

Содержание

Список сокращений и условных обозначений	6
1. Введение	7
2. Особенности психопатологической симптоматики в детском и пубертатном возрасте	11
3. Расстройства личности, патохарактерологические реакции и развитие	18
4. Патологическая агрессивность	40
4.1. Агрессия по сообщениям средств массовой информации	40
4.2. Понимание агрессии	44
4.3. Особенности детской и подростковой агрессивности	48
4.4. Психопатология агрессивного поведения	56
4.5. Параметры агрессии у пациентов общесоматического стационара и в психиатрических медицинских учреждениях	71
4.6. Отдельные виды агрессии у детей и подростков	79
4.7. Психофармакотерапия патологической агрессии	81
4.8. Коррекция аффективных расстройств в структуре агрессивного поведения	93
4.9. Полипрофессиональный подход к терапии детской агрессии	102
Приложение	106
5. «Неоправданная» агрессия.	109

6.	Аффективные расстройства	130
6.1.	Симптомы и терапия расстройств аффективной сферы	130
6.2.	Факультативные признаки детской и подростковой депрессии	149
7.	Суицидальное поведение	154
7.1.	Шкала суицидального риска	172
7.2.	Как помогает экзистенциально-поведенческая терапия	179
8.	Нервная анорексия	181
9.	Юношеская астения	194
10.	Варианты течения пубертатного криза	198
11.	Шизофрения	203
11.1.	Клинические формы	203
11.2.	Дифференциальный диагноз	221
11.3.	Лечение.	229
12.	Кражи, инфантилизм, уходы из дома	233
13.	Резидуальные органические расстройства	243
14.	Тики, синдром Туретта, патологические привычные действия, энурез, энкопрез	251
14.1.	Тики, синдром Туретта	251
14.2.	Патологические привычные действия	252
14.3.	Энурез, энкопрез	253
15.	Органическая задержка развития, системный невроз	254
16.	Аутизм: подходы к диагностике и оптимизации терапии	257
16.1.	Симптоматика аутизма	257
16.2.	Аутизм и гиперактивность как способы преодоления тревоги	266
16.3.	«Привычные» симптомы аутизма	270

17. Архетипические наплывы	272
18. Гиперактивность	279
Список литературы	281
Предметный указатель	292

Вопросы детской психиатрии впервые были подробно освещены и систематизированы в трудах Т.А. Симсон (1948), Г.Е. Сухаревой (1959, 1974), Г.К. Ушакова (1973), М.Ш. Вроно (1971), В.В. Ковалева (1979, 1983), М.И. Буянова (1995), Н.М. Иовчук, J. Auriqueira (1970). Особенности психических расстройств у подростков стали предметом изучения несколько позднее. Специализированная система психиатрической помощи подросткам в нашей стране стала создаваться лишь в 60-х годах прошлого века. Наиболее известные труды в этой области принадлежат В.В. Ковалеву (1979, 1983), А.Е. Личко (1979), В.А. Гурьевой и В.Я. Гиндикину (1980), G. Nissen (1983), H. Remschmidt (1992), В.В. Королеву (1992) и ряду других авторов.

Данное руководство не исчерпывает описания всех проблем детской и подростковой психиатрии. Здесь представлены те из них, в которых наиболее полно отражены особенности возраста и которые требуют, соответственно, особого клинического подхода к их анализу и терапии.

Для удобства изучения патологических феноменов в возрастном периоде до 18 лет будем использовать термины «детская психиатрия», «детский возраст». Согласно имеющейся в настоящее время таблицы о врачебных специальностях, существует только «детский психиатр». Поэтому период до 18 лет, хотя бы формально, можно в рабочем порядке называть «детским». Далее в тексте, по необходимости, мы будем, конечно же, использовать и термин «подростковый», «подросток» — применительно к возрасту 12–18 лет. Все мы прекрасно понимаем, что указанный период жизни представляет собой особую категорию, со своими

уникальными параметрами эмоционального реагирования, поведения, развития личности. Они отражаются в особых формах психической патологии.

Вначале приведем ряд статистических показателей. Это данные по частной медицинской клинике за 2016–2020 гг. Всего обследованы 346 детей в возрасте от 2,5 до 18 лет. Можно выделить три кластера патологии по частоте обращаемости в клинику.

1. Диагнозы, частота встречаемости которых больше 10% общего числа обращений.
2. Диагнозы, выявляемые с частотой в промежутке 5–10%.
3. Диагнозы с частотой менее 5%.

В первом кластере проблем находятся следующие:

- невротические фобии, включая соматоформные проявления (дерматиты, соматоалгии), — 21,7%;
- пубертатный кризис с оппозицией, негативизмом, усилением школьного невроза — 17,4%;
- синдром гиперактивности — 17,2%;
- депрессия разной степени тяжести — 14,9%;
- агрессивное поведение — 10,3%;
- астения как проявление пубертатного криза — 10,2%;
- суицид как отдельная проблема, чаще, разумеется, на фоне депрессии, — 10,1%.

Во втором кластере синдромов перечислены такие формы патологии:

- тики — 6,5%;
- расстройства адаптации — 6,5%;
- биполярное аффективное расстройство — 5,4%;
- задержка психоречевого развития — 5,2%;
- системные неврозы (энурез, энкопрез и др.) — 5,2%;
- органически обусловленные нарушения поведения — 4,7%.

В третьем кластере наблюдаются:

- длительные эпизоды тревоги, ближе к генерализованному тревожному расстройству — 4,3%;
- аутизм, его различные формы — 3,9%;
- нетяжелые формы речевой патологии, например «запинки» в речи — 2,8%;

- нервная анорексия — 2,3%;
- архетипические наплывы (Можгинский Ю.Б., 2019) — 2,3%;
- тульпа как симптом психической патологии — 2,2%.

Все названные формы обладают известными признаками детской и подростковой психопатологии, в том числе сочетанием незавершенности, маскированности симптомов с неожиданными для «внешнего наблюдателя» поступками. «Они сломали меня», — так пишет в предсмертной записке девочка, 15 лет, покончившая с собой от буллинга. Одноклассники обзывали ее «гнилой», «кривой», «шлюхой». Преподаватель называла ее «свиньей необразованной». Один пациент сказал мне, что только теперь, в 9-м классе, он возвращается к нормальным эмоциям. Они у него были до поступления в школу, но их «задавили». Школа «сломала» его. Какое поразительное совпадение!

Следует отметить несколько клинических форм, которые всегда наблюдались у детей и подростков, но не вычленились в отдельные структурно-динамические единицы, а рассматривались в других рубриках. Сюда можно отнести, например, такую значимую проблему, как агрессивное поведение.

Еще один важный аспект клинической динамики в детско-подростковой психиатрии — это принцип трансформации. Например, один регистр патологии, скажем, невротический, вдруг сменяется другим — психотическим. Это вовсе не значит, что у пациента «пропущена» шизофрения. И не стоит с умным видом говорить, что вот, мол, доктора пропустили это тяжелое заболевание. А именно так любят поступать некоторые «ученые» психиатры. Указанная динамика вполне может свидетельствовать только о том, что произошли временное изменение регистра патологии, ее расширение и углубление. Так часто бывает, например, с агрессивным поведением. Вызванная мелким бытовым поводом ситуативная агрессия может за короткий срок вырасти в психотическую форму — импульсивную, садистическую.

Подростки, не зная о законах жизни, чувствуют свою беспомощность и растерянность в неизбежном столкновении с этим «прекрасным и яростным миром». Однако если им подсказать

ряд важных закономерностей, причем сделать это в доступной и уважительной форме, — то они смогут справиться с проблемами гораздо успешнее. И вот тогда произойдет то самое улучшение действия психотропных препаратов и появится возможность применения этих лекарств в наиболее оптимальных дозах. Сказанное относится и к родителям, а также к педагогам. Вступать в трудный, полный неизвестности и, увы, враждебности мир подросткам приходится часто без необходимой помощи со стороны близких людей, учителей. Часто их воспитывают в строгости, следуя неким якобы общепринятым заповедям и правилам, без учета эмоциональных особенностей самих же «объектов» воспитания. Такой подход может затушевывать «бурю и натиск» скрытых эмоций переходного возраста и привести к их выплеску в совершенно неожиданных и нежелательных формах.

Изучение расстройств психики у подростков (12–18 лет) сосредоточено прежде всего на специфике психологических реакций и психопатологии синдромального уровня, а также патоморфоза, свойственного психическим болезням на этапах возрастных кризисов. Выделены и подробно описаны многие психопатологические синдромы пубертатного периода и особенности протекания психических болезней у подростков (Г.Е. Сухарева, В.В. Ковалев, В.А. Гурьева, А.Е. Личко и др.).

В настоящем руководстве изложены данные об основных синдромах пубертатного периода. В главах, посвященных отдельным формам психической патологии у подростков, отражены их значимость в плане социальных последствий, диагностические проблемы, которые возникают на современном этапе развития подростковой психиатрии, вопросы тактики лечения, экспертизы. В руководство вошло большинство психических заболеваний и патологических состояний, которые приводят к необходимости госпитализации подростков в психиатрическую больницу, служат причиной нарушения социальной адаптации, совершения правонарушений.

2

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В ДЕТСКОМ И ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ

Психические болезни в детском и подростковом возрасте имеют множество специфических черт. Всевозможные фобии, соматоформные нарушения, тики, привычные действия, системные неврозы (энурез, энкопрез), синдромы уходов и бродяжничества, дисморфофобии, метафизическая интоксикация, анорексия встречаются у пациентов в этих возрастных границах. В то же время известные формы психических расстройств, описанные в «большой психиатрии», протекают здесь атипично. Необходимо учитывать и тот очевидный факт, что диагностика нередко отражает субъективную точку зрения, определяется «диагностическими предпочтениями». Данное обстоятельство особенно существенно в период перехода на новые диагностические модели.

Одним из базисных понятий учения о возрастной — детской и подростковой — психопатологии является психический онтогенез (Ковалев В.В., 1985). Данный феномен — составная часть общего постнатального онтогенеза. Неравномерность этого процесса приводит к дестабилизации, нарушению внутриспсихического равновесия — так называемый психический дизонтогенез. Выделяются следующие основные типы психического дизонтогенеза: *ретардация*, представляющая собой частичное или тотальное запаздывание личностного созревания; *асинхрония* — искажение процесса психического развития (Kretschmer E., 1954;

Сухарева Г.Е., 1959; Ушаков Г.К., 1973) в виде диспропорционального усиления отдельных свойств личности и одновременного отставания в формировании других психических функций. В основе третьего типа дизонтогенеза — регрессии, лежит временный возврат к «более ранним онтогенетическим формам психических реакций» (Ковалев В.В., 1979, 1985).

Что касается возрастных периодов, то в данном вопросе сложилось единое понимание. Детский возраст рассматривается во временных рамках до 12 лет, возраст с 12 до 18 лет считается подростковым периодом. В монографии Г.К. Ушакова (1973) четко обозначены следующие этапы: младенчество — до 1 года, детство — до 11 лет, отрочество — 12–15 лет, юность — 16–21 год.

Первый возрастной криз приходится на период от 2 до 3,5 года. В этой фазе начинает формироваться фразовая речь, интенсифицируется процесс накопления впечатлений от окружающей действительности. Происходит формирование самосознания ребенка. Большая скорость процесса личностного созревания в указанный период, сильное напряжение психических ресурсов делают его наиболее уязвимым к возможным сбоям, «поломкам». Соответственно, именно в этом возрасте манифестируют психопатологические расстройства: фобии, тики, аутистические проявления, неврозоподобные, соматоформные синдромы.

Возрастная периодизация пубертатной стадии, по А.Е. Личко, выглядит следующим образом: предподростковый возраст — 10–11 лет, младший подростковый — 12–13 лет, средний подростковый — 14–15 лет, старший подростковый — 16–17 лет, послеподростковый — 18–19 лет.

Представляется важным более детальное описание подросткового периода. Главным биологическим фактором, свидетельствующим о его начале, можно считать первые признаки полового созревания. К таковым относятся первые менструации у девочек и семяизвержение (эякуляция, поллюция) у мальчиков. Наряду с этим выявляются вторичные половые признаки: оволосение на лобке, рост бороды и усов у мальчиков, оволосение в подмышечной впадине, ломка голоса, набухание груд-

ных желез у девочек и т.д. Названные соматические признаки составляют основу *биологической* компоненты взросления. *Психологическая составляющая* этого процесса связана с переживаниями своей идентичности, формированием внутреннего мира своего «Я», приспособлением к новому уровню существования, восприятием новых социальных ролей.

К. Levin (1939), называя отрочество «периодом перехода», говорит о происходящих на этом этапе более быстрых и более глубоких переменах в сравнении с теми, что имели место ранее, в детском возрасте. Происходят изменение групповой принадлежности, расставание с детством и вступление во взрослую жизнь. Это переходное состояние К. Levin определяет как «маргинальное»: подросток уже не принадлежит к группе детей, но и не принят во взрослую группу. Данное пограничное положение способствует появлению у него повышенной чувствительности и эмоциональной нестабильности, легкости перехода от одной крайности в другую. Несформированность идеалов и ценностей способствует возникновению конфликтов и напряжения.

Разумеется, две составляющие процесса взросления, биологическая и психологическая, тесно связаны между собой. Ведь изменение взгляда на самого себя, на свою социальную роль во многом являются следствием того, что подросток оказывается перед фактом собственных физических изменений. Однако психологический аспект взросления нельзя свести к одной только реакции на определенные биологические пертурбации. Осваивание социальных ролей, вхождение в мир с более сложными правилами поведения, группирование со сверстниками и многие другие моменты представляют собой самодостаточные, сложные, многофакторные процессы. Они могут протекать независимо от физического роста и созревания сугубо биологических функций.

Биологические пертурбации и психологические изменения могут иметь различные временные границы. В этой связи представляется правомерным расширение возрастных рамок юношеского периода. Границы «подростково-юношеского возраста»

V. Jerotic (1983) определил периодом от 15 до 22 лет. В немецкой психиатрической литературе используется термин «возраст взросления». Он относится исключительно к психическому развитию индивидуума, а не к гормонально-физиологическим составляющим процесса пубертатной трансформации. Многие авторы, в частности Н. Remschmidt, считают, что период взросления длится до 25 лет.

В ряде исследований по подростковой психиатрии выделяются «негативная» и «позитивная» фазы пубертата. Первая, негативная фаза, характеризующаяся оппозицией, негативизмом, протестными реакциями, заканчивается к 15 годам. После этого наступает позитивная фаза, когда оппозиционность подростков уменьшается и одновременно с этим появляются положительные социальные установки. Однако такое разделение некоторые исследователи считают весьма спорным, не отражающим всей сложности динамики психических процессов пубертатного периода. А.Е. Личко (1985) полагает, что и «негативные», и «позитивные» реакции наблюдаются на всем протяжении пубертатного периода, в то время как формы этих реакций могут меняться в зависимости от возраста.

Специфика психических реакций пубертатного периода в небольшой степени обусловлена сложностью динамического взаимодействия биологических и социальных факторов. Как уже говорилось, наряду с процессом биологического созревания подростки переживают чрезвычайно важную по своей значимости трансформацию самосознания во «взрослое» состояние. В качестве основных проблемных факторов данного процесса Н. Remschmidt (1992) выделяет следующие моменты: беспокойство, связанное с соматическими и психическими изменениями, происходящими в пубертатном периоде; «кризисные столкновения» в отношениях с близкими; конфликт между собственными идеалами, представлениями и существующей реальностью. В настоящее время важным фактором является тенденция к усложнению социальных отношений, что ведет к еще большему затруднению в усвоении «обязанностей» взрослого человека. Период формирования чувства социальной ответственности за-

тягивается — это приводит к учащению межличностных и внутриличностных конфликтов.

Психологические особенности, свойственные подросткам, лежат в основе так называемых подростковых поведенческих реакций. Подробно описанные А.Е. Личко (1973), они представлены несколькими основными группами. *Реакция эмансипации* проявляется стремлением к самостоятельности, желанием освободиться от родительской опеки, оппозицией к представителям старшего поколения (учителям, воспитателям). Реакция *группирования* со сверстниками отвечает потребности подростков в пребывании в группе, причастности к ее интересам. Выделяются также *реакции увлечения*, которые могут привести к нарушениям адаптации, когда в угоду своим интересам подросток забрасывает учебу, работу. Увлечения могут носить необычный, странный характер. *Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением*, включают различные сексуальные девиации как транзиторного, так и стойкого характера.

«Краевое» положение по отношению к психической «норме» и важное место среди социально-психологических особенностей пубертатного периода занимают так называемые детские поведенческие реакции, сохраняющиеся и в подростковом возрасте (Ковалев В.В., 1979). К этим формам поведения относятся реакции отказа, компенсации и гиперкомпенсации, оппозиции, имитации (Симсон Т.П., 1935; Mischau L., 1950; Сухарева Г.Е., 1959; Ушаков Г.К., 1978; Ковалев В.В., 1979; Личко А.Е., 1985). *Реакции отказа* у подростков связаны с присутствием инфантильных личностных черт, тормозимости. Они возникают в психотравмирующей ситуации, в состоянии фрустрации (при отрыве от семьи, от компании сверстников, помещении в больницу или воспитательное учреждение), могут сопровождаться страхом, отсутствием стремления к контактам, иногда аспонтанностью. *Реакция компенсации* может возникнуть в случае несостоятельности подростка в какой-либо области деятельности или слабости отдельных личностных черт, которые он стремится преодолеть. При этом он усиленно развивает «сохраненные» способности, восполняя тем самым имеющиеся пробелы. Так, фи-

зически слабый подросток начинает усиленно заниматься учебной, а подросток, имеющий затруднения в учебе, демонстрирует повышенную активность, лидерство, физическую силу. *Реакция гиперкомпенсации*, в трактовке В.В. Ковалева (1979), представляет собой чрезмерное, иногда карикатурное усиление компенсаторной реакции, приводящее к социальной адаптации.

С наибольшей частотой встречаются *реакции оппозиции (протеста)*, возникающие в ответ на обиду, невнимание, равнодушие, ущемление прав, наказание за неуспеваемость. Тесная взаимосвязь данного типа реакций и возрастных особенностей пубертата обуславливает необходимость учитывать при анализе этих феноменов ситуационные факторы, средовые влияния, характерологические особенности формирующей личности. Сами по себе, вне дополнительных патологических признаков, реакции протеста не являются следствием психической аномалии. Неоправданное отношение к протестным реакциям как к априори болезненным является по существу дезадаптирующим фактором, способствуя процессам невротизации и патологического формирования личности (Каган В., 1999). Различают реакции активного и пассивного протеста. *Активный* протест проявляется в психотравмирующей ситуации теми или иными поведенческими нарушениями. Они могут быть направлены как против конкретных людей — «виновников» отрицательных переживаний, так и распространяться на более широкий круг лиц, например являющихся представителями близкой возрастной группы. При данном виде расстройств поведения нередко имеют место признаки патологии влечений (садистический компонент, кражи и т.д.), которые носят преимущественно псевдоперверзный характер, а именно имеют прямую связь с психотравмирующей ситуацией и психологически понятную цель в виде мести обидчику. Однако при постоянном повторении эти формы реагирования могут закрепляться, приобретать стойкость, приближаясь к истинной патологии влечений. Реакции *пассивного* протеста включают в себя отказ от еды, уходы из дома, суицидальное поведение, мутизм.

А.Е. Личко (1979) выделяет экстрапунитивные (агрессивные), интрапунитивные (аутоагрессивные) и импунитивные подростковые реакции. В первом случае агрессивность («разрядка аф-

фекта») направлена вовне. В случае возникновения интрапунитивных реакций вектор агрессивности направлен на самого себя; импунитивные реакции являются способом ухода, «бегства» из психотравмирующей ситуации.

Реакция имитации связана с механизмом подражания способу поведения определенных людей, имеющих для подростка значимый авторитет («кумиры» молодежной среды, герои фильмов). Патологический характер реакция имитации может приобретать в тех случаях, когда объектом подражания становится антисоциальный либо суицидальный способ поведения, допустимость и романтизирование употребления алкоголя и наркотиков.

С практической точки зрения большое значение имеет разделение описанных выше реакций по степени тяжести и влиянию на социальную адаптацию подростков. В этом отношении представляет интерес выделение характерологических и патохарактерологических реакций (Ковалев В.В., 1979). *Характерологической* реакцией является такое изменение поведения, при котором прослеживается четкая связь с определенной микросредой, обнаруживаются психологически понятные причины, направленность реакций на конкретных лиц, при отсутствии социальной дезадаптации и невротических (соматовегетативных) симптомов. *Патохарактерологическая* реакция представляет собой феномен, сопровождающийся социальной дезадаптацией. Она проявляется также за пределами той первоначальной ситуации, в которой возникла, сопровождается утратой первичной психологически понятной мотивации; ей сопутствуют выраженные невротические (соматовегетативные) проявления. А.Е. Личко (1973) сформулировал ряд признаков, по которым эти реакции могут быть расценены как патологические:

- 1) склонность к генерализации, то есть возникновение в различных ситуациях в ответ на неадекватные стимулы;
- 2) склонность к патологической стереотипности, когда в ответ на разные стимулы возникает одна и та же поведенческая реакция;
- 3) превышение допустимого «потолка» нарушений поведения, установленного в группе подростков;
- 4) социальная дезадаптация.