами, от которых зависит выход эмоционального напряжения на вегетативные функции, проявляясь сдвигами КГР, частоты сердечного ритма и дыхания, артериального давления.

В формировании эмоций принимают участие преимущественно передние отделы мозга. При этом знак эмоции (положительный или отрицательный) зависит от соотношения активности левой лобной коры (ЛЛК) и правой лобной коры (ПЛК).

Это правило можно представить в виде двух неравенств:

ЛЛК > ПЛК — положительные эмоции;

ПЛК > ЛЛК — отрицательные эмоции.

Таким образом, ведущая роль в формировании эмоции принадлежит правому полушарию, а направление эмоциональных сдвигов зависит от состояния баланса активации между левым и правым полушариями.

Имеются данные о преимуществе правого полушария в эмоциональной экспрессии — внешнем выражении собственных эмоций и восприятии эмоциональной экспрессии окружающих. После правостороннего УП часто отмечается гипомимия: эмоциональная выразительность лица утрачивается, оно выглядит безразличным, как бы «разглаженным». Одновременно утрачивается или снижается эмоциональная выразительность голоса. После левосторонних УП нарушений эмоциональной экспрессии не наблюдается, скорее может выявиться некоторая ее утрированность — как голосовая, так и мимическая.

Для исследования опознания эмоциональных интонаций предъявлялись записи фраз, состоявших из бессмысленных слов, но произнесенных с утрированной интонацией — гнева, радости, удивления, печали, раздражения. При угнетении правого полушария после УП больные могли правильно оценить только половину фраз (до припадка около 75%). При угнетении левого полушария количество правильных ответов составило более 90% и было значительно больше, чем у тех же больных в контроле.

Для исследования опознания эмоций по выражению лица был использован набор фотографий лиц с утрированной эмоциональной мимикой — радости, восторга, печали, горя, злобы, страха, ужаса, брезгливости, отвращения, высокомерия, удивления, изумления. После правостороннего УП опознание эмоций существенно ухудшалось, а после левостороннего УП нарушения опознания практически отсутствовали: правильных ответов стало больше, чем в контрольных исследованиях до припадка. Таким образом, оценка эмоциональной экспрессии осуществляется правым полушарием.

В последние десятилетия открылось новое направление в изучении межполушарных отношений при эмоциональной патологии — биполярном психозе (маниакально-депрессивном психозе), проявляющемся в чередовании патологически повышенного (мании) и патологически пониженного (депрессии) настроения.

На сегодняшний день существуют четыре гипотезы о специализации правого и левого полушарий мозга в формировании эмоциональной сферы человека.

1. Оба полушария мозга ответственны за формирование разных, а именно отрицательных и положительных, эмоциональных состояний. Механизмы отрицательных переживаний находятся в правом полушарии, положительных — в левом.

2. Настроение человека как стабильная установка чувств, соотношений отрицательных и положительных переживаний определяется, главным образом, активностью структур левого полушария.

3. Все эмоциональное состояние человека формируется при ведущей роли функционирования правого полушария.

4. В формировании эмоционального состояния участвуют оба полушария. Эмоциональные переживания определяются, главным образом, активностью структур левого полушария. Эмоциональная экспрессия в моторной (выразительность собственных эмоций) и сенсорной (опознание эмоциональной окраски поведения других людей) сферах обеспечивается, главным образом, структурами правого полушария.

В каждой из этих гипотез есть свое рациональное зерно. Эти противоречия нивелируются, если рассмотреть регуляцию эмоций с позиции межполушарного взаимодействия. Целостное эмоциональное поведение требует участия обоих полушарий. Проявление эмоции зависит от состояния баланса межполушарной активации. Иными словами, мы погружаемся в депрессию, когда баланс активации сдвинут в сторону правого полушария, и пребываем в эйфории, когда баланс активации сдвинут в сторону левого полушария.

Предпочтение цвета как показатель эмоционально-личностных характеристик

В подавляющем большинстве работ эмоциональное поведение оценивается по клиническим проявлениям и самоотчету больных. Однако трудность оценки изменений в эмоционально-личностной сфере состоит в том, что такие изменения могут почти не отражаться на поведении и речи больных. Более того, эмоциональные реакции, возникающие у больных после комиссуротомии в ответ на эмоциогенные стимулы, предъявляемые левому полушарию зрения (т. е. непосредственно в правое полушарие), могут не осознаваться вовсе (*Sperry, 1966*). В связи с этим представляется необходимым исследовать роль полушарий мозга в регуляции эмоционально-личностной сферы с помощью проективных методик, учитывающих специфику функций правого полушария.

С этой целью мы (Н.Н. Николаенко, М.И. Островская, 1989) в период преходящего угнетения правого или левого полушария мозга применили цветовой тест Люшера в его клиническом восьмицветном варианте (*Luscher Color Test, 1971*). Этот тест является невербальным методом, рассчитанным на выявление и объективную оценку эмоциональных и личностных особенностей субъекта, которые могут не осознаваться им самим и не иметь отчетливых внешних проявлений в момент исследования.

В основе теста лежит представление о связи предпочтения цвета с актуальными потребностями и переживаниями индивида, а также с такими характеристиками его личности и эмоционального состояния, как степень активности, уровень рационального контроля над эмоциями, вовлеченность субъекта в жизненную проблематику и т. д. За каждым цветом закреплено символическое значение, и экспериментатор анализирует полученную картину цветового выбора как некий текст, характеризующий эмоциональное состояние испытуемого, его труднооречиваемые переживания. Таким образом, тест Люшера помогает более полно анализировать структуры эмоциональных и личностных изменений.

Процедура проведения теста Люшера достаточно проста. Каждому испытуемому дважды, с интервалом в одну минуту, предъявляют восемь стандартных цветных карточек, из которых он должен выбрать самый приятный ему цвет. То же повторяется с семью, затем с шестью и т. д. оставшимися карточками. Таким образом, получается два ряда из восьми цветов, расположенных в порядке предпочтения от самого приятного к самому неприятному. Способом, предложенным автором теста, ряд разбивается на четыре функциональные группы, из которых первые две характеризуют предпочтение цвета (в дальнейшем они были объединены в одну группу и анализировались совместно), третья — безразличие к цвету, четвертая — его неприятие. Анализируется только второй выбор, считающийся более надежным; первый используется лишь для вычленения группы.

Мы выяснили, что после окончания правосторонних УП (т. е. при угнетении правого полушария, когда активно левое) больные предпочитают серый цвет и отвергают красный цвет (или безразличны к нему) (Н.Н. Николаенко, М.И. Островская, 1989). Исходя из трактовки цвета, это свидетельствует о том, что при угнетении правого полушария в основе благодушия, эйфории и эмоциональной индифферентности лежат снижение энергетического потенциала и целенаправленной активности субъекта, его отгороженность от мира эмоциональных проблем, пассивность, малая напряженность аффективной жизни.

Также представляется весьма вероятным, что левое полушарие (деятельность которого усилена) играет своеобразную регулирующую роль: оно снижает интенсивность эмоций и ограничивает вовлеченность субъекта в эмоциональную проблематику. Больные иногда даже могут отказываться от выбора «приятных» цветов, руководствуясь некими абстрактными, тривиальными и бессодержательными схемами. Так, больной Б. с депрессивным состоянием в условиях угнетения правого полушария вдруг совершенно резонерски заявил: «Дело не в приятности цветов, а в целевом назначении человеческого организма».

Напротив, для состояния угнетения левого полушария, когда активно правое, оказалось характерным предпочтение красного

и лилового цветов в сочетании с неприятием серого цвета (см. протокол обследования).

Протокол обследования больного Б., 30 лет
(диагноз: депрессивная фаза биполярного психоза)

До лечения. Жалуется на внутреннюю тревогу, тоску; тяжело вздыхает. Двигательной и речевой заторможенности нет; выявляется заторможенность мышления: «думать трудно, читать не получается».

Порядок выбора цвета: 1) 6 5 2 4 0 1 3 ¹
 2) 6 5 2 0 4 1 3 7

Заключение. Предпочтение лилового цвета, безразличие к серому, неприятие красного цвета.

При угнетении левого полушария, когда активно правое: настроение не изменилось — «Все по-прежнему, так себе». Однако экспериментальные задания выполняет охотно, заинтересованно. Стал живо реагировать на собственные ошибки, допускаемые во время обследования — сокрушенно качает головой, комментирует их. Пытается взять окружающие предметы и расположить их так, как ему кажется удобнее. Откликается на разговоры окружающих вопросами: «А?», «А это зачем?»

Порядок выбора цвета: 1) 5 2 3 6 4 0 1 7
 2) 5 6 3 4 2 0 1 7

Заключение. Выявлено предпочтение лилового и красного цветов, безразличие к серому цвету.

При угнетении правого полушария, когда активно левое: на вопросы отвечает вяло — «Устал, а так настроение обычное» или «Настроение никакое». Во время обследования пассивен, дает однотипные ответы: «Мне все равно». Безучастен к окружающему, не выявлено эмоциональное оживление, описанное ранее.

Порядок выбора цвета: 1) 2 1 0 5 3 4 6 7
 2) 2 0 1 6 5 3 4 7

¹ Цифрами обозначены цвета: 0 — серый, 1 — синий, 2 — зеленый, 3 — красный, 4 — желтый, 5 — лиловый (фиолетовый), 6 — коричневый, 7 — черный.

Заключение. Выявлено предпочтение серого цвета, безразличие к красному и лиловому.

Трактовка такого выбора цвета позволяет предположить, что правое полушарие отвечает за инициативность, активность, эмоциональную напряженность, энергетический потенциал личности. Вместе с тем для сохранной деятельности правого полушария свойственны усиление сенситивных черт личности, эмоциональной лабильности и снижение контроля над эмоциями. Возрастает двигательная и мимическая активность, больные становятся неусидчивыми, даже суетливыми; они много и чрезвычайно выразительно жестикулируют. Кроме того, возникают или усиливаются раздражительность, чувство дискомфорта, тревога, эмоциональное напряжение.

Описанные изменения эмоционального поведения и интерпретация выбора цвета по сути дела не противоречат друг другу. Так, возникновение тревоги, аффективного напряжения, чувства дискомфорта могут расцениваться как проявление преувеличенной озабоченности, вовлеченности субъекта в свои эмоциональные и жизненные проблемы, а раздражительность и вспышки аффекта — как проявление ослабления контроля над эмоциями. Возрастание активности эмоционально-личностных проявлений (в виде постоянной напряженности, готовности к взрывам раздражения) выявлено у больных с очаговыми поражениями левого полушария (Т.А. Доброхотова, Н.Н. Брагина, 1977); на наш взгляд, это объясняется реципрокным усилением функций правого полушария.

Очевидно, что в норме, при условии взаимодействия обоих полушарий, левое полушарие осуществляет контроль над эмоциями (напряженность которых определяется деятельностью правого полушария) и может хотя бы частично сдерживать их активность и лабильность.

В этом проявляется важная тормозящая деятельность левого полушария по отношению к правому. Она формируется довольно поздно — лишь в подростковом или, скорее, в юношеском возрасте. Так, экспериментальным путем обнаружено, что у подростков 13–14 лет еще не завершено формирование взрослой модели межполушарных взаимоотношений с преобладанием

левого полушария по речи в сочетании с ведущим значением правой руки и правого глаза (В.В. Суворова, 1989).

Вероятно, в древности «правополушарные» эмоциональная активность, напряженность и неустойчивость относительно слабо контролировались речевыми механизмами левого полушария. Исчезновение таких аффективных реакций в век нынешний объясняется постоянно нарастающим давлением левого полушария с его жестким рациональным контролем поведения, растущим безразличием, которое граничит с бездушием. В этом проявляется негативная сторона тормозящего влияния левого полушария на правое, так или иначе способствующего обезличиванию и нравственной опустошенности.

Влияние транскраниальной микрополяризации на эмоциональное состояние¹

Мы попытались применить с лечебной целью транскраниальную микрополяризацию лобных и височных зон неокортекса у больных с длительно протекающим вербальным галлюцинозом. Изучали изменения эмоционального поведения, а также частоту и длительность галлюцинаторных эпизодов («голосов»). Момент возникновения и исчезновения галлюцинаций больные отмечали нажатием кнопки, что обеспечивало регистрацию события на электроэнцефалограмме. Изменения психопатологического состояния и все тесты исследовали по два-три раза до и во время микрополяризации (длилась 20–60 мин), а также на протяжении нескольких часов после воздействия.

¹ Транскраниальная микрополяризация с помощью электродов, располагавшихся обычно в лобных отделах черепа, уже давно применялась в психиатрической клинике, и основным ее эффектом было улучшение настроения при депрессивных состояниях различного генеза. В опытах с отсроченными реакциями на обезьянах поляризация лобной коры приводила к заметным эмоциональным сдвигам типа эйфории. Методом изменения функционального состояния исследуемых структур с помощью поляризации успешно пользовались (Вартанян и соавт., 1981). Поляризацию производили с помощью накладных агаровых электродов постоянного тока (от 0,5 до 10 mA) сечением 35×15 мм.

Оказалось, что поляризация височных отделов левого полушария (с интервалами два-четыре дня) у двоих больных с хроническим течением шизофрении привела к существенному смягчению явлений вербального псевдогаллюциноза, сохранявшегося в течение двух-трех дней. После трех-четырех сеансов поляризации проекция «голосов» могла смещаться от внутренней локализации «голоса внутри головы» к внешней, локализованной только на стороне поляризации. После очередных трех-четырех сеансов поляризации лобных отделов галлюцинаторные явления исчезли полностью. Это улучшение состояния сохранялось на протяжении трех недель наблюдения в клинике.

Влияние поляризации сказывалось и на эмоциональном состоянии больных. Во время поляризации **височной области правого полушария** больные отмечали улучшение настроения; говорили, что им легче думать и запоминать предъявляемые слова. С повышением напряжения поляризующего тока иногда развивалась эйфория. Наоборот, во время сеансов поляризации височных отделов левого полушария в некоторых случаях отмечалось снижение настроения, появлялась тревога, чувство дискомфорта.

При **поляризации лобных отделов правого полушария**, как правило, возникала эйфория. При поляризации левосторонних отделов эмоциональные сдвиги были более редкими, лишь иногда возникало состояние эмоциональной индифферентности либо эмоциональной неустойчивости.

Вышеописанные эффекты микрополяризации были получены при напряжении тока в пределах 2–4 мА. Такие воздействия также несколько замедляли ритмы ЭЭГ и усиливали пространственную синхронизацию биопотенциалов, локализованных преимущественно в областях одного полушария, подвергшихся поляризации.

Влияние право- и левосторонних припадков на психопатологические синдромы

Спустя несколько часов или даже сутки после окончания припадков можно наблюдать различное воздействие право- или левостороннего УП на психопатологическую симптоматику.

Депрессивные состояния (меланхолический, тревожно-депрессивный, обсессивно-депрессивный синдромы). При этих синдромах уже после первого правостороннего УП (т. е. при угнетении правого полушария и сохранной (или облегченной) деятельности левого полушария) намечается улучшение состояния: мимика становится мягче, нарастает общительность, подвижность. Больные значительно меньше фокусируются на ипохондрических и суицидальных мыслях и перестают активно их высказывать; гораздо реже возникают тревожные опасения, навязчивый страх смерти или заражения, навязчивое повторение слов и фраз. Особенно быстро — уже после одного-двух сеансов терапии — исчезают навязчивости, имеющие политематический характер, и ритуалы; если же они порой и возникают вновь, то, по словам больных, «это уже не мешает думать, читать, работать». Появляется ощущение «просветления в голове», чувство «возрождения» и облегчения, обусловленное освобождением от тягостных переживаний. Нужно особо подчеркнуть, что такое всеобъемлющее влияние на депрессивную и тесно спаянную с ней идеаторную симптоматику нарастало в течение суток «как снежный ком», т. е. носило лавинообразный характер.

Проведение на этом фоне левосторонней стимуляции несколько усиливает (в течение двух-трех часов после сеанса) выраженность депрессии и тревожных опасений. Однако такой эффект быстропреходящ и повлиять существенно на начавшийся процесс угасания психотической симптоматики не может — в течение курса лечения довольно быстро наступает стойкое улучшение состояния.

Таким образом, депрессивные переживания и тесно спаянные с ними психопатологические образования (обсессии, фобии, тревожные опасения) быстро и практически в полном объеме реагируют на правосторонние УП. После левосторонних УП депрессивные синдромы на время усугубляются. В курсе лечения особенности влияния право- и левосторонних воздействий на депрессивную симптоматику быстро сглаживаются. Быстрота и полнота реагирования депрессивных синдромов на унилатеральные припадки согласуются с данными о высокой антидепрессивной эффективности унилатеральной электросудорожной тера-

пии и относительно небольшом количестве сеансов, требующихся для достижения лечебного эффекта.

Депрессивно-параноидный синдром. При этом синдроме правосторонние УП успешно подавляют тревогу, тоску. Больные становятся менее напряженными, настороженными, подозрительными; сглаживаются суицидальные стремления. Депрессивные формы бреда при этом редуцируются полнее и быстрее, чем бред преследования и отношения. Относительно слабо правосторонние УП влияют на симптомы психического автоматизма. Левосторонние УП усиливают аффективное напряжение, тревогу, делают более яркой депрессивную симптоматику, обостряют депрессивные формы бреда, но заметно подавляют явления психического автоматизма. Обычно первые право- и левосторонние УП вызывают четкие, но быстропреходящие (в течение трех часов) изменения состояния. Только после пяти-шести унилатеральных припадков смягчение психотической симптоматики отмечается и в интервалах между сеансами терапии.

Итак, при депрессивно-параноидном синдроме правосторонние УП более эффективно воздействуют на депрессивную симптоматику, тревогу, аффективную напряженность. Левосторонние УП более эффективны в воздействии на явления психического автоматизма. Депрессивно-параноидный синдром более, чем другие депрессивные синдромы, устойчив к электросудорожному воздействию и нуждается в длительном и упорном проведении унилатеральной электросудорожной терапии.

Галлюцинаторно-параноидный синдром при шизофрении. Оценка степени выраженности ряда психопатологических симптомов показала, что правосторонние височные и лобные УП, как правило, усиливают вербальные галлюцинации и псевдогаллюцинации, делают их более интенсивными и яркими. Например, «тихое нашептывание» часто превращается в громкие и отчетливые «голоса», «внутренние» голоса начинают проецироваться во внешнее пространство, содержание голосов становится более тягостным и императивным, галлюцинации комментирующего содержания сменяются оскорбительными репликами, бранью и т.п. Иногда вербальные галлюцинации начинают сопровождаться речедвигательными галлюцинациями. Правосторонние УП могут провоцировать появление вербальных галлюцинаций

и псевдогаллюцинаций, которые имели место в прошлом и уже исчезли к моменту начала лечения. Парадоксально, что усиление вербальных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций после правосторонних височных УП часто сочетается с эмоциональным смягчением, уменьшением аффективного напряжения, а после правосторонних лобных УП — с амимией, адинамией и эмоциональной индифферентностью.

После левосторонних височных и лобных УП вербальные галлюцинации и псевдогаллюцинации обычно либо исчезают, либо возникают реже, становятся менее сенсорно насыщенными, а их содержание — более индифферентным. Больные отмечают, что голоса стали «тише», «вежливее», менее обидными, что они «слышатся издали». Утрачивается императивный характер галлюцинаций. На время может появиться частичная критика к галлюцинаторным переживаниям. Создается впечатление, что левосторонние лобные УП более эффективны в отношении псевдогаллюцинаций и речедвигательных галлюцинаций, а левосторонние височные УП — в отношении истинных вербальных галлюцинаций.

Смягчение тягостных вербальных галлюцинаций после левосторонних височных УП зачастую неожиданно сочетается с усилением депрессивных компонентов — больные становятся мрачными, жалуются на подавленность и тревогу. После левосторонних лобных УП редукция вербальных галлюцинаций может сочетаться с явлениями эмоциональной индифферентности, адинамией и обездвиженностью.

Обострение вербальных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций после правосторонних УП и ослабление их после левосторонних УП обычно прослеживаются на протяжении одного-трех часов. Чередование право- и левосторонних УП позволяет повторно наблюдать, как обострение вербальных галлюцинаций, вызванное правосторонним УП, купируется последующим левосторонним УП.

Исчезновение или ослабление истинных вербальных галлюцинаций, речедвигательных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций в период угнетения функций левого полушария свидетельствует о том, что в генез этих психопатологических образований немалый вклад вносит избыточная активность структур этого

полушария — преимущественно лобных отделов в случаях речедвигательных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций и височных — в случаях истинных вербальных галлюцинаций. Ранее было показано, что подавлению функций раздражавшегося полушария может сопутствовать нарастание активности интактного полушария. Появление или усиление вербальных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций после правосторонних УП связано, очевидно, с сопряженной активацией структур левого полушария.

Параноидный синдром. Когда в картине психоза на первый план выступают систематизированные, эмоционально-насыщенные бредовые переживания, правосторонние УП неизменно смягчают бредовое напряжение. Больные оживляются, исчезают озабоченность и тревога, они становятся контактными, мягче и добрее говорят о родных. Бред заметно утрачивает актуальность — больные свободно беседуют на посторонние темы, а о своих бредовых переживаниях говорят без аффекта, спокойно, развернуто, не обнаруживая склонности к диссимуляции. Одновременно со смягчением бредовых переживаний может наблюдаться усиление галлюцинаций и псевдогаллюцинаций.

Левосторонние УП во всех случаях усиливают аффективную насыщенность бреда отношения, преследования, воздействия и ревности. Бредовые высказывания делаются более напряженными, разнообразными по содержанию и аргументации. Настороженность может достигать степени резкой и диффузной враждебности ко всем окружающим. Больные могут стать недоступными контакту, начать диссимулировать. Вместе с тем слуховые галлюцинации и явления психического автоматизма, если они имелись, исчезают совсем или значительно меньше определяют поведение больных.

Кататоно-гебефренные синдромы. Правосторонние УП во всех случаях смягчают или даже полностью устраняют кататоническую симптоматику. Как правило, исчезают обездвиженность, восковидная гибкость, симптом «воздушной подушки», причудливые напряженные позы. Поза больного становится удобной, естественной, нормализуется общий рисунок моторики. После правосторонних УП мутичные больные начинают отвечать на вопросы, появляются спонтанная речь и ранее отсутствовавшая жестикуляция. Одновременно исчезают негативизм, злобность

и склонность к импульсивным действиям. Больные оживляются, становятся мягче. Однако это оживление часто носит оттенок гебефренного растормаживания. Больные совершают много ненужных вычурных движений, ухмыляются, гримасничают, допускают неуместные реплики, плоские шутки. Иногда общее оживление при угнетении правого полушария сопровождается резонерством, появлением речевых штампов.

Онейроидные состояния в структуре онейроидно-кататонического синдрома также хорошо купируются правосторонними УП, и больные охотно, подробно и с достаточной критикой рассказывают о бывших у них переживаниях. Если кататонической симптоматике сопутствуют бредовые идеи отношения, преследования и воздействия, то после правосторонних УП их аффективная насыщенность значительно уменьшается.

Левосторонние УП неизменно делают более выраженными кататонические синдромы. У заторможенных больных обездвиженность обычно углубляется, достигая степени ступора с мутизмом, резким негативизмом, злобностью и импульсивностью. Нарастает аффективная напряженность бреда. Одновременно появляются или усиливаются симптомы депрессии, подавленности и тревоги.

Ипохондрические синдромы. Приведенные ниже наблюдения показывают, что влияние право- и левосторонних УП на ипохондрический синдром резко различается.

После правосторонних воздействий утрачиваются аффективная насыщенность и актуальность ипохондрического бреда, но выявляются гамма психосенсорных нарушений, расстройства схемы тела, симптомы деперсонализации и дереализации.

Больная Б., 37 лет. Диагноз: шизофрения, галлюцинаторно-параноидная форма. Десять лет назад стала замкнутой, высказывала ипохондрический бред, идеи отношения. Заявляла, что у нее «испорчены» печень, сердце, «разрушен мозг». Стала бездеятельной, молчаливой, себя не обслуживала. Рано выявились эмоционально-волевые изменения. Неоднократно госпитализировалась. На высоте обострения — настроение сниженное, молчалива, отказывается от пищи. В курсе терапии право- и левосторонние УП чередовались.

Протокол лечения больной Б. После правосторонних УП (сеансы № 1 и 3) охотно беседует, благодушна, отмечает, что настроение «получше». Через 45 мин появились нарушения схемы тела — ощупывает голову, удерживает ее руками. Заявляет, что голова очень увеличилась, меняет форму, чувствует, как голова «набухает». Эти ощущения сохраняются в течение одного-полутора часов. Говорит о них спокойно, с оттенком недоумения, тревоги не обнаруживает.

После левосторонних УП (сеансы № 2, 4 и 5) отмечается резкое усиление тревоги: хнычет, стонет, отвечает еле слышно — «не могу говорить». Через 40 мин тревога несколько стихает. Настойчиво и раздраженно повторяет, что «разрушены мозг, сердце, легкие и все другие органы». Вместе с тем отрицает какие-либо неприятные или необычные телесные ощущения, «голова не распухает», «не меняет форму».

Больная Л., 28 лет. Диагноз: шизофрения, параноидная форма. Больная с детства отличалась замкнутостью и боязливостью. Психически больна с 14 лет, когда впервые появились бредовые идеи отношения и заражения сифилисом, слуховые галлюцинации, переживания гибели мира. Неоднократно госпитализировалась. В периоды обострений преобладали идеи отношения, отмечались колебания настроения с яркими ипохондрическими переживаниями. Перед сеансами УП — настроение сниженное, ничто не радует и не интересует, чувствует себя «живым мертвецом», временами тревожна. Окружающие от нее «отворачиваются», лекарства «изменяют ее внешность, уменьшают грудь». Бездеятельна, ма- нерна, резонерствует.

После правосторонних УП (сеансы № 1 и 3) настроение приподнятое, говорлива, ухмыляется, ходит пританцовывая. Через 3 часа речевая и двигательная расторможенность сглаживается, но в течение двух дней после сеансов больная остается спокойной и контактной, бреда активно не высказывает.

После левосторонних УП (сеансы № 2 и 4) становится раздражительной, дисфоричной. Такое состояние, постепенно нарастая, сохраняется в течение всего дня — хнычет, жалуется на тревогу, говорит, что «все было хорошо», «прекрасно», а теперь «снова возникает много мучительных мыслей». Настойчиво, со злобой повторяет, что лекарства «вызывают пятна на лице», «уменьшают грудь», «разрушают хромосомы».

После последующих правосторонних УП (сеансы № 5 и 6) настроение снова приподнятое, больная не упоминает о бредовых

переживаниях — «вроде прошло», «как будто рассудок возвращается». Вместе с тем отмечает появление необычных ощущений со стороны своего тела — ощущает себя «измененной», «как намагниченной», «изменено половое чувство». Наряду с этим все окружающее также кажется измененным, странным, необычным — «как на Марсе». Такое состояние сохраняется в течение двух дней и купируется последующими левосторонними УП, после которых психосенсорные расстройства и явления дереализации исчезают, но появляются множественные ипохондрические опасения — боится, что ее заболевание «может серьезно осложниться», что она «станет хроником», что кариозный зуб может сломаться и попасть в дыхательное горло и т. п. Настроение после левосторонних УП снова стало сниженным.

В последующих сеансах лечения подобные изменения психопатологической картины становятся менее яркими. Настроение постепенно выравнивается, поведение упорядочивается, продуктивная симптоматика исчезает, но больная остается малоактивной, критика к болезненным переживаниям остается формальной.

Левосторонние воздействия усиливают аффективную насыщенность ипохондрического бреда, но элиминируют явления деперсонализации и дереализации, не вызывая психосенсорных нарушений и расстройств схемы тела. Таким образом, право- и левосторонние УП, по-разному изменяя клиническую картину ипохондрического синдрома, вскрывают сложную структуру этих психопатологических состояний.

Очевидно, наши наблюдения показывают, что право- и левосторонние сеансы воздействия (каждый по-своему) трансформируют, «расслаивают» психопатологическую картину синдрома, элиминируя или смягчая одни симптомы, не затрагивая или даже утрируя другие и выявляя симптомы, замаскированные в обычном состоянии. Эта трансформация затрагивает и аффективные расстройства, и галлюцинаторные и бредовые переживания, и моторные нарушения, т. е. по существу весь комплекс психопатологических явлений, определяющих картину синдрома. При этом различные, но, казалось бы, всегда тесно взаимосвязанные и спаянные между собой компоненты единого синдрома по-разному изменяются после право- и левосторонних сти-

муляций. В результате перераспределяются значение и вес симптомов, существенно изменяется вся клиника психопатологических состояний. Трансформация отдельных слагаемых сложных синдромов под влияние УП зависит от стороны наложения раздражающих электродов (над правым или над левым полушарием), от локализации воздействия в пределах одного полушария (лобная или височная позиция электродов), а также от исходной психопатологической картины.

После правосторонних УП резко уменьшается выраженность депрессивного бреда и меньше, но существенно дезактуализируется бред отношения, преследования и воздействия, ипохондрический бред, а также редуцируются симптомы кататонического ступора. Вместе с тем после правосторонних УП могут усиливаться истинные вербальные галлюцинации, псевдогаллюцинации и явления психического автоматизма, а также выявляться симптомы психосенсорных нарушений, расстройства схемы тела и явления деперсонализации и дереализации.

Левосторонние УП усиливают бредовое напряжение, актуальность бредовых переживаний; усугубляют кататоническую заторможенность, негативизм и импульсивность. Они уменьшают выраженность вербальных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций или даже на время полностью их подавляют, а также смягчают симптомы дереализации. При этом после левосторонних височных УП заметнее подавляются истинные вербальные галлюцинации, а после левосторонних лобных УП более заметна редукция псевдогаллюцинаций, явлений психического автоматизма, а иногда и структурных идеаторных нарушений.

При сравнении височных и лобных УП четко обозначаются различия в характере изменений эмоционального состояния. При лобных УП — как право-, так и левосторонних — часто наблюдаются аспонтанность и эмоциональная индифферентность. Как при право-, так и при левосторонних височных УП эмоциональные сдвиги резко различны. Это совпадает с данными Т.А. Доброхотовой и Н.Н. Брагиной (1977), показавших, что при органических поражениях правых и левых лобных отделов мозга, в отличие от височных, возникают одинаковые изменения эмоционального состояния, выражающиеся в снижении энергетического потенциала и появлении эмоциональной ареактивности.

Трансформация психопатологической симптоматики зависит и от особенностей синдрома. При депрессивном синдроме такие его компоненты, как подавленность, двигательная заторможенность, идеи виновности и самоуничтожения, одновременно усугубляются после левостороннего УП, существенно смягчаются после правостороннего УП и стремительно редуцируются после нескольких правосторонних УП.

При кататоническом синдроме левосторонние УП одновременно усиливают или даже провоцируют обездвиженность, мутизм, негативизм и импульсивность. Правосторонние УП смягчают или даже полностью устраняют все эти симптомы, но могут способствовать выявлению гебоидного оттенка поведения.

По-иному происходит трансформация сложных психопатологических синдромов. При ипохондрических синдромах, включенных в структуру шизофренических психозов, психосенсорные нарушения, симптомы нарушения схемы тела, явления деперсонализации и дереализации под влиянием правосторонних УП становятся более выраженными и обогащаются деталями; в то же время ипохондрические бредовые высказывания утрачивают свою актуальность. После левосторонних УП бредовые компоненты ипохондрического синдрома становятся более аффективно насыщенными и разнообразными, но при этом психосенсорная симптоматика и явления деперсонализации и дереализации становятся менее выраженными. При чередовании право- и левосторонних УП можно повторно наблюдать, как после каждого из этих УП делаются более рельефными то одни, то другие компоненты синдрома и как те и другие постепенно сглаживаются и исчезают в течение курса лечения.

Наиболее неожиданным оказался ход трансформации галлюцинаторно-параноидного синдрома. Оказалось, что под влиянием право- и левосторонних УП симптомы трансформируются неоднозначно. Вербальные галлюцинации, псевдогаллюцинации, явления психического (идеаторного) автоматизма, а иногда и структурные нарушения мышления значительно смягчаются левосторонними УП, в то время как бредовые идеи отношения, преследования и воздействия актуализируются, делаются более разнообразными и аффективно напряженными.

Наоборот, правосторонние УП смягчают аффективную насыщенность и актуальность бредовых построений, но могут обострять всю гамму вербальных галлюцинаторных расстройств. Эти факты наводят на мысль о неодинаковой роли структур правого и левого полушарий в формировании галлюцинаторного и параноидного компонентов единого галлюцинаторно-параноидного синдрома.

Т.А. Доброхотова и Н.Н. Брагина (1977), изучая клинику пароксизмальных расстройств при epileptогенных очагах правого и левого полушарий, нашли, что очаги, локализованные в правом полушарии, манифестируют пароксизмами в виде явлений деперсонализации и дереализации и онейроидных состояний, а очаги, локализованные в левом полушарии, — пароксизмами в виде вербальных галлюцинаций, псевдогаллюцинаций, насильственных мыслей и других симптомов психического автоматизма. Сопоставление этих данных с результатами исследований влияния УП на различные психопатологические расстройства убеждает в том, что патологическая активация структур правого и левого полушарий порождает те же феномены, которые сглаживаются или исчезают вовсе после право- или левосторонних УП, когда функции этого полушария угнетены.

Функции разных отделов полушарий головного мозга

Большие полушария мозга человека — правое и левое полушария (связанные мозолистым телом и другими комиссурами) обладают собственной памятью, эмоциями и языковым сознанием. Полушария мозга понимаются как генераторы двух различных познавательных стратегий и разных способов обработки информации: *левое полушарие* оперирует последовательностями дискретных элементов, обеспечивает логическую последовательность, категоризацию, концептуализацию. *Правое полушарие* оперирует целостными высказываниями, формирует целостный образ, лежащий в основе мгновенного чувственного «схватывания» конкретных впечатлений, реконструирует и запоминает ситуации чувственного опыта; активно участвует в осуществлении зрительно-пространственной деятельности,

невербальной коммуникации (Л.Я. Балонов, В.Л. Деглин, 1976). Согласно одной из гипотез (Л.Я. Балонов, Н.Н. Николаенко, В.Л. Деглин), существует непосредственное изоморфное восприятие действительности, которое опирается на изобразительную (иконическую) знаковую систему. Механизмы такого восприятия сконцентрированы в *правом полушарии*.

Есть понятийное отражение действительности, базирующееся на логической переработке чувственных впечатлений. Оно опирается на символическую знаковую систему. Его механизмы сосредоточены в *левом полушарии*. *Левое полушарие* предусматривает не индивидуальное, а видовое накопление информации и передачу опыта негенетическими путями. Активность и взаимодействие обоих полушарий расширяют творческие возможности познания самого себя и мира. Поражения левого полушария приводят к более выраженным расстройствам памяти, сенсорных функций и способности к обучению, чем те же дефекты правого полушария. Имеются основания полагать, что системы нервных связей, лежащие в основе деятельности левого полушария, более обширны и более тесно связаны с глубокими структурами и структурами другого полушария, чем системы связей, лежащие в основе функций правого полушария. Очевидно, особая функциональная организация левого полушария и является нейрофизиологической основой доминантности этого полушария в отношении речи и абстрактного мышления (Н.Н. Николаенко, 1975, 2006).

Височные доли вмещают слуховую кору, зрительную ассоциативную кору и медиально расположенные лимбические и паралимбические структуры. Левая височная доля содержит также зону Вернике. Следовательно, тесты на «называние» и понимание речи могут быть полезны для оценки целостности левой височной доли и ее связей. Симметричные зоны правой височной доли оцениваются с помощью невербальных слуховых заданий (например, опознание звуков окружающей среды, а также различение и память на тон, тембр и высоту тона).

Целостность лимбических и паралимбических структур может быть проверена с помощью тестов на вербальную память для

левой височной доли и тестов на невербальную память для правой височной доли. Двусторонние поражения, которые непосредственно повреждают зрительную ассоциативную кору височной доли или ее связи с другими частями мозга, приводят к довольно сложному синдрому, включающему зрительную амнезию и аномию, лицевую агнозию и предметную агнозию.

Односторонние поражения слуховой ассоциативной коры иногда крайне трудно обнаружить, если не используется дихотический тест. Праворукие испытуемые обычно лучше распознают согласные и гласные, услышанные правым ухом (оценки выше примерно на 3–10%, чем на стимулы, предъявленные левому уху). Такое преимущество правого уха (так называемый «эффект правого уха») в норме отражает преобладание левого полушария для восприятия речи. Д. Кимура обнаружила, что преимущество правого (или левого) уха зависит от того, удалена ли левая (или правая) височная доля.

Таким образом, изменение нормального эффекта правого уха может использоваться как оценка дисфункции височных долей. Например, у больных с поражением правой височной доли усиливается нормальный эффект правого уха, тогда как эффект правого уха исчезает или замещается преимуществом левого уха у больных с поражением левой височной доли. Ценным признаком, указывающим на имеющееся поражение височной доли, является наличие верхне-квадрантной анопии.

Затылочные доли включают первичную зрительную область и зрительную ассоциативную кору. Следовательно, поражения этой доли проявляются в задачах, в которых участвуют зрительные стимулы. В зависимости от избирательности поражения этой доли возникают дефекты зрительного поля (право- или левосторонняя гемианопсия), расстройства восприятия цвета, трудности в восприятии движения, алексия и зрительно-пространственная дезориентировка.

Лобные доли. Больные с избирательным поражением лобных долей обычно обнаруживают две особенности. Во-первых, функции, обеспечиваемые другими тремя долями, остаются у этих

больных относительно сохранными. Во-вторых, дефицит выявляется в оценках (суждениях), мгновенном «схватывании» или понимании, психической подвижности, мышлении, абстракции, планировании, хронологическом порядке (или последовательности), а также при проверке тонуса внимания. Нарушена способность устойчиво поддерживать работоспособность. Поражения, вовлекающие орбитальную (базальную) часть лобных долей, могут также приводить к нарушениям памяти.

Теменные доли включают соматосенсорную область и ассоциативную кору нижней теменной зоны. При поражении коры левой теменной доли страдают следующие способности: называние, чтение, письмо, счет, идентификация пальцев, называние правых/левых частей тела. Эквивалентное поражение правого полушария приводит к апраксии одевания, конструктивной апраксии, одностороннему пространственному игнорированию, включая тактильное игнорирование. Дополнительные проявления поражения теменной коры, особенно при двустороннем поражении, включают синдром Балинта, а также пространственную и топографическую дезориентировку.

Таблица 4

**Взаимодействие правого и левого полушарий
в творческом процессе**

Левое полушарие	Правое полушарие
Изображение геометрии объективного пространства (с помощью ортогональных проекций, набора условно-чертежных приемов, фиксированной точки зрения, плоскостного подхода)	Изображение видимой геометрии пространства (создание иллюзии объема на плоскости). Создание целостной связной упорядоченной структуры зрительного поля и конструирование на этой основе симметричной формы
Изображение дальнего пространства (прямая (линейная) перспектива, дальняя точка зрения)	Изображение ближнего пространства (обратная перспектива, ближняя точка зрения)

Окончание табл. 4

Левое полушарие	Правое полушарие
<p>Построение модели концептуального пространства. Знание внутренней структуры реального предмета; членение пространства с помощью двоичных оппозиций «верх — низ», «правое — левое» с построением обобщенных пространственных отношений</p>	<p>Неравномерность отображения персонального пространства (создание гомункулуса с преувеличенными кистями и стопами)</p>
<p>Вербально-логическое мышление. Символическая замена целого частью. Линейная упорядоченность, логическая связность и последовательность. Категориальное мышление с образованием понятий и близких ассоциаций (типа «осень — время года»).</p>	<p>Зрительно-пространственное комплексное, дологическое мышление целостными образами. Порождение и восприятие дальних. Метафорическое мышление («осень — старость»)</p>



ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Расстройства сознания

Свойства сознания:

- а) правильная ориентировка в окружающем;
- б) умение управлять своими способностями в сенсорной, мыслительной и моторной сферах;
- в) наличие заученных навыков, логически правильное осмысление и понимание окружающей действительности и собственного «Я»;
- г) постоянная готовность отдавать себе отчет в мыслях, действиях, а также в своем отношении к миру;
- д) умение рационально регулировать свои эмоции, влечения и побуждения в повседневной жизни.

К. Ясперс предложил следующие критерии помраченного сознания:

- 1) дезориентировка во времени, месте, ситуации;
- 2) отсутствие отчетливого восприятия окружающего;
- 3) разные степени бессвязности мышления;
- 4) затруднение воспоминаний происходящих событий и субъективных болезненных явлений.

Чем младше ребенок, тем легче возникают у него состояния обедненного и помраченного сознания. Это связано с физиологической незрелостью — высокой раздражимостью и низким порогом возбудимости ткани головного мозга детей.

До трех-четырехлетнего возраста чаще возникают синдромы (степени) оглушения вплоть до сопорозных и коматозных состояний. Аментивное помрачение сознания детей младшего возраста проявляется в виде кратковременных эпизодов дезориен-

Таблица 5

Классификация расстройств сознания

I. Обеднение сознания	II. Помрачение сознания
1. Оглушенность	1. Делирий
а) легкая степень (обнубиляция)	2. Онейроид (сновидное состояние)
б) средняя (сомноленция)	3. Спутанность сознания а) астеническая б) аментивная
в) глубокая (сопор, кома)	4. Сумеречное состояние

тированной растерянности. Делириозное расстройство сознания возникает только после четырех-пяти лет, а развернутый онейроидный синдром — в пубертатном возрасте. Симптоматика сумеречного расстройства сознания также зависит от возраста: чем моложе ребенок, тем больше выражен компонент автоматизированных движений и действий (**психомоторный уровень развития** ребенка до шести лет). Более длительные и сложные развернутые картины сумеречных расстройств встречаются у старших детей и подростков.

Синдромы обеднения сознания

Оглушенность проявляется в обеднении и замедлении всей психической деятельности до полного выключения сознания. При этом повышаются пороги для всех раздражителей, замедляется и затрудняется образование ассоциаций, восприятий и переработка впечатлений, а окружающая обстановка не замечается. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Расстройства восприятия и бредовые идеи отсутствуют. Периоды расстроенного сознания обычно полностью амнезируются.

Стадии оглушения (наиболее часто у детей встречаются первые две стадии):

а) при **обнубиляции** ребенок вялый, заторможенный, его внимание можно привлечь не сразу, оно быстро истощается; окружающее воспринимается как в тумане, затруднено осмысление более сложных вопросов, речь замедленна, затруднены мыслительные операции (счет в уме и т. п.), снижен интерес к игрушкам,

затруднено и замедленно запоминание. По выходе из этого состояния воспоминания неполные, фрагментарные;

б) при **сомнолентии** сознание помрачено более глубоко, ребенок внешне напоминает спящего. Реагирует только на непосредственный раздражитель (громкий звук, оклик, яркий свет). Реакции на боль дифференцированы (укол — отдергивает руку). Выполняет только отдельные простые инструкции («сядь», «открой рот», «выпей воды»). Спонтанная речь отсутствует, но возможны элементарные ответы (да, нет), взгляд устремлен в пространство и может фиксироваться на объекте лишь на короткое время. Дети подолгу не меняют позы. Общее повышение рефлекторной возбудимости (гиперрефлексия). По выходе из этого состояния — полная амнезия;

в) **сопор** — еще более глубокое оглушение с невозможностью речевого контакта и недифференцированными реакциями только на болевые раздражители (укол — общее мышечное напряжение). Сохранены зрачковый, корнеальный, глоточный рефлексы. Сухожильные и периостальные рефлексы угнетены, а появляются патологические рефлексы (орального автоматизма, рефлексы Бабинского, Оппенгейма);

г) **кома** — полное отключение сознания с отсутствием реакции на непосредственные раздражители любой силы. Реакция зрачков на свет угнетена или отсутствует. Полная арефлексия, в том числе отсутствие патологических рефлексов, часто децеребрационная мышечная ригидность.

«Терминальная кома» является состоянием клинической смерти (полная арефлексия, атония мышц, резкое нарушение и угнетение сердечной деятельности, дыхания), жизнедеятельность организма возможна лишь при искусственном ее поддержании. Сохранен лишь корнеальный рефлекс.

Синдромы оглушения у детей могут возникать при токсикозе и гипоксии мозга вследствие общесоматических, инфекционных и тяжелых экзогенных интоксикаций, при мозговых инфекциях и черепно-мозговых травмах.

Сопорозные и коматозные состояния являются угрозой для жизни детей. Легкие оглушения более благоприятны, с точки зрения прогноза, чем у взрослых, у детей младшего возраста они часто не оставляют выраженных психических изменений. Син-

дромы оглушения являются выражением экзогенно-органической патологии мозга (при инфекционных заболеваниях, черепно-мозговых травмах, отравлениях). В этом состоит их диагностическое значение.

Синдромы помрачения сознания

1. **Делириозный синдром** — такое расстройство сознания, при котором наблюдается ложная ориентировка с наплывом ярких, преимущественно зрительных галлюцинаций и иллюзорных восприятий окружающего на фоне тревоги и страха. Больные чувствуют себя участниками сценopodobных переживаний, а не посторонними зрителями. Они двигательны беспокойны, возбуждены, у них нарушен сон.

В детском возрасте динамика делириозного синдрома обычно редуцирована и чаще ограничивается более легкими стадиями. В **пределириозной (начальной) стадии** ребенок становится двигательны беспокойным, пугливым, тревожным, слезливым по незначительному поводу. Отмечается **гиперестезия**, нарушено засыпание, сон поверхностный с яркими устрашающими сновидениями и вскрикиваниями.

В следующей, **гипнагогической стадии** усиливаются беспокойство, говорливость, возникают устрашающие зрительные иллюзии и гипнагогические, калейдоскопически сменяющиеся галлюцинации. Закрывая глаза при засыпании, ребенок «видит» быстро сменяющиеся картины школьной жизни, людей, животных. Все это вызывает страх. Дети нередко называют такие **гипнагогические переживания** «страшными снами». Стадия истинных галлюцинаций у детей, как правило, неразвернута, abortивна. На фоне тревожного беспокойства у них эпизодически возникают зрительные и тактильные галлюцинации, чаще **зоотические галлюцинации** — крысы, мухи, пауки, птицы, кошки.

Тяжелый мусситирующий делирий возникает редко и лишь при заболеваниях, приводящих к длительной астенизации и резкому истощению. Такой ребенок находится в полузабытьи, слабо бормочет что-то, не узнает близких, движения его однообразны (перебирает руками, стряхивает что-то). Развитие мусситирующего делирия — прогностически неблагоприятный признак для жизни.

Делириозные состояния у детей обычно кратковременны, от нескольких минут до часов и реже до одних-двух суток. Состояние утяжеляется к вечеру и ночью, выраженность переживаний и глубина помрачения сознания колеблется. Этот тип расстройства сознания чаще всего наблюдается при острых и хронических экзогенных интоксикациях, инфекциях, хроническом алкоголизме, при тяжелых пневмониях, отравлениях.

2. **Аментивный синдром** — глубокое нарушение сознания с распадом психики, с **неспособностью осмыслить ситуацию в целом**, грубой дезориентировкой всех видов и последующей полной амнезией. Это состояние характеризуется **инкогерентностью** (бессвязностью) мышления, нецеленаправленным двигательным возбуждением в пределах постели, единичными обманами восприятия. У старших детей возможны **бессвязные образные бредовые высказывания**.

Аментивное помрачение сознания встречается при тяжелых мозговых и общих инфекциях и интоксикациях. Оно длится от нескольких часов до двух недель, а иногда и дольше. По выходе из аментивного состояния обычно долго сохраняется выраженная астения с резкой истощаемостью, вялостью, сниженным настроением, раздражительностью, плаксивостью. В неблагоприятных случаях затяжных аментивных состояний в дальнейшем может развиваться **психоорганический синдром со снижением памяти, интеллекта, нарушениями поведения, влечений и аффектов**.

3. Для младших детей характерно состояние **астенической спутанности** — изменчивое, колеблющееся по интенсивности расстройство сознания от **растерянности и бессвязности** до состояния, при котором возможно установление контакта, но быстро наступает психическое истощение. По окончании — фрагментарная амнезия. Такое расстройство сознания часто наблюдается у детей в постинфекционном (постгриппозном) периоде.

4. **Онейроидный синдром** — **сновидное помрачение сознания**, характеризующееся яркостью сценических фантастически-сказочных переживаний и фантастически-бредовым толкованием окружающей обстановки. Ориентировка нарушена частично, обычно она ложная. Амнезия фрагментарная.

В развернутом онейроидном состоянии больной отрешен от реального и погружен в мир ярких образных представлений и

псевдогаллюцинаций, он чувствует себя **зрителем фантастических событий**, оставаясь при этом малоподвижным и заторможенным, с застывшим выражением лица и взглядом, устремленным в одном направлении.

Чем младше ребенок, тем реже встречается развернутый онейроид и тем чаще — его инициальное проявление (ориентированный онейроид). У детей младшего возраста он выражается растерянностью, тревожным беспокойством в связи с иллюзорными явлениями, ложными узнаваниями при возможности правильной ориентировки в окружающей обстановке. У детей при этом часто имеет место **двойная ориентировка** — больной считает, например, что одновременно находится и у себя дома, и в больнице. Более отчетливые онейроиды диагностируются лишь у детей школьного возраста.

Длительность онейроидных состояний различна: от нескольких дней и недель у детей до нескольких недель и месяцев у взрослых. Это расстройство сознания чаще возникает при затяжных инфекциях, реже — при шизофрении.

5. Сумеречное помрачение сознания — кратковременное **сужение сознания на ограниченном круге переживаний**, при котором поведение обусловлено не всей обстановкой, а лишь отдельными ее деталями. Для сумеречного помрачения сознания характерна внезапность его возникновения и прекращения, а также относительная кратковременность (несколько минут, реже часов). Общим для всех форм сумеречного помрачения сознания является растормаживание оборонительно-агрессивного инстинкта у взрослых или однообразных привычных автоматизированных действий у детей (движения, имитирующие раздевание, бег, ходьбу, глотание, жевание) на фоне тревоги, страха. Подвергается полной амнезии. Чем младше ребенок, тем больше в структуре сумеречного состояния выражены автоматизированные действия и движения. В дошкольном и раннем школьном возрасте этот **амбулаторный автоматизм** является основным внешним проявлением сумеречного состояния, которое зачастую возникает ночью в виде «ночных страхов». У детей старшего школьного возраста двигательные автоматизмы усложняются (встает, ходит, одевается, идет в туалет, при этом не реагируя и не отвечая на вопросы). Во время **снохождений (сомнамбулизм)** глаза чаще

закрыты, как во сне. Разновидностью двигательных автоматизмов является сноговорение. У подростков возможны развернутые сумеречные состояния с преобладанием психических нарушений в виде аффективной напряженности, злобности, с психомоторным возбуждением и стремлением к агрессии.

Все разновидности сумеречного помрачения сознания — развернутые сумеречные состояния (более длительные «трансы» и короткие «фуги»), амбулаторные автоматизмы, сомнамбулизм, **сноговорения**, **«ночные страхи»** — у детей наблюдаются чаще, чем у взрослых, но чем ребенок младше, тем эти нарушения рудиментарнее, короче, двигательные расстройства намного преобладают над психическими.

Встречаются сумеречные помрачения сознания в остром и отдаленном периоде мозговых травм, инфекций, текущих органических заболеваний головного мозга (опухоли, ревматизм, нейросифилис), при эпилепсии. Таким образом, сумеречные помрачения — это признак органического поражения мозга.

Сумеречные состояния также возможны при остром психогенном истерическом психозе, но в этом случае их клиника выражается как бы регрессом на более ранний этап развития в форме **псевдодеменции или пугрелизма** — «впадения в детство». В этом случае поведение напоминает нарочито детское. Больные забывают названия предметов, дезориентированы, с трудом воспринимают внешние раздражители. Остро наступают расстройства суждения, интеллектуально-мнестические нарушения.

Эмоциональные расстройства

Эмоции отражают субъективное отношение к окружающей среде и к самому себе в виде реакций на степень удовлетворения или неудовлетворения потребностей. Эмоции помогают быстро оценить значимость ситуации, побуждают к активной деятельности, т. е. биологический смысл эмоции состоит в поддержании гомеостаза. К числу объективных признаков проявления эмоции относятся мимика, поза, жесты, вегетативные реакции.

По выраженности и длительности различают следующие эмоции:

настроение — длительное эмоциональное состояние преобладающе умеренной интенсивности;

страсть — сильное, стойкое эмоциональное состояние;

аффект — кратковременное и бурное проявление эмоций, сопровождающееся выраженными соматовегетативными проявлениями. Аффект — это эмоциональный взрыв, возникающий часто в связи с волнующими событиями (аффект гнева, страха, ярости). Как бы сильно ни проявлялся физиологический аффект, у человека сохраняется контроль над своими поступками, их осознание.

По степени удовлетворения/неудовлетворения каких-либо потребностей выделяют: положительные эмоции в виде приятных переживаний и отрицательные эмоции в виде неприятных переживаний.

Возрастная незрелость механизмов эмоционального реагирования приводит к тому, что им свойственны: 1) элементарность эмоциональных проявлений; 2) преобладание положительных эмоций; 3) повышенная эмоциональная лабильность; 4) рудиментарность и атипичность аффективных расстройств; 5) проявления эмоций так называемыми возрастными эквивалентами эмоциональных расстройств (соматовегетативными, двигательными, поведенческими).

Выделяют три большие группы нарушений эмоций.

I. Нарушения выраженности (силы) эмоций.

1. **Патологический аффект** — бурная эмоциональная реакция, неадекватная раздражителю по силе. Сопровождается сужением сознания, психомоторным возбуждением, последующей амнезией. Встречается у больных эпилепсией и лиц, перенесших органические поражения головного мозга (травмы, энцефалиты).

2. **Эмоциональная гиперестезия (сенситивность)** — повышенная чувствительность, ранимость, обостренность реакций. Встречается при некоторых формах психопатий, при астенических состояниях.

3. **Эмоциональная гипестезия** — холодность, черствость, вялость реакций. Может наблюдаться у астенизированных больных, шизоидных психопатов.

4. **Апатия** — отсутствие эмоций, выражающееся в равнодушии к себе и окружающим. Почти всегда сопровождается абулией (вялостью побуждений), образуя единый апато-абулический синдром. Встречается при тяжелых астениях, при шизофрении, при лобных органических поражениях.

5. **Эмоциональная тупость** — отсутствие способности реагировать на внешние события из-за уплощения и оскудения эмоций. В отличие от апатии, движение чувств не удается вызвать никакими раздражителями. Это состояние типично для шизофрении и некоторых органических заболеваний головного мозга.

II. Нарушения адекватности эмоций.

1. **Амбивалентность** — одновременное сосуществование двойственных, противоречивых чувств к одному объекту.

2. **Неадекватность эмоций** — качественное несоответствие эмоций ситуации, их вызвавшей. К такому же неадекватному типу можно отнести паратирию (извращение эмоций), когда в ответ на положительный стимул возникает отрицательная реакция: радостное событие вызывает гнев. Эмоциональные расстройства этой группы типичны для шизофрении.

III. Нарушения устойчивости эмоций.

1. **Эмоциональная лабильность, или слабодушие** — «недержание» эмоций. Характеризуется быстрым переходом от положительных эмоций к отрицательным и наоборот. Это приводит к снижению способности управлять собой. Встречается при сосудистых заболеваниях головного мозга, в структуре астенического синдрома.

2. **Эксплозивность** — аффективная взрывчатость. Склонность к гневной раздражительности, часто с выраженной агрессивностью. Нередко отмечается при эпилепсии, при травматических поражениях головного мозга.

3. **Тугоподвижность эмоций** — выражается в «застревании» на эмоциональной реакции, трудно переключиться на другую эмоцию. Характерна для больных эпилепсией.

Синдромы расстройства настроения

1. **Гипертимии** — патологические повышения настроения.

1. **Эйфория** — повышенное благодушное настроение с беспечностью, недостаточной критической оценкой своего состоя-

ния, отсутствием интеллектуальной продуктивности и произвольной деятельности. Наблюдается при опьянении, при сосудистых психозах.

2. **Экстаз** — кратковременное интенсивное эмоциональное состояние с оттенком наивысшего, напряженного блаженства, иногда с сужением сознания. Встречается у больных эпилепсией, при органических поражениях головного мозга, при употреблении некоторых наркотических средств.

3. **Мория** — патологически повышенное настроение с дурашливостью, беспечностью, склонностью к плоским, циничным и грубым шуткам, расторможенностью инстинктов. Возникает при поражениях лобных отделов головного мозга.

4. **Маниакальный синдром** — характеризуется триадой симптомов: избыточно радостное настроение, ускорение ассоциативных процессов, повышение двигательной и речевой активности. Идеи переоценки ведут к развитию бреда величия. Больные украшают себя всевозможными аксессуарами, вычурно драпируются, кокетничают. Сексуально расторможены. Гиперемия лица обусловлена повышением тонуса симпатической нервной системы. Маниакальные состояния у детей крайне трудно диагностировать в связи с их атипичностью и рудиментарностью — отсутствием усиления интеллектуальной продуктивности и произвольной целенаправленности.

В раннем возрасте рудименты маниакального состояния встречаются при шизофрении и выражаются неустойчивым настроением, дурашливым поведением, расторможенностью влечений.

У детей младшего школьного возраста выделяют **апродуктивную манию** с преобладанием нарушений поведения и **фантастическую манию** с преобладанием в клинике идеаторного возбуждения, проявляющегося вымыслами, фантазиями, однообразными играми. Оба вида мании чаще встречаются при шизофрении.

В препубертатном и пубертном периодах маниакальные состояния по-прежнему проявляются нарушениями поведения. На фоне эйфории подростки хвастливы, многоречивы, утрачивают чувство дистанции по отношению к взрослым, могут быть агрессивными (так называемая возбужденная мания). Реже встречается **солнечная мания** с восторженным отношением к себе и родственникам, прекрасным настроением. Если проявляются

бесцеремонность, грубость, агрессивность, то говорят о **гневливой мании**. У старших подростков клиника маниакальных и гипоманиакальных состояний близка к типичной клинике.

Маниакальные состояния у детей встречаются при биполярных психозах, циклотимии, шизоаффективном психозе, периодической шизофрении.

II. Гипотимии — патологические понижения настроения.

1. **Дисфория** — недовольство собой и окружающими на фоне злобно-тоскливого настроения с раздражительностью, нередко агрессивностью. Часто встречается у детей, начиная с дошкольного возраста. Отмечается при эпилепсии, при травматических поражениях головного мозга, при некоторых психопатиях, резидуальных нервно-психических расстройствах.

2. **Тревога протопатическая** — бессодержательная и неосознанная. Встречается при органических заболеваниях головного мозга, сосудистых, инфекционных, интоксикационных психозах.

3. **Тревога эпикритическая** — характеризуется тем, что больной осознает ее причину. Наблюдается при психогенных реактивных состояниях. Встречается у больных с бредом угрожающего содержания.

4. **Депрессивный синдром** характеризуется триадой симптомов: тоскливым снижением настроения, заторможенностью мышления, снижением речедвигательной активности. Сопровождается преобладанием симпатикотонии в виде сухости слизистых, снижения аппетита, запоров, аменореи и др.

У детей до трех лет чаще всего возникает так называемая **анаклетическая депрессия**, связанная с эмоциональной депривацией, то есть с недостатком положительных эмоций, возникающим, например, при разлуке с матерью в связи с поступлением в больницу (госпитализм). При этом короткий период плача, возбуждения сменяется заторможенностью, пассивностью, снижением аппетита, похудением, нарушением ритма сна и бодрствования на фоне постоянного «печально-покорного» выражения лица.

В дошкольном возрасте в клинике депрессий также преобладают соматовегетативные и двигательные расстройства. Дети то вялы и заторможенны, то беспокойны и тревожны. Тревога у них

обычно сопровождается вегетативно-сосудистыми нарушениями: потливостью, тремором, бледностью и пр.; часто отмечаются энурез, энкопрез.

У детей младшего школьного возраста депрессия характеризуется утратой свойственной малышам жизнерадостности; дети становятся безразличными к окружающему, теряют интерес к играм, делаются обидчивыми, раздражительными, иногда агрессивными. Важно отметить, что подавленного настроения, субъективных переживаний тоски у них нет. Отмечаются трудности засыпания, кошмарные сновидения, энурез, запоры.

В препубертатном возрасте при депрессивных состояниях появляются тоскливое настроение, ипохондрические идеи, снижение самооценки. У больных отмечаются расстройства сна, головные боли, запоры. В этом возрасте подавленное уже может сопровождаться замедлением темпа мышления, речевой и двигательной активности, то есть клиническая картина приближается к типичному депрессивному синдрому. У подростков чаще, чем у взрослых, отмечаются ипохондрические переживания, дисморфобические включения в виде озабоченности своими мнимыми или сильно преувеличенными физическими недостатками.

Депрессивные состояния у детей могут быть психогенными, то есть являться реакцией на психотравмирующую ситуацию, могут быть фазой маниакально-депрессивного (биполярного) психоза, проявлением шизофрении, экзогенно-органических и соматогенных психозов.

Особо подчеркнем, что резко выраженная **атипичность детских депрессий** (чем младше ребенок, тем резче) состоит в преобладании соматовегетативных симптомов над психопатологическими. Тогда на первый план выступают расстройства сна, снижение аппетита, падение веса, запоры, вегетативно-сосудистые расстройства, нарушение сердечного ритма и дыхания, иногда энурез и головные боли, т. е. клиника носит характер «скрытых» депрессий и даже психосоматических эквивалентов депрессий в виде картины, схожей с язвенной болезнью желудка и кишечника, спастическим колитом, бронхиальной астмой, юношеской гипертонией, пароксизмальной тахикардией, стенокардией, эндокринными заболеваниями и т. п.

Случай. Больная Д., 12 лет. У матери наблюдаются беспричинные колебания настроения. В анамнезе частые ангины, затем хронический тонзиллит. По характеру общительная, приветливая, энергичная. Хорошо учится в 6-м классе. Год назад стали возникать непродолжительные и слабо выраженные состояния, когда никого не хотелось видеть, было скучно, отделялась от сверстников и родителей. Летом этого года в пионерлагере стала возбужденной: мало спала, но оставалась энергичной, шаловливой, кокетливой. Была многогоречивой, не давала спать пионервожатой, рассказывая о своей влюбленности в музыкального работника, звала ее купаться ночью. В больнице: в течение 10 дней наблюдались речевое и двигательное возбуждение, отвлекаемость на фоне повышенного настроения. Собиралась стать артисткой, геологом. Со старшими держалась без чувства дистанции. Затем в течение двух-трех дней настроение выравнивалось, заявляла, что прежнее состояние, возможно, было болезненным. Через два дня: грустная, держится в одиночестве, бездеятельная, заторможенная. Речь медленная. Себя считает плохим товарищем, неспособной учиться. Ночью пыталась задушить себя полотенцем. В дальнейшем описанные состояния сменялись одно другим четыре раза на протяжении трех месяцев, практически без промежутков.

Расстройства воли

Деятельность человека можно рассматривать как проявление произвольных, автоматизированных и инстинктивных действий.

Произвольная деятельность выражается в сознательных, целенаправленных актах. Автоматизированная деятельность также направлена на достижение сознательно поставленной цели, но не требует сосредоточения активного внимания. Инстинктивная деятельность направлена на удовлетворение витальных потребностей и не сопровождается осознанием цели. В основе нарушений произвольной и автоматизированной деятельности лежат расстройства воли, а в основе нарушений инстинктивной деятельности — расстройства влечений.

Воля — осознаваемая целенаправленная психическая активность человека. В сложном волевом акте можно выделить не-

сколько этапов: появление мотивации и побуждения к деятельности, борьба мотивов и выбор пути достижения цели, выполнение действия и осознание его последствий. В сложном волевом акте именно этап борьбы мотивов является наиболее важным, так как выбор мотивации деятельности определяет ее направленность и содержание.

Группировка и клиника расстройств воли

I. Аффектогенные нарушения, при которых патология двигательной активности находится в зависимости от характера эмоциональных расстройств.

1. **Гипербулия** — усиление целенаправленной двигательной активности в структуре маниакальных состояний и гипертимной психопатии; больные с необычайным упорством стремятся к выполнению своих целей и достигают их.

2. **Гипобулия** — снижение, заторможенность произвольной деятельности в структуре депрессивного и астенического синдромов, при шизофрении.

3. **Абулия** — отсутствие всякой активности, тесно связанное с апатией; часто складывается в апато-абулический синдром при шизофрении и органических поражениях лобной коры.

4. **Аффективно-шоковые реакции** возникают в формах:

- а) **реактивного ступора** — обездвиженности («реакция мнимой смерти»);
- б) **реактивного возбуждения** — хаотической «двигательной бури». При обоих вариантах характерно аффектогенное помрачение сознания.

II. Парабулии — извращения произвольной деятельности, при которых кататоническое возбуждение и ступор отличаются от всех других разновидностей возбуждения и обездвиженности стереотипией и отсутствием мотивации, целенаправленности. Характерны для шизофрении. У детей оба синдрома проявляются рудиментарно, чаще встречается кататоническое возбуждение, а типичные развернутые ступорозные состояния наблюдаются, начиная лишь с пубертатного возраста.

1. **Кататоническое возбуждение** у детей дошкольного возраста содержит все симптомы, свойственные взрослым, но в руди-

ментарных формах — например, бесцельная маятникообразная ходьба от препятствия к препятствию, однообразный бег по кругу («**манежный бег**»), **стереотипные** подпрыгивания, хлопанье в ладоши; проговаривание или выкрикивание бессмысленных звукосочетаний и не связанных по смыслу слов, в том числе неологизмов (**вербигерация**); **импульсивные внезапные и непредсказуемые поступки** (ребенок внезапно взвизгивает, неожиданно ударяет кого-либо, плюет на случайного прохожего). Встречаются также повторения слов и действий окружающих (**эхолалия** и **эхопраксия**), **вычурные движения** (например, подпрыгивающая походка), **гримасничанье**.

Рудиментарные проявления кататонического возбуждения у детей дошкольного возраста обязательно сочетаются с регрессивными расстройствами психомоторики.

2. Рудиментарные проявления **кататонического ступора** наблюдаются чаще после шести-семи лет. Это кратковременные застывания в той или иной позе (например, с поднесенной ко рту ложкой, поднятой для обувания ногой и т.п.); рудименты **симптома «восковой гибкости» (каталепсии)**. Изредка встречаются элементы «**эмбриональной позы**» с вытянутыми трубочкой губами (**симптом «хоботка»**), приподнятым положением головы («**воздушная подушка**»), полным молчанием (**мутизм**). С возрастом все заметнее проявляются активный (совершение действий, противоположных требуемому) и пассивный (простое сопротивление) **негативизм**, а также **вегетативные расстройства** (сальность кожных покровов, гиперсаливация, акроцианоз).

У старших детей можно наблюдать две разновидности ступора:

- а) **люцидный** — без нарушения сознания и галлюцинаторно-бредовой симптоматики;
- б) **онейроидный** — с частичной обездвиженностью и сновидным помрачением сознания.

III. Регрессивные расстройства психомоторики — разнообразные изменения поведения и навыков с временным возвратом к ранним возрастным этапам нервно-психического развития.

1. **Регресс навыков опрятности:**

а) **энурез** — недержание мочи (чаще во время сна), которое надо считать патологическим лишь с четырех лет;

а¹) **невротический энурез** развивается в связи с острой или хронической психической травматизацией. Сопровождается расстройствами сна и аппетита, сниженным настроением с плаксивостью, страхами, тиками;

а²) **резидуально-органический энурез** преимущественно ночной, с значительной частотой и регулярностью упускания мочи, слабой реакцией личности на расстройство, на фоне очень глубокого сна с затрудненным пробуждением. Такой энурез возникает на фоне психоорганических и неврологических нарушений;

б) **энкопрез** — недержание кала при отсутствии аномалий и заболеваний нижнего отдела кишечника и анального отверстия;

б¹) **психогенный энкопрез** (при неврозах, реакциях пассивного протеста) болезненно переживается ребенком, сочетается с пониженным настроением и другими невротическими расстройствами, сопровождается гиперкомпенсаторным стремлением к чистоплотности и аккуратности, зависит от психотравмирующей ситуации;

б²) **психотический энкопрез** возникает при шизофрении, органических психозах, умственной отсталости и связан с извращением влечений — ребенок испытывает удовольствие от ощущения испражнений, может их размазывать, играть с ними, а реакция личности на недостаток слаба или отсутствует.

2. **Регресс навыков самообслуживания** может быть полным или частичным: дети перестают жевать, едят руками, а не ложечкой, разучиваются самостоятельно одеваться, стелить постель, становятся неряшливыми.

3. **Регресс движений** на пройденные этапы постнатального развития. У детей четырех-семи лет к таким этапам относятся: **астазия-абазия** (нарушение статики тела, ползание вместо ходьбы), ходьба на цыпочках, **атетозоподобные перебирания пальцами рук**, потряхивание кистями, верчение пальцев перед глазами, **стереотипные раскачивания, кружения, движения, напоминающие взмахи крыльев**. У детей двух-трех лет часто растормаживается «**комплекс оживления**» (свойственный детям первого года жизни) в виде прыжков со взмахиваниями руками, ликующими звуками при эмоциональном возбуждении. У детей до двух лет отмечаются поза «**эмбриона**», феномены «**заячьего глаза**» и «**челючка**» во время сна, **сон на корточках**, биения, складывания и др.

4. **Регресс речи:** появляются односложные фразы, эхолалии, замена местоимения первого лица по отношению к себе местоимениями второго и третьего лица («он хочет есть» или «Миша хочет есть» вместо «я хочу есть»), лепетная речь, а также мутизм — полное или частичное отсутствие речи при сохранении способности говорить и понимать речь. **Мутизм** может быть **тотальным** — полное молчание в любой обстановке и по отношению к любым лицам (чаще при психозах) и **элективным** — избирательный отказ от речевого контакта (только с лицами, вызывающими психотравмирующие переживания (чаще при неврозах)).

IV. Гипердинамический (гиперкинетический) синдром общей двигательной расторможенности. Это сочетание симптомов общего двигательного беспокойства, неусидчивости, обилия лишних движений, недостаточной целенаправленности и **импульсивности поступков** с повышенной аффективной возбудимостью, эмоциональной лабильностью, **нарушением концентрации и устойчивости внимания.** Синдром встречается в возрасте от двух до пятнадцати лет, с наибольшей интенсивностью проявляясь в конце дошкольного и младшего школьного возраста, что нарушает школьную адаптацию. Нарушению школьной адаптации способствует нередкое сочетание этого синдрома с «запаздыванием» усвоения школьных навыков (чтения, письма, счета). Наиболее часто гипердинамический синдром бывает обусловлен ранним, так называемым минимальным мозговым поражением.

V. Синдром навязчивых движений и действий — это движения и действия, которые возникают непроизвольно и вопреки желанию больного, но обязательно критически оцениваются больным как ненужные или несвоевременные, т. е. болезненные. Больной пытается сдержать их, но это удается не всегда.

1. К **навязчивым движениям, или тикам**, относят однообразно повторяющиеся у больного элементы «выразительных» движений: учащенное мигание, наморщивание лба, нахмуривание, повороты головы, подергивание плечами, облизывание и покусывание губ, покашливание, «хмыканье», потирание рук, отбрасывание волос со лба и т. п., которые осознаются детьми как «дурная привычка». Однако в привычной повседневной обстановке, особенно будучи занятыми чем-либо, дети часто не замечают совершаемых ими движений. Таким образом, у детей важ-

нейший компонент навязчивости — переживание чуждости движений при тиках — присутствует не всегда, а у дошкольников нередко отсутствует вовсе. Это затрудняет отграничение тиков от насильственных движений.

Описанные навязчивые тики возникают при неврозе и тесно связаны с другой невротической симптоматикой — внутренним напряжением, тревогой, страхом, иногда с переживанием чувства вины. В возникновении навязчивых движений ведущую роль играет условно-рефлекторная **фиксация защитных движений** (например, учащенное мигание при попадании инородного тела в глаз, покашливание при раздражении дыхательных путей и т. п.).

2. **Насильственными движениями** являются органические тикоподобные гиперкинезы, которые нельзя устранить усилием воли, они не мотивированы психологически, **лишены целесообразности защитных движений**; не имеют компонента внутренней тревоги, беспокойства. Хотя они и осознаются чуждыми, но не в момент, предшествующий движению, как невротические тики, а уже после совершения действия. Например, при генерализованном тике (синдром Жиля де ля Туретта) внезапно и в самой неподходящей обстановке (на уроке, в толпе) ребенок совершает внезапные резкие движения, сопровождая их нецензурными выкрикиваниями (**копролалия**), издает звуки (хрюканье, лай, мычание, писк, шипение); совершает вульгарные действия (**копропраксия**), часто сплевывает в быстром темпе, наблюдаются **тики в области лица**: частые моргания, высовывание языка в быстром темпе, выворачивание губ. Впоследствии ребенок болезненно переживает совершившееся.

3. **Навязчивые действия** представляют собой целый комплекс движений: прикосновение к определенным предметам или частям тела, перешагивания через щели в полу или трещины на асфальте. Стремление к повторению этих действий труднопреодолимо, а их выполнение на время освобождает от навязчивых страхов и опасений. В связи с этим навязчивые действия рассматриваются как **символическая психологическая защита от мнимой или реальной опасности**.

Комплексы навязчивых действий, осуществляемых в строго определенной последовательности, называются **навязчивыми**

ритуалами (например, стремление расставлять игрушки в определенной последовательности перед отходом ко сну, постукивать строго определенное количество раз). Истинные навязчивые действия типичны для неврозов, а при шизофрении они становятся нелепыми и вычурными, теряют защитный характер.

Нарушения памяти

Память — основа психического развития, одна из предпосылок интеллекта. Это отражение прошлого опыта, заключающееся в фиксации, сохранении, считывании и воспроизведении следа. Великий И.М. Сеченов писал: «Через голову человека в течение всей его жизни не проходит ни единой мысли, которая не создавалась бы из элементов, зарегистрированных в памяти». Долговременная память из всех чувствительных впечатлений и поступающей информации отбирает то, что в силу яркости или полезности желательно сохранить. Долговременная память устойчива, инертна и не всегда доступна сознанию.

Память у детей до трех лет произвольная (непосредственная), кратковременная и образная. Преобладает зрительная и двигательная память. С развитием речи больше развивается слухоречевая память. Запоминание у детей в большей мере, чем у взрослых, связано с эмоциональной яркостью их переживаний. В младшем школьном возрасте с развитием мышления увеличивается удельный вес смысловой памяти.

В подростковом возрасте еще больше развивается логическое запоминание, выделение существенного для запоминания, увеличивается число ассоциаций, вырабатываются мнемонические приемы. Все же и старшеклассникам необходимо использовать индивидуальные свойства памяти, очень важны привлечение интереса, эмоциональное отношение и активная работа с материалом для запоминания.

Симптомы расстройств памяти. Грубые и стойкие расстройства памяти, встречающиеся у взрослых, в детском возрасте наблюдаются сравнительно редко. Из трех этапов памяти — фиксации, удержания материала (ретенция) и воспроизведения — наиболее неустойчив к патологическим влияниям последний этап.

1. **Гипермнезия** (усиление памяти) — повышенная способность воспроизведения прошлого опыта. Это временное усиление памяти как **компенсаторного явления** наблюдается при плохом развитии смысловой памяти, при умственной отсталости — например, повышенная способность к воспроизведению чисел или фамилий, имен. Чаще механическая память усиливается в связи с оживлением ассоциаций по сходству и смежности. Это наблюдается при маниакальных состояниях, иногда при лихорадке.

2. **Гипомнезия** — ослабление памяти. Больные недостаточно полно усваивают воспринимаемое; события воспроизводятся неполно, расплывчато; забывают, с кем недавно встречались. Наблюдается при старении, атеросклерозе, у детей — после травм головы, тяжелых инфекций, интоксикации, при астении.

Анэкофрия — затруднение воспроизведения, часто наблюдается у соматически ослабленных детей. Если при астении снижение памяти чаще проходящее, то при органических поражениях головного мозга и умственной отсталости оно стойкое, а при эпилепсии может быть прогрессирующим.

3. **Амнезия** — отсутствие воспоминаний.

- а) **антероградная амнезия** развивается на события после начала болезни;
- б) **ретроградная амнезия** развивается на события, предшествующие заболеванию, травме, выключению сознания. У детей и подростков эти разновидности амнезии охватывают короткий отрезок времени. И та, и другая разновидности амнезии могут быть полными или частичными. Для детей более характерны полные кратковременные амнезии после травмы, отравлений и острых инфекций. У подростков при алкоголизации наблюдаются амнезии на период опьянения, чаще полные. В отличие от взрослых, такое нарушение нередко развивается у подростков при первых же опьянениях.

Так же недолго длится у детей и подростков фиксационная амнезия — нарушение запоминания текущего.

Амнезии могут охватывать и некоторые события жизни. Аффектогенные амнезии — вытеснение из памяти очень тяжелого переживания.

4. **Парамнезии** — обманы памяти, т. е. качественные изменения памяти:

- а) **псевдореминисценции** — смещение во времени событий, которые были в действительности. Так, ребенок, находящийся в больнице, может сказать, что кровь из пальца брали вчера, хотя это было несколько дней назад;
- б) чаще у детей встречаются **конфабуляции** — заполнение пробелов памяти **вымыслами**. Так, ребенок в больнице может рассказать, как он вчера ходил домой, в лес, в школу, нередко расцвечивая свой рассказ неправдоподобными деталями. Нередко у детей встречаются **ложные узнавания**, когда они в медперсонале узнают знакомых или родственников;
- в) иногда у детей встречаются **криптомнезии** — заполнение пробелов памяти тем, что он читал в книге или слышал от товарища;
- г) реже встречаются симптомы «уже виденного», «уже пережитого», когда незнакомое воспринимают как пережитое ранее, а также противоположные состояния «никогда не виденного», когда знакомая обстановка воспринимается как ранее неизвестная. Эти симптомы наблюдаются у взрослых и иногда у подростков как острые состояния перед припадком и при интоксикациях;
- д) после травм левой височной области в качестве постоянного симптома, а при злокачественной эпилепсии в качестве преходящего послеприпадочного феномена появляется **амнестическая афазия** — забывание названий хорошо знакомых предметов.

Синдромы нарушений памяти

1. **Простой амнестический синдром** проявляется в прогрессирующей гипомнезии до образования амнестической деменции. Для него характерен закон Рибо: вначале ухудшается воспроизведение недавнего, давнее помнится намного лучше; затем память слабеет и на давние события. Этот синдром наблюдается при старении, атеросклерозе. Выпадают огромные промежутки времени: больная в возрасте 75 лет считала себя девятилетней.

У детей и подростков прогрессирующее снижение памяти с развитием деменции отмечается при энцефалитах. Нарастающая гипомнезия при злокачественной эпилепсии у детей и подростков характеризуется другой закономерностью, связанной с развитием болезненного эгоцентризма, сужением круга интересов и застреваемостью аффектов. При этом в памяти лучше сохраняется то, что относится к лечению (имя врача, название лекарства) и к обидам (злопамятность).

2. **Корсаковский синдром** — неспособность запоминать текущие события при алкогольном психозе. Память ограничивается событиями, происходившими до начала болезни. Это **фиксационная амнезия**, ретро- и антероградная амнезии, конфабуляции и псевдореминисценции. Основной механизм — затруднение перевода следов из кратковременной памяти в долговременную память. Неспособность запомнить текущие события сочетается с **амнестической дезориентировкой, отсутствием критики к болезни, благодушием**. Корсаковский синдром встречается только у детей и подростков старше 10 лет, очень редко и в рудиментарной форме. При выраженности фиксационной амнезии редко бывают парамнезии, меньше выражена дезориентировка. Больше страдает слуховая память (забывает имя врача, содержание беседы), и меньше — зрительная. Дезориентировка больше выражена во времени (забывает и путает дату, дни недели, месяцы) и меньше — в месте. Этот амнестический синдром у детей не продолжителен (от недели до трех месяцев), развивается после разнообразных острых инфекций (тяжелый менингит, энцефалит), травм, интоксикаций, органических поражений головного мозга (опухоли, травмы), эпилептического статуса, а также после состояний клинической смерти. У детей, в отличие от взрослых, может быть почти полное восстановление памяти и интеллекта.

3. Наиболее частым расстройством памяти у детей и подростков является **синдром инфантильно-астенических расстройств** памяти или дисмнезия — сочетание затрудненности запоминания (обычно замедленного запоминания) с нарушением воспроизведения (быстрым забыванием). Чаще это наблюдается у школьников при запоминании школьных знаний. Преходящие дисмнезии наблюдаются при церебрастенических состояниях после инфекций и при соматических болезнях, а стойкие — при

задержке психического развития и при астенической форме умственной отсталости. Дети часто переживают это состояние, жалуются на «потерю памяти», но обычно через одну-три недели эти жалобы исчезают, так как память восстанавливается после лечения.

Методики исследования памяти

Нарушения памяти выявляются уже при сборе анамнеза. В процессе беседы, в разговоре о событиях общественной жизни и при воспоминании школьной программы проверяется долговременная память, а также выявляются ретро- и антероградная амнезии, парамнезии. Особенности кратковременной памяти изучаются при пересказе книги, прочитанной сегодня или вчера, а также событий за этот период. Наличие фиксационной амнезии устанавливается, если больной после двухминутного отвлечения не может воспроизвести имени-отчества врача или числа из пяти-шести цифр, хотя повторил их дважды. Сохранность всех этапов памяти хорошо проверяется методикой запоминания 15 слов, подобранных так, чтобы список включал слова из разных лексико-семантических полей (Луна, Солнце, Земля, круглый — завтрак, зелень, жгучий, каша — враг, горе, боль). Испытуемых каждый раз (всего шесть раз) просили повторить все слова в заданном порядке (модификация Калифорнийского теста вербальной обучаемости, Н.Н. Николаенко, 2006).

История болезни. Больной Ш., 17 лет. Отец, в прошлом инженер-конструктор, теперь такелажник, много лет алкоголизировался. Если ранее он пьнул от 100 г водки, то в последние семь лет — от 500 г, но вместо прежнего веселья наступала раздражительность или слезливость. Пьяные конфликты или драки иногда выпадали из памяти. Были запои, длившиеся несколько дней подряд. Часто лечился в психиатрических больницах: слышал за окнами угрожающие голоса, испытывал страх — на улице за ним «следили»; в связи с этим повесился. Сын тяжело пережил его смерть, плакал, стал вести дневник воспоминаний. Мальчик родился в результате первой беременности, у матери наблюдался токсикоз в течение первой половины беременности. В развитии

не отставал, хотя до двух лет плохо спал, плакал в связи с рецидивирующим отитом. В дальнейшем был общительным, любил подвижные игры, учился «средне». Окончил 8 классов, сейчас на 2-м курсе техникума. Год назад перенес грипп с высокой температурой. На пике инфекции постепенно стал вялым, безучастным, односложно отвечал на вопросы и торможения, не узнавал близких. В больнице: через двое суток состояние постепенно улучшилось, но об остром периоде не помнил. Через месяц при резкой перемене положения тела дважды бледнел и падал без судорог. В течение года влюблен в сверстницу Лену, близок с ней и хочет оформить отношения браком. В последний месяц они часто ссорятся, и на размолвки он реагирует бурно — со слезами выбегает на лестницу, выкрикивая угрозы покончить с собой, а она бросается за ним и успокаивает. Пять дней назад после очередной ссоры в присутствии подруги она не стала его уговаривать, как обычно. Оставшись один на лестнице, он, разбив окно, порезал руку и кровью написал на стене — «прощай». Убежал домой и плакал, затем уснул и проспал до середины следующего дня. Пришедшему другу рассказал обо всем случившемся и опять надолго заснул. В последующие три дня ощущал «пустоту в душе», на вопросы матери и друзей о своей возлюбленной отвечал, что никогда не был влюблен и никакой Лены не знает, не узнавал ее на фотографиях, не помнил описанного эпизода ссоры и удивлялся напоминаниям друга, которому сам же рассказал обо всем. На 4-й день его мать тайком привела к себе Лену, но он, войдя в комнату, спросил: «Кто это?» Напоминания не помогли, но когда Лена со слезами бросилась ему на шею, он разрыдался и все вспомнил. На следующий день врач при осмотре психопатологической симптоматики не зафиксировал.

При истерии описан синдром **фантастической псевдологии**. Здесь пробел памяти касается собственной биографии больного. **Пробелы заполняются фантастическими событиями.** Больные вживаются в рассказ, верят ему. Основное в развитии этого синдрома состоит в склонности больного переоценивать себя, в его

стремлении повысить интерес к своей особе, неудовлетворенность реальными переживаниями.

Эпилепсия отличается тем, что при очагах эпилептогенной активности в правом полушарии возникают явления дереализации и деперсонализации, состояния «уже виденного» и «никогда не виденного», слуховые — музыкальные и ритмические галлюцинации (воробьиное чириканье). Напротив, для очагов эпилептогенной активности в левом полушарии характерны вербальные иллюзии и галлюцинации; более грубое нарушение слухоречевой памяти; речевые явления в виде «ареста речи»; насильственные мысли и воспоминания.

Расстройства ощущений

Ощущение — форма отражения лишь отдельных свойств и качеств объектов действительности, непосредственно воздействующих на органы чувств. В норме ощущение из внутренних органов, «это смутное валовое чувство» (по Сеченову) не доходит до сознания либо воспринимается как неопределенное чувство внутренней тяжести. Развитие и дифференциация ощущений происходят в течение всей жизни человека.

При патологии возникают различные ощущения неприятного характера. **Сенсопатии** складываются из количественных изменений — гиперестезии, гипестезии и из качественных извращений — парестезий и сенестопатий.

Гиперестезия характеризуется резко выраженным усилением восприимчивости при воздействии обычных стимулов; свет, запахи ощущаются так интенсивно и остро, что становятся трудно выносимыми. Наблюдается в начальной стадии остро возникающего психоза и предшествует нарушению сознания.

Гипестезия — значительное понижение восприимчивости при воздействии обычных стимулов: мир в глазах больного теряет чувственную яркость и красочность. Звуки становятся глухими, неотчетливыми, голоса слышатся как бы издалека, теряют индивидуальные признаки; окружающее становится блеклым, бесформенным и застывшим.

Качественные извращения

Парестезии — неприятные многомерные ощущения (боль, покалывание, жжение, похолодание, пульсация, натяжение). Они возникают на поверхности тела в соответствии с зонами чувствительной иннервации, но без раздражения извне. Возникновение парестезий, как правило, связано с органическими изменениями в области задней центральной извилины головного мозга или афферентных нервных стволов, кожных рецепторов.

Сенестопатии. Это нарушения внутренней чувствительности в виде неопределенных, диффузных и весьма неприятных, постоянно беспокоящих ощущений внутри тела — в области живота, груди, головы, под кожей. Это трудно локализуемые и перемещающиеся тягостные ощущения сжатия, покалывания, переливания, ползания под кожей, волнообразного передвижения чего-то в желудке, стягивания, треска, лопанья и бульканья внутри черепной коробки. Внимание больного постоянно приковано к ощущениям зуда, жара, омертвения, вибрации и дергания. Ощущения эти перемещаются чаще снизу вверх по конечностям, позвоночнику. Хаос тягостных ощущений усиливает тревогу относительно неизлечимости заболевания. Сенестопатии чаще всего являются результатом не только органических, но и функциональных изменений в таламических отделах мозга.

В дошкольном возрасте (четыре-пять лет) сенестопатии, появляющиеся впервые, выступают в псевдоалгической форме, т. е. в виде болевых ощущений преимущественно в животе и конечностях, и носят преходящий характер. В младшем школьном и препубертном возрасте возникают более очерченные сенестопатические и сенестопатически-ипохондрические состояния. Выраженные сенестопатии наблюдаются в пубертатном возрасте и, как правило, сочетаются с ипохондрическим бредом в структуре шизофрении.

У одной больной шизофренией после перитонита возникло сенестопатическое состояние такого рода: она утверждала, что ясно ощущает в желудке отверстие, через которое вываливается пища, затем она поднимается по позвоночнику и поступает в мозг, где вызывает давление изнутри.

При хроническом течении сенестопатических нарушений возникает патологическая активация подкорковых структур (в основном таламических), что способствует формированию бредовых идей. Клинические картины с наличием сенестопатий возникают при неврозах, депрессиях, шизофрении и органическом поражении головного мозга. При затяжных невротических реакциях и эндогенных депрессиях больные обычно склонны относить признаки своего состояния к нарушениям внутренних органов либо иным проявлениям соматических болезней. Содержание ипохондрических жалоб у невротиков не приобретает бредовой окраски. Сенестопатическая симптоматика невротического характера может возникать и при соматогенных астенических состояниях после инфекционных заболеваний.

При шизофрении на фоне растерянности и страха выступают болезненные ощущения в различных частях тела с последующей бредовой интерпретацией ипохондрического типа.

Наблюдается и клиническая картина «чистой» сенестопатии без последующего бредообразования: сенестопатические жалобы у таких больных отличаются стойкостью, однообразием и бедностью патологической продукции. Больные производят впечатление внешне упорядоченных, но аффективно вялых, с сужением круга интересов вплоть до фиксации исключительно на собственных болезненных ощущениях. При органическом поражении головного мозга сенестопатии носят локальный характер, однообразны, скудны по содержанию и не имеют тенденции к переходу в другие состояния.

Расстройства восприятия

Восприятие — это **узнавание целостных предметов** действительности. Благодаря повторным восприятиям формируются представления — обобщенные образы (образные воспоминания) объективной действительности, возникающие в сознании в отсутствии соответствующего предмета. **Представления** — главный компонент детского воображения, детских фантазий. Детям свойственны чрезвычайная яркость и образность зрительных представлений, поэтому они с трудом отличают образы пред-

ставлений от непосредственного восприятия. Такую способность воспроизводить яркие образы называют эйдетизмом.

В связи с яркостью воображения, живостью фантазий, неустойчивостью внимания и относительной слабостью логического мышления восприятие детей отличается от восприятия взрослых: 1) поверхностностью; 2) фрагментарностью; 3) яркой эмоциональной окрашенностью. Представления отличаются меньшей обобщенностью, но большей конкретностью.

Между тремя и семью годами особое значение в сочетании образов действительности приобретает воображение — способность создания новых образов на основе прошлых образных представлений.

Патологию восприятий группируют на: **I — искажение восприятий; II — обманы восприятий; III — нарушения интенсивности.**

I группа — искажение восприятий.

1. Психосенсорные расстройства — искажения восприятия формы предметов (метаморфопсия), величины (микрופсия и макрופсия), количества реально существующих предметов (полиопсия). Временами больные не чувствуют пространственной ограниченности того места, где они находятся. Восприятие бесконечно раздвигающегося пространства вызывает у них страх. Нарушаются переживания не только пространства, но и времени: при депрессии больные часто говорят о пустоте, вакууме пространства и времени.

При шизофрении больные жалуются на угнетающее переживание остановки времени («мир остановился во времени», «живу вне времени и пространства»). Воспринимаемые предметы кажутся неподвижными, застывшими, безжизненными. Для больных шизофренией, у которых расширяется зона памяти, откуда черпаются обобщенные образы, мир и события оказываются более неопределенными, более многозначными (например, у больных часто возникают ложные узнавания: лечащий врач «узнается» как знакомый пожарник).

При эпилепсии все вокруг колеблется, деформируется, рушится, все представляется в бурном движении («оптическая буря»). Таким образом, в патологии сложных сенсорных образований происходит не простое выпадение, а дезинтеграция. Имеет

место не только функциональный распад, но иногда (при психозах с помрачением сознания) выявляется некритическое осознание этих патологических феноменов. Вследствие этого развиваются осложнения в виде иллюзорно-галлюцинаторной и бредовой продукции.

При искаженном восприятии и неправильной локализации большими частями своего тела говорят о расстройстве схемы тела («голова распухла», «рука удлинилась и отделилась от тела»). Панический ужас может приводить к резкому увеличению размеров тела с одновременным «превращением его в стекловидную массу и распадом тела на отдельные куски», наблюдаемые больным. Эти состояния, особенно невесомость, весьма неприятны и мучительны. При шизофрении больные склонны вовлекать эти нарушения в бред. Одна из больных всякий раз, когда ощущала «укорочение» ног, отрезала часть юбки, но вновь подшивала кусок материи, когда «укорочение» сменялось «удлинением». Другая больная, заметив «удлинение» одной ноги, задумала ампутировать ее часть. Возможность компенсации этих нарушений обусловлена степенью сохранности сознания больных.

2. Оптико-вестибулярные расстройства — искаженное восприятие устойчивости и местоположения окружающих предметов («шатается», «рушится», «проваливается», «удаляется»). Иногда бредовая трактовка оптико-вестибулярных расстройств у старших детей складывается в синдром гибели мира, описанный Котаром.

Психосенсорные расстройства могут быть следствием органических поражений теменно-затылочных отделов правого полушария и области межзатылочного мозга при энцефалитах, эпилепсии, опухолях мозга. Однако у детей (даже у младших) они часто встречаются в структуре помраченного сознания при токсико-инфекционных воздействиях.

II группа — обманы восприятий.

1. Иллюзии — ложные восприятия реально существующих объектов. В детстве во всех возрастных периодах встречаются чаще, чем у взрослых, и не только в патологии, но и в норме. Возникновению иллюзий способствуют **сенсорная депривация**

(тугоухость, плохое зрение или темнота) и **эмоциональное напряжение** (тревога, страх). Разделяются иллюзии по органам чувств.

Особую форму зрительных иллюзий составляют парейдолии — ложные изображения подвижных сцен, животных и т. п., складывающиеся при рассматривании рисунков обоев, трещин и пятен. Особенно часты они именно у детей при токсико-инфекционных психозах.

2. Галлюцинации — мнимые восприятия или восприятия без объекта.

Галлюцинации часто встречаются при психозах у детей всех возрастов, но выявление их бывает затруднительно, так как в первых, дети часто отождествляют их со сновидениями, а во вторых, галлюцинации у детей трудноотличимы от эйдетических образных представлений (табл. 6).

Таблица 6

Классификация иллюзий и галлюцинаций

Иллюзии		Галлюцинации			
По органам чувств	По содержанию	По органам чувств	По проекции	Простые (без темы)	Сложные (тематические)
Зрительные	Аффективные	Зрительные	Истинные	Фотопсии	Императивные
Слуховые	Вербальные	Слуховые	Ложные	Акоазмы	Комментирующие
Обонятельные	Парейдолии	Обонятельные			Угрожающие
Вкусовые		Вкусовые			Обвиняющие
Тактильные		Тактильные			Оскорбляющие

Чем младше ребенок, тем чаще у него преобладают зрительные и тактильные галлюцинации, а слуховые галлюцинации проявляются как более простые (в виде оклика — атематические). Все галлюцинации у младших детей возникают или усиливаются на фоне тревоги и страха, расстройств сознания, при ослаблении которых галлюцинации могут исчезнуть. Но у подростков уже может возникать синдром галлюциноза — обильные, чаще

однотипные галлюцинации на фоне ясного сознания, не подвергающиеся постоянной бредовой интерпретации.

Таблица 7

Особенности истинных и ложных галлюцинаций

Истинные галлюцинации	Псевдогаллюцинации
1. Воспринимаются как реальность	1. Воспринимаются как особые явления, отличные от реальных
2. Не сопровождаются ощущением «деланности»	2. Часто сопровождаются ощущением «деланности»
3. Проецируются в окружающее больного пространство	3. Проецируются больным в «субъективное» пространство
4. Яркие, «чувственные»	4. Менее яркие, «бесплотные», «искусственные»
5. Критики обычно нет	5. Иногда критическое отношение больного

Качественное своеобразие галлюцинаций состоит в том, что больной действительно это видит, слышит и чувствует. Это необычная и фантастическая ситуация — больной на самом деле воспринимает то, чего нет. Однако он видит образы своих представлений, которые приобрели свойства, присущие восприятиям. Образы проецируются вовне, отчуждаясь от своего «Я», от своего тела. С.С. Корсаков определял галлюцинации как мысль, одевшуюся в яркую чувственную оболочку.

Истинные галлюцинации проецируются вовне, их образы приобретают различную степень чувственной достоверности в зависимости от глубины патологического изменения сознания. Зрительные галлюцинации в сочетании с тактильными и обонятельными галлюцинациями чаще всего наблюдаются при помрачении сознания; у больных полностью отсутствует критическое отношение к ним. Вербальные галлюцинации, протекающие на фоне относительно ясного сознания, нередко сопровождаются бредовой продукцией. Здесь нет критики к содержанию галлюцинаций.

Обманы чувств на фоне измененного сознания, бреда и снижения интеллекта обычно неотличимы от реальных восприятий.

Невозможность разграничения обусловлена тем, что проекция субъективного вовне отличается характером чувственной живости, реальной достоверности и нарушением критического отношения самой личности к действительности.

При органическом поражении (травма, опухоль) иногда появляется критическое отношение к галлюцинациям элементарного характера (например, «окликам», «тихим бормотаниям»). При выходе больного из психоза галлюцинации дезактуализируются, теряют значимость.

В клинике чаще возникают слуховые и зрительные галлюцинации; при острых психозах в начальном периоде чаще встречаются галлюцинации зрительные, затем слуховые. При хронических и затянувшихся психозах преобладают слуховые галлюцинации.

Галлюцинации оказывают огромное влияние на содержание и течение психоза. Под их воздействием, особенно на фоне измененного сознания, нарушается способность к критике, самоконтролю и ориентации: у больного возникает неадекватное бредовое представление о самом себе и мире. Таким образом, создается реальная возможность бредообразования. В этом случае галлюцинации, бредовое восприятие, бредовая настроенность и бредовая мыслительная интерпретация составляют единую систему в патологическом содержании психоза.

Чуждое и недоброжелательное содержание психотической продукции по отношению к самому больному приводит к возможности развития императивных галлюцинаций (с повелительным содержанием). Это может повлечь за собой опасные насильственные акты. Так, под влиянием императивной галлюцинации больной шизофренией, учитель средней школы, убил топором родственницу, извлек ее сердце, зажарил и отдал кошке.

Галлюцинации телесного характера могут возникать и в форме «перевоплощения» самого больного в различных животных и людей. Так, больные заявляют, что превращаются в лошадь: ноги у нее волосатые, с копытами, от тела исходит конский запах (**зооантропия**). Другой больной утверждал, что каждая из обеих сторон его тела перевоплотилась в разных поэтов.

3. **Галлюциноиды** занимают промежуточное положение между галлюцинациями и эйдетическими представлениями:

- а) **гипнагогические галлюцинации** — спонтанно возникающие (исключительно) при засыпании, преимущественно зрительные образы, которые проецируются в темное поле зрения закрытых глаз. Иногда возможна их проекция во внешнее пространство, обычно неосвещенное, при открытых глазах;
- б) при **образных патологических фантазиях** на основе образов воспоминаний сперва перерабатываются представления о реальных событиях, а потом представления становятся фантастическими.

Все галлюциноиды чаще всего возникают на фоне астенизации, истощения тормозных процессов ВНД различными экзогенными факторами (инфекции, соматогении, психотравма), но могут наблюдаться и на начальных стадиях шизофрении.

Галлюцинации могут возникать у истеричных личностей под влиянием самовнушения при реактивных состояниях. У них же нередко при засыпании появляются гипнагогические галлюцинации, а перед пробуждением — **просоночные галлюцинации**. Эти феномены носят сноподобный характер.

К галлюцинациям в широком смысле относят и так называемые **псевдогаллюцинации**. Они воспринимаются не во внешнем мире, а в субъективном пространстве, вне своего «Я». Они отличаются отсутствием логической связи между собой, обладают неприятным, навязчивым и насильственным характером. У больных складывается убеждение, что различные голоса, видения, запахи и телесные прикосновения являются результатом чуждого воздействия. Над ними «совершаются эксперименты» с помощью токов, излучений и другой техники. Кто-то извне все это им «делает».

Случай из практики проф. В.П. Осипова (1923). Больной 38 л., уже несколько лет находился в психиатрической больнице. В разговоре и в поведении его обнаруживаются обширные галлюцинаторно-бредовые явления: он ежеминутно, за исключением сна, слышит голос, который «выражается сквернословно, или между собой разговаривают голосов несколько — четыре или пять, неизвестно, мужчины или женщины, так как в «алхимии» и мужчины могут говорить тон-

кими голосами, а женщины — басом; днем голоса слышнее, говорят по-русски, но иногда становятся непонятными: берут мой ум «посредством искусств», «слышу иногда, будто в моей голове, наравне с моей головой мысли вложены; действуют моим языком, осязанием действуют моим, властью посредством научности заставляют блуд делать, онанируют моими руками, начинают махать моими руками, кричать громкозвучно моим голосом; стервятину, падаль, мочу, женские половые органы в нос тычут; говорят они, вероятно, и с другими лицами в отделении; на воле, бывало, кивнут моей головой и ударят об стену».

Это псевдогаллюцинации слуховые, осязания, мышечного чувства. Больные чувствуют импульсы к произнесению слов и даже начинают говорить помимо своей воли под насильственным воздействием извне. Такие переживания В. Кандинский обозначил понятием **психического автоматизма**. Полное развитие синдрома Кандинского приводит к состоянию раздвоенности.

III группа — нарушение интенсивности.

1. **Синдром сенсорной гиперпатии** — резкое повышение интенсивности восприятия, когда все образы внешнего мира становятся раздражающе яркими, резкими и отчетливыми. При этом мышление может быть ускоренным, чувства обостренными. Встречается при астении, возникающей вследствие экзогенных воздействий.

2. **Синдром сенсорной гипопатии (или деперсонализация)** выражается снижением яркости, четкости восприятия больными либо окружающих предметов — **аллопсихическая деперсонализация (дереализация)**; снижением восприятия собственных психических процессов и свойств личности — **аутопсихическая деперсонализация (анестезия долороза)**; недостаточной отчетливостью своих телесных ощущений и физиологических отправлений — **соматопсихическая деперсонализация**.

При дереализации больные жалуются на утрату реальности восприятия окружающего. Со слов больных, «все стало «призрачным», «блеклым», «застывшим», «утратившим объемность»;

видится, как «сквозь дымку, пелену», «слышится глухо, как сквозь вату». При аутопсихической деперсонализации доминируют жалобы на мучительно болезненное ощущение «притупления (утраты) чувств, памяти»; на «поглупение», т. е. исчезновение образов в мыслительном процессе; на «пустоту» души, включая «Я». Больным кажется, что они обезличиваются и превращаются в безвольные автоматы. Однако следует подчеркнуть, что такая самооценка больных субъективна; объективное наблюдение показывает, что больные сохраняют полноту чувств, интеллектуальную продуктивность и хорошую память.

При соматопсихической деперсонализации больные нечетко дифференцируют вкус пищи — «все безвкусное», не испытывают чувства голода, а также насыщения после еды, жалуются на отсутствие или неполноценность сна, опорожнения кишечника или мочевого пузыря.

Однако данное состояние еще не выражает потерю своего «Я». Больной, разумно анализируя себя, считает, что своей личности не потерял, но ему «кажется», что он теряет свое «Я», раздваивается. Вернее было бы сказать, что у него наличествует **чувство потери Я**. Здесь личность наблюдает себя и мир как бы со стороны, как чуждое, незнакомое, непривычное и одновременно, разумно рассуждая, восстанавливает в уме реальность существующего, но все же не преодолевает болезненного состояния. Описана деперсонализация (вначале как защитная реакция) у узников концлагерей, а также у жителей блокадного Ленинграда.

Варианты деперсонализации встречаются у старших детей в структуре астении вследствие глубокого соматического и психического истощения, а также в структуре депрессий, подкорковых энцефалитов. При депрессиях такие симптомы не сопровождаются двигательным и идеаторным торможением. Больные даже слегка возбуждены вследствие внутренней тревоги, беспокойства и ощущения «потери чувств». При эпилепсии чаще наблюдаются состояния дереализации с симптомами метаморфопсии: изменения формы, размеров и веса своего тела и характерные изменения пространственных и временных отношений. При шизофрении они часто сопровождаются явлениями психического автоматизма.

Случай. Больная К., 6 лет. До 1 г не болела и развивалась нормально, в два года уже знала много стихов. С четырех лет знала буквы и начала читать, в пять лет считала в пределах 100, научилась писать. Впечатлительная, фантазерка. С четырех лет больна хроническим пиелонефритом. Была в тяжелом состоянии, применялся диализ, искусственная почка. Выписалась на поддерживающее лечение преднизолоном. В пять с половиной лет перенесла ОРВИ с высокой температурой, во время которого на фоне острых явлений ночью вскочила: на лице страх, тревога, видела в комнате зайцев, муравьев, пауков, снимала их с себя, матери, бабушки; затем на потолке видела цветы, луга, будто бы гуляла среди деревьев в лесу. Длилось это состояние около трех часов. В последующие ночи подобные явления повторялись, но более кратковременно, без страха. Во время них говорила, что «интересно», оставалась заторможенной и созерцающей, днем была вялой. Далее, в течение шести месяцев по ночам, просыпаясь, видела зайцев, цветы. Соматически: хронический пиелонефрит вне обострений.

Больная Е., 11 лет. От первой беременности с резус-конфликтом и тяжелым токсикозом на всем ее протяжении. Роды в срок. Сидит с пяти месяцев, ходит с 10 месяцев, говорит фразами с года. В три года впервые сочинила детский стишок. С 5 лет сочиняет стихи с содержанием, свойственным более старшему возрасту. С детьми к контакту не стремилась, но и не отвергала совместных игр. Любит большие тихие и познавательные игры, с куклами не играет. Неласковая, никогда не встречала родителей радостно, как это делает ее младшая сестра. С семи лет сначала редко, а теперь все чаще покашливает, не будучи простуженной. В последние два года стала еще и шмыгать носом, передергивая правой половиной лица. Если чем-либо увлечена, то эти движения прекращаются, а если встревожена — то усиливаются, тогда больная обкусывает ногти. Также в последние два года периодами появляются сжимающие головные боли, в последний год сопровождаются гипертоническими кризами до 140/90. По ночам часто кричит и бормочет об эмоцио-

нально насыщенных переживаниях прошедшего дня. Рано научилась читать, в восемь лет прочла «Три мушкетера» и затем долго фантазировала на эту тему, воображая себя «миледи». После прочтения книг Беляева стала часто задавать вопросы о жабрах, человеке-амфибии, о других планетах и инопланетянах. Все свободное время пишет пьесы фантастического содержания. При осмотре: охотно рассказывает о своих излюбленных фантазиях: «Есть планета — мать Азалия, где живут медузы крылатые и с жабрами. Я родилась на Азалии, с крыльями, прилетела оттуда и была медузой, затем жила во Франции вторую жизнь в образе Миледи, а теперь живу здесь. Возможно, внутри тела есть жабры, но их не видно». Называет все это фантазиями, но хочется, чтобы это было на самом деле — тогда делается приятно. В одиночестве, вспоминая свои и чужие фантастические истории, боится представленных самою образов, иногда слышит в ушах тихое и невнятное бормотание, на улице изредка кажется, что кто-то идет за ней — «возможно, привидения». Дома, в присутствии посторонних, страхов нет, ведет себя обычно. Однажды оговорились, что ушибла «крыло», а не плечо, но тут же себя поправила.

Патология мышления

Мышление — познание взаимосвязей между предметами, их общих свойств и сущности. В мышлении ассоциируются ощущения с образными представлениями и понятиями путем логических операций (сравнения, аналогии, обобщения по сходным признакам, выделение главного из второстепенных признаков, классификация представлений и понятий). С 2 до 4 лет преобладает наглядно-действенное мышление, с 4 до 7 лет — конкретно-образное, а с 8 до 16 лет конкретное мышление вытесняется абстрактно-логическим.

Патологию мышления разделяют на три группы.

I группа — нарушение темпа ассоциаций. У детей часто наблюдаются нарушения темпа и глубины ассоциаций.

1. **Ускорение мышления** развивается у подростков при маниакальных состояниях. При этом отмечается облегченное возник-

новение ассоциаций, но они становятся поверхностными, ускорен переход от одной мысли к другой. В то же время нет, как у взрослых, выраженного оживления и «скачки идей», а наблюдается отвлекаемость внешними стимулами

2. Заторможенность мышления как преходящее расстройство развивается при депрессиях (биполярный, или маниакально-депрессивный, психоз), при психогенных и соматогенных депрессиях. При этом у детей редко появляются депрессивные идеи самообвинения, или они выражены рудиментарно. Преходящая заторможенность мышления наблюдается также при астении (постинфекционной, соматогенной). Она отличается замедленным осмыслением, затрудненностью воспоминаний и ассоциаций.

3. Стойкое замедление мышления характерно для органических поражений головного мозга (после энцефалитов, асфиксий, интоксикаций). При умственной отсталости, особенно в умеренной и выраженной степенях, а также при астенической форме психического недоразвития (Д.Н. Исаев, 1982) замедление мышления сочетается с его обеднением, недоразвитием абстрактно-логического мышления. Наиболее выражено замедление мышления при эпилепсии. Такое замедление наблюдается не только после припадков, но даже между припадками при злокачественном течении эпилепсии (когда нарастает инертность нервных процессов). При этом замедление мышления нередко сочетается с замедлением речи, ее словесным обеднением (**олигофазия**) и замедлением движений.

4. Персеверации мышления — ненужные повторы мыслей. Типичны для злокачественной эпилепсии.

5. Вязкое, обстоятельное мышление эпилептиков излишне застревает на несущественных деталях. Так, девочка 10 лет, страдающая эпилепсией, объясняла врачу, как к ней проехать: «Опустите пяточок, встаньте на лесенку, она свезет вас вниз, встанете на перрончик, подойдет вагончик, откроются дверцы» и т. д., а когда ее спросили, до какой станции метро ехать, то сказала: «Я же объясняю...» и вновь начала повторять все сначала.

II группа — нарушения логической структуры и целенаправленности мышления. Характерны для шизофрении, особенно в пубертатном периоде.

1. При **символическом мышлении** больные видят особый смысл в словах и действиях окружающих или сами вкладывают в словесные понятия не свойственное им содержание.

Непонятность речи больных подростков с символическим и разорванным мышлением усугубляется включением в речь неологизмов — выдуманных слов, смысл которых понятен только больному: «плазмоутян собралось много, а фуестр плюнул чернилами».

2. **Паралогическое мышление** — из правильных логических предпосылок пациент выводит **логически непоследовательные умозаключения**. Такое мышление побуждает больного к нелепым действиям. Например, больной в течение целого дня, стоя, вращался на одном месте слева направо по направлению часовой стрелки. На вопрос: «Почему ты вращаешься?», — ответил: «Врачи говорят, что время лечит, так вот я и превратился в часы и этим лечу себя». Другой заявил: «Доктор, я в клинике у вас ничего не делаю и даром ем ваш хлеб. Прошу ампутировать мне одну ногу, чтобы я стал инвалидом, тогда я перестану быть дармоедом». При этом часто наблюдаются **«соскальзывания»** с последовательно развивающейся темы или **«мимо-ответы»** на поставленные вопросы. При психологическом обследовании паралогическое мышление у детей часто выявляется в виде неадекватных обобщений или неожиданных своеобразных объяснений сюжетных рисунков.

3. **Разорванное (атактическое) мышление** характеризуется грубым нарушением логических связей, неожиданными ассоциациями, наплывами разнородных мыслей (**ментизм**). Это приводит к неожиданности, непонятности речи больных, так как при разорванном мышлении нарушаются логические речевые связи при сохранности грамматического строя речи. Так, девочка 15 лет сказала: «Я поступила в больницу потому, что глист гуляет по Садовой» (оказалось, что она проходила глистогонное лечение на Садовой улице).

4. От разорванности мышления следует отличать **бессвязность мышления**, когда логические связи между текущими ощущениями и представлениями вовсе не образуются или же ослаблены. Тогда **нарушается не только логическая, но и грамматическая**

стройность речи. Бессвязность мышления характерна не для шизофрении, а для **расстройств сознания при экзогенных психозах.**

Сохранность грамматических связей также позволяет отличить разорванное мышление от аграмматизмов, которые иногда встречаются при органических поражениях мозга, умственной отсталости и эпилепсии у детей. Выраженная атаксия мышления отмечается у подростков при гебефренической форме шизофрении. В пубертатном возрасте чаще наблюдается меньшая выраженность атаксии в виде аморфного, непоследовательного мышления с «соскальзываниями» от конкретной темы в сторону, на общие рассуждения, что иногда трудно отличить от резонерского мышления.

5. Резонерское мышление — пустое, нецеленаправленное рассуждательство, бесплодное по своим выводам и результатам. Больного с апато-булическим синдромом спрашивают: «Почему не ходишь?» Ответ: «Зачем? Ноги ведь не казенные». Другому больному шизофренией предложили разложить 32 цветовых оттенка на группы приятных и неприятных цветов; вначале он отказался и нравоучительно заметил: «Дело не в приятности цветов, а в целевом назначении человеческого организма». Частым проявлением резонерства, по-видимому, является **битендентность** мышления — противоположность суждений по поводу одного и того же объекта.

Возрастной особенностью резонерского мышления также является встречающаяся в 14–16 лет так называемая **метафизическая «интоксикация»**. Так, ученик ПТУ 14 лет начал рассуждать о путях развития науки на стыках наук, появлении при этом иностранных слов и терминов, которые входят в быт, о необходимости реформы языка и так далее. Можно было ожидать развития реформаторских идей, но у этого больного появились резонерские рассуждения о значении науки, прогресса, а позже паралогическое и битендентное мышление.

Непоследовательное мышление можно рассматривать как патологию лишь с 10 лет. У детей младшего возраста нарушение целенаправленности мышления, его непоследовательность, несоответствие намерений и последующих действий, **случайные «бездумные»** ответы наблюдаются и в норме, но чаще при органических поражениях лобных отделов (нередко сочетаясь с

расторженностью) или при атонической форме умственной отсталости (сочетаясь с аспонтанностью поведения, трудностью привлечения внимания).

6. Аутистическое мышление — оторванное от реальной действительности и подменяющее ее внутренним миром воображаемых представлений, фантазий с убежденностью в их реальности. При этом аутистическое мышление, в отличие от нормального, побуждается не ощущениями и восприятиями реальности, а эмоциональными факторами — неосуществленными желаниями или (реже) опасениями личности.

У детей дошкольного возраста рудиментом аутистического мышления выступают бредоподобные фантазии с игровыми перевоплощениями.

7. Бредоподобные фантазии с игровыми перевоплощениями, при которых ребенок представляет себя одушевленным или неодушевленным предметом и долго ведет себя соответствующим образом с игнорированием реальной ситуации.

Выделяют три патогенетических разновидности такого синдрома патологического образного фантазирования:

- а) **агрессивно-садистическое фантазирование** (обычно у мальчиков) с придумыванием мучительных наказаний для обидчиков, сражений и войн, стихийных бедствий;
- б) **фантастические самооговоры и оговоры** (чаще у девочек) сексуального содержания о мнимых любовных победах или изнасилованиях;
- в) **фантазии героического превосходства** (чаще у мальчиков) с содержанием преувеличения положительных качеств личности (типа «неустрасимости») с детективным содержанием; типа превосходства в силе или уме — «со мной дрались 10 взрослых, а я всех разбросал, как щенков».

Разновидности синдрома патологического фантазирования встречаются в структуре психопатических свойств личности или начальных проявлений параноидных шизофрений.

В отличие от первичных, быстро меняющихся, тесно связанных с реальностью фантазий здорового ребенка, патологические фантазии стойки, стереотипны, нередко оторваны от реальности, причудливы по содержанию и часто определяют патологическое поведение больного. При нормальных фантазиях дети

сознают, что они «играют», «воображают», «выдумывают», и могут переключиться от фантазий к реальности. Такого критического отношения лишены патологические (аутистические) фантазии.

III группа — патологические идеи (патологическая продукция).

1. **Доминирующие идеи** — правильные мысли, связанные с житейской ситуацией, преобладающие в сознании, вытесняющие все другие мысли и мешающие сосредоточиться на текущей деятельности. Например, постоянные мысли в школе о больной матери дома, о возможном наказании за проступок или мысли о предстоящем экзамене. Они наблюдаются на фоне депрессии или тревоги, но исчезают при разрешении ситуации.

2. **Сверхценные идеи** — также связаны с реальностью и очень значимы для больного, но благодаря эмоциональной насыщенности, искажают реальность (хотя внешне правдоподобны). У взрослых эти идеи чаще развиваются при паранойяльной психопатии (идеи изобретательства, разоблачительства, ревности) и при соматическом заболевании (ипохондрические идеи).

Для детей такие сложные и длительные построения не характерны. Как сверхценные образования у них описываются:

- а) **односторонние увлечения** в препубертатном и пубертатном периодах. Так, наблюдался мальчик, который многие годы интересовался только географическими картами. У детей младшего возраста это часто проявляется стереотипными пытливыми вопросами (типа — *«Почему люди умирают?»* и т. п.);
- б) пубертатному возрасту также свойственна односторонняя озабоченность: моно-идеи некрасивого телосложения (**дисморфофобия**) или необходимости ограничения в еде (**психическая анорексия**). В основном эти идеи направлены на себя. Если же они начинают распространяться на окружающих («смеются», «презирают»), то приобретают чаще бредовый характер, резко меняют поведение больного, и тогда следует думать уже не о психопатии, а о шизофрении.

3. **Навязчивые идеи** возникают произвольно, но осознаются больным критически, как неправильные. Больной стремится избавиться от них, но это удастся лишь на время. Такие идеи

характерны для невроза навязчивых состояний, нередко сопровождаются защитными действиями (**ритуалами**).

У детей навязчивыми являются не столько мысли, сколько страхи. Чем старше ребенок, тем больше у него выражен этап сомнений, борьбы и последующей критики. Это хорошо видно при сравнении страха темноты у детей и подростков.

К рудиментарным навязчивым идеям дошкольного возраста относятся назойливые бессмысленные вопросы, не имеющие познавательной цели. При этом дети, как правило, не дожидаются ответов и не слушают их, стереотипно повторяя один и тот же вопрос. Такие навязчивости возникают в продромальном (скрытом) периоде шизофрении или при атонической форме умственной отсталости.

4. Насильственные мысли более элементарны, возникают неожиданно, неодолимо и более нелепы по содержанию. Их нелепость осознается, но требуется большое усилие, чтобы не подчиниться этой мысли, а часто остановить действие не удается. Эти состояния возникают у лиц, перенесших травмы или энцефалиты. Такие дети с трудом удерживаются (особенно когда им читают нотации родители или воспитатели), чтобы не рассмеяться, не выругаться, не показать язык или не отвернуться. У более старших детей (10 — 15 лет) появляются еще более грубые мысли и желания **самоагрессии, самоистязания** (броситься вниз с балкона, моста); (схватить за нос, за волосы, ударить ногой, ножом), а также **хульные мысли** (неприлично выругаться). Появление подобных мыслей и желаний мучительно для больного, так как противоречит инстинкту самосохранения и нравственным установкам; поэтому такие состояния нередко обозначают как контрастные мысли.

У младших детей насильственным играм родственны **«атематические игры»** — дети часами играют с предметами, не имеющими игрового назначения (веревочки, бутылки), крайне увлечены ими и не обращают внимания на окружающее, но раздражаются, если их пытаются отвлечь.

Случай. Больной А., 6 лет. Отец, 32 года, замкнутый, сдержанный в проявлениях эмоций, увлекается шахматной композицией. Мать, 30 лет, математик, мягка, приветли-

ва, избирательно общительна. Ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией во второй половине. Роды затяжные, с лекарственной стимуляцией. С двух месяцев на искусственном вскармливании. В грудном возрасте, будучи взятым на руки, не стремился обнять мать, плохо ел и спал, был капризным, крикливым. Ходит с года. Первые слова после года, фразовая речь с 3-х лет. Легко запоминал и спонтанно воспроизводил музыкальные пьесы, дикторский текст, услышанные по радио. Речь не носит коммуникативного характера, часто повторяет вопросы, хотя уже получил ответ. В детсаду был «сам по себе», в стороне от детей, часами заводил сломанную игрушку или наблюдал за струйкой воды, текущей из крана. Боялся всего нового (игрушек, гостей, перестановки мебели). В четыре с половиной года госпитализирован. В больнице: безразличен к окружающему, больных и персонал не замечает, смотрит мимо них, хотя отвечает на повторные вопросы. В игровой комнате подолгу вертит коробочки от игрушек. Внимание привлекается с трудом и лишь на короткое время. Творческой игры и содержательного рисунка нет. Моторно неловок. В еде избирателен. Местоимение «я» не использует. Вербальный IQ — 115, невербальный — 76.

В шесть лет стал называть себя в первом лице, в детсаду более адекватен, хотя всегда выпадает из игрового и общего режима. Рисунки стали более содержательными. Изредка участвует в общих занятиях. Научившись считать, постоянно пересчитывает число секций в отопительных батареях и число букв в строчках. Любит пересказывать zapomнившиеся сказки и истории, не адресуясь к кому-либо конкретно. Эмоциональные реакции стали более живыми, но тепла, сочувствия к близким не проявляет. Внимание трудно привлекается и переключается.

5. Бредовые идеи — болезненные заблуждения, нелепые по содержанию и не поддающиеся критике.

По содержанию выделяют идеи отношения, преследования, отравления, психического и физического воздействия, величия, материального ущерба и др. Выделяют также бредовые идеи, имеющие отношение к собственной психике, телесному состоянию

и физическому здоровью — бред гипнотического внушения, индуцированный, сенестопатический, ипохондрический, нигилистический (Котара).

Различают отрывочный бред и стойкий систематизированный бред.

Выделяют три синдрома, или этапа **систематизированного бреда**:

а) **паранойяльный синдром** характеризуется систематизированным бредовым толкованием реальных фактов в отсутствие нелепых суждений и галлюцинаций.

Больной с бредовыми расстройствами, чувствуя, что с ним произошла какая-то перемена, начинает подозревать, что все окружающие обращают на это внимание, что к нему изменилось отношение, что все вокруг стали какими-то странными и особенными. Таким образом, больной «переносит» изменение собственной личности на других. Бредовые идеи в дальнейшем разрастаются, вовлекают все больше «фактов», подтверждающих его ложную посылку;

б) при **параноидном синдроме** бредовому толкованию подвергаются галлюцинации и другие расстройства восприятия. Разновидностью параноидного синдрома является **синдром психического автоматизма Кандинского—Клерамбо**. В его структуру входят **симптом отчуждения принадлежности себе собственных психических актов, симптом овладения и открытости окружающим собственных мыслей, псевдогаллюцинации и бредовые идеи психического или физического воздействия** (гипнозом или аппаратами, лучами, током). Синдром психического автоматизма характерен для шизофрении.

Рудиментарной формой психического автоматизма у дошкольников являются **безличные обращения к окружающим или называния себя во втором или третьем лице** — «он хочет пить» и т.п.;

в) **парафренный синдром** отличается нелепо-фантастическим сочетанием бреда величия с бредом преследования, вымыслами, напоминающими конфабуляции, и обильными галлюцинациями.

У детей бред возникает редко, особенно стойкий и систематизированный. Такой бред наблюдается лишь с 10–11 лет. У дошкольников при инфекционных состояниях может появиться-

ся яркий, образный, отрывочный бред. Обычно он рудиментарен и нестойк, напоминает детские страхи. Яркие образные переживания, галлюцинации, иллюзии или психосенсорные расстройства с отрывочным бредовым толкованием возникают на фоне тревоги лишь на 1–2 дня. Однако еще в течение недели могут сохраняться страх остаться одному, некритическое отношение к перенесенному. Другой разновидностью являются приступообразные бредовые страхи.

У младших школьников часто появляется **бред враждебного отношения** одноклассников — мысли о том, что они насмеются, издеваются, могут ударить, искалечить, убить, в связи с этим ребенок отказывается ходить в школу. Рудиментом параноидного бреда в этом возрасте является **чувство присутствия постороннего**.

В пубертатном возрасте характерен **дисморфоманический бредовой синдром**, состоящий из уверенности в уродливом строении своего тела, бредовых идей отношения окружающих к мнимому недостатку, симптома его маскировки и зеркала, чтобы рассмотреть тело самому.

Случай. Больная С., 15 лет. Воспитывалась в интеллигентной семье, где бабушка — бывшая актриса, любила рассказывать о своих успехах у мужчин в юности. Девочка хорошо училась в школе, занималась в драмкружке, была общительна, но подруг не имела. С 12 лет очень быстро — в течение года — выросла и оформилась, с 13 лет — менструации. С этого времени стала грубить матери, бабушке и учителям, стала хуже учиться. Прочитав мифы Древней Греции, задумывалась о физической красоте, о «греческом профиле». Рассматривая себя в зеркало, огорчалась своим несоответствием «идеалу». Стала замкнутой, избегала быть на людях, ограничила круг знакомых. Появились раздражительность и враждебность к матери, иногда называла ее «мачехой». Размышляла об искусстве, читала историю театра, хотела стать актрисой, но... оставила занятия в драмкружке. Переодевалась и представляла себя в греческих трагедиях перед зеркалом. Рассматривала свой нос и находила его «утиным». В тетрадях рисовала головки с «античными» носами. Стала носить длинную челку, куталась в

шарф, часто делала вид, что сморкается. Была подавлена, плакала. Быстро возвращалась домой, так как прохожие «переглядывались и посмеивались» на ее счет. Перед госпитализацией старалась вообще не выходить из дома. В больнице: подавлена, избегает общения. Требуется косметической операции. Подозревает, что она приемная дочь у своих родителей.

При шизофрении такие идеи, чаще касающиеся лица («дегенеративный лоб», «глупые глаза», «уродливый нос», «лошадиная челюсть»), нередко переходят в бред физического воздействия, якобы испортившего организм. Как вариант дисморфомании у подростков возникает **бред плохих запахов**. Чаще у мальчиков появляется убеждение об истечении запаха из заднего прохода, из подмышек, от половых органов. При шизофрении эта разновидность трансформируется в **нигилистический бред** («внутри все сгнило»), часто с трактовкой сделанности извне.

Для подростков также характерен **бред чужих родителей**, истинными родителями они считают других, значительных лиц. Часто это сопровождается **бредом жестокого обращения**. Для подростков с дисгармоничным пубертатным периодом, ускоренным половым созреванием характерен **бред переделки половой принадлежности или возраста**.

Бредоподобные фантазии наиболее типичны для подростков с чертами истероидной психопатии, которые хотят предстать перед сверстниками в роли героев, незаурядной личности, для чего преувеличивают факты, сочиняют небылицы и сами в них верят. Эти идеи, как и сверхценные, возникают на основе реальных событий, но они обычно нестойки, исчезают, когда сверстники теряют к ним интерес или разоблачают преувеличение. Так, мальчик 13 лет рассказывал, как помог оперативной группе задержать важного преступника. В действительности же он показал дружинникам, в какую сторону побежал хулиган. Пытаясь развить эту тему, он на следующий день сказал товарищу по секрету, что его скоро пригласят участвовать в работе оперативной группы. Но ребята ему уже не верили. Позже он рассказывал, как сосед-музыкант заинтересовался его импровизациями на пиа-

нино и их скоро напечатают. Вскоре дети утратили интерес и к этой истории.

Если же бредоподобные фантазии держатся стойко и имеют тенденцию развиваться, следует думать о развитии шизофрении со сверхценными или бредовыми идеями. Так, мальчик 14 лет вначале говорил, что готовит себя для помощи освободительным движениям, изучает политическую обстановку в Южной Америке, испанский язык, взрывчатые смеси, будет героем, как Че Гевара. Позже он уже говорил, что его преследует ЦРУ, замечает за собой слежку. В больнице была диагностирована шизофрения.

Расстройства влечений

Влечениями называют побуждения к деятельности, возникающие независимо от сознания, направленные на удовлетворение инстинктивных потребностей. Физиологическую основу влечений составляют сложные врожденные безусловно-рефлекторные механизмы (инстинкты).

Часто произвольная деятельность обратно пропорционально зависима от инстинктивной: ослабление воли может приводить к растормаживанию влечений и наоборот.

У детей нарушения влечений занимают больший удельный вес, чем у взрослых. Различают повышение, понижение, извращение и импульсивность влечений. При этом больные начинают действовать помимо воли или наперекор ей. Чаще всего встречаются нарушения следующих влечений: пищевого, полового, самосохранения. Нередко отмечаются сочетания расстройств разных влечений (например, пищевого и самосохранения, полового и самосохранения и др.).

Расстройства пищевого влечения

Повышение пищевого влечения проявляется повышением аппетита и даже прожорливостью — **булимией**. Встречается в довольно раннем возрасте в виде компенсации отрицательных эмоций при тревоге, страхах, острых и хронических психотравмах, но чаще — при органических поражениях головного мозга

(диэнцефальные нарушения, некоторые формы умственной отсталости, психопатоподобные состояния после энцефалитов, травм головного мозга).

Понижение пищевого влечения встречается в виде снижения аппетита, а также **анорексии** — отказа от пищи. До трех лет, помимо снижения аппетита, это расстройство может проявляться срыгиваниями, привычными рвотами. С трех до шести лет анорексические нарушения часто встречаются у невропатов и при неврозах в виде избирательности и капризности в еде, в длительном удерживании пищи во рту, медленном ее пережевывании. При вялотекущей шизофрении может отмечаться сверхценное и даже бредовое отношение к некоторым видам продуктов.

У подростков может наблюдаться так называемая **нервная анорексия**, проявляющаяся упорным отказом от приема пищи, сопровождающаяся исхуданием и другими симптомами голодания. Чаще этим страдают девочки (90–95%). Заболевание начинается постепенно, с перехода на малокалорийную диету с целью похудеть. Аппетит со временем исчезает полностью, а потеря веса часто ведет к кахексии. Диагностическими критериями служат:

1. Значительная потеря массы тела;
2. Потеря массы тела, достигнутая:
 - а) избеганием жирной пищи;
 - б) вызыванием рвоты;
 - в) изнурительными упражнениями;
 - г) приемом слабительных;
 - д) подавлением аппетита диуретиками;
3. Искажение телесного образа (сверхценные идеи ожирения);
4. Выраженные эндокринные расстройства (аменорея).

Это **патологическое развитие личности** кодифицируется по МКБ-10 в разделе «Поведенческие и психические расстройства, сочетающиеся с физиологическими дисфункциями». Частота случаев анорексии резко увеличилась за последние 25–30 лет.

Этот аноректический взрыв в популяции связывают с эмансипацией женщин, расширением сфер их общения и деятельности, уровнем культуры. Женщины составляют 95% больных анорексией.

Заболевание возникает в подростковом возрасте (12–15 лет). Пусковым механизмом является наступление полового метаморфоза, приводящего к расстройству представлений о схеме тела. У 78% больных развитию болезни предшествовало переживание потери близкого человека вследствие смерти, разлуки или воображаемой его потери. Саморазрушающее поведение связано с наиболее важными личностными переживаниями. Голодание — это эмоциональная попытка справиться с чувствами, импульсами и поступками. Больные часто рассматривают свой контроль аппетита и массы тела как показатель способности быть продуктивными и компетентными. Такая оценка контроля за своим поведением вызывает у больных извращенное чувство самодовольствия. Больные хотят соответствовать традиционному стереотипу женской роли, выраженному в стремлении к худощавости и в пассивной, приспособленческой позиции к жизни. С одной стороны, они желают признания мужчин, а с другой — охвачены страхом перед ними.

Заболевание начинается после психотравмы — незначительной, по мнению окружающих, но серьезной для больного. Такие травмы носят односторонний характер: больных обвиняют в обжорстве, дразнят, указывают на непропорциональную полноту отдельных частей тела, отказывают в приеме в кружки танца или спортивные секции.

Первичный этап характеризуется мыслями об излишней полноте фигуры в целом или частей тела. В связи с этим иногда возникают незначительные изменения настроения, идеи отношения. Появляются мысли о необходимости исправления внешности. Больные часто стремятся подражать своему идеалу для того, чтобы достичь похожей фигуры.

Аноректический этап начинается с активного ограничения в еде. Больные диссимилируют свой отказ от еды, тайком выбрасывают пищу. Одновременно для достижения желаемого изящества фигуры они применяют изнуряющие физические нагрузки (гимнастика, интенсивные занятия бегом). В этот период снижение аппетита отсутствует, и больным приходится бороться с чувством голода. Из-за отказов от еды возникают конфликты с родителями. Все это приводит к почти не прекращающемуся

эмоциональному напряжению, которое при столкновении с родителями разряжается аффективными вспышками. Наряду с потерей массы тела на 10–15% у девочек отмечается аменорея. Появляются запоры, гирсутизм.

На кахектическом этапе преобладают соматоэндокринные нарушения. Масса тела может понизиться до 50% от нормы. Полностью исчезает подкожная жировая клетчатка, мышцы истончаются. Отмечаются изменения внутренних органов: дистрофия миокарда, брадикардия, гипотония, нарушения деятельности ЖКТ (запоры, гастрит, гастроэнтероптоз, энтероколит). Развивается астения — вначале раздражительная слабость, затем преобладает адинамия наряду с вялостью, безразличием.

При отсутствии стационарного лечения кахексия в единичных случаях может привести к летальному исходу. Выздоровливают до 55% больных, у 30% наблюдается значительное улучшение, у 20% состояние серьезно ухудшается. Примерно $\frac{1}{3}$ больных в течение всей дальнейшей жизни придерживаются строгих ограничений в приеме пищи, отличаются крайней худобой, но сохраняют удовлетворительную социальную адаптацию.

Эта патология встречается при истерическом неврозе, реже — в дебюте шизофрении.

Извращения пищевого влечения чаще проявляются в виде поедания несъедобных веществ (**копрофагия**) у хронически больных с интеллектуальным (выраженная степень умственной отсталости) и эмоционально-волевым дефектом (шизофрения).

Расстройства полового влечения

Вследствие недифференцированности сексуального влечения у детей его проявления могут показаться извращенными, хотя таковыми не являются, ибо по достижении пубертатного возраста они оказываются вполне нормальными.

Расстройства полового (сексуального) влечения у детей отличаются большим разнообразием, что объясняется различной степенью его зрелости в разные возрастные периоды.

Повышение полового влечения (**гиперсексуальность**). До трех лет может проявляться в виде различных манипуляций со свои-

ми половыми органами. Эти действия могут доставлять ребенку субъективные приятные ощущения, но не должны расцениваться как онанистические акты, так как не сопровождаются гетеро- или гомосексуальными фантазиями.

У детей 3–7 лет иногда встречается стремление обнажаться перед другими детьми разного пола, обниматься и целоваться с ними, рассматривать свои и чужие половые органы и т. п. Это рудиментарные проявления полового влечения часто отмечаются при дефектах воспитания и лишь иногда могут являться следствием нервно-психических расстройств.

Среди 7–11-летних детей довольно широко распространен **онанизм** (правильнее **мастурбация**) — искусственное раздражение половых органов с целью вызывания оргазма, сопровождающегося фантазиями сексуального характера. И мастурбация, и эротические сновидения рассматриваются современной сексологией как нормальный компенсаторный феномен, позволяющий снять физиологический дискомфорт от невозможности удовлетворить половое чувство естественным путем. При неправильном отношении к этому явлению мастурбация может принять характер навязчивости. Пробуждающийся интерес к сексуальным вопросам при повышении полового влечения приводит детей к стремлению рассматривать порнографию, подсматривать за половыми сношениями взрослых, цинично браниться, слушать и рассказывать истории сексуального содержания. В этом возрасте уже могут встречаться эротические сновидения, сопровождающиеся эрекцией или даже оргазмом.

Период с 12 до 16 лет является периодом физиологической гиперсексуальности. Мастурбация в этом возрасте встречается очень часто (у 70–80% подростков мужского пола и 40–50% женского) и обязательно сопровождается яркими сексуальными фантазиями. Учащаются сны эротического содержания, сопровождающиеся поллюциями и оргазмом. Дети этого возраста начинают открыто проявлять симпатии, оказывать знаки внимания отдельным сверстникам противоположного пола. Эти явления относятся к реакциям формирования сексуального влечения.

У психопатизированных личностей гиперсексуальность часто проявляется девиантными формами полового поведения в виде **взаимной мастурбации**, **петтинга** (достижения партнерами

полового удовлетворения путем взаимных ласк, но без полового сношения), **промискуитета** (беспорядочных половых связей с разными партнерами).

Понижение полового влечения до пубертатного возраста практически не проявляется. В пубертатный период обращает на себя внимание отсутствие характерного для этого возраста интереса к сексуальным вопросам, к противоположному полу. Часто сопровождается задержкой развития вторичных половых признаков в связи с эндокринной патологией.

Извращения полового влечения. Наиболее частый вид извращений полового влечения — **гомосексуализм**. Проявляется во влечении к половым контактам с лицами одного пола. В период юношеской гиперсексуальности элементы гомосексуализма отмечаются довольно часто, что связано с недостаточной дифференцировкой сексуального влечения, большей доступностью обсуждения сексуальных вопросов и получения сексуального удовлетворения среди сверстников своего пола. Обычно при появлении возможности удовлетворения сексуального влечения с партнером противоположного пола подростки отказываются от гомосексуальных связей. Таким образом, этот вид отклонения сексуального влечения носит в пубертатном возрасте транзиторный характер.

Садизм — половое извращение, при котором половое удовлетворение достигается в процессе причинения партнеру физической боли. До шести лет проявления рудиментов садизма заключаются в удовольствии, получаемом при совершении действий, вызывающих отвращение окружающих. К ним также относят стремление причинять боль родным, мучить животных. С семи до пятнадцати лет садистические рудименты встречаются в виде издевательств над младшими и слабыми, находят отражение в рисунках, фантазиях садистического содержания. Последние иногда могут сопровождаться онанистическими актами.

Мазохизм — половое извращение, при котором для достижения полового возбуждения и удовлетворения необходимо испытывать физическую боль или моральное унижение, причиняемое партнером. Встречается реже, чем садизм. Может развиваться, если лица противоположного пола часто наносят ребенку побои

по ягодицам. Дети до шести лет с рудиментами мазохизма не стремятся избежать наказаний, часто провоцируют их, неадекватно на них реагируют. Дети 7–15 лет с рудиментами мазохизма бывают довольны ролью отвергаемых сверстниками, стремятся вызвать оскорбления, побои со стороны лиц противоположного пола. Часто явления мазохизма сопровождаются снижением влечения к самосохранению.

Расстройства полового влечения могут свидетельствовать о неправильном воспитании ребенка, неправильном понимании им своей половой роли. Реже эти нарушения говорят о нервно-психическом заболевании. Подобные расстройства встречаются у невропатов и невротиков, при психопатиях и шизофрении, при некоторых формах умственной отсталости и органических поражениях головного мозга разного генеза.

Расстройства влечений, связанных с инстинктом самосохранения

1. Повышение инстинкта самосохранения.

Незначительное повышение инстинкта самосохранения проявляется в виде боязни всего нового, перемен, незнакомых объектов, в приверженности к стереотипному порядку. Подобные явления встречаются при раннем детском аутизме, при невропатии, при шизоидной и психастенической психопатиях, при шизофрении и атонической форме умственной отсталости.

Выраженное повышение инстинкта самосохранения приводит к его **извращению** и проявляется **агрессивностью**. До трех лет рудиментарные проявления агрессивности выражаются немотивированным, стойким упрямством. С трех до семи лет дети с повышенной агрессивностью особо конфликтны, иногда проявляют прямую агрессию к окружающим, в том числе к матери и близким. Это может сопровождаться отказами от еды. В школьном возрасте такие дети испытывают недоверие ко всем, радость при неудачах окружающих, их физических страданиях. Часто дерутся, при этом бывают очень жестокими, издеваются над младшими.

Агрессивность становится особенно постоянной и жестокой, если сочетается с садистическим извращением полового влечения, складываясь в **агрессивно-садистическое поведение**. Встречаются повышение влечения к самосохранению и извращение его в виде гетероагрессивности при ядерных и органических психопатиях, при шизофрении (тогда выступают малая мотивированность, вычурность, особый садизм), при резидуально-органических психопатоподобных состояниях, при эпилепсии (тогда отмечается импульсивность на фоне дисфорий, сумеречного сужения сознания).

2. **Выраженное снижение влечения к самосохранению** (особенно в сочетании с мазохизмом) проявляется в виде такой его извращенной формы, как **аутоагрессия**, т. е. агрессия, направленная на себя. Дети с такими расстройствами пытаются нанести себе увечья, травмы, какой-либо ущерб.

Мазохистскими являются и менее выраженные степени аутоагрессивности, складывающиеся в патологические привычки к символическим действиям: **трихотилломании** (выдергиванию волос), **онихофагии** (обкусыванию ногтей), **аутомутиляции** (обкусыванию губ, пальцев) и др. Такие патологические привычки встречаются у психопатических личностей в структуре неврозов, при шизофрении, органических поражениях головного мозга.

Импульсивные влечения

Импульсивно, т. е. внезапно и непреодолимо, могут проявляться резко усиленные пищевое и половое влечения. Но особой формой импульсивного влечения является встречающееся у подростков повышенное влечение к новым впечатлениям — **«повышенная сенсорная жажда»**. Это расстройство может проявляться в импульсивно возникающем стремлении к бродяжничеству — **дромомании**. К этому же виду расстройств относят **пироманию** — стремление к огню, поджогам, **клептоманию** — стремление к присвоению чужих (обычно ярких, привлекательных) вещей.

Возрастные особенности пароксизмальных состояний у детей

Эпилепсия относится к заболеваниям головного мозга, которые начинаются преимущественно в детском и юношеском возрасте. Частоту начала эпилепсии в детском возрасте можно объяснить повышенной судорожной готовностью онтогенетически незрелого головного мозга, особенно незаконченностью развития его высших отделов. Поэтому даже незначительные раздражители могут вызвать у ребенка судорожные припадки. Кроме того, имеют значение биохимические особенности организма: лабильность водно-солевого и кальциевого обмена, повышенная гидрофильность тканей. В клинике эпилепсии тесно переплетаются психические и неврологические изменения.

Эпи проявляется как в форме отдельных приступов, так и стойких психопатологических нарушений в межприступном периоде.

Эпилептические пароксизмы существуют в разных формах: **большой судорожный припадок, малые припадки, психические пароксизмы**. Выделяют две большие группы эпилептических приступов: **генерализованные и очаговые**.

Генерализованные припадки бывают у больных разного возраста, но клинические проявления изменяются в зависимости от возраста больного. К генерализованным припадкам относят большой судорожный припадок, малые припадки, миоклонические и акинетические приступы, эпилептический статус.

При **большом судорожном припадке** возникают произвольные тонические и клонические сокращения мышц тела, потеря сознания. Но у детей раннего и дошкольного возраста преобладает **тоническая фаза**; клонические проявления рудиментарны или отсутствуют. Типичными для припадка в этом возрасте являются резко выраженные расстройства дыхания и цианоз. Нередко у детей раннего возраста генерализованные судороги бывают асимметричными — у одного и того же больного они охватывают правую или левую половину тела. В грудном возрасте судорожные припадки выражаются не в тонических судорогах, а в **расслаблении тонуса мышц половины тела**.

Малый припадок характеризуется кратковременной потерей сознания; он также наблюдается у детей дошкольного возраста. У них чаще встречаются **абсансы** в виде кратковременной остановки взора с двигательными автоматизмами. Нередко возникает **статус малых припадков**.

Миоклонические припадки часто бывают у детей школьного возраста (от 14 до 18 лет). Они проявляются во вздрагивании различных мышечных групп, протекают иногда с потерей сознания, нередко сериями.

При **акинетических припадках** быстро утрачивается мышечный тонус (больной падает, но сразу встает).

У детей раннего и дошкольного возраста наблюдают особые атипичные формы малых припадков, которых не бывает у старших детей и у взрослых. Среди них различают **пропульсивные, импульсивные и ретропульсивные**. Такие припадки возникают без ауры, длятся лишь несколько секунд и обычно протекают сериями. Они обусловлены ранними постнатальными вредностями (на почве раннего органического поражения головного мозга).

Пропульсивные припадки возникают у детей в возрасте от двух месяцев до четырех лет и выражаются в резком вздрагивании мышц и стремлении тела вперед. У двух-трехмесячных детей пропульсивные припадки проявляются в стремительном наклоне головы вперед — «**кивки**»; в шесть месяцев они сменяются уже наклонами головы и туловища, в дальнейшем же могут выражаться движениями вперед всем корпусом.

Ретропульсивные припадки начинаются у детей в возрасте пяти-восьми лет. Характеризуются движениями головы и корпуса назад. Они близки к клинической форме, называемой **пикнолепсией**, но отличаются более резко выраженными двигательными расстройствами.

Для **пикнолепсии** характерны большая частота припадков (до 50 в день) и более кратковременная потеря сознания. При этом возникают ритмически повторяющиеся моргания глаз и откидывание головы назад. У ребенка не отмечается утомляемости и слабости. Такие приступы (иногда продолжаясь в течение нескольких лет) не отражаются на работоспособности больного и не вызывают психической деградации. Пикнолепсия развивается у детей с повышенной возбудимостью, реактивной лабильно-

стью и склонностью к истерическим реакциям. Эти формы обычно протекают благоприятно.

Очаговые судороги у детей бывают нередко. Из них следует отметить **двигательные джексоновские припадки**, возникающие при раздражении передней центральной извилины одного из полушарий. Они характеризуются клоническими судорогами правых или левых конечностей и лицевой мускулатуры. У взрослых такие припадки протекают на фоне ясного сознания, у детей дошкольного возраста они встречаются относительно реже и часто сопровождаются потерей сознания.

Чаше у детей отмечаются **простые адверсивные припадки** в виде резкого поворота головы, глаз и туловища в сторону, противоположную пораженному полушарию. Эти пароксизмы у детей обычно генерализуются в большой судорожный припадок.

Оперкулярные припадки сопровождаются жеванием, чмоканьем, глотанием и слюнотечением, относительно часто наблюдаются у детей школьного возраста; нередко они бывают в дошкольном возрасте.

Очаговые (фокальные) сенсорные припадки бывают у детей старшего возраста и характеризуются различной аурой — чувствительной, зрительной, слуховой, обонятельной. У дошкольников часто отмечаются припадки с **абдоминальной аурой**: чувством тошноты, желудочно-кишечными нарушениями, болями в желудке и повышенной саливацией. У старших детей аура бывает в форме головокружений и других вестибулярных расстройств. Иногда сенсорные расстройства принимают характер дереализации. Больным все кажется изменившимся, незнакомым или, наоборот, «уже пережитым».

Наиболее резко выражены возрастные различия в клинической картине **«психических пароксизмов»** — дисфорий, психических автоматизмов.

Дисфории отличаются от других депрессивных состояний отсутствием психомоторной заторможенности, преобладанием напряженности, агрессивности над тоскливостью. У детей дошкольного возраста выраженные дисфории бывают редко. Они проявляются в приступах немотивированного плача, агрессивных действиях, часто в повышенной раздражительности, драчливости. Родители жалуются, что ребенок без всякой причины

становится упрямым, на всех злится, обвиняет и подозревает в чем-то недобром, грозит броситься под трамвай. Такие состояния обычно длятся от нескольких часов до двух-трех дней.

У детей школьного возраста дисфории очерчены более четко и характеризуются **депрессивно-раздражительным и злобным настроением**.

История болезни. Витя, 13 лет. В трехлетнем возрасте два раза отмечались судорожные припадки с потерей сознания, иногда возникали ночные страхи: вскакивал, кричал, лицо выражало испуг, потом засыпал. Утром ничего не помнил. В дальнейшем эти явления не повторялись. Ребенок был дисциплинированным, послушным. Хорошо учился. В десятилетнем возрасте появились расстройства настроения, протекавшие с напряженностью, выраженной агрессией: метался по комнате, рвал на себе белье. Такие приступы с расстройством настроения продолжались по несколько часов.

При обследовании: атлетического телосложения, замедленные, неловкие движения, усиленные вазомоторные реакции. Отмечаются замедленность мышления, недостаточный запас слов, суженный круг интересов. Крайне стеничный, упрямый, настойчивый. Общий фон настроения спокойный, но периодически возникали состояния, когда появлялась головная боль, тоска, от которой больной не знал куда деваться, все происходящее казалось «как в тумане», появлялись раздражение и злоба. В такие моменты больной напряжен, всем недоволен, кричит на персонал. Потом просит прощения, уверяет, что не мог сдержаться и многого не помнит.

Психические пароксизмы **часто** проявляются и в форме **сумеречных состояний**. Они очень разнообразны, но общим для всех являются:

- наличие измененного сознания;
- внезапность начала и окончания;
- последующая амнезия, иногда неполная.

Характерно, что хотя больные дезориентированы в окружающем, их действия, тем не менее, взаимосвязаны и производят впечатление упорядоченных. Однако, несмотря на внешне упо-

рядоченный характер действий, больной производит их безотчетно, поэтому его поступки могут быть опасными для него и окружающих. Если у взрослых во время сумеречных состояний отмечаются изменения настроения, иногда галлюцинации, бредовые идеи, то у детей психопатологические проявления более элементарны и однообразны.

В младшем школьном возрасте сумеречные состояния проявляются в **аффекте страха**, причем наиболее часто как **ночные страхи и снохождения**.

История болезни. Таня, 10 лет. С трех лет страдает большими судорожными припадками, в восемь лет возникли ночные страхи. В момент засыпания вскакивала с постели с выражением ужаса, защищала руками голову, перепрыгивала через спинку кровати, падала на пол, закрыв лицо руками. Через несколько минут приступ кончался. Вставала со слезами на глазах, молча ложилась в кровать. Иногда вновь вскакивала, стремительно бросалась вперед, не видя препятствий, отмахивалась руками, как бы защищаясь, и внезапно останавливалась на бегу.

В старшем школьном возрасте в клинических проявлениях сумеречного состояния часто преобладают сенсорные расстройства: предметы кажутся изменившимися (большими, маленькими), знакомая обстановка воспринимается как впервые увиденная. Нередки и симптомы деперсонализации: нарушения схемы тела с чувством отчуждения. Например, одиннадцатилетнему Володе в предприпадочном состоянии казалось, что его голова отрывается от шеи и катится перед ним.

При сумеречных состояниях часто бывают устрашающие и очень яркие зрительные галлюцинации. Так, мальчику 12 лет виделся задумчивый старик с бородой и в черной шали. Он смотрел в упор, как будто что-то предвещал.

Сумеречные состояния проявляются и в психических автоматизмах.

Краткие история болезни. Ваня, 10 лет, за столом вдруг начинает суетиться, хватать предметы, потом замолкает. Такие состояния повторяются периодически, нередко сопровождаясь подергиванием мышц лица.

Коля, 14 лет, в школе неожиданно схватил чернильницу и хотел выпить чернила. После приступа не помнил об этом. В дальнейшем эти состояния повторялись у него в одной и той же форме. Большие судорожные припадки возникли лишь через два года.

Одной из форм психических пароксизмов при эпилепсии являются **фуги**. В состоянии помраченного сознания дети внезапно убегают из дома, бродяжничают.

История болезни. В возрасте трех лет у мальчика начались судорожные припадки с потерей сознания и последующим сном. В семилетнем возрасте они сменились малыми припадками. С этого времени ребенок стал грубым, плаксивым. В последний год снизилась успеваемость. Начал неожиданно уходить из дому на два-три дня. Возвращался похудевшим, не помнил, где был. Иногда его доставляла милиция. Часто мальчика находили спящим в трамвае. Об уходе из дома говорит неохотно, заявляет, что «сам этого не хотел». Воспоминания этого периода отрывочные.

Послеприпадные сумеречные состояния встречаются относительно чаще, протекают на фоне более глубокого расстройства сознания. Они наступают после серии припадочных состояний, обычно после больших судорожных припадков.

В послеприпадочном состоянии на фоне глубокой оглушенности возникает хаотичное двигательное возбуждение с агрессией и аффективной напряженностью. В этом состоянии наблюдаются галлюцинаторные и бредовые расстройства: идеи преследования, отравления, отказ от еды. По окончании сумеречного состояния выявляется полная амнезия. Иногда после длительного сумеречного состояния остаются резидуальные бредоподобные фантазии.

История болезни. Галя, 13 лет. Во время послеприпадочного сумеречного состояния, продолжавшегося двое суток, ей казалось, что какой-то чужой человек пришел в их квартиру и оставил бутылки с лекарствами. Больная чувство-

вала их запах. По окончании сумеречного состояния в течение двух месяцев была убеждена, что все это действительно было, показывала, где стояла бутылка и было пролито лекарство.

Эпилептические психозы, протекающие вне сумеречных состояний, у детей бывают редко. У детей в возрасте от семи до десяти лет возникают главным образом бредаподобные фантазии.

Непрерывнотекущая шизофрения

Шизофрения непрерывнотекущая — злокачественная, рано начинающаяся форма заболевания; встречается у 8—12% детей, больных шизофренией. Начальные признаки заболевания проявляются исподволь и становятся отчетливыми к двум-четырем годам. Начальный период болезни характеризуется отчуждением от близких, снижением интереса к окружающему, вялостью, сочетающейся с раздражительностью и упрямством. Эти изменения оцениваются близкими людьми как характерологические сдвиги.

На фоне этих явлений возникают неврозоподобные расстройства, в том числе **немотивированные страхи**, которые имеют тенденцию к генерализации и обуславливают поведение больного. Затем выявляются расстройства настроения: неопределенные тревожные ожидания, общая подавленность, либо гипоманиакальное состояние с дурашливостью, эйфорией и кататоническими расстройствами — эхоталией, эхопраксией, манерными стереотипиями, импульсивностью, негативизмом, амбивалентностью. Аффективные расстройства отличаются длительностью и стертой. Они составляют некий фон, на котором развиваются другие нарушения. Дети могут быть то возбужденными, то заторможенными. Их игровая деятельность становится примитивной и однообразной (манипуляции с ниточкой, прутиком, нелепым собиранием каких-либо предметов).

В дальнейшем развиваются негативные симптомы — пассивность, **аутизм**; углубляется **эмоциональное обеднение**, сопровождаемая резким замедлением психического развития.

Ранний детский аутизм

Внешне детский аутизм (аутизм — «экстремальное» одиночество ребенка) выражается в снижении способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации и социальному развитию. Характерны трудности установления глазного контакта, взаимодействия взглядом, мимикой, жестом, интонацией.

Имеются сложности в выражении ребенком своих эмоциональных состояний и понимания им состояний других людей. Трудности с установлением эмоциональных связей проявляются даже в отношениях с близкими, но в наибольшей степени аутизм мешает развитию отношений с чужими людьми.

Стереотипность в поведении связана с напряженным стремлением сохранить постоянные, привычные условия жизнедеятельности. Ребенок сопротивляется малейшим изменениям в обстановке, порядке жизни. Наблюдается поглощенность однообразными действиями: раскачивание, потряхивание, взмахивание руками, прыжки; пристрастие к разнообразному манипулированию одним и тем же предметом — трясение, постукивание, верчение; захваченность одной и той же темой разговора, рисования и пр.

По наблюдениям К.С. Лебединской и О.С. Никольской (1991), «...стереотипии пронизывают все психические проявления аутичного ребенка первых лет жизни, отчетливо выступают при анализе формирования его аффективной, сенсорной, моторной, речевой сфер, игровой деятельности... это проявлялось в использовании ритмически четкой музыки для стереотипных раскачиваний, кручения, верчения, трясения предметов, а к двум годам — особое влечение к ритму стиха».

К концу второго года жизни выступало и стремление к ритмичной организации пространства — выкладыванию однообразных рядов кубиков, орнамента из кружков, палочек. Весьма характерны стереотипные манипуляции с книгой: быстрое и ритмичное перелистывание страниц, нередко увлекавшее двухлетнего ребенка больше, чем любая другая игрушка. Очевидно, здесь имеет значение ряд свойств книги: удобство стереотипных ритмичных движений (само листание), стимулирующий сенсорный

ритм (шелест и мелькание страниц), а также очевидное отсутствие в ее внешнем виде каких-либо коммуникативных качеств, предполагающих взаимодействие.

Характерны задержка и нарушение речевого развития, а именно его коммуникативной функции. Не менее чем в одной трети в случае нарушения речевого развития может проявляться в виде мутизма. Ребенок с ранним детским аутизмом может формально обладать хорошо развитой речью с большим запасом слов. Однако такая речь носит характер штампованности, «попугайности», «фотографичности». Ребенок не задает вопросов и может не отвечать на обращенную к нему речь, может увлеченно декламировать одни и те же стихи, но не использовать речь даже в самых необходимых случаях, т. е. имеет место избегание речевого взаимодействия как такового. Для ребенка с ранним детским аутизмом характерны речевые эхолалии, длительное отставание в правильном использовании в речи личных местоимений, в частности, ребенок долго продолжает называть себя «ты», «он», обозначает свои нужды безличными приказами: «дать пить», «накрыть» и пр. Обращают на себя внимание необычный темп, ритм, мелодика речи ребенка.

Аутичные дети могут адекватно реагировать на вербально разъясненное эмоциональное значение ситуации, но в спонтанном поведении без специальной стимуляции плохо распознают эмоциональное значение мимики и пантомимики. Кроме того, оказываются чрезвычайно бедными рассказы по прожективной методике ТАТ, создаваемые больными на основе эмоционально насыщенных сюжетных рисунков (требующих тонкого и дифференцированного распознавания эмоций по мимике изображенных людей). Это совпадает с недостаточностью распознавания эмоционального значения мимики при угнетении (инактивации) правого полушария.

Одним из типичных симптомов ДА является стремление к сохранению и поддержанию неизменности окружения, с бурным проявлением протеста и страха при малейших изменениях в обстановке. В благоприятных условиях этот симптом принимает более мягкие формы неприятия нового и привязанности к привычному (обстановке или одежде). Такая «неофобия» отличается от личностно мотивированного страха нового при неврозах,

от вычурных, многообразных и сменяющихся страхов при шизофрении. Она связана с недостаточностью конкретно-образного восприятия и вытекающей отсюда пугающей непонятностью изменений в окружении.

Клинически проявляется не позднее трех лет. В основном страдают мальчики. Неравномерное и асинхронное развитие психики считается основой ДА.

Наибольшая выраженность поведенческих проблем (самоизоляция, чрезмерная стереотипность поведения, страхи, агрессии и аутоагрессии) наблюдаются в дошкольном возрасте, с трех до пяти-шести лет.

По уровню эмоционального реагирования аутизм может проявляться в разных формах:

- 1) как полная отрешенность от происходящего;
- 2) как активное отвержение;
- 3) как захваченность аутистическими интересами;
- 4) как чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия с другими людьми.

Для **1-й группы** характерны проявления состояния выраженного дискомфорта и отсутствие социальной активности уже в раннем возрасте. Даже близким невозможно добиться ответной улыбки, поймать взгляд больного, получить ответную реакцию на зов. Главное для него — не иметь с миром никаких точек соприкосновения.

Установление связи с таким ребенком помогает перейти на более высокую ступень отношений с миром.

2-я группа — изначально более активные дети, чуть менее ранимые при контакте со средой. Преобладает не отрешенность, а повышенная избирательность в отношениях с миром. Родители указывают на задержку психического развития, прежде всего речи; повышенную избирательность в еде, одежде, фиксированные маршруты прогулок, особые ритуалы в разных аспектах, невыполнение которых влечет бурные аффективные реакции. По сравнению с другими группами, они наиболее отягощены страхами, обнаруживают массу речевых и двигательных стереотипий. Возможны неожиданные бурные агрессии и аутоагрессии. И все же они более приспособлены к жизни, чем 1-я группа.

3-я группа — другой способ аутистической защиты от мира: не отвержение, а сверхзахваченность своими стойкими интересами, что проявляется в стереотипной форме. Родители жалуются не на отставание в развитии, а на повышенную конфликтность, отсутствие учета интересов других. Ребенок годами может говорить на одну и ту же тему, рисовать или разыгрывать один и тот же сюжет. Часто тематика его интересов и фантазий имеет устрашающий, мистический, агрессивный характер. Основная проблема такого ребенка состоит в том, что он не может приспособить созданную им программу поведения к гибко меняющимся обстоятельствам.

4-я группа — наиболее легкая форма аутизма. На первый план выступают повышенная ранимость, тормозимость в контактах (ребенок прекращает взаимодействие при ощущении малейшего препятствия или противодействия). Такие дети сильно зависят от эмоциональной поддержки взрослых, поэтому главное направление помощи заключается в развитии у них других способов получения удовольствия, в частности, от переживания реализации своих собственных интересов и предпочтений. Для этого главное — обеспечить ребенку атмосферу безопасности и принятия, создавать четкий, спокойный ритм занятий, периодически включая эмоциональные впечатления.

Патогенетические механизмы раннего детского аутизма недостаточно ясны. По одним данным, ранний детский аутизм встречается у 4–5 детей на 10 тысяч, по другим — на 20 тысяч.

К **первичным** расстройствам относят **повышенную сенсорную и эмоциональную чувствительность** (гиперестезию), а также **слабость энергетического потенциала**; к **вторичным** — **сам аутизм как способ ухода от окружающего мира, стереотипии, сверхценные интересы, фантазии**, расторможенность влечений. Все это — псевдокомпенсаторные аутостимуляторные образования, возникающие в условиях самоизоляции, восполняющие дефицит ощущений и впечатлений извне и этим закрепляющие аутистический барьер. У больных ослаблена эмоциональная реакция на близких вплоть до полного отсутствия внешнего реагирования, так называемая аффективная блокада; недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители, что придает таким детям сходство со слепыми и глухими.

Клиническая дифференциация раннего детского аутизма имеет большое значение для определения специфики лечебно-педагогической работы, а также для школьного и социального прогноза.

В настоящее время аутизм делят на два типа — классический аутизм Каннера (ранний детский аутизм) и варианты аутизма, в которые входят аутистические состояния разного генеза. Вариант, описанный Аспергером, более легкий, при нем не страдает «ядро личности». Этот вариант относят к аутистической психопатии.

Синдром раннего детского аутизма Каннера выявляется рано — в первые месяцы жизни, до первого года. Синдром Аспергера начинает проявляться на втором-третьем году, более четко — к младшему школьному возрасту. При синдроме Каннера ребенок начинает ходить раньше, чем говорить, при синдроме Аспергера речь появляется раньше ходьбы. Синдром Каннера встречается как у мальчиков, так и у девочек, а синдром Аспергера считается «крайним выражением мужского характера». При синдроме Каннера имеет место познавательный дефект и более тяжелый социальный прогноз; речь, как правило, не несет коммуникативной функции. При синдроме Аспергера интеллект более сохранен, социальный прогноз значительно лучше, ребенок использует речь как средство общения. Зрительный контакт тоже лучше при синдроме Аспергера, хотя ребенок и избегает чужого взгляда. Общие и специальные способности тоже лучше.

Аутизм может возникать как своеобразная аномалия развития генетического генеза. Также он наблюдается в виде осложняющего синдрома при различных неврологических заболеваниях, в том числе и при метаболических дефектах.

В настоящее время принята классификация МКБ-10, где аутизм рассматривается в группе «Общие расстройства психологического развития» (F 84):

F84.0 Детский аутизм

F84.01 Детский аутизм, обусловленный органическим заболеванием головного мозга

F84.02 Детский аутизм вследствие других причин

F84.1 Атипичный аутизм

- F84.11** Атипичный аутизм с умственной отсталостью
- F84.12** Атипичный аутизм без умственной отсталости
- F84.2** Синдром Ретта
- F84.3** Другое дезинтегративное расстройство детского возраста
- F84.4** Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
- F84.5** Синдром Аспергера
- F84.8** Другие общие расстройства развития
- F84.9** Общее расстройство развития, неуточненное

Состояния, связанные с психозом, в частности, шизофреноподобным, к раннему детскому аутизму не относятся.

Картина аутистических проявлений отличается большим полиморфизмом, что определяет наличие вариантов с разной клинико-психологической картиной, разной социальной адаптацией и разным социальным прогнозом. Эти варианты требуют различного коррекционного подхода — как лечебного, так и психолого-педагогического.

При нерезко выраженных проявлениях аутизма часто используют термин **параутизм**. Так, синдром параутизма нередко можно наблюдать при синдроме Дауна. Кроме того, он может иметь место при многих заболеваниях ЦНС.

Мукополисахаридозы, или гаргоилизм. При этом заболевании имеет место комплекс нарушений, включающих патологию соединительной ткани, ЦНС, органов зрения, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Название «гаргоилизм» дано заболеванию потому, что внешность больных схожа со скульптурным изображением химер. Заболевание преобладает у лиц мужского пола.

Первые признаки заболевания проявляются вскоре после рождения: обращают на себя внимание грубые черты лица, крупный череп, нависающий над лицом лоб, широкий нос с запавшей переносицей, деформированные ушные раковины, высокое нёбо, крупный язык. Характерны короткие шея, туловище и конечности, деформированная грудная клетка, увеличенный живот, изменения со стороны внутренних органов: пороки сердца,

увеличение печени и селезенки, пупочные и паховые грыжи. Умственная отсталость различной степени выраженности сочетается с дефектами зрения, слуха и нарушениями общения по типу раннего детского аутизма. Признаки раннего детского аутизма проявляются избирательно и непостоянно и не определяют основную специфику аномального развития.

Синдром Леша—Нихана — наследственное заболевание, включающее умственную отсталость, нарушения моторики в виде насильственных движений — хореоатетоза, аутоагрессию, спастические церебральные параличи. Характерным признаком заболевания являются выраженные нарушения поведения — аутоагрессия, а также нарушения общения с окружающими.

Синдром Ульриха—Нунана — синдром является наследственным и передается как менделирующий аутосомно-доминантный признак. Проявляется в виде характерной внешности: узкая верхняя челюсть, нижняя челюсть малых размеров, низко расположенные ушные раковины, птоз. Характерными признаками считаются шейная крыловидная складка, короткая шея, низкий рост. Характерны высокая частота врожденных пороков сердца и дефектов зрения, изменения конечностей, скелета, дистрофичные, плоские ногти, пигментные пятна на коже. Интеллектуальные нарушения проявляются не всегда. Несмотря на то, что дети на первый взгляд кажутся контактными, их поведение может быть достаточно разлажено, многие из них испытывают навязчивые страхи и стойкие трудности социальной адаптации;

Синдром Ретта — психоневрологическое заболевание, встречается только у девочек с частотой 1:12500. Заболевание проявляется с 12—18 месяцев, когда девочка, до тех пор нормально развивавшаяся, начинает терять только что сформировавшиеся речевые, двигательные и предметно-манипулятивные навыки. Характерно проявление стереотипных движений рук — потирание, заламывание, «мытье» на фоне потери целенаправленных ручных навыков. Постепенно меняется и внешний облик девочки: появляется своеобразное «неживое» выражение лица («несчастное» лицо), взгляд часто неподвижный, устремленный в одну точку перед собой. На фоне общей заторможенности наблюдаются приступы **насильственного смеха**, иногда возникающего по ночам и сочетающегося с приступами **импульсивного**

поведения. Могут возникать судорожные припадки. Все эти особенности поведения девочек напоминают поведение при раннем детском аутизме. Большинство из них с трудом вступают в речевое общение, их ответы односложны и эхолаличны. Случаются периоды мутизма. Характерен крайне низкий психический тонус, ответы носят импульсивный и неадекватный характер.

Ранняя детская шизофрения. Преобладает тип непрерывного течения заболевания. При этом бывает трудно определить начало заболевания, так как **шизофрения обычно возникает на фоне аутизма**. По мере течения заболевания психика ребенка все более разлагается, отчетливее проявляется диссоциация всех психических процессов, и прежде всего мышления, нарастают изменения личности по типу аутизма, эмоциональное снижение и нарушение психической активности. Нарастает стереотипность в поведении, возникают своеобразные бредоподобные деперсонализации, когда ребенок перевоплощается в образы своих сверхценных фантазий и увлечений, возникает **патологическое фантазирование**.

Аутизм у детей с церебральным параличом, слабовидящих и слепых, при сложном дефекте — слепоглухоте и других отклонениях в развитии

Проявления аутизма у детей с органическим поражением ЦНС имеют менее выраженный и непостоянный характер, у них сохраняется потребность в общении с окружающими, они не избегают зрительного контакта, во всех случаях менее развитыми оказываются нервно-психические функции, формирующиеся наиболее поздно.

При раннем детском аутизме имеет место асинхронный вариант психического развития: ребенок, не владея элементарными бытовыми навыками, может проявлять достаточный уровень психомоторного развития в значимых для него видах деятельности.

Необходимо отметить основные отличия раннего детского аутизма как особой формы психического дизонтогенеза от син-

дрома аутизма при описанных выше психоневрологических заболеваниях и детской шизофрении. В первом случае имеет место своеобразный асинхронный тип психического развития, клиническая симптоматика которого видоизменяется в зависимости от возраста. Во втором случае особенности психического развития определяются характером основного нарушения, аутистические проявления чаще имеют временный характер и видоизменяются в зависимости от основного заболевания.

Особенности развития познавательной сферы

Психическое развитие при раннем детском аутизме отличается неравномерностью. Повышенные способности к музыке, математике, живописи могут сочетаться с глубоким нарушением обычных жизненных умений и навыков. Одним из главных патогенных факторов является снижение общего жизненного тонуса. Это проявляется в ситуациях, требующих активного избирательного поведения.

Внимание. Недостаточность общего и психического тонуса, сочетающаяся с повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью, обуславливает крайне низкий уровень активного внимания. С раннего возраста отмечается негативная реакция (или ее отсутствие) при попытках привлечения внимания ребенка к предметам окружающей действительности. У больных ранним детским аутизмом выражены грубые нарушения целенаправленного и произвольного внимания, которые препятствуют нормальному формированию ВПФ. Но яркие зрительные или слуховые впечатления от предметов могут буквально завораживать детей, что можно использовать для концентрации внимания ребенка. Характерной чертой является **сильнейшая психическая пресыщаемость**. Внимание ребенка с ранним детским аутизмом устойчиво в течение нескольких минут, а то и секунд. В некоторых случаях пресыщение может быть настолько сильным, что ребенок не просто выключается из ситуации, а проявляет выраженную агрессию и пытается уничтожить то, чем он только что с удовольствием занимался.

Ощущение и восприятие: для раннего детского аутизма характерно своеобразие в реагировании на сенсорные раздражители. Это выражается в **повышенной сенсорной ранимости**, и в то же время, как следствие повышенной ранимости, для них типично **игнорирование воздействий**, а также значительное расхождение в характере реакций, вызываемых социальными и физическими стимулами.

В норме человеческое лицо является самым сильным и привлекательным раздражителем, а дети, страдающие ранним детским аутизмом, напротив, отдают предпочтение самым разнообразным предметам, но только не лицу. Лицо человека практически мгновенно вызывает у них пресыщение и желание уйти от контакта.

Рассмотрим подробнее особенности восприятия у 71% детей, имеющих ранний детский аутизм. Первые «необычности» поведения ребенка с ранним детским аутизмом, которые замечают родители, — это парадоксальные реакции на сенсорные стимулы, проявляющиеся уже на первом году жизни. У части детей реакция на «новизну», например на изменение освещения, оказывается необычайно сильной, выражается в чрезвычайно резкой форме и продолжается длительное время после прекращения действия раздражителя. Другие дети, наоборот, яркими предметами заинтересовались слабо, не отмечалось реакции испуга или плача на внезапные и сильные звуковые раздражители, но повышенную чувствительность вызывали слабые раздражители: просыпались от едва слышного шуршания, легко возникали реакции испуга, страха на индифферентные и привычные раздражители, например работающие в доме бытовые приборы.

При раннем детском аутизме также отмечают нарушение ориентировки в пространстве, искажение целостной картины реального предметного мира. Для таких детей важен не предмет в целом, а его отдельные сенсорные качества: звуки, форма, фактура, цвет. У большинства больных выявляется повышенная любовь к музыке. Они сверхчувствительны к запахам, обследуют окружающие предметы с помощью обнюхивания и облизывания.

Большое значение для них имеют тактильные и мышечные ощущения, идущие от собственного тела. Так, на фоне постоян-

ного сенсорного дискомфорта дети стремятся получить определенные активирующие впечатления (раскачиваются всем телом, совершают однообразные прыжки или кружатся, получают удовольствие от разрывания бумаги или ткани, переливают воду, пересыпают песок, наблюдают за огнем). Поскольку порог болевой чувствительности у них часто снижен, наблюдается склонность к нанесению себе различных повреждений.

Речемыслительная деятельность. У детей выражен дефицит коммуникативных функций речи; нет адекватного использования экспрессивно-интонационных средств речи; часто возникают непосредственные и отставленные эхолалии; вместе с тем наблюдается обилие сложных, «взрослых» слов, речевых оборотов и фразовых конструкций, опережающих паспортный или интеллектуальный возраст. Эти нарушения возникают не только у больных с ранним развитием речи, но и у детей, ранее производивших впечатление речевого недоразвития.

Сохранена артикуляция слов и фраз. Высокое внимание к формально-фонетическим и грамматическим сторонам речи, склонность подмечать неправильности в речи окружающих, легкое освоение и предпочтение сложных и необычно звучащих слов, имен и отчеств, речевых оборотов.

При этом речь мало модулирована, речевая инициатива низка, поддержать беседу со сверстниками не умеет, речевое поведение недостаточно соотносится с ситуацией, реакцией собеседников.

Наблюдение доктора Кагана В.Е. Больной наблюдается пять лет — с трехлетнего возраста. Речь, с начала пользования ею, сложна и грамотна. В четырех-пяти лет уже обращал на себя внимание длинными речевыми построениями, сложными фразовыми конструкциями, оборотами: «видишь ли... не кажется ли тебе ... ибо ...рассуждая, можно прийти к выводу» и др.

Память и воображение: С самого младшего возраста при раннем детском аутизме отмечается хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Именно эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего: информация входит в сознание целыми блоками, хранится, не перерабатываясь, и применяется

шаблонно, в том контексте, в котором была воспринята. Дети могут снова и снова повторять одни и те же звуки, слова или без конца задавать один и тот же вопрос. Легко запоминают стихи, строго следя за тем, чтобы читающий стихотворение не пропустил ни одного слова или строчки. В ритме стиха могут начать раскачиваться или сочинять собственный текст.

Дети данной категории хорошо запоминают, а затем однообразно повторяют различные движения, игровые действия, звуки, целые рассказы, стремятся к получению привычных ощущений, поступающих через все сенсорные каналы: зрение, слух, вкус, обоняние, кожу.

Анализ аутиста с выдающимися графическими способностями показал избирательный дефект иерархии отношений зрительных стимулов «часть/целое». Эта аномалия отражается в его зрительно-графических и в перцептивных задачах, требующих интеграции частей в целое. Предполагается также, что этот дефект является узловым и лежит в основе многих форм патологического поведения. Его рисунки сравнимы с рисунками других детей, описанными в литературе: общими для них являются возраст и способ начала рисования; все они показали особую способность к перспективным построениям; редко используют цвет или текстуру; все они обнаруживают одну и ту же характерную склонность начинать фигуру с периферической детали.

Вместе с тем в литературе описаны случаи необыкновенных художественных способностей и прекрасного постижения мира у детей-аутистов. Так, у Нади из Великобритании к шестилетнему возрасту еще не была развита речь (ее словарь состоял из десяти редко используемых слов); она росла замкнутой и неуклюжей. Но уже в три-четыре года Надя стала создавать замечательные по своей выразительности рисунки людей, лошадей, коров, слонов. Рисунки эти, сделанные в основном по памяти, не были похожи на обычные детские схемы. В них схвачено движение — животные как будто бегут или мычат; отображена глубина пространства за счет перспективного сокращения размеров и перекрытия дальних фигур ближними. Достоверность, материальность изображаемых фигур подчеркивалась удвоением контура тела с помощью «уточняющих» линий. Исследователь Николас Хемфри (1999) обнаружил поразительное сходство рисунков

Нади с наскальными изображениями, появившимися в древнекаменном веке — примерно 20 000 лет назад!

Эти рисунки объединяют реализм, жизненность и материальность изображений, легкая узнаваемость разных видов животных, контурность, подчеркнутое выделение существенных признаков изображаемого объекта — морды и ног животного — наряду с игнорированием его второстепенных признаков. Сходство рисунков Нади с первобытными изображениями, на наш взгляд, не случайно (Н.Н. Николаенко, 2005, 2006). Оно может быть обусловлено интуитивным чувственным способом познания мира, зрительно-пространственным мышлением и воображением, позволяющим «схватывать» целое, выделить главные сущностные признаки объекта. Творческий подход в рисунках Нади проявляется также в стремлении изобразить фантастические существа с телом жирафа и головой осла. Химеры такого рода обнаружены в пещерной живописи — древние художники могли объединять голову бизона с туловищем и ногами человека.

По-видимому, здесь мы сталкиваемся с проявлениями мифологического сознания. В мифологическом сознании и мышлении свободно комбинируются разные части различных предметов (или части тела человека и животных). Следовательно, в таком творческом мышлении свобода оперирования разными частями разных образов сочетается со способностью синтезировать из них новый образ. По сути дела, это комбинаторное мышление, или мышление комплексами (по Выготскому). Комплексы ощущений и зрительных образов действуют как совокупные впечатления, без далеко идущего анализа, как одно целое. Они сохраняются в памяти без глубокой переработки мыслью и могут периодически «выходить» наружу. Эти выводы совпадают с представлениями об архаическом сознании, заполненном конкретными событиями времени; в нем отдается предпочтение старому и не проявляется интереса к знанию априорному, существующему вне и до опыта.

Мы предполагаем, что в период, когда словесно-логическая память еще не сформирована или угнетена, работает в основном зрительно-моторно-пространственная память, связанная с деятельностью правого полушария. Восстановление в первую очередь зрительно-пространственной памяти и мышления означа-

ет проблески самосознания Человека Разумного (когда другие способы общения недоступны). По сути это — важный вид невербальной коммуникации, когда человек возрождается из руин. Это особая тихая сосредоченность во время рисования. Это замена (или эквивалент) словесного общения, приносящая успокоение, некое чувство высказанности. Происходит интуитивное осознание себя, своеобразная невербальная аутокоммуникация. В рисунке выражаются эмоции, выражается мысль для себя. Творческое мифологическое мышление со временем должно активировать и речевые функции левого полушария.

Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы

Нарушение эмоционально-волевой сферы является ведущим признаком при раннем детском аутизме и может проявиться в скором времени после рождения. Так, в 100% при аутизме в своем формировании резко отстает самая ранняя система социального взаимодействия с окружающими людьми — **комплекс оживления**. Это проявляется в отсутствии фиксации взгляда на лице человека, улыбки, в ответных эмоциональных реакциях на проявления внимания со стороны взрослого в виде смеха, речевой и двигательной активности.

По мере роста ребенка слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми продолжает нарастать. Дети не просятся на руки, а находясь на руках матери, не принимают соответствующую позу, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными. Они обычно отличают родителей от остальных, но привязанности не выражают. Могут даже испытывать страх перед одним из родителей, могут ударить или укусить, делать все назло. У таких детей отсутствует характерное для этого возраста желание понравиться взрослым, заслужить похвалу и одобрение. Слова «мама» и «папа» появляются позже других и могут не соотноситься с родителями. Все эти симптомы являются проявлениями одного из первичных патогенных факторов аутизма — снижения порога эмоционального дискомфорта в контактах с миром, крайне низкой выносливости в общении с миром. Ребенок

быстро устает даже от приятного общения, склонен к фиксации на неприятных впечатлениях, формированию страхов.

Существуют три группы страхов:

- 1) типичные для детского возраста вообще (страх потерять мать, а также ситуационно обусловленные страхи после пережитого испуга);
- 2) обусловленные повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью детей (страх бытовых и природных шумов, чужих людей, незнакомых мест);
- 3) неадекватные, бредоподобные, т. е. не имеющие под собой реального основания.

Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения. При налаживании контакта обнаруживается, что обычные предметы и явления, а также некоторые люди вызывают у ребенка постоянное чувство страха. Чувство страха (иногда годами) определяет стремление детей к сохранению привычной окружающей обстановки, продуцированию ими различных защитных движений и действий, носящих характер ритуалов. Малейшие перестановки мебели, изменения режима дня вызывают бурные эмоциональные реакции — «феномен тождества». Существует четыре типа развития болезненных проявлений детей:

1. Дети не допускают до себя переживаний страха; на любое воздействие большой интенсивности реагируют уходом.

2. Дети практически постоянно пребывают в состоянии страха. Это отражается в их поведении: напряженные движения, застывшая мимика, внезапные крики. Локальные страхи с их жесткой фиксацией остаются актуальными на протяжении многих лет, и причину их удается определить не всегда.

3. У детей причины страхов лежат как бы на поверхности. Такой ребенок постоянно говорит о них, включает в свои вербальные фантазии. Тенденция к овладению опасной ситуацией часто проявляется у таких детей в фиксации отрицательных переживаний из собственного опыта, читаемых ими книг, прежде всего сказок. При этом ребенок застревает не только на каких-то страшных образах, но и на отдельных аффективных деталях, проскальзывающих в тексте.

4. Дети пугливы, тормозимы, не уверены в себе. Для них характерна генерализованная тревога, особенно возрастающая в новых ситуациях, при необходимости выхода за рамки привычных стереотипных форм контакта, при повышении по отношению к ним уровня требований окружающих. Наиболее типичными являются страхи, вырастающие из боязни отрицательной эмоциональной оценки окружающими, прежде всего близкими. Такой ребенок боится сделать что-то не так, оказаться «плохим», не оправдать ожиданий мамы.

Кроме того, у детей с ранним детским аутизмом наблюдается нарушение чувства самосохранения с элементами аутоагрессии. Они могут неожиданно выбежать на проезжую часть, у них отсутствует «чувство края», плохо закрепляется опыт опасного контакта с острым и горячим.

У всех без исключения детей-аутистов отсутствует тяга к сверстникам и детскому коллективу. При контакте с другими детьми у них обычно наблюдаются пассивное игнорирование или активное отвержение общения, отсутствие отклика на имя. В своих социальных взаимодействиях ребенок крайне избирателен. Постоянная погруженность во внутренние переживания, отгороженность аутичного ребенка от внешнего мира затрудняют развитие его личности. У такого ребенка крайне ограничен опыт эмоционального взаимодействия с другими людьми, он не умеет сопереживать, заражаться настроением окружающих его людей. Все это не способствует формированию у детей адекватных нравственных ориентиров, в частности, понятий «хорошо» и «плохо» применительно к ситуации общения.

Особенности деятельности

Активные формы познания начинают отчетливо проявляться у нормальных детей со второго полугодия первого года жизни. Именно с этого времени особенности детей с ранним детским аутизмом становятся наиболее заметными. При этом одни из них проявляют общую вялость и бездеятельность, другие — повышенную активность; их привлекают сенсорно воспринимаемые свойства предметов (звук, цвет, движение); манипуляции с

ними имеют стереотипно повторяющийся характер. Действия по самообслуживанию формируются у аутичных детей медленно, и даже будучи сформированными, могут вызывать у них протест при попытке стимулирования использования этих действий.

При синдроме Аспергера резко снижается способность понимать метафоры и идиомы, широко употребляемые в вербальной коммуникации. Такая неспособность к метафорическому мышлению служит важным звеном в неравномерности психического развития. В результате ущербного метафорического пути познания страдает естественный способ усвоения новой информации: затруднен перенос значений с известного на неизвестное, сложно устанавливать подобия.

Психопатии

Психопатия — **стойкий дисгармоничный склад психики**, клинико-психологическая структура которого ограничена кругом аномальных личностных свойств, лежащих в основе стойких нарушений адаптации к социальной среде, **со склонностью к декомпенсации** при изменении привычных условий.

Этиология:

1. Наследственные факторы (конституциональные формы психопатий).
2. Экзогенные вредности, действующие на ранних этапах онтогенеза (органические формы).
3. Факторы, длительно действующие и деформирующие развитие личности ребенка (факторы окружающей социальной среды).

Три основных признака психопатий:

1. Тотальность патологических черт, т. е. их одинаковое присутствие во всех сферах жизнедеятельности человека.
2. Относительная стабильность во времени — малая подверженность изменениям на протяжении жизни человека.
3. Социальная дезадаптация человека.

Ядерная группа — конституциональные психопаты

Психастеники — характерно сочетание черт астенической личности с повышенной склонностью к самоанализу и самоби-

чеванию. Постоянно испытывают разнообразные страхи, сомнения относительно принятия решения в связи с возложенной на них ответственностью. Склонны к созданию различных ритуалов в поведении, боятся любых изменений. С трех-четырех лет возникают страхи за жизнь и здоровье свое и близких. Для детей типичны боязнь всего незнакомого, склонность к навязчивым мыслям и действиям. Патологически нерешительны.

Шизоидные — слабость эмоциональных привязанностей, вплоть до черствости, патологическая замкнутость, выраженные трудности налаживания неформального общения. В формальном общении более продуктивны, следуют предписанной роли. Присущи черты аутизма, предпочитают одиночество и мир фантазий. В детстве — отсутствие жизнерадостности, непосредственности, эмоциональная неадекватность, плохая ориентировка в конкретных ситуациях. Развитие речи обгоняет развитие моторики. Часто обладают высоким интеллектом, с удовольствием читают, любят природу. Предпочитают точные науки. Одежда, еда и житейские удобства обычно интереса не вызывают.

Эпилептоидные — стойкие характерные особенности включают вязкость, напряженность эмоций и влечений, склонность к немотивированным сменам настроения по типу дисфорий. Уже в раннем возрасте (один-три года) появляются бурные и затяжные аффективные реакции, чаще связанные с ощущением физического дискомфорта. В более старшем возрасте на первый план выступает агрессивность, нередко с садистскими наклонностями и длительной озлобленностью при невыполнении требований. Упрямство, мстительность, повышенная вплоть до педантичности аккуратность, конфликтность, властность, жестокость. Для взрослых типична полярность эмоциональной сферы, т. е. наряду со взрывчатостью и жестокостью — угодливость, слабость.

Циклотомики — немотивированные колебания настроения, от субдепрессивного до субманиакального. Эти колебания берут начало в возрасте полового созревания (жизнерадостные подростки превращаются в меланхоличных, угнетенных, пессимистически настроенных). Периодическая смена одних состояний другими (чаще связаны с наступлением весны или осени). Периоды наибольшей активности сочетаются с депрессивными

(упадок сил, вялость). Частое нарушение душевного равновесия утомляет, вызывает чувство напряжения в ожидании новой противоположной фазы. Колебания сосудистого равновесия, связанные с чрезмерно богатой эмоциональной жизнью, нередко вызывают раннее наступление атеросклероза, развитие которого обыкновенно ведет к углублению патологических особенностей, придает психике более отчетливо выраженный характер ограниченности, иногда дементности.

Истерическая психопатия может быть обусловлена негрубыми экзогенными вредностями. Чаще встречается у лиц женского пола. Ее сущность состоит в конфликте между потребностью в признании и слабостью волевого усилия. С ранних лет имеет место выраженная капризность; выражено стремление привлечь внимание любыми способами. Больные ревнивы к похвалам в адрес других, из-за чего часто вступают в конфликты. Демонстративность поведения сочетается с завистливостью. При хорошем интеллекте успех в учебе значительно ниже возможного.

Органические психопатии

Возбудимые (эксплозивные) — характерна высокая двигательная и аффективная возбудимость, сочетающаяся с выраженной экстравертированностью, подозрительностью, гневливостью, упрямством и педантичностью. Чаще встречается у лиц мужского пола. С двух-трех лет отмечается легкость возникновения аффективных вспышек с агрессией, упрямством, негативизмом. Тяжелые аффективные разряды заканчиваются астенией с вялостью и слезливостью. В поведении склонны к жестокости, мстительности, крайне требовательны к окружающим. Поведенческие ролевой репертуар достаточно скуден.

Неустойчивые — отличаются повышенной эмоциональной неустойчивостью, нестойкими интересами и привязанностями. Чувства, достигая большой интенсивности, быстро угасают. Характерны повышенная внушаемость, склонность к фантазированию и нереалистической оценке событий, основанной на эмоциях.

Тормозимые (астенические) психопаты — типичны повышенная утомляемость и истощаемость, общая вялость. Впечатли-

тельны, ранимы, нерешительны, мнительны, обидчивы. В общении уступчивы, не стремятся отстаивать свою позицию. Особенно большой дискомфорт испытывают при общении с мало-знакомыми людьми, плохо привыкают к новому коллективу.

Мозаичные (краевые) психопатии представляют собой сочетание нескольких форм.

Умственная отсталость (УО)

УО — характеристика интеллекта аномального ребенка, не только и не столько количественная, сколько качественная, показывающая снижение темпа развития интеллекта ребенка.

Легкая степень УО (ранее — дебильность)

Наименьшая степень психического недоразвития, наиболее ее распространенная форма, составляет 75–90% от всей популяции умственно отсталых. Подавляющее число заболеваний являются по своему происхождению эндогенными или семейными. Коэффициент интеллектуальности — диапазон интеллектуальной недостаточности в показателях Векслера: $IQ = 50-69$. В благоприятных обстоятельствах легко умственно отсталый подросток может овладеть профессиями, требующими способностей к практической деятельности, т. е. неквалифицированным и полуквалифицированным ручным трудом (слесарь, швея). Легко умственно отсталые могут без труда адаптироваться в сельской местности. Выполнение социальных ролей проблематично и нежелательно — из-за эмоциональной и социальной незрелости такие люди не способны к воспитанию детей. Сниженный интеллект и эмоционально-волевые особенности не позволяют им овладеть программой массовой школы. У этих детей обнаруживаются недоразвитие анализа и синтеза, нарушение фонематического слуха и анализа. Ослаблено соматическое состояние. Нарушена моторика, выявляются апраксия губ и языка, заторможенность.

Умственное недоразвитие может сочетаться с симптомами аутизма, расстройствами развития речи, судорожными припадками, грубыми нарушениями поведения. Нередко отмечается

врожденная комбинация интеллектуальных нарушений с пороками развития (непропорционально маленькие конечности, низкий мышечный тонус, искривление позвоночника, гипогенитализм, деформированные зубы, микро- или гидроцефалия).

Умеренная УО (легкая имбецильность)

Средняя степень психического недоразвития, составляет 10% от всего числа умственно отсталых. Она характеризуется главным образом несформированными познавательными процессами (конкретным, непоследовательным, тугоподвижным мышлением) и неспособностью образовывать отвлеченные понятия. Коэффициент интеллектуальности: IQ в пределах 35–49. Характерна асинхронность развития разных сфер психики: у одних уровень зрительно-пространственных навыков выше по сравнению с результатами заданий, зависящих от развития речи. У других значительная неуклюжесть сочетается с некоторыми успехами в социальном взаимодействии и элементарном разговоре. Уровни развития речи варьируются: одни больные могут принимать участие в простых беседах, другие обладают речевым запасом, достаточным лишь для сообщения о своих основных потребностях. Некоторые больные никогда не овладевают способностью пользоваться речью, хотя могут понимать простые инструкции и обучаться языку жестов, позволяющих в некоторой степени компенсировать недостаточность их речи. Такая асинхрония развития разных сфер психики умеренно умственно отсталых детей, по-видимому, этиологически связана с последствиями перенесенных органических поражений головного мозга.

У малой части детей отсутствует потребность к общению. У большинства отмечаются такие расстройства развития, которые оказывают большое влияние на клиническую картину: одни добродушны и приветливы; другие дисфоричны, злобны, агрессивны; третьи упрямы, ленивы; четвертые вялы, аспонтанны, бездеятельны. У многих выражены повышение и извращение влечений, в том числе растормаживание сексуальности. Они склонны к импульсивным поступкам. Часто возникают судорожные припадки. У умеренно умственно отсталых детей выявляются неврологические симптомы (парезы, параличи), а также при-

знаки телесных пороков развития — недоразвитие конечностей, пальцев, нарушения формирования головы, недоразвитие внутренних органов, гипогенитализм, дефекты лица, глаз, ушей. Возможны соматические проявления присоединившихся заболеваний (бронхиальная астма, язва желудка). Большинство лиц с умеренной УО способны обходиться без посторонней помощи. Основные психические нарушения иногда осложняются другой нервно-психической патологией — неврозами, психозами. Однако ограниченность развития речи больных затрудняет ее выявление.

Тяжелая УО (выраженная имбецильность)

Среди населения выявляются 3—4 тяжело умственно отсталых индивида на 1000 чел., что составляет 4% от всех умственно отсталых лиц. У большинства больных наблюдаются выраженные двигательные нарушения и другие сопутствующие дефекты, указывающие на наличие резидуально органического поражения мозга или аномального развития ЦНС. Коэффициент умственного развития IQ колеблется в пределах от 20 до 34. Тяжелая степень УО выявляется рано — либо до года, либо в первые годы жизни. Позднее развитие, выраженные интеллектуальные нарушения и грубые расстройства всех сторон психики — моторики, сенсорной сферы, внимания, памяти, речи, мышления и высших эмоций — составляют общие черты этой степени УО. Типичные черты личности тяжело умственно отсталых лиц — отсутствие побуждений или хаотическое стремление ко всему, что находится в пределах видимости. Их психика отличается большой инертностью и тугоподвижностью; они с трудом переключаются на что-то новое, охотно подражают другим, повторяют старые заученные штампы. Могут быть вспыльчивыми и агрессивными.

Глубокая УО (идиотия)

Встречается в 1% случаев от всех наблюдающихся умственно отсталых лиц. В большинстве случаев причиной ее происхождения является органическая этиология. Психологическая диагностика этих детей невозможна, их коэффициент умственного

развития IQ ориентировочно оценивается ниже 20. Это означает, что глубоко умственно отсталые субъекты весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований и инструкций. У них не развиты даже предпосылки интеллекта — внимание, память, восприятие. В связи с этим отсутствует способность к элементарным процессам мышления. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в движениях, страдают недержанием мочи и кала. Отсутствуют элементарные навыки самообслуживания, они не умеют играть. Не понимают речь и жесты. Наблюдаются аффекты гнева, аутоагрессия (кусают свои конечности, бьются головой о стену, мебель). Часты проявления сексуального возбуждения — безудержный онанизм. Одни апатичны, вялы, другие злобны, раздражительны, агрессивны. Часто имеются тяжелые соматические и неврологические нарушения (такие, как судорожные припадки, а также расстройства зрения и слуха).

По клиническим признакам выделяют **стеническую форму УО**. Она составляет 50% от общего числа УО. Отличается сравнительно равномерным недоразвитием как интеллектуально-мнестических, так и эмоционально-волевых функций. Больные приспособлены к семейной ситуации, школе, социально адаптированы, овладевают навыками письма, чтения и счета. Ограниченности, бедности и уплощенности их мышления соответствуют примитивность и недостаточная дифференцированность аффективной сферы. Слабее изменены побуждения и влечения — пищевые, оборонительные. Относительная сила этих побуждений обуславливает более целенаправленное, устойчивое и организованное поведение. Однако поведение таких больных в целом лишено творческой инициативы и любознательности. В посильной же для них деятельности они проявляют выносливость и прилежание. В отличие от других, они с большим упорством пытаются преодолеть препятствия, возникающие на их пути. У половины детей имеется резкое отставание развития речи. Одни дефекты речи зависят от нарушения произношения, другие — от плохой дифференцированности слухового восприятия. Их словарный запас меньше, чем при астенической форме. У детей со стенической формой отмечаются различные успехи в учебе. Они отличаются удовлетворительными представлениями

о пространстве и времени. Расстройства внимания менее тяжелые, обнаруживаются лишь в сравнении с процессами устойчивости, распределения и переключаемости внимания у здоровых. Почти все имеют довольно грубые нарушения памяти, проявляющиеся в худшем непосредственном запечатлении наглядного и словесного материала, в невозможности использовать приемы осмысленного запоминания. В процессе припоминания, при воспроизведении больные не проявляют активности. Индивидов с относительно хорошей механической памятью мало — около 20%. У них живые, яркие, достаточно сильные и синтонные эмоциональные проявления. В связи с этим они стремятся к обществу сверстников, привязаны к родителям в большей мере, чем лица других форм. Средний IQ = 77,5.

Астеническая форма УО составляет 40% от общего числа УО. С началом занятий в школе выявляется не столько общая отсталость больных, сколько неспособность овладеть навыками чтения, письма или счета. Для детей с астенической формой типичны разнообразные нарушения чтения: одни очень медленно овладевают навыками чтения (четыре-пять лет); другие забывают буквы, не умеют выделять слоги, слова, не могут сливать слоги, переставляют буквы. Наконец, третьи, научившись читать, не приобретают беглости, не понимают отдельных слов или не могут пересказать прочитанное в целом. Эти нарушения находятся в явном несоответствии с их легкой степенью УО. У 81% детей отмечается более явная дисграфия, чем при других формах. Они очень медленно осваивают письмо, при списывании пропускают и переставляют буквы, изображают их зеркально, не дописывают слова; не могут выделить отдельные слова; заменяют буквы. Не замечают линеек, искажая величину и форму букв. Из-за быстро развивающейся усталости они нуждаются в постоянной стимуляции. Некоторые дети даже написанию палочек по трафаретам обучаются в течение двух-трех лет. На овладение письмом в целом, если это вообще удается, уходят годы. Дело не столько в исполнении (написании букв, застегивании пуговиц), сколько в трудностях передачи воспринятых образов для преобразования в моторный акт. Это подтверждается тем, что дети даже с грубой дисграфией могут назвать или правильно повторить тот или иной звук, слово, скопировать букву, в то

время как самостоятельное письмо (диктант, списывание) удаётся плохо.

Атоническая форма УО составляет 3% от числа УО детей, поступающих в психиатрические больницы. В клинической картине на первый план выступает резко выраженная неспособность к психическому напряжению. Это проявляется в форме чрезмерной отвлекаемости, почти полной неспособности к сосредоточению. Дети не могут активно сосредоточиться на сколь угодно значительный период времени, очень быстро меняют предмет своих интересов, не задерживаясь на нем, внимание скользит от одного объекта к другому. Все-таки собеседникам удается стимулировать внимание многих детей. Благодаря этому они оказываются способными в той или иной мере осваивать учебные навыки. Половина детей под влиянием постоянных побуждений в процессе индивидуальных занятий осваивают чтение, письмо, а часть из них — счетные операции. Многим детям стимуляция не помогает. Для них любое психическое напряжение является непосильной задачей. Они обычно не отвечают на обращенный к ним вопрос. Их первоначальные ответы нередко оказываются случайными. Только после неоднократных вопросов они иногда дают адекватные реакции и тем самым выказывают понимание вопроса и даже знание предмета, о котором идет речь. Недостаточность психического напряжения детей обнаруживается также в их низкой активности или даже полной бездеятельности. Поведение этих детей непоследовательное, нецеленаправленное, зависит от случайностей ситуации. Моторное беспокойство складывается из повторяющихся элементарных движений или действий. У $1/3$ больных стереотипии занимают заметное место. Одни постоянно стригут бумагу, вертят в руках колесики, веревку, открывают и закрывают кран, двери; другие вращаются на одном месте, хлопают в ладоши, размахивают руками, третьи повторяют одни и те же слова или выражения. Почти половина детей часто совершают нелепые поступки. Дети гримасничают, принимают неестественные позы, собирают ненужные бумажки, не удерживаются в рамках режима, задают нелепые вопросы, сочиняют новые слова. Их нецеленаправленное, беспокойное, однообразное, а иногда и нелепое поведение, затрудняющее воспитание и обучение, — помеха в освоении навы-

ков самообслуживания. Около 20% больных вовсе не могут существовать без постоянной помощи, а 40% детей обслуживают себя лишь частично. С этими детьми невозможно установить настоящий контакт. Одни не умеют, хотя и стремятся, вступать в общение со сверстниками, другие почти постоянно пребывают в одиночестве. У этих детей имеются и другие нарушения аффективно-волевой сферы. Наряду с недостаточной дифференцированностью, уплощенностью и грубостью чувств часть детей отличаются недостаточной отзывчивостью и неумением синхронно реагировать на переживания окружающих людей. Однако для большинства из них эмоции матери, родных — достаточный стимул, вызывающий адекватные, хотя и более примитивные чувства. В то же время их интересы к играм недостаточно яркие, быстро угасают. Большинство больных проявляют эмоции различной степени выраженности и избирательности. Аффективная жизнь больше чем у половины детей сопровождается эпизодически выраженной возбудимостью, раздражительностью или истощаемостью. Многие дети в процессе своей хаотической активности тащат в рот любые предметы. У части наблюдается гиперсексуальность, проявляющаяся в виде эксгибиционизма или онанизма (мастурбации). У 25% детей влечения расторможены, у меньшей части — резко ослаблены. Речевое недоразвитие наблюдается у 25% больных. Редкое пользование речью из-за недостаточной активности встречается еще в 25% случаев. Часть детей склонны к стереотипиям в речи и к эхолалиям. У всех детей имеются нарушения целенаправленности, темпа, содержательности речи (резонерство), а также нарушения произношения. Они часто обладают хорошим слухом и музыкальной памятью. Недоразвита моторика у 75% детей — они не способны овладеть тонкими навыками: самостоятельным процессом еды, одеванием, застегиванием пуговиц, шнурованием, рисованием, письмом. Движения и действия могут быть значительно замедлены. У половины детей имеется либо неврологическая микросимптоматика, либо грубые очаговые поражения: парезы, гиперкинезы, апраксии. Очень распространена мышечная гипотония. Психическое развитие у $\frac{2}{3}$ детей соответствует легкой, у $\frac{1}{3}$ — умеренной и тяжелой степени УО. Грамоте смогли обучиться только 45% детей.

Возрастные особенности психопатологии детей

Закономерности психических заболеваний детского и подросткового возраста обусловлены влиянием эволюционно-возрастного, онтогенетического фактора. Важнейшей составной частью постнатального онтогенеза является психический онтогенез, т. е. психическое развитие индивида. Понятие психического онтогенеза коррелирует с понятием онтогенеза ВНД. Наиболее интенсивный психический онтогенез приходится на детский и подростковый возраст, когда формируются как отдельные психические функции, так и личность человека. Психическое развитие протекает неравномерно. Резкие количественные и качественные изменения человек претерпевает в переходные возрастные периоды, или периоды возрастных кризов: 2—4 года, 6—8 лет и пубертатный возраст (12—18 лет). В эти кризисные периоды в связи с нарушениями относительного физиологического и психологического равновесия особенно часто возникают или выявляются различные формы психического дизонтогенеза, т. е. нарушения психического развития.

Психический дизонтогенез может быть вызван как биологическими патогенными факторами (генетическими, экзогенно-органическими), так и неблагоприятными длительными микросоциально-психологическими средовыми воздействиями, а также разнообразными сочетаниями тех и других.

Основными типами психического дизонтогенеза считаются ретардации и асинхронии психического развития.

Под ретардацией понимают запаздывание или приостановку психического развития. Различают **общую** (тотальную) и **частичную** (парциальную) **психическую ретардацию**. В последнем случае имеется в виду запаздывание или приостановка развития отдельных психических функций, компонентов психики, отдельных свойств личности.

Асинхрония как искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств, что становится основой дисгармонической структуры личности и психики в

целом. Асинхрония развития как в количественном, так и в качественном отношении отличается от физиологической гетерохронии развития, т. е. разновременности созревания структур и функций мозга.

Дополнительно к этим двум основным типам психического дизонтогенеза выделяют временный возврат к незрелым формам нервно-психического реагирования. Однако под влиянием неблагоприятных воздействий среды (как биологических, так и психических) дальнейшее созревание незрелых структур и функций может задерживаться, а более ранние онтогенетические формы нервно-психического реагирования могут сохраняться.

Клиническим выражением **тотальной психической ретардации** является общее психическое недоразвитие (умственная отсталость). **Парциальная психическая ретардация** проявляется психическим инфантилизмом, синдромом невропатии, незрелостью отдельных сторон психики и отдельных психических процессов: психомоторики, речи, внимания, пространственного восприятия, эмоциональной незрелостью, запаздыванием формирования школьных навыков чтения, письма и счета (дислексия, дисграфия, дискалькулия).

Психический дизонтогенез по типу диспропорционального (искаженного) развития находит клиническое выражение в различных психопатических синдромах как проявлениях аномального формирования личности, в специфических для младшего детского возраста дизонтогенетических синдромах раннего детского аутизма, а также отчасти в гебоидном синдроме, свойственном подростковому возрасту.

Психический дизонтогенез на основе механизмов высвобождения и фиксации онтогенетически более ранних форм нервно-психического реагирования проявляется разнообразными симптомами и синдромами, которые встречаются при различных психических заболеваниях. Это кататонические и кататоногебефренные расстройства, разнообразные регрессивные нарушения (например, нарушения навыков опрятности, моторных навыков), патологические привычные действия (яктация, мастурбация, сосание пальцев, онихофагия, трихотилломания), тотальный и элективный мутизм, «заикание развития», психомоторная гиперактивность, патологические страхи и фантазии.

Клинические проявления этого типа психического дизонтогенеза характерны главным образом для детей и подростков, но могут встречаться также в юношеском возрасте и у взрослых молодых людей. В этом случае они представляют собой результат возврата к онтогенетически ранним формам нервно-психического реагирования. К таким проявлениям относятся моторные стереотипии, эхопраксии, эхолалии, застывания, двигательное возбуждение, патологические (сверхценные и бредовые) страхи, дисморфобические и аноректические переживания, «метафизическая интоксикация». Возврат к онтогенетически более ранним формам нервно-психического реагирования также наблюдается при неврозе страха, неврозе навязчивых действий и фобическом неврозе у взрослых.

Психопатологические симптомы принято подразделять на негативные и позитивные, или продуктивные. Негативными считают симптомы стойкого или временного выпадения психических функций.

Негативные проявления включают снижение памяти, слабость осмысления, эмоциональное оскудение, ослабление побуждений, снижение общей психической активности, нарушение или выпадение навыков, регресс свойств личности, в частности, снижение критики. Все эти расстройства объединены термином «психический дефект».

Возможность частичного или полного обратного развития негативных симптомов особенно четко выступает в детском возрасте в силу высокой пластичности нервной системы и большого компенсаторного потенциала. С возрастом обратимость негативной симптоматики постепенно уменьшается.

К позитивным психопатологическим симптомам относят проявления возбуждения, повышенной, но патологически измененной активности сохраненных функциональных систем.

Позитивные симптомы и синдромы очень вариабельны. Это маниакальные и депрессивные состояния, галлюцинации, навязчивые, сверхценные, бредовые расстройства, психические автоматизмы. Так, например, только при шизофрении обнаруживается около ста состояний с продуктивной симптоматикой. Шкала тяжести психопатологических синдромов при шизофрении включает астенические, аффективные, неврозоподобные,

паранойяльные синдромы, галлюцинозы; галлюцинаторно-параноидные, парафренные, кататонические синдромы и конечные состояния.

Позитивные психопатологические расстройства у детей (вплоть до препубертатного возраста) отличаются рудиментарностью. Это, например, бредовые страхи и бредовая настроенность вместо бредовых идей; патологические образные фантазии вместо сверхценных идей; визуализированные образные представления, галлюцинации воображения, гипнагогические галлюцинации и другие галлюциноиды вместо истинных галлюцинаций.

По В.В. Ковалеву, основу проявлений психических расстройств, преимущественных для разных периодов детского и подросткового возраста, составляет сменяемость качественно различных уровней патологического нервно-психического реагирования на те или иные вредности. Схематически выделяют четыре основных возрастных уровня у детей и подростков: 1) соматовегетативный (0–3 года); 2) психомоторный (4–7 лет); 3) аффективный (5–10 лет) и 4) эмоционально-идеаторный (11–17 лет).

Онтогенетически наиболее ранним является **соматовегетативный уровень**. Ему свойственны невропатия (повышенная общая и вегетативная возбудимость), склонность к расстройствам пищеварения, нарушениям питания, расстройства сна, нарушение навыков опрятности. Проявления этого уровня возможны и у детей раннего и отчасти преддошкольного возраста в клинике невротических реакций, резидуально-органических нервно-психических расстройств, шизофрении.

Следующий возрастной уровень патологического реагирования — **психомоторный**, к которому относятся синдром гиперактивности, системные невротические двигательные расстройства: тики, заикание, мутизм. Выделение данного уровня реагирования соответствует данным возрастной физиологии о том, что в возрасте от 6 до 12 лет происходит наиболее интенсивное дифференцирование функций двигательного анализатора.

Хронологически близким к предыдущему, но все же сдвинутым к более старшему возрасту уровнем патологического реагирования является **аффективный уровень**: синдромы страхов, повышенной аффективной возбудимости, уходов и бродяжничества.

ства, которое чаще встречается в младшем школьном и препубертатном возрасте. Это связано, вероятно, с началом формирования самосознания к концу дошкольного периода и появлением у ребенка элементарной способности к самооценке субъективных переживаний.

Наиболее поздно, в препубертатном и главным образом в пубертатном возрасте, проявляется преимущественно **эмоционально-идеаторный уровень реагирования**. Психические расстройства данного уровня реагирования возникают на основе сверхценных образований; это психогенные ситуационные реакции (протеста, эмансипации), сверхценный ипохондрический синдром, синдромы дисморфофобии, нервной анорексии, синдромы сверхценных увлечений и интересов, в том числе синдром «философской интоксикации». Преобладание психических расстройств, свойственных онтогенетически более ранним уровням, чаще всего свидетельствует об общей или парциальной ретардации.

Рассмотрим более детально различные уровни патологического нервно-психического реагирования на те или иные вредности.

1. **Синдром ранней детской невропатии**, или «врожденной детской нервности», является наиболее распространенным синдромом психических расстройств в раннем детском возрасте (от 0 до 3 лет). Основное место в структуре синдрома занимают резко повышенная возбудимость и выраженная неустойчивость вегетативных функций, которые сочетаются с общей повышенной чувствительностью, психомоторной и аффективной возбудимостью и быстрой истощаемостью, а также с более или менее выраженными чертами тормозимости в поведении (в виде боязливости, пугливости, страха перед всем новым).

В грудном и раннем детском возрасте в симптоматике невропатии на первом месте находятся разнообразные соматовегетативные расстройства и нарушение сна. Среди соматовегетативных расстройств преобладают нарушения функции органов пищеварения (частые срыгивания, рвота, запоры, нередко сменяющиеся поносами, снижение аппетита или избирательность к пище, расстройства питания), нарушения дыхания (дыхательная аритмия), сердечно-сосудистые расстройства (бледность или мраморность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, неустойчивость пульса).

Отмечаются и другие вегетативные нарушения, как, например, субфебрилитет, не связанный с соматическими заболеваниями, нарушения сна, проявляющиеся в виде недостаточной глубины и в нарушении формулы сна. У детей нередко встречается повышенная чувствительность к различным раздражителям в виде появления или усиления двигательного беспокойства, аффективного возбуждения, плаксивости под влиянием обычных сенсорных раздражителей, изменения положения тела, небольшого изменения получаемой пищи. Подобные реакции могут возникать при «чувстве дискомфорта», связанного с голодом, жаждой, мокрыми пеленками, изменением температуры и влажности воздуха в помещении.

Наряду с этим у многих детей могут наблюдаться инстинктивные расстройства в форме повышенного чувства самосохранения, выражением которого являются боязнь и плохая переносимость всего нового. Страхи проявляются в усилении соматовегетативных расстройств — отказа от еды, падения веса, усиления капризности и плаксивости при любой перемене обстановки, изменения режима, условий ухода, помещения в детское учреждение. У этих детей часто отмечается повышенная склонность к аллергическим реакциям, инфекционным простудным заболеваниям.

С возрастом выраженность соматовегетативных реакций ослабевает, однако длительно сохраняются пониженный аппетит вплоть до анорексии, избирательность в еде, замедленное пережевывание пищи, расстройства функции кишечника, трудности засыпания, поверхностный сон с устрашающими сновидениями. Постепенно могут появляться новые симптомы: повышение аффективной возбудимости в сочетании с истощаемостью, большая впечатлительность, склонность к страхам, боязнь всего нового.

В зависимости от преобладания тормозимости или аффективной возбудимости можно выделить два клинических варианта детской невротии:

- при одном (астеническом) — дети робкие, застенчивые, тормозимые, повышенно впечатлительные, легко истощаемые;
- при другом (возбудимом) — дети аффективно возбудимые, раздражительные, двигательно расторможенные.

Синдром невропатии довольно часто входит в структуру резидуально-органических нервно-психических расстройств в результате внутриутробных или ранних органических поражений головного мозга.

В этих случаях проявления органической невропатии обнаруживаются уже в роддоме. Они носят более грубый и монотонный характер (младенцы плохо берут грудь, беспокойны, плачут). В дальнейшем эти явления сочетаются с разнообразной минимальной мозговой дисфункцией (ММД), повышенным внутричерепным давлением, ЗПР и задержкой речевого развития.

Примечательно, что при «истинной» невропатии личностные компоненты выражены сильнее, а у детей с «органической» невропатией более выражены энцефалопатические симптомы и симптомы двигательной расторможенности.

С возрастом при истинной невропатии могут наблюдаться нарушения функционирования внутренних органов, на фоне которых формируются соматические расстройства. Так, при нарушении функции ЖКТ с возрастом возникают различные гастриты, колиты и возможны функциональные нарушения (срыгивания, рвота, отказ от еды), проявляющие себя в стрессовой ситуации (поступление ребенка в д/сад или в присутствии незнакомцев).

У детей с преобладающими нарушениями дыхательной системы в последующем легко возникают бронхиты, трахеиты и астматические состояния. У детей с проявлениями функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы в раннем возрасте при неблагоприятных условиях (физическая или психическая перегрузка) формируются устойчивая или периодически возникающая тахикардия, экстрасистолия, болевые ощущения в области сердца. Эти симптомы могут наблюдаться у людей разного возраста, но начало они берут в раннем возрасте. Важно упомянуть, что в дошкольном возрасте из группы детей с невропатией формируются две самостоятельные группы: одни дети гиперактивные, другие — тихие, малоактивные, нуждающиеся в побуждении к действию.

2. Гипердинамический синдром, или синдром двигательной расторможенности (синдром гиперактивности), встречается в

возрасте от 1,5 до 15 лет; однако наиболее выражен в дошкольном возрасте.

Основные компоненты: общее двигательное беспокойство, неусидчивость, обилие лишних движений, недостаточная целенаправленность, зачастую импульсивность поступков, нарушение концентрации внимания. Иногда наблюдаются агрессивность, негативизм, раздражительность, взрывчатость, склонность к колебаниям настроения.

В школьном возрасте постоянно отмечаются нарушения школьной адаптации, часто наблюдаются затруднения в усвоении знаний, в овладении навыками письма и чтения.

Поведение детей характеризуется стремлением к постоянным движениям, крайней неусидчивостью. Они непрерывно бегают, прыгают, трогают и берут предметы, попадающие в их поле зрения, задают много вопросов, часто не слушают ответы на них. Их внимание привлекается на короткое время. В связи с повышенной двигательной активностью и общей возбудимостью они легко вступают в конфликтные ситуации со сверстниками или педагогом из-за нарушения режима дня, при выполнении заданий.

Гипердинамический синдром наиболее часто встречается при отдаленных последствиях ранних органических поражений головного мозга. Этот синдром формируется **на фоне ММД** и может сочетаться и с другими синдромами, являющимися следствием раннего повреждения мозга. На это указывают сведения в анамнезе. В группе риска выявляются патология внутриутробного периода, досрочные роды, родовая травма и асфиксия, перенесенные истощающие заболевания в первые годы жизни. В этих случаях гипердинамический синдром входит в структуру психоорганического дефекта, сочетаясь с патологией гнозиса, праксиса, пространственной ориентировки, интеллектуальными, церебрастеническими и психопатоподобными нарушениями.

Выраженная общая двигательная расторможенность и недостаточная концентрация активного внимания могут входить в структуру невротических расстройств, сопутствовать детям с выраженной умственной отсталостью.

В условиях школьного обучения имеют место значительные трудности в поведении. Дети не могут спокойно высидеть весь

урок, через 15 минут начинают отвлекаться. На замечания педагога возникает аффективная реакция (шум, выкрики, разбрасывают тетради, затем слезы, уход из класса). Возможны уход из школы, знакомство с подобными ему детьми.

3. Синдром уходов из дома и бродяжничества (дромомания).

Синдром распространен в возрасте от 7 до 17 лет; это повторяющиеся уходы, сопровождающиеся бродяжничеством.

Существует несколько причин уходов. *К 1-й группе* относятся реактивные состояния, состояния эмансипации, *сенсорной жажды* (особая потребность в новых, постоянно меняющихся впечатлениях, а также усиленное стремление к удовольствиям и развлечениям).

У детей и подростков *с чертами повышенной тормозимости* в характере, обидчивых, сенситивных первые уходы из дома в большинстве случаев связаны со сверхценными переживаниями обиды или ущемленного самолюбия (например, после физического наказания) и являются формой проявления реакции протеста либо вызваны страхом наказания, тревогой по поводу предстоящей ответственности за какой-либо проступок, получением неудовлетворительной оценки.

Синдромы уходов, обусловленные эмансипацией (желание освободиться от строгого режима): в основе лежит стремление освободиться от излишней опеки родителей и воспитателей, выйти из-под контроля. Характерны для подростков с преобладанием неустойчивых и чувствительных черт характера.

Иногда первые побеги у подростков с истероидными чертами носят характер демонстративного поведения со стремлением привлечь к себе внимание, вызвать жалость, добиться удовлетворения каких-либо желаний. Все эти варианты побегов можно назвать *реактивными*.

Уходы могут быть связаны с *жаждой приключений*, свойственной детям препубертатного возраста и подросткам, особенно с неустойчивыми чертами характера. В этом случае ребята убегают вдвоем или даже группой, могут уезжать на большие расстояния с целью побывать в каком-либо городе.

Значительно реже возникают уходы без понятных мотивов. Иногда уходы обусловлены дисфорическим характером и появ-

лением острого стремления к перемене обстановки. В этих случаях ребенок уходит один.

Ко 2-й *группе* уходов и бродяжничества относятся безмотивные случаи, наблюдающиеся у больных шизофренией и эпилепсией. При этом больные не знают причин уходов и объяснить их не могут, это так называемые **безмотивные уходы**.

Развитый синдром тесно связан с патологией влечений. У детей возникают те или иные формы асоциального поведения: мелкое воровство, попрошайничество. Могут заостряться патологические черты характера: эмоционально-волевая неустойчивость, аффективная возбудимость.

Этот синдром — выражение аффективного уровня нервно-психического реагирования, относительно близкого к психомоторному уровню.

4. Синдром страхов.

Страх — чувство, связанное со стремлением избежать опасности, обусловленное инстинктом самосохранения в его оборонительной форме. У детей раннего возраста в норме страх может быть вызван любым новым, внезапно появившимся объектом. Страхи — защитная реакция ребенка.

Повышенная физиологическая и психологическая готовность детей к возникновению страхов в еще большей степени обнаруживается в условиях патологии. Поэтому страхи так часто возникают в психопатологической структуре различных психических расстройств.

Важно разграничить страхи, наблюдающиеся у здоровых, от страхов, имеющих психопатологическую причину.

Если у детей дошкольного возраста страхи наблюдаются преимущественно в ночное время, их не следует рассматривать как болезненное состояние. Но если они сохраняют максимальную частоту, приобретают характер ведущего признака и после первого критического периода развития ребенка, то речь уже идет о неврозе страха и тревожного ожидания.

Признаки **патологических страхов** — 1) их беспричинность или явное несоответствие выраженности страхов интенсивности вызвавшего их воздействия; 2) длительность существования; 3) склонность к генерализации; 4) нарушение сна, аппетита, физического самочувствия; 5) нарушение поведения ребенка под влиянием страхов.

Патологические страхи нередко проявляются как самостоятельные психопатологические образования — это синдром страха, его относят к проявлениям аффективного уровня психического реагирования. Выделяют пять основных групп синдрома страха в детском и подростковом возрасте:

- навязчивые страхи (фобии);
- страхи со сверхценным содержанием;
- недифференцированные, бессодержательные страхи;
- страхи бредового характера;
- ночные страхи.

Фобии могут возникать у детей раннего возраста, начинающих ходить, после испуга, связанного с падением и ушибом. Тогда может возникнуть навязчивый страх ходьбы, который тормозит закрепление нового навыка. Фобии у детей отличаются конкретностью содержания, относительной простотой, отчетливой связью с психотравмой. Страхи у детей младшего возраста (страх высоты, заражения) возникают после перенесенного испуга; они пока не обладают всеми признаками навязчивости (нет осознанного переживания чуждости, чувства внутренней зависимости и активного стремления к преодолению страхов).

С возрастом тематика страхов изменяется. Так, у подростков могут встречаться навязчивые страхи покраснения, физических недостатков (прыщи на лице, особенности фигуры, излишняя полнота). У школьников нередко возникают страхи несостоятельности в той или иной деятельности: страх устных ответов в школе, страх речи у заикающихся (логофобия).

Навязчивые страхи встречаются при неврозах и вялотекущей шизофрении. При последней страхи недостаточно четко связаны с конкретной психотравмой, бывают необычными, вычурными, не поддаются критике. В дальнейшем фобии при шизофрении могут трансформироваться в бредовые идеи, чаще в ипохондрические, и бред воздействия.

Сверхценные страхи у детей и подростков могут наблюдаться при навязчивых и невротических состояниях. Так, при невротических страхах у детей дошкольного и младшего школьного возраста преобладают страхи темноты, одиночества и страхи, связанные с живыми объектами, вызвавшими испуг (животные, «черный дядька»). В этих случаях ребенок убежден в обоснованности

этих страхов и не пытается их преодолевать в отличие от навязчивых страхов.

При невротических страхах имеется неразрывная связь с образным представлением темноты (в виде различных устрашающих объектов, которые в ней скрываются), одиночества (т. е. мнимых опасностей, подстерегающих ребенка в отсутствии родителей), представлениями о напугавших его животных или людях. Такие представления преобладают в сознании, сопровождаются тревогой, т. е. приобретают сверхценный характер. Они возникают у детей с тревожно-мнительными чертами характера, психическим инфантилизмом, невропатией (которым свойственны повышенная боязливость и тревожность). Этот страх может сохраняться на длительный срок.

Разновидность сверхценных страхов в возрасте семи-девяти лет — страх школы (страхи неуспеваемости, наказания, страх перед строгим учителем). Страх школы — источник упорных отказов от ее посещения и школьной дезадаптации. В препубертатном возрасте сверхценные страхи проявляются как страхи за жизнь и здоровье (свое и родственников). Дети боятся, что на них нападут бандиты, испытывают страх смерти от удушья, от остановки сердца. Страхи сверхценного содержания возникают в виде приступов, не переживаются как чуждые, болезненные, отсутствует стремление к их преодолению, сопровождаются вегетативными расстройствами; это отличает их от навязчивых состояний.

В пубертатном возрасте страхи сверхценного содержания чаще встречаются в форме **ипохондрических опасений**; они сопровождаются выраженными вегетативными нарушениями, а также сенестопатиями (ощущениями сдавливания, распираania, жжения, покалыванием в разных частях тела).

Психопатологические недифференцированные, бессодержательные страхи характеризуются **переживанием неопределенной угрозы жизни** в сочетании с общим двигательным беспокойством, вегетативными нарушениями (тахикардия, гиперемия лица, потливость) и неприятными соматическими ощущениями (сдавливание и замирание в области сердца, приливы крови к лицу, спазмы в области живота). Больной не связывает свои ощущения с психотравмирующей ситуацией, не может рассказать о

своих переживаниях, но повторяет «страшно», «боюсь». В школьном и подростковом возрасте это страх смерти вообще или по какой-либо причине: «боюсь задохнуться», «сердце сейчас остановится». Такие страхи могут носить характер приступов и наблюдаются при неврозах и вялотекущей шизофрении.

Страхи бредового характера отличаются переживаниями скрытой угрозы со стороны людей и животных, сопровождаются постоянной тревогой, настороженностью, подозрительностью. В действиях окружающих больные предполагают угрозу для себя. Тематика бредовых страхов зависит от возраста. Дети младшего возраста боятся одиночества, теней за окном, ветра, бытовых звуков, незнакомых людей. Дети прячутся от воображаемых объектов.

У детей школьного возраста бредовые страхи приобретают более отвлеченный характер, сопровождаются иллюзиями. Меняется поведение ребенка — бредовые страхи не удается снять убеждением. Наблюдаются при шизофрении.

Ночные страхи возникают во время ночного сна и сочетаются с измененным сознанием (типа рудиментарного сумеречного расстройства сознания). Встречаются в дошкольном или младшем школьном возрасте, причем у мальчиков вдвое чаще, чем у девочек. Ребенок во время сна становится беспокойным, испытывает сильный страх, кричит, бормочет отдельные слова.

5. Синдром патологического фантазирования.

Это неоднородная группа состояний; болезненно измененное воображение (фантазирование) ребенка, тесно связанное с сочинением неправдоподобных историй, в которые он верит. Встречается как у детей, так и у подростков. В связи с незрелостью психики ребенка грань между образами фантазии и реальностью у него не столь четкая, как у взрослого. Патологическое фантазирование отличается необычайной стойкостью, малой подвижностью: оно нередко оторвано от реальности, причудливо по содержанию, часто сопровождается нарушением поведения и явлениями дезадаптации. Патологическое фантазирование наблюдается уже у детей трех-пятилетнего возраста. В этих случаях оно выражается в виде своеобразной игровой деятельности, которая может проявляться в разных формах.

Наиболее распространенной формой патологического фантазирования является **перевоплощение**. При этом ребенок на время, иногда длительное, перевоплощается в образ животного (волк, кошка), какого-либо персонажа из сказки или книги, иногда в образ выдуманного фантастического существа или неодушевленный объект. Например, мальчик пяти лет, который считал себя собакой, лаял в ответ на вопрос «Как тебя зовут?», спал под кроватью, лакал из миски, на вопросы врача не отвечал, укусил ее за ногу. В этом случае резко меняется поведение ребенка в соответствии с его представлениями об образе жизни какого-либо существа или животного. Отвлечь детей от игры в созданный ими персонаж невозможно.

Такие состояния наблюдаются при психогенных расстройствах, вялотекущей шизофрении, хронически текущих энцефалитах. При шизофрении ребенка длительное время нельзя вернуть к реальности, он целиком захвачен патологической игровой деятельностью, попытки отвлечь от нее вызывают бурный протест с негативизмом, даже агрессией. Типичен аутистический характер поведения: ребенок не замечает окружающих, не стремится играть с другими, не вступает в речевой контакт. При психогенных расстройствах перевоплощение носит **характер гиперкомпенсации**; реже оно может быть выражением истероидных реакций.

При психогенных расстройствах ребенок в игре воспроизводит нереализованные желания, подавляет чувство неполноценности, неудовлетворенность своим положением. Так, слабый ребенок, которого обижают, перевоплощается в волка, становится сильным и злым существом, которого все должны бояться. Психогенное игровое перевоплощение связано с трудной ситуацией, оно психологически понятно; отличается меньшей глубиной «ухода в изображаемый образ», меньшей степенью вовлечения ребенка, сохранением у него контакта с реальной ситуацией.

Другой формой патологической игровой деятельности являются **стереотипные игры, имеющие сверхценный характер**. Эта форма нарушения может наблюдаться у детей в возрасте двух-трех лет и у дошкольников и характеризуется однообразными действиями с различными предметами, нередко не имеющими

игрового значения: дети открывают и закрывают краны, стучат крышками, рвут бумагу на мелкие куски. В дошкольном возрасте они играют с различными предметами, не предназначенными для игры. Во время игры дети разговаривают сами с собой, не отвечают на вопросы, сердятся, если их пытаются отвлечь. Стереотипные игры типичны для шизофрении и для раннего детского аутизма.

У детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста формируется **синдром образного патологического фантазирования**. В его основе лежат яркие образы воображения, мечты, приобретающие характер чувственно ярких представлений. Ребенок сам вызывает образные фантазии, испытывает в них потребность, а в процессе фантазирования переживает чувство удовольствия. Тематика образных фантазий зависит от возраста, запаса знаний ребенка. В этом состоянии одни дети могут сидеть тихо в одиночестве, в задумчивости, в бездействии. Другие сопровождают фантазирование восклицаниями, разговорами с воображаемыми персонажами. Образное патологическое фантазирование может наблюдаться при вялотекущей шизофрении, шизоидной психопатии или акцентуации.

Особая форма патологического фантазирования — фантазирование познавательного характера, основанное на сверхценном увлечении какой-либо областью знаний. К наиболее ранним его проявлениям — в возрасте трех-четырех лет — относят так называемые «пытливые» вопросы абстрактного содержания («Зачем живут люди?»), тесно связанные с образными представлениями.

В пубертатном возрасте наряду с познавательными фантазиями наблюдается синдром оговоров и самооговоров, связанный с повышенными и извращенными влечениями. Фантазии часто имеют детективно-приключенческий характер, заполнены вымышленными деталями, именами участников событий. Рассказывая о необычных случаях из своей жизни, подростки сами начинают верить в реальность своих походов. Такие фантазии могут наблюдаться как при шизофрении, так и при пограничных состояниях.

Гиперкомпенсаторные образные, отвлеченные и другие психопатологические отклонения этого плана могут наблюдаться у

детей и подростков с патологией формирования личности и акцентуацией характера.

6. Синдром дисморфофобии.

В нормальных физиологических условиях у подростков часто меняются рост и вес, формы и детали лица, фигуры. У них могут быть переживания. Однако даже в случаях своего сверхценного характера переживания доступны коррекции, не сопровождаются идеями отношения и депрессивными переживаниями.

Болезненные идеи мнимого или необоснованно преувеличенного физического недостатка называют **дисморфофобиями** («страхи телесной деформации»). Идея физического недостатка сочетается с пониженным фоном настроения и идеями отношения; это наблюдается при неврозах навязчивых состояний, истерическом, ипохондрическом неврозе у подростков и вялотекущей шизофрении. При невротических реакциях наблюдаются монотематичность высказываний (одна тема: например, недовольство своим носом или ушами) и навязчивый характер дисморфофобических расстройств без перехода в бредовую настроенность. При невротических реакциях больной ищет помощи, его идеи поддаются психотерапевтическому воздействию.

В пубертатном возрасте формируется **дисморфоманический бредовый синдром**, состоящий из уверенности в уродливом строении своего тела, бредовых идей отношения окружающих к мнимому недостатку, симптома его маскировки и симптома зеркала, чтобы рассматривать его самому.

Клинические проявления психосоматических расстройств у младенцев и детей раннего возраста

Эти проявления объединяет наиболее весомый фактор — эмоциональное напряжение, возникшее вследствие трудных для ребенка обстоятельств. К соматическим расстройствам стрессорного происхождения относят приступы нарушения дыхания, яктацию (ритмическое раскачивание тела или головы), спастический плач, нарушения сна, раннюю бронхиальную астму, «внезапную смерть младенца», а также:

1. Младенческую колику (колику трехмесячного ребенка). В первые три-четыре месяца жизни у ребенка могут внезапно появляться приступы с сильными криками, явно связанные с физической болью и переживаниями дистресса.

2. Аэрофагию. Жадно сосущие дети заглатывают воздух. Воздух может проходить в желудок или оставаться в пищеводе, вызывая ощущение давления. Иногда воздух вырывается изо рта с громким звуком (отрыжка) или проходит через кишечник. Аэрофагия может привести к растяжению желудка и как следствие — к нарушениям ритма дыхания, рвоте.

3. Срыгивание. Извержение относительно небольшого количества пищи, постоянное во время кормления. Часто наблюдается в возрасте 4—18 месяцев в связи с чрезмерным расширением желудка из-за попадания воздуха в процессе жадного заглатывания пищи.

4. Регургитацию (жвачку). Переваренная пища несколько раз отрыгивается, а затем многократно жует. Иногда это доставляет удовольствие детям (они засовывают палец в глотку).

5. Потерю младенцем массы тела (синдром нарушения развития неорганического генеза). В 3—12 месяцев состояние массы тела младенца резко уменьшается без проявлений заболевания. Отставание в прибавке массы тела малыша сочетается со многими признаками недостаточной эмоциональной и/или сенсорной депривации, а также истощения при достаточном поступлении пищи. Это явление связывают с тем, что ребенком пренебрегают и недостаточно о нем заботятся.

6. Младенческую нервную анорексию. Отсутствие аппетита встречается у 76 % младенцев с нарушениями пищевого поведения психосоматического происхождения. Частые беспорядочные кормления, однообразная пища, принуждение к кормлению могут вызвать у ребенка снижение и даже утрату влечения к пище или ее отвержение. Нарушения аппетита нередко возникают у младенцев с невропатическими проявлениями: чрезмерно подвижных, с нарушениями ритма «сон — бодрствование», раздражительных и плаксивых:

- дистимический вариант анорексии с раздражительностью, плаксивостью, немотивированным беспокойством (дистимией), возникающими во время еды;

- регургитационный вариант с немотивированным срыгиванием во время кормления или сразу после него, значительным объемом регургитированной пищи, отсутствием вторичного заглатывания и пережевывания;
- смешанные варианты младенческой анорексии с большой выраженностью нарушений питания.

Дети с потерей аппетита психогенного происхождения отличаются от тех, у кого анорексия вызвана определенными заболеваниями: у них не страдает общее физическое состояние, нет никаких других нарушений, кроме отказа от еды.

7. Поедание несъедобного (извращение аппетита, симптом Пика). Характеризуется:

- повторяющимся поеданием несъедобных предметов (как минимум раз в месяц);
- отсутствием психических расстройств, которые могли бы вызвать это нарушение пищевого поведения (детский аутизм, шизофрения, умственная отсталость).

Обычно извращение аппетита начинается на втором-третьем году. Младенцы тянут в рот ворс с одежды, волосы. Дети постарше употребляют в пищу несъедобные вещества: фекалии животных, окурки, насекомых, песок, гальку и т. д. Большинство детей, не имеющих расстройств пищевого поведения, тянут в рот многие несъедобные предметы, но почти никогда не глотают их или делают это редко. Чаще всего это дети, лишенные достаточного ухода, отстающие в развитии, слабовидящие. Поглощение фекалий может привести к токсоплазмозу. Симптом Пика чаще встречается при тяжелой умственной отсталости детей и сохраняется на протяжении всей жизни. Наличие этого симптома у детей с нормальным психическим развитием после четырех лет свидетельствует о глубоких поведенческих нарушениях или даже тяжелого заболевания.

8. Тучность. Существует точка зрения, что тучные дети не способны переживать чувство удовлетворения от еды. Они лишены жадного стремления к пище, но принуждают себя есть почти насильственно, чтобы достичь чувства уверенности, прочности и устойчивости. Для тучных это означает наполнить себя, а постоянное поглощение пищи имеет подсознательный смысл защиты от саморазрушения. Основная фантазия ребенка состоит

в необходимости поддержать себя. Защитные механизмы, приводящие ребенка к ожирению, являются имитирующими, скрывающими стремление к всемогуществу. Для младенца, который позже станет тучным, отделение его от матери при отлучении от груди означает потерю части себя. Сохранение же связи с матерью позволяет не утратить ни одной части своего «Я» и таким образом предотвратить повреждение. Переедание — это попытка ребенка воссоздать непрочную связь со значимой фигурой.

9. Запор. Кал долго остается в кишечнике и выходит в виде плотных, твердых и засохших комочков. Чаще встречается у девочек.

10. Энкопрез. Непроизвольное выделение кала; к четырем годам энкопрез должен оцениваться как расстройство функций, а не вариант развития или неправильное воспитание. Может быть постоянным или появляется как элемент регрессии, т. е. поведения, соответствующего более младшему возрасту и появляющегося при тяжелых заболеваниях. В четверти случаев в основе энкопреза лежат психогенные факторы. Энкопрез связывают с недостатком родительской любви, отрывом от матери, с наличием доминирующей придирающейся матери и сверхтребовательных родителей.

11. Сепарационную тревогу. Проявляется в виде постоянного беспокойства ребенка по поводу возможного отделения его от матери; выражается в страхе исчезновения матери, боязни быть потерянным или покинутым. Характерны вспышки раздражения с плачем, ребенок боится выходить из дома. Всегда выявляются симптомы соматических расстройств.

12. Синдром депривационной предречевой ретардации. Нарушение взаимоотношений в системе «мать — дитя», полная депривация приводят к недифференцированному крику, плачу, отставанию в развитии модулированных вокализаций, снижению/отсутствию звуко- или слогаимитации. Возможны даже развитие анаклитической депрессии: отсутствие положительных эмоций, зрительной и слуховой концентрации; двигательная заторможенность, регресс поведенческих навыков, патологические привычные действия.



ОСНОВЫ СЕКСОЛОГИИ

Самосознание и пол

В развитии ребенка выделяют препубертатный период — 11–12 лет и пубертатный — 13–15 лет. Пубертатный кризис — самый острый и длительный. На подростка воздействует ряд соматических, психологических и социальных факторов. В основе бурных и болезненно переживаемых соматических изменений организма лежит интенсивная перестройка гормональной системы с достижением половой зрелости. Формируются вторичные половые признаки. Изменяются взаимоотношения частей тела — детское туловище при быстром развитии конечностей. Движения при этом становятся угловатыми и неуклюжими. Внутренние органы не успевают за бурным ростом тела, что может приводить к развитию функциональных заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Перестройка эндокринной системы приводит к изменениям в психике. Выражено психическое беспокойство, повышена тревога. Пытаясь избавиться от тревоги, ребята вступают в конфликты, коллективные драки. Этим же объясняются повышенная склонность к рок-музыке, употребление наркотиков, алкоголя.

Наряду с этим у подростков наблюдаются и глубоко психологические, личностные изменения, не связанные напрямую с эндокринными перестройками. К таким изменениям относится **формирование нового самосознания** с повышенным чувством собственного достоинства, собственных возможностей и способностей. Развиваются и более полно осознаются высокие чувства дружбы и любви, причем любовь отнюдь не обусловлена сексуальными потребностями, а, напротив, носит исключительно платонический, духовный характер.

В течение подросткового периода ломаются и перестраиваются многие прежние отношения, формируется жизненная

позиция. Основным новообразованием является формирование чувства взрослости. Однако социальная ситуация не меняется — он по-прежнему учащийся и т. д. Поэтому многие притязания входят в конфликт с реальной действительностью. Именно здесь кроется основная причина кризиса этого возраста. Резко изменяются отношения с родителями. Ребята начинают ориентироваться исключительно на мнение сверстников. Меняются семейные отношения, поскольку эмоциональные связи родителей и ребенка явно ослабевают. Подросток стремится освободиться от опеки. Расширение прав проявляется в том, что он активно начинает предъявлять родителям завышенные материальные требования.

Также психологический барьер между родителем и подростком объясняется возрастающим эгоцентризмом, максимализмом подростка, абсолютной уверенностью в непогрешимости собственного опыта, невозможностью родителей взглянуть на мир глазами подростка. Известно, что подростки более объективно оценивают своих родителей, чем родители — детей. У подростков очень велика потребность в неформальном общении с родителями, но она удовлетворяется меньше, чем наполовину.

Психология общения в подростковом периоде и юношеском возрасте строится на основе противоречивого переплетения двух потребностей: **обособления** и **потребности в принадлежности**, включенности в какую-нибудь группу.

Чувство одиночества, неприкаянности порождает жажду общения со сверстниками. В их обществе подростки находят то, в чем им отказывают взрослые, — эмоциональное тепло, спасение от скуки и признание собственной значительности. Считается, что общение — ведущая деятельность подросткового и юношеского возраста. Это непреодолимое стадное чувство. Особенно сильна такая потребность у мальчиков.

Типичная черта подростковых групп — чрезвычайно высокая конформность. С яростью отстаивая свою независимость от старших, подростки некритически относятся к мнению собственной группы и ее лидеров. Неокрепшее диффузное «Я» нуждается в сильном «МЫ», которое, в свою очередь, утверждает в противоположность неким «ОНИ». Индивидуальность утверждает-ся через единообразие, и это противоречие становится источником юношеской тревожности.

Типичные поведенческие реакции:

реакция «оппозиции» — активный протест; причиной могут быть слишком высокие требования, непосильные нагрузки, утраты, недостаток внимания со стороны взрослых;

реакция «имитации» — стремление подражать какому-либо образцу, модель которого диктуется компанией сверстников. Реакция может быть причиной нарушения поведения, если образец для подражания асоциален;

реакция «гиперкомпенсации» — настойчивое стремление добиться успеха в той области, в которой подросток слаб; неудача может закончиться нервным срывом;

реакция «эмансипации» — стремление освободиться от опеки, контроля и покровительства старших. Она также распространяется на порядки, законы и «стандарты» взрослых. Эта потребность связана с борьбой за самостоятельность, за самоутверждение себя как личности. Это — стремление сделать все «по-своему», вплоть до уходов и побегов из дома;

реакция «группирования» — филогенетический стадный инстинкт. Группы в среде подростков функционируют по своим законам. Наибольшую опасность представляет «автономная мораль», не совпадающая с требованиями родителей, школы, законов. Особенно сильна она у несовершеннолетних правонарушителей и преступников. Именно группа становится регулятором поведения для педагогически запущенных подростков. Особенно легко объединяются наркоманы, социально распущенные, неустойчивые подростки с опытом асоциального поведения.

Существование групп — факт человеческой истории. В первобытном обществе действовали специальные мужские союзы, в феодальном — так называемые королевства шутов, проводились кулачные бои между жителями правого и левого берегов реки. В городе организовывались «клики», шайки, «ганги».

Развитие самосознания является одним из центральных психических процессов переходного возраста.

Противоречивость положения, изменение структуры социальных ролей и уровня притязаний подростка ведут к тому, что он впервые начинает обращать внимание на свой внутренний мир, задает себе вопросы: «Кто Я?», «Кем Я стану?», «Каким Я хочу и должен быть?» Именно с появлением новых вопросов к

себе и о себе связана перестройка самосознания. Ускоряется субъективное течение времени, появляется ощущение важности ближайшей перспективы.

В переходном возрасте (12–14 лет) происходят значительные изменения в содержании и структуре Я-концепции. У подростков усиливаются склонность к самонаблюдению, застенчивость, эгоцентризм, снижается устойчивость образов «Я», несколько снижается общее самоуважение и существенно меняется самооценка некоторых качеств. Подросткам кажется, что окружающие о них дурного мнения, и они чаще испытывают депрессивные состояния.

Сами юноши и девушки воспринимают период «трудного возраста» прежде всего как период физических перемен, становления психосексуальной идентификации. В переходном возрасте люди чаще, чем когда бы то ни было, становятся жертвами синдрома дисморфомании (идеи физического недостатка), уделяя большое внимание своей внешности (у девушек также может возникать пубертатная анорексия).

Таким образом, в подростковом возрасте начинает активно формироваться самосознание, начинается становление образа «Я», который окончательно утверждается в раннем юношестве.

Психология ранней юности

Лишь в подростковом периоде, а более явно — в периоде ранней юности начинают проявляться половые психологические различия. Очень четко эти различия выявляются в процессе формирования самосознания и образа «Я», поэтому логичным будет параллельный разбор этих психологических феноменов.

Центральный психологический процесс развития самосознания в ранней юности представляет собой формирование личной идентичности — чувства индивидуальной самотождественности, преемственности и единства.

Выделяют четыре этапа развития идентичности.

1. Неопределенная, размытая идентичность характеризуется тем, что индивид еще не выработал четких убеждений, не выбрал профессию и не столкнулся с кризисом идентичности.

2. Досрочная, преждевременная идентификация имеет место, если индивид включился в некую систему отношений, но сделал это не самостоятельно, в результате пережитого кризиса, а на основе чужих мнений, следуя чужому примеру и авторитету.
3. Для этого этапа характерно то, что индивид находится в процессе кризиса самоопределения, выбирая свой, единственный вариант развития.
4. Этап зрелой идентичности характеризуется завершением кризиса; индивид переходит от поиска себя к самореализации.

Обычно к этапу зрелой идентичности люди приходят в возрасте 16—18 лет, хотя некоторые могут навсегда остаться на 1—2-м этапах, отказавшись от активного выбора и самоопределения. Традиционная мужская точка зрения состоит в том, что идентичность формируется прежде всего в сфере профорientации. В женском самосознании большое значение придается семье, хотя нарастает число «феминисток», ориентированных на профессиональные достижения. Юноши оценивают себя по предметным достижениям, для девушек важнее межличностные отношения. Отсюда — разное соотношение компонентов мужской и женской идентичности. Юноша, не осуществивший профессионального самоопределения, не может чувствовать себя взрослым. Девушка же основывает свои притязания на взрослость, к примеру, на наличии серьезных претендентов на ее руку и сердце.

Главное психологическое приобретение ранней юности — открытие своего внутреннего мира.

Психологические половые различия проявляются у юношей и девушек именно в сфере самосознания. Судя по самоописаниям, девушки гораздо чаще озабочены тем, что о них думают другие; они значительно более ранимы, чувствительны к критике, насмешкам. Девушки раньше начинают вести дневники, чаще делают записи; их дневники отличаются большой интимностью — это описание и анализ чувств и переживаний, особенно любовных, и постоянный разговор с собой и о себе. Юношеские дневники более разнообразны, предметны, в них отражаются интеллектуальные увлечения и интересы авторов, их практическая деятельность. Эмоциональные переживания описаны гораздо более сдержанно.

Согласно самоотчетам, женщины обычно выглядят более тревожными, чаще испытывают страх. Однако объективные исследования в стрессовых ситуациях показали, что половые различия невелики. Возможно, юноши подавляют часть своих чувств, не соответствующих идеалу мужественности, тогда как девушки говорят о них открыто.

Юноши склонны считать себя сильными, энергичными, властными и деловыми; при этом они нередко переоценивают свои способности и положение среди сверстников, не любят признавать свои слабости. Девушки более самокритичны и чувствительны. Юноши могут притворяться, что безразличны к реакции окружающих, однако значительно больше хвастаются и рисуются ради внешнего эффекта.

В подростковом возрасте впервые становятся очевидными сексуальные девиации — отклоняющееся поведение.

Переживание половой идентичности личности

Чувство, переживание половой идентичности личности определяется понятиями «психологический пол», «половая, гендерная, полоролевая идентичность» (*sex role, gender role, gender identity*).

На социальном уровне гендерная (полоролевая) идентичность выступает в качестве составляющей самосознания, которая определяется через представление о себе как о мужчине или женщине, через обобщенные полоролевые стереотипы и отношение к ним (К.В. Сыроквашина, Н.В. Дворянчиков, 2008).

Компонентами психологического пола являются половая идентичность и полоролевые ориентации, выраженные в индивидуально специфическом полоролевом поведении.

Х. Биллер (1968) определил три уровня половой идентичности:

- предпочтение половой роли (желание придерживаться культурных предписаний и запретов мужской или женской роли);
- принятие половой роли (публичное проявление типичного для общества мужского или женского поведения);
- полоролевая ориентация (понимание и самооценка своего мужского или женского поведения).

В контексте социокультурных различий мужчин и женщин половые роли существуют как стереотипы мужского и женского поведения (маскулинности и фемининности). И.С. Кон (2003) определяет маскулинность и фемининность как совокупность телесных, психических и поведенческих признаков, отличающих среднестатистического мужчину от женщины, а также нормативные представления и установки, какими должны быть мужчины и женщины.

К типично мужским качествам традиционно относят силу, независимость, активность, агрессивность, рациональность, ориентированность на индивидуальные достижения.

К типично женским качествам традиционно относят слабость, зависимость, пассивность, мягкость, эмоциональность, экспрессивность, ориентированность на других.

Девиантное поведение (ДП)

ДП занимает особое место в психическом статусе детей препубертатного (среднего школьного) возраста и подростков. ДП — поведение, отклоняющееся от нравственных и правовых форм, принятых в обществе. ДП объединяет антидисциплинарные, антисоциальные, противоправные и аутоагрессивные поступки. Они могут быть как патологическими, т. е. обусловленными различными формами патологии личности и личностного реагирования, так и непатологическими (психологическими).

К антидисциплинарным поступкам относят нарушения режима и дисциплины в школе, срыв уроков, прогулы.

Антисоциальные поступки проявляются в невыполнении или непризнании нравственных норм поведения в обществе, неповиновении родителям и воспитателям, неуважении и грубости по отношению к ним, морально-осуждаемых манерах поведения, отказе от учебы и трудовой деятельности, преждевременном начале половой жизни, сексуальных эксцессах, раннем употреблении алкоголя.

Делинквентные поступки включают такие противоправные и преступные действия, как вымогательство, кражи, угон транспортных средств, хулиганские выходки, нанесение телесных повреждений, совращение малолетних, изнасилование, убийство.

К **аутоагрессивным** относят суицидальные попытки, а также различные самоповреждения (порезы кожи груди, запястий), включая демонстративные, связанные с желанием привлечь внимание, вызвать сочувствие, добиться какой-либо цели.

По другим классификациям выделяют:

1. **Делинквентное** поведение — отклоняющееся, в своем крайнем проявлении — уголовно наказуемое деяние;

2. **Аддиктивное** поведение — формирование стремления к уходу от реальности (искусственное изменение своего психического состояния посредством приема психоактивных веществ или постоянная фиксация на определенных видах деятельности). Окружающая действительность воспринимается серой, тусклой. Варианты ухода от реальности: а) в тело (сексуальная девиация, телесно-манипулятивное совершенствование); б) в работу; в) в контакты или одиночество;

3. **Патохарактерологическое** — поведение, обусловленное психопатиями и акцентуациями, например, в виде повышенной аффективной возбудимости, эмоционально-волевой неустойчивости.

4. **Психопатологическое** — отклоняющееся поведение вследствие галлюцинаций, иллюзий, нарушений мышления, нарушений волевой активности и пр. В рамках аддитивного поведения, патохарактерологического и психопатологического вариантов выделяют **аутодеструктивное** — **саморазрушающее** поведение (алкоголизация, наркомания, суицидальные попытки).

5. **Девиантное** поведение — обусловленное гиперспособностями. Неприспособленность к бытовым условиям; неделовые контакты расцениваются как вынужденные и отвлекающие, необязательные и незначимые.

Клинические формы девиантного поведения: нарушение пищевого поведения; сексуальные перверзии; сверхценные психологические интересы (коллекционирование, трудовоголизм, фантазии); сверхценные психопатологические интересы — увлечения, мании; характерологические и патохарактерологические реакции; коммуникативные девиации (аутизация, конформизм; нарцисстическое поведение).

Стоит подчеркнуть, что сами по себе формы ДП не являются обязательным признаком психической патологии, а тем более серьезного психического заболевания. В основном они обуслов-

лены социально-психологическими девиациями личности, прежде всего микросоциально-психологической запущенностью, а также ситуационными характерологическими реакциями (протест, отказ, имитация, эмансипация). Однако в части случаев ДП у подростков в той или иной степени связано с патологией формирования личности и патологическими ситуационными реакциями, т. е. относится к проявлениям психической патологии, чаще пограничной.

Суицидальный риск у подростков с девиантным поведением

Самоубийства встречаются практически в любом возрасте, наиболее высокие пики приходятся на 15–25 лет и после 50 лет, причем максимум суицидов активности наблюдается в юношеском и молодом возрасте. Среди причин смерти у лиц юношеского возраста (15–19 лет) суицид занимает 3–4-е место. По данным ВОЗ, ежегодно в мире лишают себя жизни свыше полумиллиона молодых людей, т. е. более 1000 человек в день.

Под влиянием генетических, биологических, а также социально-средовых факторов, таких, как наличие физических дефектов, психотравмирующих ситуаций, дефектов воспитания, отягощенного семейного анамнеза (наличие суицидальных попыток и самоубийств среди близких родственников, частые конфликтные ситуации в семье и других), формируется предрасположенность личности к реакциям суицидального типа в ситуациях стрессогенного характера (*Williams et al.*, 2005).

В последние годы появились данные о том, что состояния тревоги и депрессии сопровождаются значительными изменениями восприятия и переработки поступающей информации. Одним из проявлений этих изменений является специфическая избирательность познавательных процессов в виде неосознанного предпочтения одного рода информации за счет игнорирования информации другого рода. В условиях стресса депрессивные и тревожные личности воспринимают и оценивают происходящие события искаженно, что ведет к развитию состояний нервно-психической дезадаптации и усилению тревоги, переживаний депрессивного и суицидального характера. (*Williams et al.*, 2005; *Abramson et al.*, 2006).

Гиперсексуальность

Гиперсексуальность способствует формированию большинства сексуальных девиаций и перверзий. Например, это следующие отклонения от норм эстетики и нравственности сексуального поведения: секс как унижение, секс как спорт, секс как развлечение, секс как работа, секс как коллекционирование. При гиперсексуальности обычные цели и мотивы отходят на второй план, уступая место эгоистическому мотиву, а сексуальный контакт может использоваться в так называемых несексуальных целях. Например, при сексуальных девиациях человек склонен получать сексуальное удовлетворение, сочетая коитус с оскорблением и принуждением партнера к вступлению в контакт в неподходящей (неприемлемой) для него форме, в нетрадиционное для него время или с интенсивностью, не приносящей удовлетворение. При этом свободный выбор партнера полностью игнорируется. Характер девиации носит вступление в сексуальный контакт с целью поставить рекорд по числу партнеров или по продолжительности одного контакта. Так, может формироваться поведение по типу **промискуитета** (беспорядочных половых связей). В данном случае поиск объекта удовлетворения сексуального чувства приобретает навязчивый или сверхценный характер, унижая партнера до уровня «возбуждающего объекта».

Особо выделяют проституцию, когда корыстный мотив становится основной целью вступления в сексуальные связи. Гиперсексуальные девиации выполняют функцию ухода от скучной реальности в мир необычных сексуальных переживаний. Гиперсексуальное поведение входит в структуру аддиктивного типа девиантного поведения.

Противоположность гиперсексуальности — **асексуальное девиантное поведение**; здесь человек снижает ценность сексуальной жизни или полностью ее отрицает, исключает из своей жизни поступки, направленные на сексуальные контакты. Отсутствует интерес, доминируют моральные или мировоззренческие соображения. Встречается при шизоидных акцентуациях характера.

Ряд сексуальных девиаций связан с несоответствием возрастной направленности влечения. В частности, **педофилия** — на-

правленность сексуального и эротического влечения взрослого человека на ребенка. Человек способен испытывать оргазм лишь при взаимодействии с детьми. При этой девиации коитус встречается редко, чаще эксгибиционизм. Происходит в рамках как **патохарактерологического и психопатологического** типов девиантного поведения (деменция (слабоумие) изменения личности, акцентуации характера), так и при **аддиктивном типе**.

Эфебофилия означает влечение к подросткам. Мотив поведения объясняется «поиском непорочности», отсутствием сексуального опыта и смущением в интимной жизни. Описан стиль сексуального влечения к девочкам-подросткам в сочетании с фетишизмом: объект должен быть одет «в школьную форму с фартучком». Здесь число коитальных контактов с подростком повышается. Эта форма входит в структуру делинквентного, аддиктивного, психопатического типов девиантного поведения.

Геронтофилия — сексуальное влечение к партнеру старческого возраста, при этом старческое тело играет роль своеобразного фетиша. Встречается у мужчин. Базируется на психопатологических синдромах (изменения личности органического, алкогольного генеза, деменции, психопатические проявления).

Зоофилия — сексуальное влечение к совершению сексуальных действий с животным. При этом животное рассматривается как заместительный или суррогатный сексуальный объект. Чаще всего используется коитальный генитально-анальный контакт. Возникает в рамках аддиктивного или психопатологического девиантного поведения (умственная отсталость, деменция, изменения личности при органических поражениях). Из патологических характерологических типов типична для шизоидных акцентуантов.

Фетишизм, или сексуальный символизм, — наиболее распространенная сексуальная девиация. Это замещение субъекта сексуального влечения каким-либо символом (частью одежды, личным предметом), что оказывается достаточным для достижения сексуального возбуждения и оргазма. В качестве фетиша может выступать любая часть человеческого тела вожаемого объекта (грудь, волосы, голень, ягодицы). Фетиш предпочитают самому объекту. Разновидности фетишизма: **пигмалионизм** (фетишами служат картины, фото, статуэтки), **гетерохромия** (цвет кожи партнера), **ретифизм** (обувь), **фетишизм деформации** (уродливость

человека), некрофилия (мертвое тело). Встречается при психопатологическом типе девиантного поведения (субъекты с шизоидной акцентуацией, психастеники).

Нарциссизм (ауэрэротизм) — направленность сексуального влечения на себя. Это самолюбование, завышенная самооценка, повышенный интерес к собственной внешности, половым органам. Часто сочетается с истерическими чертами характера. Главное — претенциозность, убежденность в собственной неотразимости в сочетании с гиперсенситивностью к оценкам и критике со стороны окружающих. Человек склонен рассматривать собственное тело в зеркале, фотографировать и снимать себя на видео пленку в обнаженном виде, имитируя при этом позы и действия порнозвезд.

Инцестное поведение — направленность и склонность к реализации сексуального влечения в контактах с кровными родственниками (сестрами, дочерьми, внуками). Отцы, склонные к инцестному поведению, делятся на пять групп:

1. Симбиотические личности, стремящиеся к близости, чувству принадлежности; у них имеется неудовлетворенная потребность в эмоциональном тепле.

2. Психопатические личности, ищущие новизны и возбуждения, секс для них представляет физическую стимуляцию, которую они стремятся получить от дочерей.

3. Педофилы.

4. Психически больные с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами.

5. Представители некоторых национальностей, у которых кровосмесительные отношения не запрещены традицией и религией.

Садизм, мазохизм и садомазохизм — сексуальное удовлетворение с насилием и агрессией, направленной либо на себя, либо на партнера, либо на то и другое. **Садизм** — стремление подавлять сексуального партнера, унижать его, оказывать болевое и психологическое воздействие. Агрессивность у такого человека способствует более высокой степени сексуальных возможностей и наивысшего оргастического удовлетворения. Чем больше унижен, оскорблен и подавлен партнер — тем более яркие ощущения испытываются. Садизм как сексуальная девиация переплетается с удовлетворением потребности властвовать и доминировать.

При мазохизме доминирует обратный психологический процесс. Человек стремится быть униженным и подавленным. Лишь это способно вызвать у него оргазм.

Эксгибиционизм — достижение сексуального удовлетворения путем демонстрации окружающим собственных половых органов или своей сексуальной жизни. Суть эксгибиционизма состоит в гиперкомпенсаторном преодолении чувства стыда в связи с обнажением (с целью снятия эмоционального и сексуального напряжения). Это эмоциональная разрядка после периода каких-либо внутриличностных проблем. Разновидностью эксгибиционизма является кандаулезизм, при котором сексуальное удовлетворение связано с демонстрацией окружающим обнаженной жены или сексуальной партнерши. Встречается при различных психических расстройствах, в частности, при мании. Например, имеются свидетельства того, что Сальвадор Дали получал сексуальное удовлетворение, наблюдая за половым актом своей жены и друга.

Гомосексуальность (ГС)

Особую группу сексуально отклоняющегося поведения составляют девиации, при которых, с одной стороны, изменяется традиционная гетеросексуальная ориентация, с другой — имеется тенденция к нарушению идентификации собственного пола.

Распространенность ГС в различных странах — величина постоянная: 3—4% среди мужчин и 1—2% среди женщин.

ГС — исключительная направленность влечения на лиц своего пола, стремление к эмоциональной и телесной близости с ними. Если ГС контакт возник в результате невозможности общения с противоположным полом (в закрытых мужских коллективах) или связан с психическим заболеванием, то считать это ГС нельзя. Известно, что 30% мужчин когда-либо в жизни имели сексуальный контакт с лицом своего пола (среди женщин — 20%), однако не изменили от этого направленность влечения. ГС — альтернативный вариант направленности влечения. Это выражение его личностной (иногда и природной) сущности. Необычная направленность влечения берет свое начало в детстве, задолго до проявления сексуального поведения.

У большинства ГС ослаблена биологическая программа, задающая направленность сексуального влечения.

Существует группа лиц с **врожденной первичной, или истинной, ГС**. У таких людей с детства имеются морфофункциональные (внешний вид) и характерологические особенности, свойственные лицам другого пола, а также наличие неустойчивой половой идентичности полоролевого отклонения. В пубертатном периоде они часто бесконфликтно принимают направленность влечения на лиц своего пола при одновременном отвращении к гетеросексуальным контактам.

Истоки такой ГС — в половой дифференцировке мозга. При неблагоприятных условиях течения беременности врожденная программа оказывается ослабленной. Недостаток мужских половых гормонов у лиц мужского пола приводит к снижению чувствительности к тестостерону во всех органах. Это ведет к фемининному внешнему виду и пластике, высокому голосу, слабой выраженности оволосения на лице и теле, склонности к интересам, играм и характеру, свойственным другому полу.

Установлено, что к нарушению половой дифференцировки мозга могут приводить некоторые заболевания матери (ревматизм, сахарный диабет, пиелонефрит, ряд инфекционных заболеваний), интенсивные, длительно существующие психологические стрессы (например, алкоголизация мужа, постоянные конфликты, ссоры и избиения, невротическое состояние, депрессия), введение некоторых лекарств и гормонов. Общим эффектом оказываются меньшая маскулинизация и меньшая гетеросексуальность.

Крайний вариант, при котором происходит полное замещение мужской программы на женскую или наоборот, имеет место лишь при транссексуализме. **Транссексуалы** — это лица, стремящиеся изменить свой телесный пол, так как они ощущают, что являются представителями противоположного пола, отвергают свою телесную оболочку, жестоко страдают от того, что окружающие обращаются с ними, как с женщинами, а они чувствуют себя мужчинами. Это явление редкое: среди мужчин оно встречается в пропорции 1:100 000, среди женщин — 1:300 000. При этом половая идентичность, свойственная противоположному полу, формируется у таких людей очень рано — до шести лет, без какой-либо возможности ее изменения.

Другой вариант — **вторичная, или приобретенная**, гомосексуальность развивается в процессе индивидуального опыта в подростковом возрасте, определяется психологическими особенностями индивида, его эмоциональными и психологическими привязанностями в этот период. Таким образом, на первый план выступает высокая значимость психогенного фактора. У такого ребенка наблюдаются ослабление и неустойчивость направленности влечения, но резко возрастает влияние микросоциума. У мальчиков, отрицательно оценивающих отношения в семье, возникает повышенная привязанность к лицам своего пола. Две трети таких детей отличаются от сверстников в смысле полоролевых¹ отклонений и особенностей личности. Ощущение своей непохожести на других ребят, отвержение сверстниками приводят к хроническому состоянию «несчастливости».

Частой моделью становится постепенное закрепление гомосексуальных актов в однополой подростковой среде при их неоднократном повторении и отсутствии полноценных контактов с противоположным полом. Этому способствуют:

- допустимость в определенной среде и предпочтение индивидом однополых контактов в сравнении с мастурбацией;
- наличие психопатических черт характера, которые способствуют легкости закрепления привычного способа удовлетворения;
- подростковая гиперсексуальность.

Гомосексуальность рассматривается как болезнь адаптации — индивидуальные особенности подростка вступают в конфликт с социальными нормативами пола. В результате возникает серьезный психологический конфликт, носящий характер многолетнего стресса и приводящий к возникновению

¹ Полоролевое поведение формируется в выборе игр и игрушек; ролевых предпочтениях в играх; в выборе общения (тяготеют к взрослым мужчинам или женщинам; демонстрируют нежные чувства тем, кому оказывают предпочтение); в предпочитаемой деятельности; в отношении к внешнему виду; в фантазиях и мечтах (представление себя в будущем при составлении рассказов, сказок); в удовлетворенности социальной ролью; в стиле поведения. К 5–6 годам формируется и закрепляется единая система половой роли и идентичности. Эта система — важнейший компонент ядра личности, непосредственно влияет на построение отношений с окружающими.

новой динамичной функциональной системы (гомосексуальность) с новым личностным и биологическим подкреплением.

Основная формула вторичной гомосексуальности: через неоднократное повторение поведенческого акта к его эмоциональному и психологическому принятию и превращение во внутреннюю потребность. При этом наблюдаются постепенное ослабление и растворение влечения к лицам противоположного пола, замещение его в фантазиях и снах образами своего пола.

Сексуальные проявления в клинической картине пограничных нервно-психических расстройств в детском и подростковом возрасте

Зарубежные психоаналитики рассматривают сексуальные проявления как основные этапы формирования личности. Круг сексуальных проявлений включает сосание пальцев, языка, кусание ногтей, чесание носа, глаз, оттягивание, потирание, кусание губ, ковыряние в носу, выщипывание бровей, ресниц, век, оттягивание, растирание, царапанье ушей, выщипывание и выкручивание волос головы, поглаживание, чесание, царапанье, трение руки об руку или бедер, частей тела и особенно гениталий. Это также сквернословие, рисунки неприличного содержания, подглядывание за обнаженными гениталиями или совершением актов уринации и дефекации, причинение боли другим, стремление испытывать мучения и пр.

В зависимости от возраста формирования влечения часть из перечисленного действительно может приобрести сексуальную окраску. Актуальность этих вопросов определяется особенностью онтогенеза, характерной для современного периода, — ускоренным формированием структур и функций детского организма. Клиническая практика показывает, что этот процесс нередко протекает неравномерно вследствие опережающего развития психосексуальной сферы. Половое развитие опережает формирование социально обусловленных моральных и этических нормативов.

Наблюдались 80 больных психопатией (в меньшей степени неврозы) в возрасте от 5 до 16 лет с различными видами сексу-

альных проявлений. В клинической картине имелись различные синдромы: астенический, навязчивости, анорексический, фобический, истерический, бродяжничества. У большинства имело место дисгармоничное развитие личности, обусловленное частичной эмоциональной депривацией в раннем детском возрасте (воспитание в неблагополучных семьях, наличие стрессовых ситуаций).

Сексуальные проявления: эпизодическая мастурбация (онанизм) в пубертатный период расценивалась как проявление саморегуляции половой функции. Для **патологической мастурбации** характерны следующие особенности: начало до периода полового созревания, сочетание с эротическими представлениями и фантазиями, с нарциссизмом, использованием порнографии. Мастурбация отмечалась в структуре невротических и психопатических нарушений, при невропатии.

Ранняя (до пубертатного периода) гетеросексуальная направленность у девочек (от 5 до 10 лет) выражалась в чрезмерно кокетливом поведении, объятиях, поцелуях с мальчиками, а иногда и со взрослыми, в повышенном внимании к их половым органам и уринации. Для мальчиков того же возраста характерно стремление прикоснуться к гениталиям, ногам, обнять, прижаться к телу родственниц, посторонних женщин. Эротические сновидения проявляются преимущественно в пубертатном периоде и отражают формирование гетеросексуальности. Они могут сопровождаться оргазмом или поллюциями (у мальчиков) и относиться к физиологическим проявлениям. Их учащение наблюдается при ускоренном половом развитии или обусловлено возбуждающими влияниями среды. Сексуальные представления и фантазии в качестве самостоятельной формы полового удовлетворения (**псевдолизм**) встречаются преимущественно у подростков с дисгармоничным развитием и астеническими или истерическими чертами характера.

Патологическое усиление полового влечения (гиперсексуальность) главным образом стимулируется ситуационно или наблюдается у больных с резидуально-органическим поражением мозга. Основной мотив промискуитета — рано сформировавшаяся потребность в удовлетворении полового влечения при незрелых

морально-этических установках личности. Промискуитет, особенно осложненный наркотизмом, сочетается с групповым сексом, или сексуальным **плюрализмом**. Анализ по нозологическим формам показал, что при невропатии наиболее часто занимают мастурбацией, которая является одним из признаков общей нервной возбудимости.

При неврозах мастурбация определяется аффективным напряжением, снижением настроения вследствие психотравмирующей ситуации. Сексуальная активность носит компенсаторный характер, уменьшая невротическое напряжение.

Для истероидных психопатов характерны сексуальные игры, гомосексуальная влюбленность, преувеличенно драматизированные рассказы о своих сексуальных переживаниях. Раннее начало половой жизни может сопровождаться промискуитетом. У части больных основной формой полового удовлетворения является порнография или яркие эротические представления, сочетающиеся с мастурбацией.

Психопатам аутистического круга свойственны недостаточная половая зрелость, фантазирование на сексуальные темы.

Для эпилептоидов характерно более раннее развитие сексуальности в форме онанизма и садистического поведения.

Неустойчивых психопатов отличают половая распущенность с легким установлением случайных половых контактов, групповой секс и преходящая гомосексуальная активность.

У психопатов гипертимного круга отмечаются перверзные формы сексуальной активности (гомосексуальная направленность). Это обусловлено отрицательными влияниями среды, особенно ранними эротическими впечатлениями, или совращением.

У астенических психопатов основной формой сексуальной активности является патологическая мастурбация, сочетающаяся с эротическими сновидениями и фантазиями.

Общая причина ранней и патологической сексуальности у психопатов состоит в том, что у одних чрезмерно развит инстинкт, у других неправильно развивается личность при своевременно развившемся нормальном влечении.

КРАТКИЙ СЛОВАРЬ КЛИНИЧЕСКИХ НЕЙРОНАУК

Абсанс — пароксизмальное выключение сознания в течение нескольких секунд. Больные сохраняют мышечный тонус, не падают. Лицо становится неподвижным, «каменным»; глаза делаются «пустыми»; взгляд неподвижный, устремлен в одну точку. При усложнении абсанса присоединяются речевые затруднения, явления орального автоматизма (жевательные движения, причмокивания), характерные для эпилепсии с левосторонней локализацией очага активности.

Абстракция — мысленное вычленение и превращение в самостоятельный объект рассмотрения отдельных свойств или сторон предмета. Абстракция лежит в основе процессов обобщения и образования понятий.

Абулия (гипобулия) — патологическое снижение (или исчезновение) побуждений, желаний и влечений. Возникает при снижении интеллекта и ослаблении аффективной сферы (апатии), при глубоких депрессивных состояниях и эмоциональном притуплении.

Автоматизированная жестикуляция — псевдопроизвольные движения, появляющиеся в остром периоде нарушения мозгового кровообращения в правом полушарии. Больные поглаживают, потирают, хлопывают себя по различным частям тела; перебирают пальцами; сжимают и разжимают пальцы на одной — правой стороне.

Аграмматизм — пропуск глаголов, опущение предлогов, местоимений; употребление шаблонных фраз, неразвернутых коротких простых предложений; более частое употребление существительных в именительном падеже. Это нарушение внутренней планирующей речи с перешифровкой замысла в грамматические структуры языка. Отражается и в интеллектуальной сфере в виде обеднения и снижения уровня вербально-логических операций.

Аграфия апрактическая — относится к проявлениям идеаторной апраксии; больные не знают, как придать своей руке положение, необходимое для письма; при письме искажают элементы букв, некоторые изображают зеркально. В тяжелых случаях дело доходит до полного распада рисунка буквы. Вместе с тем больной знает, что именно надо писать, способен найти букву, но ему трудно ее написать из-за нарушения организации и осуществления самого движения.

Аграфия амнестическая (чистая) — при поражении теменно-височно-затылочных отделов левого полушария появляются трудности перекодирования фонем в графемы. Затруднения возникают при спонтанном письме и письме под диктовку, тогда как списывание остается

сохранным. Больные путают порядок букв в словах, пропускают буквы или заменяют их другими (литеральные параграфии). В результате отчуждения графического образа буквы от ее фонетического значения больной при задании написать под диктовку некую букву долго ищет соответствующую графему и часто ошибается. Особенно грубые расстройства выявляются при попытках самостоятельного письма, а именно: литеральные параграфии, аграмматизм, пропуски слов и знаков препинания в предложениях. У правшей нередко встречается зеркальное письмо либо его элементы при письме левой рукой. Чистая аграфия сочетается с синдромом Герстмана (пальцевая агнозия, нарушение ориентировки в правом-левом, акалькулия), являясь его компонентом.

Агрессия — от слова *adgradi* (*ad* — на, *gradus* — шаг); в буквальном смысле «агрессия» переводится, как «двигаться на», «наступать». В первоначальном смысле «быть агрессивным» означало «двигаться в направлении цели без промедления, без страха и сомнения» (Г.Э. Бреслав, 2004). Агрессия характеризуется намеренным причинением вреда, включающего наряду с телесным повреждением психологический дискомфорт (Р. Блэкборн, 2004). Агрессия — это действия, нацеленные на причинение ущерба или вреда человеку, который мотивирован этого избежать. Х. Дельгадо (*Delgado*, 1963) утверждает, что «человеческая агрессивность есть поведенческая реакция, характеризующаяся проявлением силы в попытке нанести вред или ущерб личности или обществу».

Адверзия — поворот головы и глаз в сторону, противоположную очагу раздражения (обычно при раздражении двигательных зон лобной коры).

Адиadoхокинез — симптом поражения мозжечка; проявляется в виде затруднения чередований противоположных движений — пронации-супинации. На стороне поражения чередование движений замедленное, движения неловкие, неточные.

Акайрия — назойливость, своеобразная прилипчивость с вопросами. Наблюдается при поражениях ствола мозга у больных с симптомами паркинсонизма.

Алексия оптическая — нарушение чтения при поражении затылочно-теменных отделов левого полушария — либо в виде неузнавания отдельных букв (**оптическая литеральная алексия**), либо целых слов (**оптическая вербальная алексия**). В основе алексии лежит нарушение зрительного восприятия букв или слов. Таким образом, это синдром гностических расстройств. При поражении затылочно-теменных отделов правого полушария возникает **левосторонняя оптическая алексия** — игнорирование левой части текста, причем больные не замечают своего дефекта. Реже отмечается **правосторонняя оптическая алексия**.

Алексия тактильная — нарушение опознавания цифр или букв, написанных на кисти руки, противоположной очагу поражения. Характерна для поражения теменной коры левого полушария.

Амнезия фиксационная — неспособность к запоминанию текущих событий.

Анартрия — утрата способности образовывать речевые звуки (например, при детском церебральном параличе как результат бульбарного или псевдобульбарного паралича; для этого паралича характерно нарушение функции мышц языка, губ, глотки, гортани, участвующих в артикуляции). Понимание написанного и услышанного не страдает.

Анестезия психическая болезненная (анестезия долороза) — утрата эмоциональных реакций на все окружающее с мучительным переживанием душевной опустошенности; понижение чувствительности во время неврологического обследования со спонтанно возникающими болевыми ощущениями.

Анизокория — неравенство зрачков по величине.

Антагонисты — мышцы, вызывающие движение конечности в том же суставе в противоположном направлении.

Аритмия — при поражении височных отделов мозга неспособность различить и воспроизвести ритмические наборы звуков, чередующихся через разные интервалы времени по 2–3 звука в пачке. Больные не могут запомнить структуру ритмов — это дефект слуховой памяти как таковой и дефект различения последовательности комплексных стимулов.

Артикуляция — произнесение звуков речи. Существует тесная связь между артикуляцией и слуховым восприятием. Если у детей, обучающихся грамоте, затруднить нормальную артикуляцию (попросить их открыть рот), у них резко возрастает число ошибок, потому что артикуляция необходима для анализа звукового состава слов. Таким образом, на первых этапах формирования речи четко прослеживается связь звукового и артикуляторного анализа слов.

Архетип — устойчивые мотивы, коллективные образы, например, универсальное предпочтение круглых (мандала) или концентрических форм.

Астазия-абазия — нарушение равновесия и неустойчивость при стоянии (астазия) и ходьбе (абазия). Один из симптомов поражения мозжечка.

Атаксия мозжечковая: статическая — нарушение равновесия тела в покое. В позе Ромберга происходит отклонение тела в сторону пораженного полушария мозжечка, даже с расставленными ногами; **динамическая** атаксия обнаруживается при ходьбе (так называемая атактическая походка). Она выявляется также при пальце-носовой и коленно-пяточной пробах.

Атаксия оптическая — неточное попадание руки больного на предмет.

Атаксия спинальная (сенситивная) — при поражении задних столбов спинного мозга утрачивается мышечно-суставное чувство. Такая форма атаксии может компенсироваться контролем зрения: при закрытых глазах больной пошатывается, при открытых — стоит нормально.

Атетоз — медленные червеобразные вычурные движения в дистальных отделах конечностей (в кистях или стопах). Если атетоз охватывает мышцы лица, появляются выпячивание губ, перекашивание рта, гримасы. Признак атетоза — преходящие контрактуры, придающие кистям и пальцам своеобразное положение.

Базальные ганглии — включают такие парные образования, как бледный шар (*pallidum*) и полосатое тело (*striatum*). Они связывают ассоциативную и сенсорную кору с двигательной корой. Стимуляция полосатого тела вызывает поворот головы и туловища в сторону, противоположную раздражению, либо задержку двигательной или иной активности. При стимуляции бледного шара возникает сокращение мышц конечностей, шеи, лица, а также активация пищевого поведения. Базальные ганглии организуют моторную активность, связанную с обучением; контролируют силу, амплитуду, скорость и направление движения.

Бессознательное — представление, разьединенное со словом; оно не подотчетно сознанию, поскольку по психическому содержанию неприемлемо или запретно для сознания; но оно может пробиться в сознание на обходных путях символизации.

Блефароспазм — частое мигание вследствие судорожных сокращений круговой мышцы глаза.

Вегетативная нервная система — регулятор всего «внутреннего хозяйства» организма, воздействующий на произвольную мускулатуру, железы внутренней секреции, обменные процессы. Подразделяется на парасимпатическую и симпатическую части. Клиническая характеристика функционального состояния этой системы дана в таблице.

Таблица 1

Симптомы и показатели	Симпатические реакции	Парасимпатические реакции
Цвет кожи	Бледность	Склонность к покраснению
Сухость	Повышена	Нормальная
Сальность	Нормальная	Повышена
Дермографизм	Розовый, белый	Красный
Температура тела	Повышена	Понижена
Аппетит	Повышен	Понижен
Масса тела	Склонность к похудению	Склонность к набору веса
Зрачки	Расширенные	Нормальные
Пульс	Тахикардия	Брадикардия
Артериальное давление	Повышено	Понижено или нормальное
Головокружение	Нетипично	Часто

Симптомы и показатели	Симпатические реакции	Парасимпатические реакции
Дыхание	Учащенное	Медленное, глубокое
Слюноотделение	Уменьшено	Усилено
Моторика кишечника	Атонические запоры, слабая перистальтика	Спастические запоры, поносы
Темперамент	Повышенная возбудимость	Вялость, малоподвижность
Сон	Непродолжительный, плохой	Сонливость
Внимание	Рассеянность, неспособность сосредоточиться	Удовлетворительное
Ортостатическая проба	Пульс относительно ускорен	Пульс относительно замедлен
Проба Ашнера	Норма	Замедление пульса
Либидо	Повышено	Норма

Психопатологическая симптоматика при височной локализации очага эпилептогенной активности.

Таблица 2

Нарушения	Левосторонняя локализация очага	Правосторонняя локализация очага
В эмоциональной сфере	Тревожная тоскливость, подавленное настроение, внутреннее напряжение, суицидальные мысли, настороженность	Дисфории — напряженность, злоба, агрессия, периодическая смена настроения. Аффекты страха в обрамлении вегетативных изменений
В сфере восприятия	Галлюцинаторно-бредовые переживания	Обонятельные галлюцинации. Музыкальные галлюцинации. Деревализация, чувство «остановки» времени. Нарушения восприятия ритма. Слуховая гиперпатия
Мнестические	Нарушена слухоречевая и понятийная память. «Насильственные воспоминания» в виде интенсивного припоминания или «провалы» памяти	Снижение зрительной и пространственной памяти
Нарушения мышления	Перерыв в мыслях или «насильственные мысли»	Отсутствуют
Изменения личности	Активизация больных	Отсутствуют
Психозы	«Шизофреноподобные»	Маниакальные и депрессивные реакции
Нарушения сна и сознания	Сумеречные состояния сознания	Расстройства сна («кошмарные сновидения»)

«Вспышки пережитого» — яркие, эмоционально и сенсорно окрашенные воспоминания, которые сосуществуют с адекватным осознанием реальной обстановки и сохраняются в памяти после прекращения электрического раздражения участков мозга во время нейрохирургической операции (У. Пенфилд, Л. Робертс, 1964).

Вытеснение — «выталкивание» неприятного, противоречивого из сферы сознания на его периферию или в подсознание и, в известной мере, закрывание глаз на собственно душевные процессы.

Гемиянопсии — выпадение половины поля зрения. **Гетеронимные гемиянопсии** — выпадение противоположных полей зрения в обоих глазах (правое и левое поле); **гомонимные гемиянопсии** — выпадение одноименных полей зрения.

Гемибаллизм — крупные размашистые движения рук в виде взмаха крыла птицы. Насильственные движения отличаются большой силой, их трудно прекратить.

Гештальтпсихология (от немецкого *Gestalt* — образ, форма) — направление в психологии, в котором основными элементами восприятия считаются целостные образы, существующие неосознанно.

Гиперакузия — повышенная чувствительность к слуховым раздражителям.

Гиперметрия — несоразмерность, чрезмерность движений; при выполнении пронаторной пробы, когда больного просят быстро перевести кисти вытянутых рук из супинации в пронацию, на стороне поражения отмечаются движения с избыточной ротацией кисти.

Гиперпатия — резкое чувство неприятного на раздражитель. В то же время это гипестезия, отсутствие чувства точной локализации воздействия, длительный латентный период и длительное последствие.

Гомеостазис (от греч. *homois* — сходный и *stasis* — неподвижность) — динамическое постоянство внутренней среды организма и деятельности органов (например, рН крови = 7,3–7,4).

Двигательные системы продолговатого мозга — образования ретикулярной формации и ядра языкоглоточного (IX пары черепно-мозговых нервов), блуждающего (X), добавочного (XI) и подъязычного (XII) нервов. Регулируют:

- жизненно важные вегетативные рефлексы: дыхания, сердечно-сосудистой системы, глотания, пищеварительной системы;
- соматические рефлексы, участвующие в регуляции тонуса и двигательной активности мышц туловища, конечностей, шеи, лица;
- защитные рефлексы: рвотный, кашля, чиханья, мигания, слезоотделения.

Двигательные системы среднего мозга — образования ретикулярной формации, красные ядра, четверохолмие, ядра глазодвигательного (III пары черепно-мозговых нервов) и блокового (IV) нервов.

Регулируют:

- статические рефлексы Магнуса (перераспределение мышечного тонуса при изменении положения головы в покое), а именно рефлексы позы — шейные и лабиринтные, вестибулярные и выпрямительные (выпрямление головы и туловища). При изменении положения головы также появляются рефлексы компенсаторного положения глаз, обеспечивающие правильное видение при различных положениях головы относительно тела и в пространстве;
- статокINETические рефлексы вращения Магнуса включают мускулатуру тела и глазные мышцы. Движения глазных яблок (глазной нистагм) способствуют при этом сохранению зрительной ориентации.

Депрессивные состояния (меланхолия) — болезненно сниженное настроение с чувством тоски, подавленностью, самобичеванием, мыслями о виновности. При депрессии возникают патологическое повышение активности правого полушария и реципрокное угнетение левого полушария. Изменение баланса активации сопровождается изменением когнитивных функций: при выполнении графической пробы (рисунке на растре, специально разработанном Николаенко Н.Н., 1989) выявляется предпочтение левой части пространства листа.

Джексоновский (сенсомоторный) припадок — приступ клонических судорог с вовлечением мышц лица, кисти или приступ парестезий ограниченной локализации при сохранном сознании больных.

Дизартрия — нарушение произношения, вызванное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Мозжечковая дизартрия — расстройство координации движений языка; речь теряет плавность, становится замедленной, скандированной, разорванной на слоги.

Дизэмбриогенез — аномалии лицевого скелета, нарушения прикуса, деформации ушных раковин, высокое «готическое» нёбо.

Диплопия — двоение (обычно при взгляде в сторону парализованной глазодвигательной мышцы).

Дисграфия — неспособность овладеть навыками письма по орфографическим правилам, несмотря на достаточный уровень интеллектуального и речевого развития и отсутствие грубых нарушений зрения или слуха.

Диспрозодия — при поражении височных отделов правого полушария нарушен ритмический и мелодический рисунок речи. Голос периодически то затухает и слабеет, то внезапно становится излишне громким, визгливым. Иногда больные заикаются, произносят слова на форсированном выдохе. Ударения в словах и фразах расставляются необычно, нарушаются смысловые оттенки интонаций, исчезают эмоциональные и логические ударения. Речь становится смазанной, нечеткой, интонационно странной, невыразительной и монотонной. При

поражении височных отделов правого полушария страдает и восприятие просодических компонентов речи: нарушено узнавание знакомых голосов; голосов, принадлежащих мужчине или женщине; затрудняется опознание эмоциональных интонаций; увеличивается время, необходимое для опознания интонаций.

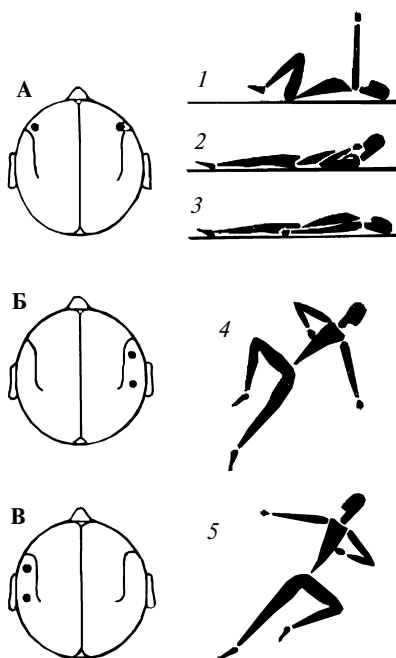
Дисфория — патологические состояния напряжения, недовольства, сопровождающиеся раздражительностью, злобностью, гневливостью. Больные мрачны, у них появляются разрушительные тенденции, любая мелочь может послужить поводом для агрессивных действий, жестокого насилия. Разрядка при дисфории может произойти в виде запоев (**дипсомания**), бесцельного блуждания (**дромомания**). Состояние возникает внезапно, длится до нескольких дней; при этом сознание сужено.

Дизэнцефальные синдромы — возникают при поражениях гипоталамуса. Это разнообразные нейро-эндокринно-обменные расстройства (например, различные формы ожирения), нарушения роста, темпа полового созревания; приступы гипоталамической эпилепсии.

Древние моторные (постуральные) координации — позы тела, развивающиеся вследствие высвобождения нижележащих моторных структур из-под субординирующего тормозящего влияния вышележащих моторных центров, т. е. вследствие функциональной децеребрации (например, во время генерализованного эпилептического припадка). Эти позы естественны в раннем постнатальном онтогенезе. Схематически можно выделить 3 уровня децеребрации. Наиболее низкий уровень — **поза децеребрационной ригидности**. Тело резко напряжено и выгнуто в грудном и поясничном отделах, руки вытянуты вдоль тела, ноги распрямлены. Резкое напряжение разгибателей приводит к **опистотону** — тело выгибается дугой, и больной касается опоры только затылком и пятками.

Средний уровень — **поза шейных тонических рефлексов Магнуса с поворотом (адверзией) головы**. При этом конечности на той стороне, куда повернута голова, выпрямлены и отведены, а на противоположной стороне согнуты и приведены к телу; **поза шейных тонических рефлексов Магнуса с наклоном головы вперед** — тело распрямлено, руки согнуты и приведены к груди, ноги разогнуты; **поза шейных тонических рефлексов Магнуса с запрокидыванием головы** — руки распрямлены и вытянуты под прямым углом к телу, ноги согнуты и прижаты к туловищу.

Наиболее высокий уровень децеребрации — **ортотоническая поза**. Голова приподнята, тело согнуто в поясничном отделе, руки разведены и согнуты в локтях, а ноги — в коленях. Эта поза является специфически человеческой постуральной реакцией; возникает вследствие относительной незрелости пирамидной системы и стриатума с одновременным преобладанием активности паллидарной системы. По распределению тонуса (с преобладанием сгибания) ортотоническая поза близка к обычной позе новорожденных младенцев.



Позы децеребрационной ригидности и шейных тонических рефлексов Магнуса.

Позы тонического рефлекса Магнуса:

А — билатеральный припадок.

1 — при запрокидывании головы,

2 — при сгибании головы,

3 — поза децеребрационной ригидности;

Б — правосторонний припадок:

4 — поза тонического рефлекса Магнуса при повороте головы влево;

В — левосторонний припадок:

5 — поза тонического рефлекса Магнуса при повороте головы вправо.

Точки на схемах — позиции электродов.

Идентификация (от позднелат. *identifico* — отождествляю) — опознавание, сличение с эталоном.

Интенционный тремор — дрожание при произвольных движениях. Например, тремор усиливается при проведении пальце-носовой пробы по мере приближения пальца к цели. (Напротив, паркинсонический тремор (паллидарного генеза) типичен для состояния покоя и исчезает при движении — так называемый счет монет).

Искажение восприятий. Это психосенсорные расстройства, при которых изображения предметов могут быть патологически искажены в пространственном отношении: окружающее воспринимается в одной плоскости в виде зеркальной картины, теряя стереоскопичность и рельефность образов. Изображения предметов движутся, то приближаясь (порропсия), то отдаляясь, сильно уменьшаются в размерах (микропсия) или увеличиваются до значительного объема (макропсия), иногда деформируются — перекашиваются, изгибаются, обезображиваются (метаморфопсия). Кроме того, могут возникать оптико-вестибулярные расстройства в виде искаженного восприятия устойчивости и местоположения окружающих предметов («шатается, рушится,

проваливается, удаляется»). Иногда бредовая трактовка «оптико-вестибулярные расстройства» складываются в синдром **гибели мира Котара**.

Клонусы — в условиях резкого повышения сухожильных рефлексов (например при центральном параличе) выявляются серии быстрых ритмичных сокращений мышцы (например стопы) в ответ на ее растяжение.

Когнитивная терапия — набор приемов и компьютерных обучающих программ, нацеленных на развитие познавательных способностей больных разного возраста с различными нервно-психическими расстройствами. Когнитивный тренинг нацелен на повышение уровня внимания/концентрации, вербальной и невербальной кратковременной памяти, памяти на последовательность событий, уровня логического и зрительно-пространственного мышления.

Кома — наиболее глубокая потеря сознания. Больные не реагируют даже на болевые раздражители; зрачки расширены, реакция зрачков на свет отсутствует.

Комплекс Эдипа — понятие, введенное в рамках классического психоанализа. Это бессознательное эротическое влечение ребенка к родителю противоположного пола и связанное с ним агрессивное чувство к родителю своего пола. Это возникающий в раннем детстве комплекс представлений и чувств, преимущественно бессознательных, заключающихся в половом влечении мальчика к родителю противоположного пола и стремлении физически устранить однополого родителя. Комплекс Эдипа назван по имени одного из героев древнегреческого мифа, царя Эдипа, который, ведомый роком, вопреки своей воле и не зная того, убил своего отца и женился на своей матери. Соответственно, этому сыну приписывается сексуальное влечение к собственной матери, обуславливающее агрессию по отношению к отцу, место которого стремится занять ребенок. У девочки комплексу Эдипа соответствует комплекс Электры. Согласно мифу, она убила свою мать, чтобы отомстить за отца. Справиться с комплексом Эдипа ребенку помогает одна из форм психологической защиты — идентификация; это происходит к пяти-шести годам: ребенок как бы решает проблему, идентифицируясь с родителем своего пола. Это ведет к развитию нормальной сексуальности.

Контаминация — ошибочное воспроизведение материала, сводящееся к объединению его следов на основе смысловой и фонетической близости между словами (например, вместо слова «белок» произносится «белток»).

Контрактуры — резкое ограничение активных и пассивных движений в суставах вследствие выраженной мышечной гипертонии; конечности «застревают» в неправильной позе.

Латерализация — под церебральной латерализацией обычно подразумеваются большая вовлеченность одного из полушарий в осуществ-

лении той или иной функции или какого-то аспекта этой функции. В таком случае речь идет о «доминантности» данного полушария для данной функции.

Лицевой гемиспазм — периодически повторяющиеся судороги мышц половины лица, иннервируемой лицевым нервом

Лобный синдром — абулия, апатия, безразличие, наступающая эмоциональная индифферентность или «тупость». Существуют три основных синдрома:

1. Аффективно-волевые изменения наиболее выражены тогда, когда очаг поражения близок к полюсу лобной доли. При поражении левого полушария эти нарушения отличаются максимальной массивностью вплоть до блокады мышления и речи с явлениями мутизма.

2. Поражения базальной лобной коры ведут к глубоким изменениям личности с эйфорией, легкомысленно-дурашливым поведением и растормаживанием низших влечений.

3. При поражении премоторной области нарушаются тонкие дифференцированные движения и могут возникать эпилептические припадки адверсивного типа.

Малая хорея — наиболее часто проявляется в школьном возрасте. У больных выявляется ревматический анамнез. Постепенно нарастает эмоциональная лабильность, раздражительность; рассеянность сменяется излишней активностью, суетливостью. Хореоформные гиперкинезы могут расцениваться как неловкость движений. Изменяется почерк; произвольные движения приводят к неряшливости в еде; типично двигательное беспокойство на уроке.

Маниакальный синдром — болезненно повышенное настроение (эйфория) сочетается с ускорением темпа мышления и чрезмерно высокой двигательной активностью. При маниакальном состоянии возникает патологическое повышение активности левого полушария и реципрокное угнетение правого полушария. Изменение баланса активации сопровождается изменением когнитивных функций: при выполнении графической пробы (в рисунке на специально разработанном неравномерном растре; автор методики Н.Н. Николаенко, 2005) выявляется предпочтение правой части.

Межполушарное взаимодействие — типы координации правого и левого полушарий мозга в организации сложноорганизованных функций мозга и творческой деятельности:

реципрокное взаимодействие полушарий (наиболее общий тип взаимодействия) может быть представлено в виде качелей, когда усиление активности одного полушария мозга одновременно сочетается со снижением активности другого. Так, угнетение (поражение) правого полушария затрудняет опознание цвета, лиц, эмоциональных экспрессий, неречевых предметных звуков (транспортных, бытовых шумов), музыкальных образов и интонационно-

голосовых компонентов речи, а угнетение или поражение левого полушария облегчает опознание этих стимулов;

взаимодействие по типу комплементарности прослеживается в процессе восприятия речи, когда объединены и слиты опознание артикулированных звуков речи (осуществляемое левым полушарием) и опознание интонационно-голосовых компонентов речи (зависящее от правого полушария). Тот же взаимодополняющий характер взаимодействия полушарий имеет место при восприятии звуковых и зрительных образов — их непосредственное узнавание является функцией правого полушария, а классификация (словесная символизация) — функцией левого полушария. Кроме того, каждое полушарие формирует «свои» части бинокулярного поля зрения, и при совместной деятельности полушарий мозга «составляется» единое целое поле;

взаимодействие по типу суперпозиции (нейтрализации) ошибок прослеживается при восприятии глубины пространства. Правое полушарие недооценивает расстояние в глубину и, таким образом, переоценивает ближнее пространство. Левое полушарие, наоборот, переоценивает расстояние в глубину и, таким образом, недооценивает ближнее пространство. Кроме того, левое полушарие преуменьшает размеры удаленных предметов, а правое — преувеличивает. Следовательно, оба полушария создают искажающие модели трехмерного пространства. Адекватное восприятие глубины — межполушарный феномен, компромиссное соглашение между противоположными модусами видения пространства.

Метафора — ее основа, по Аристотелю, это сокращенное сравнение. Приведем пример структуры сравнения в образной речи: «Его лицо... казалось бы вяло-прозрачным, если бы не глаза серые, как песок, и блестящие, как чистая сталь, с взглядом смелым и сильным» (А. Грин). В образном обороте «глаза серые, как песок», глаза — «предмет», песок — «образ другого предмета», а реальный общий признак, на основе которого сближаются эти понятия, — серый, цвет предмета и образа. Метафорической конструкцией называют такую, в которой один объект проектирует некоторые свои свойства на другой. Интерес к метафоре связан прежде всего с проблемами соотношения образного и логического, мышления и языка. Один из магистральных путей переноса понятий из одной сферы в другую — от конкретного к абстрактному, от материального к духовному. В этом постоянном переносе проявляется не только гибкость человеческого разума. Такой перенос необходим для постижения действительности. По сравнению со здоровыми школьниками дети-аутисты (синдром Аспергера, или аутистическая психопатия) не способны понимать метафоры и идиомы, (особенно идиомы, широко употребляемые в вербальной коммуникации, например, «обвести вокруг пальца»). По-видимому, такая неспособность к метафорическому мышлению служит важным звеном в

неравномерности психического развития при аутизме. В результате ущербности метафорического пути познания страдает естественный способ усвоения новой информации. Становится невозможным (или затрудненным) перенос значений с известного на неизвестное, установление подобий. Вероятно, в основе этого лежит снижение активности правого полушария (Н.Н. Николаенко, 2005, 2006).

Мигрень — наследственно обусловленная дисфункция вазомоторной регуляции; проявляется в виде периодически повторяющихся приступов головной боли, нередко в одной половине головы. Наследуется по аутосомно-доминантному типу. Приступ мигрени — своеобразный сосудистый криз: вначале возникает спазм сосудов, затем их расширение; в следующей фазе — отек сосудистых стенок. Головная боль обусловлена расширением сосудов твердой мозговой оболочки. Во время болевого приступа — общая гиперестезия, непереносимость яркого света, громких звуков, болевых и тактильных раздражителей. Характерны бледная или красная кожа, тошнота, рвота; тревога, страх, тяжелые депрессии.

Мидриаз — расширение зрачка (например, при поражении глазодвигательного нерва за счет паралича мышцы, суживающей зрачок).

Миоклонии — молниеносные ритмические подергивания одиночных мышц, в том числе мышц языка, мягкого нёба.

Мозолистое тело — именно оно прodelывает наибольшее развитие в процессе онтогенеза и окончательно формируется лишь к пубертатному периоду. Попытки выяснить анатомические различия между мозгом человека и других животных по весу, размеру, соотношению веса мозга к весу тела не дали каких-либо убедительных данных, объясняющих, за счет чего межполушарное взаимодействие именно у человека находится на высшей ступени эволюционного развития. Любопытно, что по соотношению вес мозга/вес тела человек занимает только десятое место после нескольких видов обезьян, варана, белки-летяги и антилопы. Поэтому не случайно, что именно мозолистое тело у человека получило максимальное развитие по сравнению с животными. Так, каллозально-бульбарный индекс (отношение числа комиссуральных волокон (выше ствола) к числу восходящих и нисходящих стволовых волокон) достигает у человека величины 3,12 по сравнению с 1,79 у человекообразных обезьян. Иными словами, эволюция мозга человека может быть связана с развитием каллозальных путей.

Мышечный тонус — способность мышцы сопротивляться растяжению или длительно поддерживать напряжение.

Мышление дискурсивное (вербально-логическое) — логическое рассуждение, в котором каждая последующая мысль обусловлена предшествующей. Составляет основу дедуктивных и индуктивных умозаключений и способов доказательств.

Мышление дологическое (первобытное) (Л. Леви-Брюль, 1930) — свойственное ребенку, человеку из современных традиционных обществ,

первобытному человеку с их верой в силы, влияния, действия, не осязаемые для чувств. В таком мышлении создается образ объекта, считающийся реальным. Человек надеется на что-нибудь или боится чего-то, что связано с действием, исходящим от этого объекта или воздействующим на него. Действие это является то влиянием, то силой, то таинственной мощью. Это не чисто интеллектуальные представления, а смесь образов, мыслей, чувств, надежд, верований, фантазий. Для первобытного мышления человек и природа взаимосвязаны: человек — частица природы, он может быть одновременно животным или растением. Для первобытного мышления не существует грани между сновидениями, фантастическими видениями и повседневным опытом. Первобытное мышление отличается от дискурсивного логического мышления (с его жесткими причинно-следственными отношениями) тем, что обращает внимание исключительно на мистические причины, действие которых чувствует повсюду.

Мышление комплексное — обобщение, представляющее комплексы отдельных конкретных предметов, объединенных многообразными объективными, фактическими, случайными связями. По Л.С. Выготскому, это конкретное объединение группы предметов на основании их фактической близости друг с другом.

Мышление метафорическое — в норме развито уже в 7–8-летнем возрасте; формирование его полностью завершается к 11–12 годам. Важность метафоры состоит в том, что она является наиболее ранним способом мышления (образным, целостным), осуществляющим контроль языка над новыми явлениями. Метафорический путь познания обеспечивает естественный способ усвоения новой информации — осуществляется перенос значений с известного на неизвестное, устанавливаются подобия. Понимание метафор зависит от школьной успеваемости и художественных способностей: чем выше успеваемость и художественные способности, тем быстрее и легче понимаются метафоры. Способность к метафорическому мышлению обусловлена преобладанием активности правого полушария над левым.

Мышление образное — формирование образов, в которых содержатся не только конкретные признаки предмета, но и обобщение (например, «мысленное» вращение и одновременная фиксация предмета с нескольких точек зрения). Это творческое мышление с метафорическими переносами, обнаружением необычных, даже «невероятных» сочетаний разных предметов (и созданием изображений «людей-зверей» — пегас, кентавр, черт); карикатурным преувеличением отдельных частей изображения; включением образов в новый контекст. Такое мышление, обеспечиваемое правым полушарием, представляет более ранний этап в развитии по сравнению с «левополушарным» словесно-логическим (понятийным) мышлением.

Мышление теоретическое — операциональный аспект речемышлительной деятельности, отвечающий за правильность и последователь-

ность мыслительных операций. В частности, способность к дедукции проверяется путем решения силлогизмов; их решение предполагает выведение умозаключения из двух суждений (посылок). Например: «Все люди смертны», «Кай — человек» — это посылки. И вывод-умозаключение: «Кай смертен». Преимущество теоретического мышления заключается в том, что оно позволяет решать задачи независимо «ни от знаний испытуемого о соответствующей реальности, ни от его доверия или недоверия к посылкам и выводу» (П. Тульвисте, 1988). Теоретическое мышление обеспечивается левым полушарием.

Мышление эмпирическое — необходимый инструмент для решения задач обыденной жизни в любые эпохи и в любых обществах; универсалия человеческого мышления. Оно обеспечивает проверку постулатов, которыми оперирует теоретическое мышление. При эмпирическом способе решения испытуемый выходит за рамки силлогизма и апеллирует к действительности, точнее, к своим опытным знаниям о ней. Истинность ответа гарантируется соотносением с реальным положением дел. Носителем эмпирического мышления является правое полушарие. У современного человека эмпирический и теоретический модус мышления тесно переплетены и маскируют друг друга.

Невротические тики — разнообразные автоматизированные привычные элементарные движения (мигание, наморщивание лба, крыльев носа, облизывание губ, подергивания головой, плечами, различные движения конечностями, туловищем), а также покашливание, хмыканье, «хрюкающие» звуки (так называемые респираторные тики). Они возникают в результате фиксации того или иного защитного действия, первоначально имевшего целесообразный характер. В части случаев тики могут приобретать навязчивый характер, тогда они относятся к проявлениям невроза навязчивых состояний. Вместе с тем невротические тики, особенно у детей младшего возраста, редко сопровождаются чувством внутренней несвободы, напряжения и навязчивым стремлением к повторению того или иного фиксированного движения. Среди детей в возрасте от 2 до 13 лет наличие тиков выявлено у 23% обследованных. Чаще всего тики встречаются у детей в возрасте от 7 до 12 лет.

В этиологии невротических тиков роль причинных факторов играют длительные психотравмирующие ситуации, острые психотравмы, сопровождающиеся испугом; местное раздражение конъюнктивы, дыхательных путей, кожи, вызывающее защитную рефлекторную двигательную реакцию, а также поражение тиком кого-либо из окружающих. Самыми частыми причинными факторами тика являются местное раздражение, вызывающее рефлекторное защитное движение, и длительная психотравмирующая ситуация, сопровождающаяся «конфликтными» переживаниями ребенка. Наряду с этим важная роль в этиологии тиков отводится системной слабости стрио-паллидарных функциональных механизмов, которая может иметь как приобретенный

характер в связи с остаточными явлениями раннего органического поражения, так и врожденный, в том числе семейно-наследственный.

В клинической картине невротических тиков преобладают движения мышц лица, шеи, плечевого пояса, а также респираторные судороги. Локализация тиков в ходе заболевания может многократно изменяться. Со временем, особенно у детей школьного возраста, тики из психопатологически недифференцированных могут превращаться в навязчивые. Субъективно дети оценивают тики как своеобразную «привычку», нередко считают ее болезненной. Однако, в отличие от больных с навязчивыми движениями (в том числе и навязчивыми тиками), они обычно не пытаются преодолеть эту «привычку». Довольно часто невротические тики сочетаются с невротическим заиканием и энурезом. Тики обычно возникают по типу непосредственной или несколько отставленной по времени от действия психотравмирующего фактора невротической реакции. В части случаев заболевание ограничивается относительно непродолжительной (до трех-четырех недель) невротической реакцией в форме того или иного локализованного тика. Однако чаще такая реакция фиксируется, появляется тенденция к возникновению тиков иной локализации. Кроме того, присоединяются другие невротические проявления: неустойчивость настроения, плаксивость, раздражительность, эпизодические страхи, нарушения сна, астенические симптомы. Иными словами, этап невротической реакции сменяется этапом затяжного невротического состояния с ведущим симптомом тиков. Дальнейшее течение заболевания часто имеет рецидивирующий характер.

Неофобия — один из типичных симптомов детского аутизма, стремление к сохранению и поддержанию неизменности окружения (Л. Каннер, 1943) с бурным проявлением протеста и страха при малейших изменениях в обстановке. В благоприятных условиях этот симптом принимает более мягкие формы неприятия нового и привязанности к привычному (обстановке или одежде). Такая неофобия отличается от личностно мотивированного страха нового при неврозах, от вычурных, многообразных и сменяющихся страхов при шизофрении, она связана с недостаточностью конкретно-образного восприятия и вытекающей отсюда пугающей непонятностью изменений в окружении.

Нистагм — произвольное ритмическое горизонтальное, вертикальное или ротаторное движение (подергивание) глазных яблок; является при движении глаз. При поражении мозжечка рассматривается как проявление интенционного дрожания глазных яблок.

Онанизм (мастурбация) в подростковом возрасте далеко не всегда является патологическим. Мастурбацию периода юношеской гиперсексуальности связывают с тем, что при акселерации развития физическая зрелость достигается значительно раньше, чем зрелость психологическая и сексуальная. Однако **взаимный онанизм** — одно из первых проявлений гомосексуальных склонностей (А.Е. Личко). Итак,

онанизм у подростков в целом не принято рассматривать как патологическое, если только он начинается не ранее, чем возможны эякуляции, не достигает чрезмерной интенсивности, не сочетается с невротическими симптомами и не сопровождается депрессивной реакцией.

Память — переработка информации с последующим сохранением ее в блоке долговременной или семантической памяти.

Память иконическая — сенсорная модальностно-специфическая память с длительностью удержания информации около 250 мс, после того как физические характеристики стимулов подверглись переработке.

Память кратковременная — память с длительностью удержания информации порядка 20–30 с после того, как иконический образ был сличен (идентифицирован) с образом-эталонном, хранящимся в долговременной памяти.

В развитии памяти выделяют генетические ступени: от двигательной к эмоциональной, образной и далее к вербальной как высшему виду памяти. Механизмы образной памяти связаны со структурами правого полушария, а механизмы словесной памяти — со структурами левого полушария. При изучении односторонних электросудорожных припадков оказалось, что в состоянии, когда подавлена деятельность правого полушария, все, что запомнилось, «переносится» во временные периоды, когда правое полушарие было активным. Иначе говоря, сохранность правого полушария необходима для того, чтобы предъявляемый к запоминанию материал был точно приурочен к текущему времени. При дефиците функций правого полушария время оказывается не заполненным событиями, как бы «пустым», остановившимся. Возможно, что правое полушарие наносит «временные метки» на переживаемые события.

При исследовании вербальной памяти больные могут лучше запоминать первые или последние слова списка. Феномен **ретроактивного торможения** выявляется в случае, когда воспроизводится последнее слово ряда; это торможение, направленное «назад». О феномене **проактивного торможения** говорят, когда воспроизводится первое слово ряда; это торможение, направленное «вперед».

Памяти нарушения — затруднения в сохранении, узнавании и воспроизведении информации.

Паралич (плегия) — отсутствие движений в мышцах вследствие перерыва двигательного пути.

Периферический (вялый) паралич (возникающий при поражении периферического двигательного нейрона — клеток передних рогов, передних корешков, сплетений и нервов) характеризуется гипо (а) рефлексией, мышечной атонией и атрофией, мелкими фибриллярными подергиваниями; реакцией перерождения — нарушением электровозбудимости.

Центральный (спастический) паралич (при поражении центрального двигательного нейрона в двигательной зоне коры, внутренней капсуле, стволе и спинном мозге) характеризуется гиперрефлексией, мышечным гипертонусом, контрактурами, патологическими синкинезиями.

Гемиплегия — паралич одной половины тела.

Моноплегия — паралич одной конечности.

Параплегия — паралич обеих рук или ног.

Тетраплегия — паралич всех четырех конечностей.

Парафазии — замена требуемого звука или слова на другие.

Парафазии вербальные — замена нужного слова другим, близким по смыслу. Например, при акустико-мнестической афазии вместо слова «стол» произносится «стул» или «диван». Такие замены по смыслу могут происходить в результате активизации лексико-семантических полей в симметричном (неповрежденном) отделе мозга — в височных отделах правого полушария.

Парафазии литеральные — замена нужного звука или буквы другой, что приводит к искажению слова. Так, при сенсорной афазии замена происходит по признаку фонематической близости звуков (звук «с» заменяется звуком «з», «б» заменяется на «п»). При афферентной моторной афазии заменяются звуки, близкие по способу произношения (звук «л» заменяется звуком «н», «м» — «б»).

Парез — неполная утрата движения (ограничение его объема и силы).

Парестезии — качественные расстройства чувствительности в виде покалывания, ползания мурашек, чувства онемения на противоположной стороне тела при поражении постцентральной извилины.

Персеверации — многократные повторения отдельных элементов движения или целых программ движений (например, моторные персеверации); звуковых, тактильных или зрительных образов (сенсорные персеверации); неадекватных интеллектуальных операций (интеллектуальные персеверации). Персеверациям мышления присущи застой мысли, доминирование одних и тех же мыслей, непрерывные ненужные повторы слов и однотипных ответов на самые различные вопросы. Чаще появляются при злокачественной эпилепсии и органических психозах.

Перцептивное (от лат. *perceptio* — восприятие) **пространство** — индивидуальное чувственное пространство (например зрительное) с особой неравномерной метрикой (например изображение «гомункулусов» с диспропорционально увеличенными кистями и стопами).

Петтинг — форма удовлетворения полового влечения, промежуточная между мастурбацией и реальным половым актом. Заключается в соприкосновении гениталий и совместных фрикциях вплоть до оргазма. Сам по себе петтинг не рассматривается как патологическая сексуальная девиация, если он не сопряжен с другими сексуальными нарушениями.

Пластический гипертонус — повышение тонуса мышц, равномерное и в сгибателях, и в разгибателях, в пронаторах и супинаторах (при поражении паллидарной системы).

Пластичность — под влиянием опыта кортикальные представления функций непрерывно изменяются и реорганизуются. Эта динамичная перестройка объясняет способность к перцептивному и моторному обучению. Пластичность ЦНС и различных способов сохранения и воспроизведения следа может использоваться в процессах воображения, узнавания, припоминания. Лобные доли мозга — наиболее пластичные структуры, формирование которых завершается позже других, в постнатальный период.

Понятие — обобщение, в основе которого лежат связи единого типа, логически тождественные между собой. Эти связи в основном являются отношением общего к частному и частного к частному через общее. В понятии отражаются существенная, единообразная связь и отношение предметов.

Принципы организации речевой деятельности: правое и левое полушария мозга — **парадигматический принцип** организации лексикона, т. е. способность провести внеконтекстную категоризацию, проявляется в том, что больные с поражениями передних отделов отвечают на слова-стимулы синонимами и антонимами; таким образом, с парадигматическими языковыми операциями связаны именно задние отделы левого полушария. Напротив, больные с поражениями задних отделов в ассоциативном эксперименте дают речевые штампы и клише, реакции с ярко выраженной эмоциональной окраской; т. е. они привязаны к синтагматическому контексту употребления вербальных единиц и сохраняют тем самым связи между последовательными единицами высказывания. Следовательно, передние отделы левого полушария связаны с **синтагматическим принципом**. Последние исследования функциональной асимметрии мозга показали, что левое полушарие использует синтагматический принцип, основанный на формальной связности; правое полушарие обеспечивает целостное содержание высказывания и на основе принципа категоризации (парадигматический принцип) формирует смысловую структуру текста.

Принципы структурной организации мозга — включают:

- 1) принцип иерархической соподчиненности различных систем;
- 2) горизонтальные и вертикальные взаимодействия;
- 3) принцип соматотопической проекции — части тела спроецированы в нервные центры. Так, в сенсомоторных зонах коры больших полушарий имеются специальные участки, куда спроецированы двигательные и чувствительные импульсы от ноги, туловища, руки, лица. Этот принцип соматотопической проекции (проекции частей тела) прослеживается и в подкорковых образованиях. На уровне спинного мозга соматотопическая

проекция имеет другую форму — части тела представлены по-сегментно (как поперечные полосы на туловище, продольные на конечностях и концентрические окружности на лице). Каждый сегмент тела соответствует сегменту спинного мозга.

Псевдореминисценции — ложные воспоминания.

Птоз — опущение верхнего века (например, при поражении глазодвигательного нерва за счет паралича мышцы, поднимающей верхнее веко).

Рецепция — восприятие и трансформация механической, химической, термической и других видов энергии в нервные сигналы. Пороги рецепции обычно ниже порогов ощущения.

Реципрокные отношения — реципрокное взаимодействие полушарий мозга может быть представлено в виде качелей, когда усиление активности одного полушария мозга одновременно сопровождается снижением активности другого.

Ригидность — возникающее при параличах сопротивление двум направлениям движения в данном суставе в результате одновременного сокращения агонистов (например сгибателей) и антагонистов (например разгибателей).

Сегмент — структурно-функциональная единица спинного мозга; участок серого вещества, соответствующий одной паре двигательных и одной паре чувствительных корешков; обе пары корешков находятся на одном уровне.

Сексуальные перверзии — в отличие от сексуальных девиаций, под ними понимают стойкие патологические извращения полового влечения, касающиеся объекта его направленности (тот же пол, животные, дети) или способа его удовлетворения. Перверзии принято разделять на истинные и ложные. К **истинным перверзиям** относят случаи, когда извращенный способ удовлетворения влечения является единственно приемлемым или наиболее предпочтительным. При **ложных перверзиях** извращенный способ применяется только в некоторых ситуациях, например, когда нормальное половое сношение неосуществимо. Истинные перверзии могут быть ограничены лишь теми случаями, когда нормальная половая жизнь совершенно неприемлема и перверзный путь является единственно возможным для удовлетворения полового влечения. Перверзии, как и сексуальные девиации, могут быть одним из проявлений нарушений поведения при психопатиях или же могут выступать в качестве одного из симптомов в картине психического заболевания.

Сенсорный — чувствующий.

Серейского синдром — «синдром 3А» (абулия, адинамия, аспонтанность). Синдром психических расстройств при повреждении верхнего поля лобной доли.

Симптом — признак патологического состояния.

Симультанный анализ и синтез явлений — одновременное представление нескольких явлений.

Синдром — стойкое сочетание нескольких симптомов, характерных для патологического состояния.

Синдромы поражения (нейропсихологические) — возникают при локальных поражениях конвекситальных (наружных) и медио-базальных (медиальных — внутренних и базальных — нижних) отделов коры мозга.

А) поражение конвекситальных отделов коры мозга, а именно:

Синдромы поражения префронтальных третичных отделов коры — нарушения программирования различных произвольных форм психической деятельности и невозможности контролировать их протекание. Нарушения программирования и контроля распространяются на все поведение больного в целом.

Синдромы поражения премоторных отделов коры — нарушения последовательной организации различных функций, приводящие к инертности психических процессов. Так, при сохранности отдельных двигательных актов и речевых артикуляций страдает переключение от одного движения к другому, затруднено выполнение серийных двигательных актов, возникают двигательные и речевые персеверации. Примером синдрома премоторных нарушений движений служит **кинестическая апраксия**.

Синдромы поражения вторичных кортикальных полей височных отделов коры — первичными нарушениями являются дефекты речевого или неречевого слуха (правое полушарие), вторичными — дефекты речевых процессов, связанных с речевым слухом (левое полушарие) (см. **Афазия**), или с неречевым и музыкальным слухом (см. **Амузия**).

Синдромы поражения вторичных кортикальных полей постцентральных теменных отделов коры — дефект кинестетической (афферентной) основы двигательных актов (движений конечностей, речевого аппарата) с расстройствами автоматизированного выполнения заученных движений (см. **Апраксия**), афферентно-моторных компонентов речи (см. **Афазия**), тактильного узнавания предметов (см. **Астереогноз**).

Синдромы поражения третичных кортикальных полей зоны ТРО (зоны перекрытия височной, теменной и затылочной коры) — нарушения наглядной ориентировки в пространстве, дефекты пространственной организации движений, конструктивная апраксия; трудности понимания семантических логико-грамматических конструкций, отражающих обобщенные пространственные отношения (см. **Семантическая афазия**), расстройства наглядных образных интеллектуальных операций, счета (см. **Акалькулия**).

Синдромы поражения вторичных кортикальных полей затылочных и теменно-затылочных отделов — нарушения зрительного узнавания (гнозиса) — предметного, лицевого, цветового, пространственного

(см. **Агнозия**); могут возникать трудности восприятия букв, цифр, ведущие к нарушению чтения (см. **Алексия**).

Б) Поражение медио-базальных отделов коры мозга, а именно:

Синдромы поражения медио-базальных отделов лобных долей мозга — снижение уровня ретикулярной неспецифической активации, приводящее к адинамии, аспонтанности, акинезии, падению уровня бодрствования, нарушению произвольного внимания и кратковременной памяти на семантическом уровне. Характерны изменения в эмоционально-личностной сфере в виде вспыльчивости, эмоционального оскудения. Для поражения именно правого полушария характерны благодушие, эмоциональная неадекватность, не критичность.

Синдромы поражения медио-базальных отделов височных долей мозга — аффективные приступы в виде приступов тоски, ужаса, страха, сопровождающиеся вегетативными реакциями; отношение к ним больных критическое. Типичны модально-неспецифические нарушения кратковременной памяти (слухоречевой и другой); нарушения сознания, проявляющиеся в просоночных состояниях сознания, спутанности, дезориентировки во времени и месте.

Синдромы поражения глубоких структур мозга — в зависимости от уровня поражения выделяют:

- 1) при поражении нижних отделов ствола мозга — модально-неспецифические нарушения внимания в виде общей рассеянности, трудностей сосредоточения; модально-неспецифические нарушения кратковременной памяти;
- 2) при поражении диэнцефальных отделов — нарушения цикла «сон — бодрствование»; грубые модально-неспецифические нарушения кратковременной памяти и внимания; неустойчивость эмоциональных реакций.
- 3) синкинезии физиологические и патологические — в норме непроизвольно возникающие содружественные движения (например, размахивание руками при ходьбе). При центральном параличе возникают патологические синкинезии (при напряжении мышц в здоровой конечности парализованная рука сгибается в локте, а парализованная нога разгибается).

Сознание — отношение к миру со знанием его собственных объективных свойств и возможностей. Оно «слагается и осуществляется в знаковом материале... Индивидуальное сознание питается знаками, вырастает из них, отражает в себе их логику и закономерность» (М.М. Бахтин). «Сознание функционально двоично. В зазеркалье же, где меняются местами левое и правое, все смыслы переворачиваются и начинается разрушение человеческого сознания» (М.К. Мамардашвили).

Сознания патология — утрата формальной ориентировки в месте, времени и собственной личности.

Спастическая кривошея — судорожные сокращения мышц шеи. Голова повернута в сторону и наклонена к плечу.

Спастичность — нарушение тонических рефлексов, присущее парезам и параличам, когда сопротивление движению оказывает одна группа мышц конечности, в то время как группа мышц-антагонистов расслаблена.

Страбизм — косоглазие.

Сукцессивный — последовательный.

Тики — насильственные однообразные движения, производящие впечатление нарочитых — быстрое наморщивание лба, мигание, поднятие бровей. Может возникать при невралгии тройничного нерва. Особняком стоят функциональные или невротические тики у детей, возникающие после испуга и травм. В этом случае тики могут развиваться как патологические условные рефлексы; они носят характер навязчивых движений, исчезают при отвлечении внимания, усиливаются при волнении и переутомлении; ребенок может их произвольно сдерживать.

Торсионный спазм — тоническое искривление позвоночника в поясничном и шейном отделах. Вращательный, штопорообразный характер движения туловища с гиперлордозом, сколиозом, вычурными позами. Появляется при произвольных движениях; прекращается при компенсаторных приемах — усиленном повороте плеча, обхвате шеи руками.

Тремор — интенционное дрожание.

Тризм — тоническое напряжение жевательной мускулатуры (при раздражении двигательных нейронов тройничного нерва или во время эпилептического припадка).

Хореатетонидные гиперкинезы — быстрые сокращения различных больших групп мышц; гиперкинез не ритмичен, не координирован. Напоминают произвольные движения, так как вовлекаются синергичные мышцы. Возникают при подкорковых дегенеративных процессах, ревматическом поражении мозга.

Хореоформные гиперкинезы — короткие толчки в мимических мышцах, напоминающие двигательную расторможенность. Гиперкинезы усиливаются при волнении; выявляются в позе Ромберга (см. **Малая хорея**).

Хореические гиперкинезы характеризуются быстрыми сокращениями различных групп мышц лица и проксимальных отделов конечностей. Носят неритмичный, некоординированный характер с резкой сменой локализации. У больных отмечается непроизвольное нахмуривание бровей, лба, высовывание языка, порывистые, беспорядочные движения конечностей. Гиперкинезы усиливаются при произвольных движениях и исчезают во сне.

Шеррингтона рефлекс стопы — проявление автоматизма спинного мозга при его обширном повреждении. Под влиянием раздражения в

парализованных конечностях появляется движение, характерное для ходьбы.

Штиффмана синдром — постепенно прогрессирующая ригидность мышц, появляется после 50 лет, с точечным миосклерозом, возникающим в результате периодических болезненных судорог.

Эйдетизм — способность воспроизводить яркие образы. Чаще встречается у детей. У взрослых может возникать после длительных астенизирующих инфекций.

Экзофтальм — выпячивание глазного яблока из орбиты (за счет снижения тонуса глазодвигательных мышц).

Экономо болезнь — летаргический или эпидемический энцефалит. В остром периоде Экономо различал: 1) летаргическую форму с параличом глазных мышц; 2) гиперкинетическую форму; 3) амиостатично-акинетическую форму. При хроническом течении болезни выявляется паркинсонизм, у детей и подростков — нарколепсия, миастения.

Экстрапирамидная система — моторные пути, которые не проходят через пирамиды продолговатого мозга. Эта система, включающая ряд структур (полосатое тело, бледный шар, хвостатое ядро), осуществляет координацию движений и мышечного тонуса; тонко «настраивает» систему произвольных движений, так что каждое движение становится подготовленным.

Экстрапирамидные нарушения — расстройства мышечного тонуса и произвольных движений; описано два синдрома:

Акинетико-ригидный синдром — возникает при поражении бледного шара; характерен для паркинсонизма, проявляется в виде мышечной гипертонии и акинезии. У больных возникают бедность и маловыразительность движений и мимики (олигокинезия), замедленность (брадикинезия). Они малоподвижны, инертны, скованны, застывают в неудобной позе — «поза восковой куклы». Затруднено начало движения — паркинсоническое топтание на месте. В то же время могут появляться «парадоксальные кинезии», когда в эмоциональном состоянии больные могут бегать, прыгать. Паркинсонический тремор покоя выглядит как ритмичный, малой амплитуды и частоты; выражен обычно в пальцах кисти в виде счета монет.

Гиперкинетико-гипотонический синдром — развивается при поражении стриатума (полосатого тела); симптомы включают как мышечную гипотонию (особенно часто встречающуюся у детей), так и избыточные автоматические произвольные движения — гиперкинезы различного вида.

Электроэнцефалография — графический метод исследования разности биопотенциалов мозга между какими-либо двумя электродами (один из них может быть референтным) с целью диагностики пароксизмальных проявлений или новообразования головного мозга.

Эмоциональная специализация полушарий мозга — неравный вклад правого и левого полушарий в эмоционально-личностную сферу.

Эпилепсия — хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными генерализованными и локальными (парциальными) судорожными припадками, психопатологическими проявлениями и изменениями личности. Пароксизмальная и постоянная психопатологическая симптоматика зависит от локализации очага эпилептогенной активности (см. табл. 2 с. 267). Так, для эпилепсии с очагом эпилептогенной активности в правом полушарии типичны явления дереализации и деперсонализации, состояния «уже виденного» и «никогда не виденного», слуховые — музыкальные и ритмические галлюцинации (воробьиное чириканье и т. п.), память на ритмы. Напротив, для эпилепсии с очагом эпилептогенной активности в левом полушарии характерны вербальные иллюзии и галлюцинации; большая выраженность мнестических расстройств, в частности, более грубое нарушение слухоречевой памяти; речевые явления в виде «ареста речи»; насильственные мысли и воспоминания.

Эпилепсия Кожевниковская — парциальные двигательные припадки в виде постоянных миоклоний в ограниченной группе мышц, периодически переходящие в генерализованные припадки.

Эпилепсия парциальная — характеризуется возникновением локальных припадков (при вовлечении в процесс лишь части мозга) с двигательными, чувствительными, вегетативными, психопатологическими проявлениями (например, джексоновский припадок).

Эхолалия — автоматическое повторение чужих слов.

Эхопраксия — автоматическое повторение движений и действий других людей.

Янишевского-Бехтерева хватательный рефлекс — сильное сжатие пальцев при прикосновении к руке больного. У грудных детей это физиологический рефлекс; такой рефлекс может быть изолированным симптомом повреждения лобной доли.

Серия «От сессии до сессии»

Николаенко Николай Николаевич

НЕЙРОНАУКИ

Курс лекций по невропатологии,
нейропсихологии, психопатологии, сексологии

Ответственный редактор	<i>К. Хорошевская</i>
Выпускающий редактор	<i>Ю. Давыдова</i>
Технический редактор	<i>Г. Логвинова</i>
Компьютерная верстка:	<i>А. Патулова</i>

Сдано в печать 9.12.2012. Подписано в печать 25.12.2012.

Формат 84х108 ¹/32. Бумага типографская.

Гарнитура NewtonС.

Тираж 3000. Заказ №

ООО «Феникс»

344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80.

Тел. (863) 261-89-59, тел./факс 261-89-50

Сайт издательства: www.phoenixrostov.ru

Интернет-магазин: www.phoenixbooks.ru