



Дополнительная лекция

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Подростковые психопатологические и патологические состояния

Инфантилизм – детскость, незрелость психики с частичным несоответствием развития психических функций возрасту ребенка. Рассматривается как легкая степень дизонтогенеза (нарушенного развития).

Может наблюдаться в рамках любого психического заболевания и патологического состояния. Характеризует уровень поражения, предпочительность симптоматики непсихотического регистра, некоторые механизмы формирования клинической картины, особенности социальной адаптации, критических особенностей, мотивации поведения.

Инфантилизм

Группируют:

- По происхождению - конституциональный, органический, психогенный, психогенный, соматогенный, социокультурный;
- По полноте охвата психических сфер - тотальный/парциальный, психический/психофизический;
- По возрасту выявления - инфантилизм/ювенализм

Инфантилизм

- Органический инфантилизм – охват всех сфер психики, сопряженность с задержанным физическим и сексуальным созреванием, нарушения предпосылок интеллекта, способности к логическому и аналитическому мышлению, недостаточная возможность осмысления, внутренней переработки событий, прогнозирования, слабость понятийного мышления, мало задумываются над последствиями совершаемого, от них скрыт смысл сложных поведенческих актов.

Часто чрезмерно опекаемы.

Инфантилизм

Первые признаки инфантилизма отчетливо проявляются к началу школьного периода (5-7 лет).

При невыраженности формальных признаков - неуспевающие дети - первый интерес к новому (игровой) быстро исчезает, необходимость «высиживать уроки» вызывает отрицательное отношение к учебе, позже - протест, даже отказ, усиление двигательной расторможенности, истощаемости, засыпание на уроках, расстройство сна, аппетита, невротические реакции - период тягостной и длительной адаптации. Далее - трудности в течение обучения.

Инфантилизм

Успеваемость находится в большой зависимости от настроения, интереса к учителю/занятию.

В подростковом возрасте - усиливаются психоорганические, психоэндокринные, эмоционально-волевые нарушения, поведенческие расстройства, появляются утрированные возрастные реакции имитации, отказа, протеста, признаки педагогической запущенности □ снижение способности к социально одобряемой деятельности, с отчетливой склонностью к обогащению отрицательным опытом, стремлением к самотверждению.

Инфантилизм

- Личностный инфантилизм – эмоциональная насыщенность, живость, образность, недостаточная дифференцированность, поверхностность и неустойчивость восприятия, повышенная и изменчивая впечатлительность с чрезмерным интересом к внешним эффектам, игровая направленность интересов и увлечений, часто определяющая отношение к себе и окружающим, эгоцентричность, истероидные включения с позерством, рисовкой, стремлением быть в центре внимания, склонность к вымыслам.

Инфантилизм

Незрелость волевых функций - повышенная конформность, внушаемость, неорганизованность, стремление к реализации сиюминутных побуждений, с большим риском принятие решений без борьбы мотивов, склонность имитировать все, что видит и получает от общения с другими, в том числе голос, почерк и т.д., неспособность сдерживать влечения.

Инфантилизм

Социокультурный инфантилизм – развивается при неправильном воспитании, длительной социальной и эмоциональной депривации.

Синдром единственного ребенка в семье: несамостоятельность, неорганизованность, недостаточность практических навыков, инициативы, невыносимость к психическим нагрузкам, недостаточная социальная зрелость и адаптированность.

Госпитализм: гипертрофированные интеллектуальные интересы, носящие односторонний характер, незрелость социальной стороны интеллекта, эмоций

Инфантилизм

Гипоопека, неблагополучные семьи: не наступает своевременной положительной социализации личности, несформированность положительно ориентированных внутренних запретов, системы ценностей, преобладают преимущественно утилитарные интересы, потребительское отношение к жизни, неспособность к устойчивым межличностным отношениям, легкость закрепления отрицательных привычек, отсутствие контроля за проявлениями своих эмоций, побуждений, влечений.



Задержки развития

Задержки развития включают интеллектуальную недостаточность, рассматриваются как легкий парциальный психический дефект.

Причины возникновения разнообразны: ранние инфекционные, травматические поражения головного мозга, детская шизофрения, ранняя эпилепсия, грубые стойкие социально-психологические воздействия и др.

Отклонения замечают рано, особенно если ребенок находится вне семьи (сад, школа)

Задержки развития

Отличается непонятливостью, отсутствием тонких эмоций, недостаточность интеллекта – все представляет опасность, враждебность □ тревога, подавленность, замкнутость.

Переживания могут принимать длительный и болезненный характер.

Особенности реагирования зависят не только от глубины задержки развития, но и от реакции окружающих на их неполноценность.

Синдром патологического и непатологического фантазирования

Фантазирование может возникать по механизмам инфантильной психологической защиты, отражая стремление к самоутверждению, а также психогенно по механизму вытеснения тяжелой ситуации или без видимых причин по механизму замещения реальной действительности.

К психопатологии относится только инфантильное фантазирование, которое может выступать как самостоятельный феномен или как эквивалент будущей патологии (бредовые галлюцинации и др.)

Синдром патологического и непатологического фантазирования

- Патологические фантазии - болезненные инфантильные вымыслы, «грезы наяву», способные на время овладевать сознанием и на высоте развития сопровождающиеся визуализацией представлений или бредом воображения. Признаки:
 - ❖ Доминирование в сознании;
 - ❖ Готовность к перевоплощению в вымышленные образы;
 - ❖ Вживание в вымыслы;
 - ❖ Появление расстройств поведения, сопряженных с содержанием фантазий



VOOBRAЖЕНИЕ

risovach.ru

Синдром патологического и непатологического фантазирования

- Псевдология - сознательные непатологические вымыслы, которые осознанно служат собственной цели и самоутверждению или реабилитации. Может носить характер склонности и развивается у аномальных личностей.
- Ложь - сознательное, корыстное искажение истины для получения выгоды. «Патологическая лживость» - склонность к вранью без цели и удержу. В плане психопатологии - проявляется у шизоидных и истерических личностей.

Синдром патологического и

непатологического фантазирования

Истерическое фантазирование - экспрессивно, ближе к реальности, конкретно, образно, протекает на фоне ясного сознания, начинается и заканчивается произвольно, сопряжено с психогенным травматизированием, гротескным стремлением к самоутверждению/желанию вызвать сочувствие, охотно выдаются за действительность, рассказываются многократно. Носит характер сказки, детектива, главный персонаж которого - сам подросток.

Шизоидное фантазирование - возникает под влиянием идей метафизической интоксикации или на фоне гебоидных расстройств (психическое расстройство, характеризующееся патологическим искажением черт пубертатного периода), фантазии носят интровертированный, аутистический характер, возникают по механизму замещения неинтересной для подростка реальности, имеют отвлеченный характер, представляют собой маршруты, схемы и т.д. Подросток чаще всего зритель, а не участник.

Синдром сверхценных образований

Сверхценные образования – субъективно значимые и чрезвычайно аффективно заряженные суждения, идеи, переживания, которые занимают неоправданно большое место в психике, могут овладевать сознанием больного определяя его поступки.

Идея не разработана, аргументации незрелые, узость фабулы, большой полиморфизм и малая стойкость, ведущее положение сверхценного аффекта, невыраженность интерпретативного компонента.

Появление сверхценных образований говорит о неблагоприятной динамике!

Синдром сверхценных образований

При особых психотравмирующих обстоятельствах сверхценные образования могут возникать и у здоровых подростков.

Важной особенностью сверхценных образований являются частота сочетаний разных вариантов и выраженная тенденция к их реализации.

При пограничных состояниях преимущественно психогенно и на фоне пролонгированных и хронических психогений (нарушения, возникающие в организма и в психике под влиянием различных, обычно тяжелых для личности, психологических травм, психоэмоциональных стрессов). Формируются в неагтивной фазе пубертата. Этапы: 1) этап осмысливания и внутренней переработки травмирующей ситуации; 2) этап формирования самой сверхценной идеи; 3) этап каких-либо действий под влиянием сверхценной идеи. После разрешения идеи теряют свою актуальность.

Синдром сверхценных образований

Индукцированные сверхценные образования

- вероятность возникновения таких переживаний находится в прямой зависимости от массивности психогенной травматизации, привязанности к тому лицу, которое является индуктором, а также от степени психической незрелости. Длительная разлука с этим лицом приводит к постепенной дезактуализации сверхценных переживаний.

Важным является анализ сверхценного отношения подростка к родителям!

Синдром дисморфофобии

При дисморфофобии имеет место патологическая убежденность либо в наличии у себя какого-либо физического недостатка, либо в распространении неприятных запахов. Признаки: идеи физического недостатка, идеи отношения, подавленное настроение.

Склонны к сокрытию своих болезненных переживаний □ симптомы, которые необходимо знать:

1. Симптом «зеркала»;
2. Симптом «фотографии»

Синдром дисморфофобии

Чаще возникает у подростков по сензитивно-шизоидному, тревожно-мнительному, истерическому типам, является психогенно провоцируемой реакцией, возникает вслед за соответствующим замечанием собеседника. Не снижают успешности в учебе, проявляются лишь в особенных, значимых для больного ситуациях.

Бредовый вариант может лежать в основе нервной анорексии, возникать при малопрогрессирующей шизофрении. Нарастают личностные изменения: сочетание ранимости с холодностью, стойкие депрессии с суицидальными поступками, сензитивный бред отношения, идеи о неизлечимости болезни, наличии «унизительной» болезни.



Синдром нервной анорексии

Нервная анорексия - прогрессирующее самоограничение в еде при снижении аппетита с целью похудения в связи со сверхценным/навязчивым страхом располнеть и убежденностью в чрезмерном весе.

Занимает положение между неврозами и психосоматическими расстройствами.

Встречается преимущественно у девочек подросткового возраста.

Признаки: отказ от еды, значительное похудание, аменорея.

Синдром нервной анорексии

Определяющим в формировании синдрома является страх несоответствия своему воображаемому/реальному идеалу.

Пусковым механизмом становится неосторожное замечание кого-либо, воспринимаемое в силу личной ранимости как особо значимое.

Сопровождается депрессивным настроением, которое бывает маскированным.

Частичный отказ от пищи □ полный отказ, вызывание рвоты, прием слабительных, изнурительные нагрузки □ алиментарная дистрофия.

Лицо становится бледным, подкожная жировая клетчатка исчезает, тугор кожи резко уменьшается, появляются сухость, шелушение, живот становится впалым, запах ацетона изо рта, нарушается менструальный цикл.

Синдром нервной анорексии

Признаки, определяющие достоверность диагноза:

- Сохранение веса тела на уровне ниже ожидаемого на 15%;
- Потерю веса вызывает сам пациент, избегая пищи и применяя один из способов избавления от нее;
- Ужас перед ожирением сохраняется в виде глубоко укоренившейся сверхценной идеи;
- Имеет место аменорея/потеря потенции;
- При возникновении в препубертатном периоде (10-11 лет) начало пубертата задерживается или не наступает; при выздоровлении возобновляется.

Синдром расстройств

Синдром расстройств влечений -

сопряженное с инстинктом, недостаточно контролируемое сознанием глубинное чувственное побуждение, направленное на определенную цель, сопровождающееся витализированной потребностью отреагирования и завершающееся действием с соматопсихическим гедонистическим аффектом.

Синдром расстройств

- **Влечений** преимущественно биологически обусловленные расстройства влечений: а) одолимые; б) неодолимые насильственные и навязчивые; в) импульсивные;
- Вторичные, включение биологических механизмов происходит последовательно на фоне социально сформированных расстройств влечений: а) рефлекторно зафиксированные, нестойкие; б) стойкие;
- Расстройства влечения, связанные с личностью: а) ближе к первичным; б) ближе к вторичным

Синдром расстройств

влечений

При неадекватных влечениях чувство насильственности сочетается с настойчивым стремлением совершить то или иное действие, сопряженное с борьбой мотивов.

Биологическая основа является обязательной, но иногда встречается преобладание и социальных факторов.

Синдром расстройств

- **Влечения** — влечение может сразу отвечать понятию истинного;
- Смутное эмоционально-тягостное напряжение, сопровождающееся потребностью разрядки, но не направленное на определенную цель. Вариант нарушенного влечения вначале случаен, но в дальнейшем быстро закрепляется;
- Начало расстройств влечения с патологического аффекта по типу дисфории с агрессивно-садистскими фантазиями, часто однообразного содержания, иногда с сексуальным компонентом, потребность в разрядке. Механизм закрепления псевдокомпенсаторный, первые аффективные проявления становятся эквивалентом будущих расстройств влечений;

Синдром расстройств

- **Влечения** - малопродуманное подражание действиям лиц из непосредственного окружения с конкретным представлением, что надо делать, но без понимания - зачем. Механизм псевдоадаптации у конформных, неустойчивых лиц с задержками развития. Механизм закрепления условно-рефлекторный;
- Инфантильная попытка проверить на себе все, что увидено, услышано относительно действий, связанных с влечениями, с конкретными представлениями о самих действиях, но не о цели. В дальнейшем возможно закрепление с появлением признаком нарушенных влечений.

Синдром расстройств

При навязчивых влечениях борьба мотивов у подростков бывает интенсивной, часто ведется при помощи ритуалов (не ходить на балкон при желании сброситься вниз) или символических действий (проводить по горлу линейкой при влечении к суициду). При насильственных влечениях, приближающихся к автоматизмам, охваченность переживаний бывает такова, что борьба с ними практически невозможна.

Нарушенное влечение редко ограничивается одним вариантом.

Сложность психопатологических синдромов.

Формирование сексуальных парафилий в подростковом возрасте. Чем более выражен гедонистический эффект, тем быстрее происходит становление парафилии.

Синдром пубертатной астении, юношеской астенической

Синдром пубертатной астении – снижение побуждений, повышенная истощаемость, падение интеллектуальной продуктивности, утомляемость, вялость, раздражительная слабость, головная боль, нарушения сна □ временная психическая несостоятельность – подростки выглядят и чувствуют себя поглупевшими, неполноценными. На фоне могут возникать астенопатические или астенодепрессивные состояния, отмечается появление других психопатологических проявлений, характерных для этого возраста.

Наиболее выраженным является на высоте пубертатного криза (14-15 лет), но может сопровождать весь период целиком, протекая волнообразно/по типу фаз

Патологический пубертатный криз

- Гебоидные состояния - карикатурно-утрированные психологические проявления искаженного пубертатного криза (совокупность преходящих психических изменений, закономерно возникающих у детей в возрасте 13—15 лет), астенический симптомокомплекс, эмоциональная извращенность, нарушения влечений. Также выраженный инфантильный эгоцентризм, гротескное стремление к самоутверждению с грубой оппозицией к окружающему, полное игнорирование нравственных норм и ценностей, изощренная жестокость с садистскими компонентами, отсутствие чувства жалости и сострадания, склонность к импульсивной агрессии, отсутствие чувства долга, ответственности, интереса к продуктивной положительной деятельности

Патологический пубертатный криз. Гебоиды

- Усиленный интерес ко всему, что связано с насилием, кровавыми расправами, убийствами, истязанием.

Очень выражена и интенсивна сексуальная расторможенность: нарушения волевых функций, инфантильное коллекционирование партнеров, стремление к самоутверждению, жажда власти.

Нарушения влечений разного типа (пиромания, токсикомания и др).

Отмечается большой удельный вес аффективных расстройств в виде вспышек злобного аффекта (как короткое замыкание), аутохтонных расстройств настроения по типу дисфорических депрессий.

Могут возникнуть до подросткового возраста при ранних поражениях головного мозга и детской шизофрении.

Патологический пубертатный

Собственно патологический пубертатный криз

криз - пубертатные психопатологические личностные синдромы, утрированные проявления психологического криза созревания, но отсутствуют анэтический симптомокомплекс с диссоциированной эмоциональностью, вычурная жестокость, выраженность садистского компонента влечений, отчетливая шизоформность расстройств, эндогенная окраска астенической юношеской несостоятельности. Преобладают астеническая и дисфорическая депрессии.

Чаще всего представляет собой возрастной этап в динамике разных психических заболеваний и состояний.

Собственно патологический пубертатный

криз этап динамики психического заболевания

- Массивное выявление в период пубертата психических нарушений при их отсутствии или малой выраженности в до- и постпубертатном периоде;
- Значительное преобладание в клинической картине симптоматики, преимущественной для подросткового возраста;
- Наличие утрированных проявлений психологического криза созревания и соответствующих форм реагирования;
- Наличие качественных и количественных корреляций возрастной симптоматики с асинхронно протекающим кризом

Собственно патологический пубертатный

криз самостоятельное психопатологическое образование

- Хронологическое соответствие, начало и редукция психопатологических проявлений периоду психо- и соматоэндокринного заболевания;
- Отсутствие до пубертата и после его завершения продуктивной психопатологической симптоматики, характерной для той или иной нозологической формы;
- Исключение истинной прогрессивности и отсутствие нарастания личностных расстройств по шизофреническому или органическим типам.