



/ карманный справочник врача и психолога

В.В. ШИШКОВ

# психотерапия функциональных расстройств

2-е издание

Валерий Шишков

**Психотерапия функциональных  
расстройств. Карманный  
справочник врача и психолога**

Издательско-Торговый Дом "СКИФИЯ"

2013, 2023

УДК 159.9  
ББК 88.5

**Шишков В. В.**

Психотерапия функциональных расстройств. Карманный справочник врача и психолога / В. В. Шишков — Издательско-Торговый Дом "СКИФИЯ", 2013, 2023

ISBN 978-5-00025-311-3

Врачи разных специальностей и психологи часто сталкиваются с расстройствами, причинами которых в той или иной степени являются психологические травмы, конфликты, семейные и педагогические проблемы. Данная книга позволит врачу или психологу своевременно заметить у пациента проблемы, нуждающиеся в лечении и коррекции, провести дифференциальную диагностику функциональных и аффективных нарушений, дать первичные рекомендации, фактически начав процесс терапии. Приводятся проверенные эффективные специфические формулировки внушения для воздействия на невротический симптом или функциональнодинамический компонент невротического или психосоматического расстройства. Для врачей общей практики (терапевтов и педиатров), неврологов и других врачей-специалистов, психологов, студентов медицинских и психологических факультетов. В формате PDF А4 сохранен издательский макет книги.

УДК 159.9  
ББК 88.5

ISBN 978-5-00025-311-3

© Шишков В. В., 2013, 2023

© Издательско-Торговый Дом  
"СКИФИЯ", 2013, 2023

## Содержание

От автора	7
Рецензии на книгу «Психотерапия функциональных расстройств»	8
Предисловие	11
Часть I	13
Психотипы (личностные радикалы, акцентуации характера).	13
Преморбидные особенности больных неврозами	
Типы семейного воспитания (дефекты воспитания)	19
Астенические состояния	23
Гиперкинетические расстройства. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)	27
Конец ознакомительного фрагмента.	31

**Валерий Витальевич Шишков**  
**Психотерапия**  
**функциональных расстройств**

© Шишков В. В., 2013, 2023

© Оформление. ООО «Издательско-Торговый Дом „СКИФИЯ“», 2023

## От автора

*Как врачи разных специальностей, так и психологи часто сталкиваются с различными расстройствами, причинами которых в той или иной степени являются психологические травмы, конфликты, семейные и педагогические проблемы; или, наоборот, само наличие заболевания (расстройства) у пациента, не обязательно вызванное психологической травмой, накладывает отпечаток на всю его жизнь, меняя систему его отношений порой далеко не в лучшую сторону.*

*Некоторые из таких заболеваний (расстройств) для большинства родственников являются очевидными, например, грубые нарушения поведения; о психологической подоплеке многих заболеваний (функциональных расстройств) ни пациенту, ни его окружению, как правило, вообще ничего не известно, и они годами продолжают наблюдаться у кардиолога, гастроэнтеролога, уролога, аллерголога, дерматолога и других специалистов, приходя к психотерапевту только по поводу незначительных нарушений поведения (раздражительности, «нервных срывов»), корректировать которые не только не нужно, но и опасно, поскольку чревато усилением тех или иных функциональных и (или) аффективных расстройств.*

*К сожалению, большинство современных психологов не уделяют должного внимания возможным психосоматическим проблемам пациентов, охотно берясь за коррекцию поведения, тем более что это соответствует просьбе взрослого пациента или родителей подростка. На самом деле, зачастую делать этого нельзя, поскольку проблема практически целиком находится в компетенции медицины. Врач-невропатолог, в свою очередь, ориентирован только на поиск и лечение органической патологии, а следовательно – на фармакотерапию, назначение которой дает лишь временное видимое (внешнее) улучшение, способствуя хронизации основного расстройства. Врач-психотерапевт, имеющий знания и в медицине, включая психиатрию, и в психологии, сможет правильно понять суть проблемы, поставить диагноз, назначить необходимые обследования, привлечь необходимых специалистов, порекомендовать соответствующие методы лекарственной и безлекарственной терапии, включая те или иные психотерапевтические методы (возможно, порекомендовав и занятия с психологом).*

*Данная книга позволит врачу или психологу своевременно заметить у своего пациента те или иные проблемы, нуждающиеся в лечении и коррекции, провести дифференциальную диагностику функциональных и аффективных нарушений, дать первичные рекомендации, фактически начав процесс терапии, сориентировать пациента в выборе соответствующего специалиста.*

*Каждый раздел сопровождается ярким примером, где показаны как типичные ошибки самого пациента, так и его родственников, педагогов, коллег по работе, приведшие к формированию того или иного психосоматического расстройства, а также способы преодоления заболевания.*

*В конце описания каждого расстройства приводятся многократно проверенные эффективные специфические формулировки внушения, используя которые, врач, владеющий трансовыми техниками, или психолог, использующий в своей работе гетеротренинг, смогут воздействовать на тот или иной невротический симптом или функционально-динамический компонент неврозоподобного или психосоматического расстройства. Аналогичные формулировки целесообразно использовать и самим пациентам в структуре АТ (аутогенной тренировки).*

## **Рецензии на книгу «Психотерапия функциональных расстройств»**

*Исторически объектом изучения психиатров были преимущественно психотические нарушения и органические психические расстройства, как наиболее клинически выраженные, опасные, приводящие к грубым формам социальной дезадаптации и требующие неотложных мер по выявлению, лечению и предотвращению осложнений.*

*Однако долгое время в психиатрии не уделялось должного внимания непсихотическим формам психической патологии, неврозам, невротическим реакциям и состояниям, преимущественно проявляющимся функциональными нарушениями.*

*По данным различных исследований, соматизированные симптомы выявляются у 10–80 % физически здоровых лиц, вызывая у них некоторое беспокойство и тревожность в отношении собственного здоровья. Около 40 % «длительных болезненных компенсаций» (нетрудоспособности) и 40 % постоянной недееспособности составляют пациенты с субъективными жалобами на здоровье, тщательное обследование которых не выявляет объективных предпосылок для предъявляемых жалоб.*

*Проблема функциональных расстройств актуальна для многих стран и регионов, и со временем проявляет тенденцию к росту. Своевременная диагностика и адекватное лечение этих состояний выдвигается в качестве первоочередных задач системы общественного здравоохранения.*

*Актуальность данной проблемы диктуется также назревшими медико-психологическими и материально-финансовыми вопросами. Многочисленные дополнительные лечебно-диагностические мероприятия достаточно дорого обходятся обществу и приводят к значительным экономическим потерям. Стоимость бесконечных клинических и параклинических исследований, неэффективной терапии настолько велика, что несвоевременная диагностика соматизированных нарушений рассматривается как социально-экономическая проблема для любого общества. Каждый из этих больных поглощает в несколько раз больше времени по сравнению с соматическими больными.*

*Такие пациенты редко попадают в поле зрения психиатра, предпочитая посещать специалистов соматического и хирургического профиля, которые могут и должны иметь представление об этой группе трудно диагностируемых и трудно поддающихся терапии расстройств.*

*Книга врача-психотерапевта высшей категории, к. м. н. В. В. Шишкова, имеющего огромный успешный опыт работы с такими пациентами – как детьми и подростками, так и взрослыми, – несомненно будет полезна терапевтам и педиатрам, а также специалистам более узкого профиля, обязательно сталкивающимся в своей практической деятельности с такими трудными пациентами. Она будет полезна специалистам как в диагностическом плане (поможет заподозрить психологическую природу соматических нарушений, привлечь к работе психиатра или психотерапевта), так и в лечебном (в освоении некоторых методик психотерапии).*

Главный психиатр Комитета по здравоохранению  
Правительства Санкт-Петербурга,  
Зав. Кафедрой психиатрии СЗГУ им. И. И. Мечникова  
д. м. н., профессор **А. Г. Софронов**

*Функциональные расстройства в разных областях медицины встречаются гораздо чаще, чем органические. Как правило, они носят хронический или рецидивирующий характер, создавая большие сложности для врача как в отношении их диагностики, так и в вопросах*

терапии. Эти расстройства у взрослых пациентов, по данным отечественных и зарубежных авторов, в значительно большей степени вызывают инвалидизацию и социальную дезадаптацию больных.

Вегетология является разделом неврологии и в то же время междисциплинарной по своей сущности проблемой. Практически нет форм патологии, в патогенезе и саногенезе которых не принимала бы участие вегетативная нервная система. Вегетативная нервная система управляет в организме жизненно важными функциями (работой сердца, дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовыми функциями и т. д.), она оказывает решающее влияние на организацию процессов адаптации, поведения и поддержания внутреннего гомеостаза. Клинические проявления вегетативной дисфункции относятся к наиболее частым симптомам во врачебной практике. Вегетативные изменения у детей, являющиеся следствием психических расстройств, отмечаются практически во всех органах и системах. Испытывающие эмоциональные проблемы дети, впрочем, как и подростки, да и взрослые пациенты, изматывают не только свою нервную систему, но и весь организм в целом, а поэтому и должны при определенных обстоятельствах ожидать появления вегетативных симптомов. В свою очередь, сам вегетативный симптом, едва появившись, вызывает страх, а тревожное ожидание повторного возникновения этого симптома неизбежно приводит к его повторному появлению. Наиболее ярко эта концепция «кольцевой зависимости», предложенная академиком А. М. Вейном для объяснения психосоматических расстройств, проявляется при паническом расстройстве с агорафобией, проявляющимся в форме вегетативных кризов. В кардиологии реальные нарушения гемодинамики (повышение АД, аритмии), вызывая физический дискомфорт, ведут к усилению патологической личностной реакции (фобической, тревожно-депрессивной, ипохондрической и др.), что в свою очередь приводит к еще большим нарушениям, в частности к повышению АД. Неврологический компонент, включенный в «кольцевую зависимость» при той же артериальной гипертензии, представлен различными феноменами инсомнических расстройств. Воздействие на неврологическую составляющую – нарушение сна – может привести к разрыву патологического кольца, поддерживающего артериальную гипертензию.

Ни в коем случае не отрицая функциональные расстройства в качестве мультидисциплинарной проблемы, выскажу предположение о приоритете психиатрии/психотерапии в терапии данной патологии. Так, аутогенная тренировка и релаксационные техники дают дозируемую, возрастающую нагрузку вегетативной нервной системе. В результате такого тренинга происходит сдвиг в состоянии покоя в сторону ваготонии.

Однако исторически в России (как и в бывшем СССР) у большинства пациентов (родителей пациентов) имеются предрассудки и страх перед психиатром и даже психотерапевтом, чего не наблюдается в отношении невролога или врача соматического профиля.

Преодолеть такие предрассудки – важная терапевтическая задача, справиться с которой без помощи педиатра или более узкого специалиста, направляющего пациента к психотерапевту, очень сложно.

Книга к. м. н., врача-психотерапевта высшей категории В. В. Шишкова по многим причинам будет полезна специалистам разного профиля, прежде всего неврологам, ежедневно сталкивающимся на практике с такими пациентами: она поможет провести дифференциальную диагностику невротических и неврозоподобных нарушений, дать первые рекомендации (фактически начав процесс терапии), а также своевременно подключить к лечению нужных специалистов.

Главный детский невролог Санкт-Петербурга,  
Лауреат Государственной премии,  
к. м. н., доцент кафедры  
детской неврологии и нейрохирургии СЗГУ им. И. И. Мечникова  
**Т. А. Лазебник**

*Светлой памяти  
Моего Отца Шишкова Виталия Серафимовича  
и Моего Учителя Нахимовского Александра Ильича  
посвящается*

## Предисловие

За мою многолетнюю практику на прием в кабинет психотерапии в Консультативно-диагностический Центр Санкт-Петербургской Педиатрической Медицинской Академии ко мне приходило множество детей и подростков, страдающих психосоматическими расстройствами. Однако как двадцать лет назад, так и сейчас, поводом для направления к психотерапевту чаще служат сопутствующие основной патологии те или иные поведенческие расстройства или ярко выраженный психогенный компонент заболевания (этиологический или клинический).

То есть, зачастую специалисты задумываются о психотерапии только в тех случаях, когда клиничко-лабораторные и инструментальные исследования не выявили никаких изменений, когда поведение подростков носит ярко выраженный демонстративный оттенок, или если те или иные нарушения связаны с очевидной для врача психотравмой. Например, гинеколог (детский гинеколог) направляет к психотерапевту жертв изнасилования, девочек с диссоциальным расстройством личности, «юных беременных», испытывающих сильный страх перед родами, девочек с сопутствующими неврозами, детской мастурбацией. Гастроэнтеролог – подростков и детей, неоднократно жалующихся на боли в животе или (и) с обстипационными и констипационными расстройствами (только в тех случаях, когда многократные обследования не выявили никакой патологии).

В то же время, многие функциональные заболевания имеют психологическую подоплеку, о чем не подозревают ни пациент, ни его родители. Даже врачи часто ориентированы на лечение той или иной функциональной патологии посредством фармакотерапии, которая во многих случаях дает лишь внешнее улучшение. Такие больные могут потратить огромное время на лечение у специалистов (невропатолога, кардиолога, гастроэнтеролога и т. д.), обращаясь к психологу или психотерапевту лишь в случаях незначительных нарушений поведения. В свою очередь, большинство современных психологов часто берется за коррекцию поведения (тем более, что это соответствует запросу родителей или родственников таких пациентов), чего делать категорически нельзя, так это может только усугубить проявление функциональных (или аффективных) расстройств.

Врач-психотерапевт имеет знания и в психиатрии, и в психологии, и в медицине. Он сможет понять истинную причину расстройства, поставить правильный диагноз, и, при сотрудничестве с необходимыми специалистами, порекомендовать методы терапии, лекарственной и безлекарственной, включая различные психотерапевтические техники.

За период с 1990 года в нашем кабинете получили консультативную помощь более 500 детей и подростков с энурезом и другими видами недержания мочи, с нейро-циркуляторной дистонией и мигренью; сотни пациентов с нарушением сна, энкопрезом, нейродермитом, болями в животе различного генеза, исключая острую хирургическую патологию; десятки с синдромом раздраженного кишечника, обстипационным и констипационным синдромом, приступами гипервентиляции, обмороками, бронхиальной астмой, ожирением, альгодисменореей и др. Многие из них прошли полный курс специальной психотерапии с хорошими или отличными, как правило, стойкими результатами.

Читая разнообразную литературу по данному вопросу, вы обязательно столкнетесь с различными терминами, такими как «невроз», «неврозоподобное состояние», «психосоматическое расстройство», «функциональное расстройство», «расстройство поведения» и т. п. Существовавшие ранее и используемые до сих пор классификации психических и поведенческих расстройств ставили во главу угла причину возникновения этих расстройств. Однако, один и тот же симптом (внешнее проявление болезни) может быть вызван как психогенными факторами (идушими из семьи, детского сада, школы), так и той или иной степенью нарушений в функционировании каких-либо органов или систем. Безусловно, причина возникновения

того или иного симптома крайне важна, особенно для врача, в зависимости от этого выбирающего основной и вспомогательные методы лечения, отдающего предпочтение лекарственным или безлекарственным методам терапии или их разумному сочетанию. Но все же наша многолетняя практика показывает, что как взрослый пациент, так и подросток, ребенок (его родители) хотят в первую очередь не искать ту или иную причину заболевания, особенно в случаях, когда проблема «идет» как раз из семьи, а просто устранить неприятный симптом, расстройство, болезнь. Их можно понять, особенно, если симптом болезненный и (или) неприятный. В последней (10) международной классификации болезней упор сделан как раз на внешние проявления того или иного расстройства. В этой книге мы также будем придерживаться этого принципа, не забывая, конечно, и о различных причинах возникновения, особенностях течения, специфике лечения этих расстройств.

## Часть I

# Предпосылки к возникновению неврозов и психосоматических (функциональных) расстройств

### *Психотипы (личностные радикалы, акцентуации характера). Преморбидные особенности больных неврозами*

С древних лет как врачами, так и психологами, философами предпринимались попытки найти и выделить те или иные черты характера, свойственные одним людям, но совершенно не характерные для других. Так Гиппократ выделял четыре типа темперамента: сангвиник, холерик, флегматик и меланхолик. Большинство психодиагностических методик исследования личности выявляют множество составляющих ее «кирпичиков», таких, например, как направленность личности (экстраверсия – интроверсия). Однако существуют методики, которые, наоборот, основываясь на анализе компонентов личности, тех, что мы позволили себе назвать «кирпичиками», помогают определить тип личности человека, как взрослого, так и подростка. Известный советский психиатр А. Е. Личко – автор патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) ввел в отечественную науку понятие «акцентуация характера», тип которой и способен выявить этот опросник. Не умаляя заслуг Личко, следует признать, что первое упоминание об акцентуированных личностях появилось в ГДР и принадлежит Карлу Леонгарду.

Итак, что же такое акцентуация характера? Хорошо это или плохо? Акцентуация характера – **крайний вариант нормы**, когда те или иные определенные черты личности выражены очень ярко. Однако, данное определение подходит скорее для еще более четкого понятия – явная акцентуация характера. Что же касается акцентуации, то, на наш взгляд, это и есть норма, так как если бы не было ярких представителей того или иного типа личности, то мир состоял бы из абсолютно одинаковых «серых» людей. Путаница часто возникает из-за того, что Личко предлагал использовать свой опросник не только для определения акцентуаций (нормы), но и патологии личности. Для **патологии личности (психопатии)**, в отличие от акцентуации, характерно то, что заостренные черты проявляются всегда (вчера, сегодня, завтра), повсеместно (там, где это уместно и там, где это абсолютно неприемлемо), и все это нарушает социальную адаптацию индивидуума. Чтобы полностью избежать противоречий в терминологии, мы в дальнейшем говоря о психотипах, чаще будем употреблять выражения характерологические (личностные) радикалы и типы личности (характера).

Какие типы личности стоит выделить (мы, как и известный семейный психотерапевт Э. Г. Эйдемиллер, в отличие от Личко, считаем, что названия некоторых типов характера – нормы, должны отличаться от обозначения схожих форм патологической личности):

#### 1. Гипертимный тип

Представьте себе, что вы идете по дороге к дому. Идущий навстречу вам парень улыбается, неожиданно протягивает вам руку, хлопает по плечу, спрашивает как дела, а затем, не дождавшись ответа, насвистывая, идет своей дорогой. Вам трудно вспомнить его, вы не друзья, он живет где-то неподалеку; вы если и виделись с ним несколько раз, то мельком. Добавим также, что он не пытался этим поступком отвлечь ваше внимание, чтобы у вас что-то украсть; рядом не было девушки, чье внимание он бы хотел привлечь и т. п. Просто он всегда и

езде активный, жизнерадостный, в каждой компании, в любом походе является неформальным лидером, в спортивной команде – капитаном, особенно, если эта должность выборная. Легко может сосрить, высмеять кого-то, причем так, что все окружающие начнут делать то же самое. В школе и в институте учился выше среднего, выезжая на интеллекте и находчивости, но уж никак не на прилежании. Часто нарушает общепринятые нормы поведения, может и выпить, и подраться. Легко берет в долг, причем ему довольно трудно отказать, но лучше бы проявить твердость, т. к. получить данные ему в долг деньги назад будет очень нелегко. Самооценка у такого человека очень высокая. Любые неприятности переносит легко. Оптимист во всем.

## **2. Циклоидный тип**

Большую часть времени это гипертим, со всеми ему присущими чертами. Но периодически он меняется до неузнаваемости, снижается работоспособность, он старается избегать шумных компаний, сидит дома. Ему хочется лежать в постели и забыть обо всем. Такая фаза может длиться до нескольких недель. Оптимизм сменяется пессимизмом, активность чем-то вроде начинающейся депрессии. Место наименьшего сопротивления данного типа – то, что окружающие плохо понимают его особенности, продолжая и в «плохие» периоды его жизни видеть в нем гипертима и предъявляя ему соответствующие требования, которые он, будучи эти пару недель совершенно другим человеком, выполнить просто не в состоянии.

## **3. Лабильный тип**

Настроение яркого представителя этого характерологического радикала меняется от незначительных причин. Получил отличную отметку, победил на заурядных школьных соревнованиях, услышал похвалу в свой адрес, причем не обязательно от значимых лиц, – настроение поднимается очень сильно. Наоборот, любая, даже казалось бы рядовая, по мнению любого обывателя, неудача, неосторожное слово учителя, грубость одноклассников, коллег по работе – резко ухудшают настроение таких субъектов.

От настроения же у таких людей зависит буквально все: самочувствие, работоспособность, сон, аппетит. Это тонко чувствующие собеседника, нежные, внушаемые, сопереживающие другим люди, идеальные для семейной жизни партнеры, часто страдающие из-за несправедливого к себе отношения. Даже мелкие неприятности они переносят тяжело.

## **4. Астеноневротический тип**

На вопрос «как дела?» такой человек ответит «как всегда плохо», причем независимо от реальной ситуации. К примеру, один мой знакомый писатель долго переживал из-за предстоящего суда над уборщицей, которая украла у него деньги. И все это несмотря на то, что женщина оказалась воровкой со стажем, которую к тому же быстро поймали, нашли похищенные ценности, вернули их владельцу. Главными чертами такого характера будет повышенная утомляемость, особенно во время умственной деятельности или соревнований, а вследствие этого и раздражительность по ничтожному поводу. Часто такого человека беспокоят то боли в сердце, то головная боль, ему трудно заснуть, а утром, наоборот, проснуться, первую половину дня ощущает себя разбитым. Он часто видит кошмарные сны, его очень беспокоит собственное здоровье, нередки мысли о том, что он, возможно, болен той или иной болезнью.

На фоне постоянной усталости часто срывается, раздражается, кричит, плачет.

## **5. Сенситивный тип**

Принадлежащий к данному типу личности человек очень стеснительный, нерешительный, ему неловко войти в комнату, где находятся незнакомые ему люди, он не может познакомиться первым, ему трудно общаться с представителями противоположного пола, трудно посмотреть в глаза собеседнику, робеет, краснеет. Он хотел бы общаться, иметь друзей, однако почему-то считает себя глупее, слабее, хуже других, боится стать объектом насмешек, презрения, с завистью смотрит на людей сильных, решительных, уверенных в себе. Никогда не мешает другим, в любых конфликтах предпочтет уступить. Тревожится по малейшему поводу, у него много различных страхов (фобий). Этот человек безобиден для окружающих, так как всем своим поведением может принести вред только самому себе. Вместе с тем, в обстановке доброжелательности и понимания может нормально функционировать.

## **6. Тревожно-мнительный тип**

Такой человек будет постоянно во всем сомневаться, опасаться за свое будущее и будущее своих близких; за свое здоровье и здоровье своих близких. Не исключено, что малейший симптом, малейшее недомогание им будет трактоваться как серьезнейшая, а возможно и неизлечимая, смертельная болезнь. Он постоянно будет анализировать свои поступки, копаться в себе и своем прошлом. Самое мучительное для него – принять правильное решение, особенно, если надо сделать выбор; причем неважно, речь идет о выборе одежды или профессии. Тревожно-мнительный человек трижды проверит, выключен ли газ, закрыта ли дверь, нередко вернется с полдороги, чтобы перепроверить это в четвертый раз. Часто у таких людей вырабатываются защитные ритуалы, «спасающие» их от воображаемых бед и несчастий. Эти ритуалы могут варьироваться от простейших, которые присутствуют у большинства (обойти или трижды плюнуть, если черная кошка перебежала дорогу), до сложнейшей цепочки ритуалов, серьезно затрудняющих нормальную жизнь.

## **7. Интровертированный тип**

Этому человеку чужды шумные компании, он особо не нуждается в друзьях, он замкнут в себе и на своих интересах. Часто такой человек поглощен книгами, изобретательством, увлечениями и фантазиями, включая самые необычные. У него плохо развита интуиция в общении и сопереживание окружающим. Замкнут, никогда не поделится своими переживаниями, если же и раскроется, то скорее перед совершенно незнакомым человеком. Любит настоять на своем, не любит чужих советов. Среди таких людей можно встретить и крупных ученых, и откровенных чудаков (возможно сочетание того и другого), вызывающих улыбки и недоумение окружающих, но такая реакция этим людям «до лампочки». Местом наименьшего сопротивления такого типа будет необходимость устанавливать формальные контакты, по долгу службы общаться с людьми, посещать шумные сборища. А вот работа с компьютером, программирование в уединенном кабинете не вызовет у такого человека никакого дискомфорта.

## **8. Ригидно-импульсивный тип**

Данному типу свойственны одновременно как педантизм, дотошное соблюдение всех правил, включая абсурдные (причем не только им самим, но и окружающими, в той или иной степени зависимыми от него), так и склонность к состоянию злобно-тоскливого настроения

с поиском объекта, на котором можно сорвать зло. Этим срывам свойственна выраженная импульсивность, взрывчатость. Какая-то гибкость в общении с людьми напрочь отсутствует, всегда идет напролом, говорит то, что думает, даже если это может повлечь неприятности. Любовь такого человека редко протекает без ревности, в коллективе он старается властвовать, причем, закрепив эту власть формально; с такими людьми другие предпочитают не связываться, поскольку они, как правило, не прощают обид, злопамятны, могут ответить как открытой агрессией, так и изощренными кознями.

## 9. Демонстративный тип

Быть в центре внимания – этому подчинены все поступки человека с таким личностным радикалом. Эти люди яркие, порой манерные, они не могут не произвести впечатление. Но все это, как правило, ненадолго, так как большинство вскоре «раскусывает» подобное неестественное поведение, определяя его как клоунату. Поэтому такие люди часто меняют компании, работу, где вновь на какой-то период времени становятся центром событий. Им хочется, чтобы ими восхищались, но уж если этого добиться не удалось, то пусть лучше ненавидят, чем относятся равнодушно или не замечают. Яркая представительница этого типа личности, с одной стороны, идеальная любовница на короткий промежуток времени, с другой, ужасная жена – истеричка, с третьей – талантливая актриса. Сочетание данного типа с лабильным получило своеобразное название «истерия мимоза», комбинация же с ригидно-импульсивным на профессиональном сленге звучит как «истерия стервоза».

## 10. Неустойчивый тип

Такие субъекты легко поддаются чужому влиянию, любят весело проводить время, особо не желая ни работать, ни учиться, склонны к правонарушениям, азартным играм, алкоголю и другим зависимостям. Не признают никаких обязанностей, ни в семье, ни на работе, ленивы и неаккуратны. Берут пример со своих более сильных по характеру друзей. От любых трудностей и неприятностей стараются уйти, трусливы и слабовольны. О своем будущем задумываются мало, особенно в моменты, когда им весело и хорошо.

## 11. Конформный тип

Существование такого типа характера оспаривается. Принято говорить о *конформных* чертах, которые в разной степени могут быть свойственны той или иной личности. Такие люди – люди своей среды, живут как все, одеваются как все и т. п. Катастрофой для них является изменение среды, крушение признанных авторитетов.

Существуют яркие представители того или иного типа личности, однако бывают и смешанные типы, также имеющие своих ярких представителей. Некоторые характерологические радикалы хорошо сочетаются друг с другом, сочетание других практически невозможно. Так, **гипертимный** тип сочетается с демонстративным и неустойчивым; **циклоидный** – с гипертимным и лабильным; **лабильный** с сенситивным и демонстративным, **астеноневротический** с тревожно-мнительным; **сенситивный** с лабильным, тревожно-мнительным, интровертированным; **тревожно-мнительный** с астеноневротическим, сенситивным, интровертированным; **интровертированный** с сенситивным, ригидно-импульсивным, демонстративным, неустойчивым; **ригидно-импульсивный** с интровертированным, демонстративным и неустойчивым; **демонстративный** с гипертимным, лабильным, интровертиро-

ванным, ригидно-импульсивным и неустойчивым; **неустойчивый** с гипертимным, интровертированным, ригидно-импульсивным и демонстративным. Еще раз повторимся, что радикалы характера – не диагноз, не болезнь, а просто заостренные черты той или иной личности: ребенка, подростка, взрослого. Примером тому, что почти из каждого правила бывает исключение, может служить хотя бы то, что лично мне довелось быть знакомым с человеком, одинаково ярко сочетавшим в себе признаки ригидно-импульсивного и лабильного типов, что считается практически невозможным.

Каковы же преморбидные особенности больных невротами?

В целом для больных невротами характерны такие особенности личности, как слабость, нерешительность, склонность к рефлексии, зависимости от окружения, поиски одобрения, стремление к нормативности.

Для больных невротами в преморбидном периоде были характерны повышенная ответственность и добросовестность, высокая чувствительность к любой критике. Они изначально отличались хорошей работоспособностью и активностью при наличии высокой интенсивности и продолжительности эмоций. Их тревожность была достаточно выражена. Кроме того, наблюдались низкие показатели уступчивости при средней степени выраженности таких качеств, как решительность, фрустрационная толерантность и адаптивность. Сочетание этих характерологических особенностей наряду со стремлением к чрезмерным, превышающим реальные возможности, усилиям в основных видах деятельности, чаще всего способствовали развитию психологического конфликта невротического типа «хочу, но не могу».

Больные истерией изначально отличаются завышенной самооценкой, эгоистичностью и эгоцентричностью, относительно высокой активностью, низкой степенью решительности и целенаправленности, значительной степенью внушаемости и самовнушаемости. У них часто выявлялись сочетание выраженной сенситивности и тревожности с лабильностью и импульсивностью, причем потребность в контактах и стремление к лидерству сочетались со средней степенью уступчивости и ответственности. Все это и способствовало формированию истерического невротического конфликта по типу «хочу во что бы то ни стало».

Заболевшие невротом навязчивых состояний в преморбидном периоде обращают на себя внимание прежде всего низкой степенью активности, уверенности в себе, решительности, целенаправленности в сочетании с выраженной тревожностью и мнительностью, т. е. имеют черты, свойственные психастеническому типу личности. Для части больных характерным было сочетание повышенной впечатлительности и чрезмерной чувствительности при склонности к задержке внешних проявлений эмоциональных реакций. В связи с этим происходила постоянная фиксация больных на значимых для них сложных жизненных обстоятельствах, чему способствовала также склонность их к самовнушению. С учетом высокой степени ответственности и добросовестности, высокой чувствительности к критике и средней степени способности к избеганию конфликта, более вероятной становится возможность формирования психологического конфликта обсессивно-фобического типа по принципу «хочу, но сомневаюсь», чаще всего в области морально-этических установок больного.

*У каждого типа личности есть так называемое место наименьшего сопротивления (locus minoris resistentiae), получая «удар» по которому, человек может декомпенсироваться, сорваться, заболеть невротом или психосоматическим расстройством.*

Крайне редко этим «ударом» будет какое-то событие угрожающего содержания, не часто им станут школьные или детсадовские проблемы; чаще такие «удары», создающие хроническую психоэмоциональную напряженность, ребенок (а затем и подросток, взрослый) получает в своей собственной семье изо дня в день путем хронического неправильного воспитания, неправильного именно для него как представителя именно этого, а не другого типа личности,

на фоне дисгармоничных семейных отношений. Но об этом подробнее в следующей части этой книги.

## ***Типы семейного воспитания (дефекты воспитания)***

Если вы – врач, работающий преимущественно со взрослым контингентом, – не торопитесь сразу переходить к следующей части. Дело в том, что то, как воспитывали человека в детстве на фоне его индивидуальных особенностей, могло послужить поводом для развития того или иного заболевания уже во взрослом возрасте, то есть совсем недавно. К тому же существует такое понятие, как «границы семьи», нарушение которых – прямая предпосылка к развитию невроза или психосоматического расстройства. Причем, такое нарушение границ всегда происходит под благовидным предлогом, часто вообще неосознанно.

*Так, к примеру, десять сеансов ко мне ходила 30-летняя женщина, и все десять раз после сеанса под дверью я встречал ... ее мать. В такой материнской заботе не было бы ничего плохого, если бы не она являлась источником проблем в личной жизни дочери. Или, один мой приятель, прожив десять лет с женой, ушел от нее и двух дочерей, которых он безумно любил, к ... матери, что с точки зрения семейной психотерапии, опасно в плане прогноза, поскольку мать всегда примет, всегда поддержит, что лишает человека стимула к созданию своей семьи. Кстати, что-то подобное в прошлом было и у первой пациентки, которая после развода уже пять лет практически не встречается с мужчинами.*

Различают следующие типы неправильного семейного воспитания:

### **1. Потворствующая гиперпротекция**

Более распространенное название такого воспитания – «кумир семьи». Ребенок становится объектом восхищения всех членов семьи, ее центром. Ребенку при таком воспитании позволяется все, большинство его поступков воспринимается без критики, его малейшие капризы тотчас же удовлетворяются, родители, как правило, во всем идут на поводу у ребенка, оберегая его от малейших жизненных трудностей, всякий раз вставая на его защиту тогда, когда его эгоцентрические потребности вступают в противоречие с возможностью их удовлетворения. Говоря в предыдущей части о демонстративном типе личности, мы относили его, как впрочем и все акцентуации, к варианту нормы. Сдвигом данной личности в сторону патологии – истерическим реакциям, истерическому неврозу, *патохарактерологическому* развитию по истероидному типу – может послужить как раз семейное воспитание субъекта, имеющего демонстративный личностный радикал, в стиле потворствующей гиперпротекции. Часто формированию такого стиля неправильного воспитания способствуют, казалось бы, объективные факторы, как, например, предшествующие рождению ребенка длительные безуспешные попытки зачатия, выкидыши, трудные роды, тяжелая болезнь младенца, и т. п. факторы, формирующие у родителей фобию (страх) утраты желанного ребенка. То есть родители как бы говорят самим себе: «Мой ребенок чудом родился, чудом выжил, а значит, буду любить его больше своей жизни, разрешу ему делать все, что он захочет, буду покупать ему все, что он захочет, даже в ущерб себе, лишь бы был жив и здоров». И вот такой ребенок садится родителям (родителю) на голову в такой степени, в какой в его характере присутствуют демонстративные (истероидные) черты.

### **2. Доминирующая гиперпротекция**

Родители таких детей для их же блага, как им кажется, во всем навязывают детям свою волю, свой стиль поведения, свои способы решения жизненных проблем, лишая таким образом ребенка или подростка всякой самостоятельности и инициативы. Эти же родители даже в

мелочах опекают ребенка, регламентируя всю его жизнь, строго контролируют поведение, тем самым, на их взгляд, защищая ребенка от опасностей, как правило, мнимых. Для астеноневротической, сенситивной и тревожно-мнительной личности данный стиль воспитания приведет к сильной тревоге по любому поводу, страхам, неумению постоять за себя, дать сдачи, неуверенности в себе и своих силах; блокирует всякую инициативу, усиливает астенические черты. Интроверт при подобном воспитании еще более замыкается в себе, может декомпенсироваться с социальной дезадаптацией. А вот гипертиму подобное воспитание вряд ли повредит, т. к. он всегда найдет способ улизнуть из-под жесткого контроля. Для неустойчивого подростка *доминирующая гиперпротекция* – своеобразные «ежовые» рукавицы – единственный способ удерживать подростка от дурного влияния «улицы».

### **3. Повышенная моральная ответственность**

Родители по разным причинам, чаще, видя в ребенке исполнителя своих нереализованных желаний, с детства твердят ребенку, чтобы он хорошо себя вел, хорошо учился, поступил в престижную гимназию, а затем и в престижный ВУЗ. И все это для того, чтобы оправдать надежды родителей, чтобы родители могли им гордиться, рассказывая об его успехах всем своим родственникам и знакомым. Для реализации этих планов надо пожертвовать прогулками, развлечениями, всегда делать уроки, соблюдать установленные правила. И многие дети с этим соглашаются, поскольку взрослые убеждают их, что такое воспитание необходимо им для их же (детей) блага. Но ребенок не маленький взрослый, он должен что-то нарушить, сломать, взять без спросу, с кем-то подраться, получить двойку и т. п. Наглухо закрыв этот своеобразный «сосуд», лишив ребенка детства, родители приводят многих детей в лучшем случае к образованию страхов, а то и к тикам, различного рода навязчивостям и психосоматическим расстройствам. От повышенной моральной ответственности и элементов доминирующей гиперпротекции особенно страдают дети с тревожно-мнительными чертами личности. Нередко такое воспитание, полученное ребенком в родительской семье, продолжается и в дальнейшем, когда, будучи уже взрослым, уйдя из родительской семьи, субъект позволяет так себя «воспитывать» жене или мужу.

### **4. Явное и скрытое эмоциональное отвержение**

Ребенок в такой семье постоянно чувствует, что он помешал родителям осуществить грандиозные планы, сделать карьеру, лишил их молодости, здоровья, мать – стройной фигуры и т. п. В своем крайнем проявлении этот тип воспитания получил название «по типу Золушки». Эмоциональное отвержение ребенка реже бывает явным, что может проявиться жестоким обращением с ребенком; чаще же такое отвержение, идущее вразрез с общепринятыми нормами, бывает скрытым, то есть тщательно закамуфлированным подчеркнутыми заботой и вниманием. Но полностью отсутствуют положительные эмоции, отсутствует безусловная любовь родителей (родителя) к своему ребенку. Такое скрытое эмоциональное отвержение может внешне проявляться гиперрегламентацией поведения, наказаниями, внешне демонстрируемыми как забота о будущем, а на самом деле представляющими из себя способ отомстить ребенку за свою собственную несостоятельность. Больше всех такое воспитание бьет по эмоционально-лабильным, астеноневротическим и сенситивным личностям. Ригидно-импульсивные, наоборот, в отместку только усилят проявление худших своих черт.

## **5. Воспитание по типу жестокого обращения с подростком**

В основе такого воспитания лежит либо неприятие самого факта существования ребенка, либо стремление отыграться на более слабом за все свои неудачи на работе, в личной жизни, в сексе. Жестокое обращение может проявляться не только в форме избиений, истязаний за малейшие проступки, но и в виде систематических унижений и третирований как подростка, так и любого другого члена семьи.

## **6. Гипопротекция**

При данном типе воспитания родители совершенно не интересуются ребенком, его увлечениями, переживаниями; вследствие чего практически отсутствует как опека, так и контроль за ребенком со стороны родителей. Крайняя степень гипопротекции – полная безнадзорность, когда родители не только не интересуются делами ребенка, но практически не выполняют никаких требований по уходу за ним (не кормят, не одевают, не покупают никаких игрушек, книг и т. п.).

Такое воспитание нельзя пожелать никому, но по-видимому наиболее устойчивы к нему будут интровертированные личности, способные заниматься своими делами, неустойчивые же подростки при таком воспитании – первые кандидаты на место в асоциальной уличной компании.

## **7. Скрытая гипопротекция**

Более мягкий вариант гипопротекции, когда контроль со стороны родителей за поведением ребенка носит чисто формальный характер. Как запреты, так и поощрения легко провозглашаются, но тут же забываются самими родителями. Такой подросток, как правило, чувствует, что родителям не до него, а их родительские обязанности – просто формальность, необходимость подчиняться принятым в обществе нормам.

## **8. Потворствующая гипопротекция**

В этом случае родители не только ни в чем не контролируют ребенка, все ему позволяя, но и ограждают ребенка от малейших социальных проблем, покрывая все его проступки, ограждая его от общественного порицания и наказаний. Подобное воспитание гипертимного и особенно неустойчивого типов личности ведет к возникновению и развитию у таких подростков склонности к асоциальному образу жизни.

## **9. Противоречивое воспитание**

В данной ситуации один из родителей систематически применяет один стиль воспитания, а другой (другие) придерживается иного подхода.

В зависимости от типа и степени нарушений семейных отношений может меняться и тип воспитания детей. В то же время в гармоничной семье, где взаимоотношения всех ее членов насыщены положительными эмоциями, где социальные роли в семье взаимно дополняют друг друга, где никто из членов семьи не отбирает функции у другого и не игнорирует собственные, – в такой семье, как правило, и воспитание детей осуществляется правильно. Мы говорим

«как правило», потому что даже в идеальной семье родители, любящие ребенка и желающие ему добра, при его воспитании должны учитывать и его характерологические особенности, и чисто физические возможности. Любой человек, согласно последним научным данным, может рассматриваться как своеобразная биопсихосоциальная модель, то есть как совокупность, во-первых, врожденных (биологических) качеств, во-вторых, психологических (личностных) особенностей, в-третьих – социальной среды, оказывающей влияние как на первое, так и на второе.

Так вот, как раз для формирования невротозов одним из основных этиологических факторов социальной природы является неправильное воспитание в семье.

У больных с истерическим невротозом характерной была обстановка изнеживающего воспитания: беспринципная уступчивость больному, неоправданное подчеркивание не только существующих (что было бы корректно), но и несуществующих достоинств, чрезмерное «раздувание» положительных качеств. Все это приводит к неадекватному завышению уровня притязаний. Особенности характера, присущие другому типу истерии («истерия стержовоза»), могут сформироваться, наоборот, при безразличном отношении по типу «эмоционального отвержения», а также в обстановке грубо-деспотического (жестокого) подавляющего воспитания.

Развитию невротоза навязчивых состояний, наряду с личностными особенностями субъекта, способствует неправильное воспитание в обстановке чрезмерной опеки (гиперпротекции), оберегания, запугивания, подавления самостоятельности и лишения собственной инициативы, а также повышенной моральной ответственности. Особое значение для таких больных имеет предъявление к ним противоречивых требований, особенно со стороны значимых лиц.

Для формирования невротозии необходимы условия, когда опять же значимыми для человека людьми (чаще всего родителями) стимулируется нездоровое стремление к успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

## *Астенические состояния*

Астения у детей протекает с преобладанием предпочтительных для этого возраста моторных нарушений (гипердинамический либо гиподинамический вариант астении). При так называемой гипердинамической астении поведение ребенка отличается гиперактивностью с непродуктивными двигательными и эмоциональными разрядами, несдержанностью, импульсивностью, что позволило ряду исследователей ввести в практику термин «эксплозивная астения». Склонность к взрывным, эксплозивным реакциям в рамках астенических состояний отмечается и у взрослых.

Причиной нарушения поведения (внимания) у такого ребенка будет не плохое воспитание, не вредность ребенка, не семья, не детское дошкольное или школьное учреждение, а заболевание, как правило, связанное с патологией беременности, тяжелыми родами или перенесенными в младенческом возрасте травмами и нейроинфекциями (менингит, менингоэнцефалит). Астено-невротическое состояние (АНС) может развиваться вообще у любого ребенка в любом возрасте, да и у взрослого после тяжелой вирусной инфекции (гриппа). Инфекционисты считают, что процесс полного восстановления организма после перенесенного гриппа занимает 3 (три) месяца (!). А что получается на самом деле? К переболевшему ребенку, к примеру, школьнику, требования по полной программе предъявляются сразу, как только он пришел в класс после болезни, а его центральная нервная система еще истощена, не восстановилась. Отсюда головные боли, рассеянное внимание, «истерики» по вечерам, не имеющие никакого отношения к истерии. Неправильное поведение окружающих (семьи) провоцирует наслоение на этот фон еще и различных невротических реакций. Мы привели здесь простой пример: ребенок переболел гриппом – и сразу на время изменились его возможности; но такое же состояние может быть и врожденным, вследствие патологии беременности и трудных родов – тогда возможно, что любые требования, предъявляемые родителями такому ребенку, окажутся завышенными и вызовут проявления синдрома повышенной утомляемости и, как следствие, раздражительной слабости. Данный синдром (синдромы) могут лежать в основе снижения памяти, когда ребенок плохо запоминает учебный материал, ему приходится тратить целый день для заучивания даже небольшого стихотворения.

Для углубленной диагностики при таких симптомах, возможно, понадобится и комплексное тестирование, направленное как на изучение собственно памяти, кратковременной (быстрой) и долговременной, психоинтеллектуальных особенностей ребенка, так и на выявление его преобладающих черт характера, психологических защит, особенностей семьи и воспитания и т. п. Тестирование должен проводить клинический психолог, так как он, в отличие от педагога, имеет и медицинские знания. В зависимости от преобладающей причины нарушений внимания и (или) памяти показано преимущественно медикаментозное лечение (препараты, улучшающие функцию головного мозга и т. п.), мануальная терапия или психологические методы лечения и развития внимания и памяти, которые проводит клинический психолог. Возможно, потребуется и психотерапия, причем конкретные ее методы сможет порекомендовать врач-психотерапевт.

У взрослых выделяют два типа астенических расстройств: гиперстеническая астения, характеризующаяся сверхвозбудимостью сенсорного (чувственного) восприятия с повышенной восприимчивостью нейтральных в норме внешних раздражителей (непереносимостью звуков, света и т. д.), возбудимостью, повышенной раздражительностью, нарушениями сна и пр.; и гипостеническая астения, основными элементами которой являются снижение порога возбудимости и восприимчивости к внешним стимулам, вялость, повышенная слабость, дневная сонливость. Не напоминает ли это вам те же проявления, которые отмечались у детей? Для специалиста, да и просто заинтересованного читателя ответ очевиден, однако, как показывает

практика, он далеко не очевиден родителям, считающим, что все пройдет само собой. Астенический синдром распространен во всех социальных слоях общества и среди всех возрастных групп, процент астении в общей популяции, по данным различных исследователей, колеблется от 10 до 45. По данным врачей общей практики жалобы астенического плана предъявляют до 65 % пациентов. Более уязвимыми к этому заболеванию оказываются женщины, преимущественно в возрасте 35–40 лет. Астенические проявления, влияя как на физические, так и интеллектуальные способности человека, отражаются на его личной и социальной активности, значительно снижают качество жизни, оказываются почвой для формирования различных заболеваний, снижают устойчивость организма к различным внешним воздействиям.

Самая распространенная жалоба, с которой пациенты обращаются к врачам, – утомляемость, но в отличие от утомляемости – физиологического состояния, следующего за интенсивной и продолжительной мобилизацией организма, возникающего, как правило, быстро и проходящего после отдыха, не требующего медицинской помощи, астеническое состояние – это болезнь (патологическое состояние), развивающаяся постепенно, вне связи с необходимостью мобилизации организма, длящаяся месяцы и годы, не исчезающая после отдыха и требующая оказания пациенту медицинской помощи. Можно определить астеническое состояние как «патологическое истощение после нормальной активности, снижение энергии при решении задач, требующих усилия и внимания, генерализованное снижение способности к действию».

Диагноз астенического синдрома может быть поставлен, если в клинической картине заболевания имеются жалобы на постоянное ощущение общей слабости, утомляемость, снижение работоспособности и как минимум два из нижеперечисленных симптомов: мышечные боли, головные боли напряжения, головокружение, нарушения сна, диспепсия, неспособность расслабиться, раздражительность. Это в теории, а на практике клинические проявления астенического синдрома крайне разнообразны. Кроме слабости и утомляемости диагностируются многочисленные патологические проявления со стороны практически всех органов и систем. Они могут включать: повышенную утомляемость, трудности при усвоении новой информации, трудности при сосредоточении внимания. Характерны болевые симптомы, такие, как головные боли (чаще головные боли напряжения), боли в животе и сердце, не обусловленные какими-либо органическими и сосудистыми нарушениями, боли в мышцах; вегетативные нарушения (тахикардия, чувство нехватки воздуха, частые вздохи, повышенная потливость); эмоциональные нарушения (чувство внутреннего напряжения, повышенная тревожность, частая смена настроения (эмоциональная лабильность), быстрая психическая истощаемость, страхи); широкий спектр мотивационных расстройств, захватывающий как базовые мотивации (снижение аппетита, снижение либидо, нарушения сна), так и высшие мотивации (стремление к самосовершенствованию, карьерный рост и т. д.).

Диагностика астенического синдрома требует тщательного соматического, неврологического, параклинического и психологического обследований, поскольку лечение астенического синдрома напрямую зависит от факторов, проводящих к его возникновению.

*Лечение должно быть в первую очередь направлено на устранение расстройств, обусловленных лежащим в основе астении патологическим состоянием; во вторую – на устранение самих астенических симптомов; в третью – на расстройства, обусловленные реакцией личности на болезнь.*

При астенических состояниях любой этиологии генеза лечение должно включать и комплекс психогигиенических мероприятий, таких, как оптимизация режима труда и отдыха, дозированные физические нагрузки, оптимизация пищевого рациона (увеличение удельного веса продуктов – источников белка (мяса, сои, бобовых), продуктов, богатых углеводами, витаминами группы В (яиц, печени) и триптофаном (хлеба грубого помола, сыра, бананов, мяса индейки), введение продуктов питания с выраженными витаминными свойствами (плодов

шиповника, черной смородины, цитрусовых, яблок, киви, облепихи, черноплодной рябины, земляники, разнообразных овощных салатов, фруктовых соков). Фармакотерапия астенического синдрома допускает назначение адаптогенов (женьшеня, аралии, лимонника, элеутерококка, заманихи, пантокрина), однако эти препараты противопоказаны лицам с предрасположенностью к новообразованиям, а также девочкам до пубертатного возраста, в виду возможного преждевременного полового созревания. Традиционно используются препараты, содержащие высокие дозы витаминов группы В (нейромультивит, мильгамма композитум); ноотропные препараты (пирацетам и его аналоги), однако по некоторым данным последние могут спровоцировать судороги у лиц, имеющих тенденцию к пароксизмальности на ЭЭГ, а также усиление симптомов раздражительной слабости у пациентов с гиперстенической формой АНС.

Одним из эффективных и безопасных препаратов для лечения астенических и астено-депрессивных состояний различного генеза, в том числе у детей с 10-и лет, является деанола ацеглумат (Нооклерин®). Это ноотропный препарат, близкий по химической структуре к естественным метаболитам головного мозга (ГАМК, глутаминовая кислота), оказывает положительное терапевтическое действие на астенические (вялость, слабость, истощаемость, рассеянность, забывчивость) и динамические расстройства, повышая активность поведения в целом и улучшая общий тонус и настроение. Нооклерин вызывает быструю редукцию астенических нарушений, при этом он лишен отрицательных свойств психостимуляторов и обладает позитивным влиянием на психофизиологические показатели когнитивной деятельности пациентов, свойственным ноотропным препаратам.

Эффективным профилактическим и лечебным средством при различных заболеваниях, причина или следствие которых – астенические состояния, является левокарнитин (Элькар®). Этот препарат разрешен к применению даже у новорожденных, удобен и безопасен в применении, и имеет хорошие фармакокинетические показатели, благодаря которым его эффекты проявляются быстро.

Вопиющую безграмотность родителей, как в вопросах здоровья, так и в сфере воспитания наглядно показывает следующий пример.

На приеме мать с 11-летним сыном, который, с ее слов, ленится учиться и врет по поводу своей успеваемости, всячески скрывая плохие отметки. Потенциальный двоечник, прогульщик, врун, который вырастет никем, а то и совершит поступки, находящиеся в компетенции специальных органов? Но в начальной школе учился на четверки-пятерки, причем пятерки составляли большинство. Что же изменилось? Класс тот же самый, взаимоотношения в коллективе хорошие, у мальчика много друзей, да и появившиеся вместо одной учительницы разные учителя тоже «далеко не звери». Прояснить ситуацию удалось во время первой же консультации. Беременность матери протекала с токсикозом, роды тяжелые, имела место асфиксия плода. Мальчик резко астенизирован, физическое развитие (рост, вес) на 8–9 лет, внимание нарушено в рамках астенизации, объем памяти снижен, логическое мышление существенно нарушено (не справляется с тестами для первоклассников), а вот объем понятий и знаний снижен незначительно, хотя, чтобы ребенок вспомнил то, чему его учили, требуется время и наводящие вопросы. Очевидно, мать ребенка была готова к проблемам в учебе еще в первом классе, поэтому с первого дня все домашние задания мальчик делал под контролем, а возможно, и с помощью матери. В пятом классе на фоне усложняющейся программы и начавшегося снижения успеваемости мать решила повысить отметки сына следующим образом: все домашние задания мальчик от корки до корки делал под контролем матери сначала в черновике и только затем

вечером переписывал все в чистовик. Когда мальчик, вконец измученный приготовлением черного варианта домашних заданий, забыл или не захотел переписывать работу в чистовик, а потом не собрал портфель с учебниками и тетрадками, приготовленными на следующий день, – его наказали следующим образом. «Сынок, – сказал отчим, – мы тебя уже предупреждали по поводу уроков, иди в туалет (как я потом выяснил, чтобы не обмочился во время экзекуции), затем ложись на диван и спусти штаны». Потом отчим, не позволявший матери самой наказывать сына, аккуратно укрывал подушкой спину (чтобы не повредить важные органы), после чего несколько раз бил мальчика ремнем. Также поступали родители, когда выявляли факт сокрытия плохих отметок. При этом мать уверяла меня, что отчим, в отличие от отца, которого она выгнала из-за супружеской измены, очень любит мальчика, а они оба (родители) просто хотят, чтобы сын вырос умным человеком.

Комментарии, как говорится, излишни. Трудность профессии врача-психотерапевта, как и психолога, заключается, на мой взгляд, не в общении с психически больными пациентами, и даже не в использовании уникальных психотерапевтических техник, требующих огромных затрат энергии, – наиболее сложны именно такие случаи, когда в ходе одной консультации (а большинство родителей, к сожалению, воспринимают визит к психотерапевту именно как консультацию, а не процесс) надо попытаться сделать все, чтобы провести так называемый рефрейминг (переформирование) запроса пациента (в данном случае родителей пациента). Сделать это крайне трудно, а порой, увы, и невозможно. В полноценном же процессе психотерапии даже такой вопиющий случай имел бы перспективы, если бы удалось под предлогом лечения «лени» и «нарушений поведения» постепенно выйти на полноценную семейную реконструкцию.

## ***Гиперкинетические расстройства. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)***

Многие родители (воспитатели детских садов, няни, учителя младших классов школ) отмечают чрезмерно активное, расторможенное, часто неуправляемое поведение детей. Кого-то из родителей это беспокоит, кто-то обращается к врачу с данной проблемой под давлением воспитателей детского сада, кто-то, к сожалению, еще позже, и то уже по настоятельной рекомендации педагогов. При этом такие дети, как правило, невнимательны, постоянно отвлекаются, что сильно затрудняет их обучение. При детализации жалоб и обследовании обычно выявляется, что ребенок при нормальных умственных способностях делает массу «глупых» ошибок при письме и счете, переставляя буквы или пропуская цифры, постоянно отвлекается по любому поводу и при выполнении домашних заданий, делая их только под давлением взрослых. В разговоре со старшими или не слушает, или не дослушивает их. Не выполняет инструкций родителей и учителей не из-за протестных реакций или неспособности понять смысл этих заданий, а из-за низкой концентрации внимания и отвлечения на внешние стимулы. Он не желает делать что-либо неинтересное для него в данный момент, у него нет никакого чувства ответственности. Большинство из этих детей отличаются забывчивостью, теряют или забывают где попало школьные вещи, преимущественно тетради, карандаши, учебники. Нарушение внимания проявляется в том, что такие дети не заканчивают начатое дело, отвлекаясь на другое; преждевременно прерывают данное им задание, не закончив его; постоянно меняют игры, быстро теряя к ним интерес.

Что касается гиперактивности, то она чаще всего проявляется в виде двигательной расторможенности. Сидя, дети обычно ерзают на месте, совершают множество «лишних» движений руками и ногами, могут без разрешения покинуть свое место, например, школьную парту, пойти гулять по классу. Беспричинно бегают, прыгают или забираются на любые доступные объекты, когда это неуместно; они болтают и шумят больше всех, причем даже во время спокойных игр. Для таких детей пыткой является тихая спокойная обстановка, особенно когда взрослые блокируют их шумное поведение, и если запреты на подобное поведение со стороны взрослых не связаны с физическим наказанием, а выражаются лишь в словесной форме, то гиперактивные дети вскоре забывают о них и возвращаются к исходному состоянию. Данная проблема не является ни следствием «плохого» характера, ни следствием неправильного воспитания, такой ребенок, как и его родители, ни в чем не виноват. Проблема, скорее всего, обусловлена гипоксией (недостатком кислорода), имевшей место во время непросто протекавшей беременности или при родах. Исходя из этого, чрезмерная моторная активность у этих детей носит стойкий характер, на нее не влияют обычные требования и конкретная социальная обстановка.

Для постановки диагноза СДВГ и нарушение внимания, и гиперактивность должны быть в наличии; причем проявляться они должны повсеместно, и уж, по крайней мере, более чем в одной ситуации, например: и в школе, и дома, и в кружке, и на приеме у врача. Именно этим гиперактивный ребенок отличается от энергичного подвижного ребенка, который, к неудовольствию учителей, носясь на перемене «как угорелый», во время интересного урока или на контрольной сосредоточенно выполняет все задания. Это – вариант нормы. По той же причине не следует считать гиперактивным ребенка, переворачивающего «вверх дном» квартиру, придя из школы, где он не шелохнувшись, идеально сидел на всех уроках, а на переменах стоял у стеночки, боясь получить замечание. Это – не норма, но и не СДВГ. Здесь, скорее всего, следует искать школьные страхи или дефекты воспитания, связанные с повышенной моральной ответственностью.

Гиперактивность часто сочетается с импульсивностью. Такой ребенок редко дослушивает вопрос, обращенный к нему, и вследствие этого часто отвечает невпопад, много говорит, не давая собеседнику вставить ни слова; как правило, он не способен соблюдать психологическую дистанцию при общении с взрослыми, не являющимися членами его семьи, в том числе и с учителями, которых вполне может называть на «ты», он крайне нетерпелив в ситуациях ожидания (не дожидается своего хода в игре, вмешивается в чужой разговор, отвечает на уроке, когда его не спрашивают и т. д.), он безрассуден, ищет опасность, лезет в драку, не оценивая свои силы; он склонен к травматизму, чаще становится жертвой несчастных случаев, получает дисциплинарные взыскания из-за необдуманного, а не откровенно наглого нарушения принятых правил.

В случаях, где диагностика данного синдрома является спорной, врачам (как и психологам, педагогам) следует учитывать социо-культуральные особенности ребенка и его семьи. К примеру, к нам на прием с детьми периодически приходят родители – жители южных регионов России – с жалобами на ... чрезмерно тихое (по их меркам) поведение своих сыновей. Необходимо быть внимательными, учитывая идеалы поведения, а соответственно и принципы воспитания (часто ошибочные), принятые в той или иной семье. Характерологические особенности учителя (воспитателя детского сада) также в спорных случаях следует учитывать. Так, некоторые дети, на которых предварительно навесили «клеймо» СДВГ родители или преподаватели, после детального исследования и наблюдения, оказываются нормальными, но при этом отличаются неприемлемым для данных взрослых поведением.

Интеллект у таких детей, как правило, в норме, хотя психологические тесты, направленные на изучение интеллекта, порой дают обратные результаты. А дело здесь не в способности соображать, а в том же самом дефиците внимания, в том, что в какой-то момент предъявляемые задания становятся таким детям не интересными, они отвлекаются, смотрят в окно, а затем и вовсе встают из-за стола, отправляясь в путешествие по кабинету.

Указанные нарушения поведения обычно возникают в дошкольном возрасте, в несколько раз чаще у мальчиков, чем у девочек, но особого беспокойства у родителей они, как правило, не вызывают, а информация, исходящая от персонала детского сада, часто не воспринимается всерьез. Однако когда ребенок идет в школу, и там с особой силой проявляется невозможность выполнения им стандартных требований по дисциплине (что родителей волнует меньше) и обучению (что игнорировать уже труднее), то необходимость принятия мер становится очевидной. Что же делать в таких случаях? Не упущено ли время для лечения и психокоррекции?

Несомненно, при раннем обращении к специалистам имеющиеся проблемы разрешаются легче и быстрее. Так, согласно результатам наших собственных исследований (В. В. Шишков, 1997), даже дети, состояние которых при рождении было столь серьезно, что потребовало лечения в отделении интенсивной терапии, получившие впоследствии длительное и адекватное лечение (поскольку диагноз «перинатальная энцефалопатия» автоматически подразумевал наблюдение и лечение такого ребенка у детского невропатолога), – к школьному возрасту уже практически не имели проявлений СДВГ. В отличие от реконвалесцентов неонатальной хирургии, выпавших из поля зрения психотерапевтов и неврологов, поскольку их после оперативного устранения хирургической патологии прицельно наблюдал только детский хирург. Как следствие, у них гораздо чаще выявлялись гиперкинетические и астенические расстройства.

Но даже в школьном возрасте коррекция данной патологии вполне реальна. Скорее всего, не для подтверждения данного диагноза, а для исключения более серьезных нарушений ЦНС, необходимо провести неврологическое обследование, включающее следующие инструментальные исследования: электроэнцефалографию (ЭЭГ), реоэнцефалографию (РЭГ), доплерографию (УЗДГ), нейросонографию (УЗИ ГМ). Данные обследования с определенной долей вероятности помогут установить наличие у ребенка каких-либо последствий родовой травмы, инфекционных и соматических заболеваний, перенесенной ранее черепно-мозговой

травмы, сотрясения головного мозга, выявить наличие эпилептической активности головного мозга или судорожной готовности. Нередко у таких детей выявляется нарушение кровотока в шейном отделе позвоночника, связанное с ортопедическими проблемами, что потребует консультации соответствующего специалиста, а возможно и мануальной терапии / остеопатии. Чаще родители таких пациентов начинают обследование с посещения невропатолога, что верно, хотя данная проблема (в плане окончательной диагностики и комплексной терапии) больше лежит в компетенции психиатра, психоневролога, детского психотерапевта. В большинстве случаев после осмотра психиатром или психотерапевтом у такого чрезмерно расторможенного ребенка отвергаются очень страшные диагнозы (такие, как умственная отсталость, психоз, патология личности), и диагноз «гиперкинетическое расстройство» становится основным. При этом родителям таких детей надо иметь в виду, что одно и то же расстройство в заключениях разных специалистов может обозначаться разными терминами (минимальная мозговая дисфункция (ММД), гиперкинетический синдром, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и т. д.). Это не свидетельствует о некомпетентности того или иного специалиста, а связано с непрерывной работой врачей из разных стран над классификацией болезней и постепенным внедрением новой терминологии в практику.

*Гиперкинетическое расстройство часто служит фоном для образования сопутствующих неврозоподобных нарушений, так, у гиперактивных детей значительно чаще, чем у здоровых, развиваются системные неврозы, такие, как энурез, энкопрез, тики, заикание и др. При этом эффективность лечения системных неврозов в значительной степени зависит от параллельного устранения гиперактивности.*

Данное расстройство нередко сочетается с поведенческими нарушениями, входя в структуру так называемого гиперкинетического расстройства поведения – синдрома, сочетающего невнимательность, расторможенность, беспокойство, непослушание дома и в детских учреждениях, проявляющегося в разных ситуациях и сохраняющегося во времени.

Гиперактивные дети, а уж тем более дети с гиперкинетическим расстройством поведения, вследствие особенностей своего поведения и приклеивания к ним различных ярлыков, типа «клоун» (что в принципе очень похоже на правду), «придурок» (что в любом случае не корректно) или дурак (что вообще не имеет к таким детям никакого отношения), зачастую становятся изгоями в коллективе, что приводит к снижению их самооценки и (или) к диссоциальному поведению.

При сохранении синдрома гиперактивности у взрослых отмечаются двигательная и психическая расторможенность, неспособность к самоконтролю и к работе, требующей длительной концентрации внимания. Эти симптомы значительно осложняют социальное взаимодействие с окружающими людьми, обучение и профессиональный рост.

Профилактика гиперкинетических расстройств во многом зависит от улучшения социальных условий, от соблюдения всеми членами семьи здорового образа жизни еще до рождения ребенка, от качественного ведения беременности и хорошего родовспоможения. Соответственно, большая роль в профилактике указанных расстройств должна отводиться акушерам-гинекологам, неонатологам и педиатрам, неврологам и психоневрологам. Но даже, если беременность протекала не гладко, если роды, как правило, по объективной причине, прошли тяжело, если гипоксия плода или родовая травма все-таки произошла, то своевременная их диагностика и адекватное лечение этих нарушений, а также различных заболеваний периода новорожденности и ясельного возраста значительно уменьшают вероятность развития гиперкинетических расстройств. Несмотря на то, что на первое место в лечении этих расстройств выходят лекарственные препараты, выполнение медико-психологических рекомендаций всеми членами семьи также значительно смягчит внешние проявления гиперкине-

тического расстройства, а в сочетании со специальной психологической (психотерапевтической) помощью, своевременно устранил их. Распространенность этого синдрома во всем мире очень велика, в частности в США такие дети составляют до 24 %. Там же основным средством для лечения СДВГ служат психостимуляторы, запрещенные к применению в России. Эти препараты небезопасны, имеют побочные эффекты (и тогда ошибочная диагностика СДВГ представляет реальную (!) опасность), тогда как отечественные мягкие ноотропные препараты (улучшающие метаболизм нервной клетки, а следовательно и обменные процессы в головном мозге), на наш взгляд, не только не менее эффективны, но и абсолютно безопасны (что допускает гипердиагностику СДВГ, поскольку данные препараты могут применяться и у здоровых (!) детей с целью улучшения их памяти и внимания, навыков речи, чтения и письма). Среди достаточного количества таких препаратов выделяется «Пантогам». Это, пожалуй, единственный препарат, действующий патогенетически и обладающий одновременно выраженным ноотропным, седативным и противосудорожным действием. «Фенибут», который нередко употребляется в детской неврологической практике, имеет минимальную ноотропную активность и, по сути, является в большей степени седативным (успокаивающим) препаратом с анксиолитическим (противотревожным) действием. «Пирацетам» же и его аналоги часто оказывают возбуждающее (растормаживающее) действие на детей, особенно поначалу, вызывая вполне объяснимые негативные оценки действия назначенных ноотропных препаратов со стороны родителей пациентов, что порой порождает спонтанные отмены безусловно оказывающих нужный патогенетический эффект препаратов или вызывает вынужденную необходимость добавления к терапии седативных средств. Мы хотели бы обратить внимание прежде всего специалистов, а затем и более широкого круга читателей на несомненный эффект применения препарата «Пантогам» при лечении энцефалопатии у маленьких детей, а также для профилактики и лечения синдрома гиперактивности с дефицитом внимания (ADAD – Attention Disorder Activity Disorders), наиболее часто встречающейся неврологической патологии у детей (ранее подобным детям ставился неврологический диагноз ММД – минимальная мозговая дисфункция, от которого в современной медицинской литературе, особенно американской, уходят, относя таких детей именно к группе гиперактивных с дефицитом внимания). Причиной данной патологии могут быть не только осложненная гестозом (токсикозом) беременность, тяжелые роды, асфиксия в родах, но и хирургическая и реанимационная агрессия в периоде новорожденности (по данным комплексного научного исследования кафедры педиатрической анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии Санкт-Петербургской Государственной Педиатрической Медицинской Академии «Качество жизни реконвалесцентов неонатальной хирургии» (В. И. Гордеев, Ю. А. Александрович, В. В. Шишков, Ю. В. Куличкин, Л. В. Клыпина и др., 1990–1998 гг.)). Как показал наш опыт, своевременное (как можно более раннее) подключение препарата «Пантогам», настрой родителей на строгое выполнение медико-педагогических рекомендаций, адекватное воспитание, использование специальной психотерапии, проводимой аналогично лечению неврозов и неврозоподобных состояний, позволят существенно нивелировать выявленные отклонения как у реконвалесцентов неонатальной хирургии и реанимации, так и у реконвалесцентов перинатальной энцефалопатии.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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