

Еникеева Д. Д.

Е 63 Популярные основы психиатрии. — Д.: Сталкер, 1997. — 432 с.

ISBN 966-7104-83-4

Популярных изданий по психиатрии крайне мало.

Эта книга предназначена для того, чтобы восполнить такой пробел. Она доступна каждому, потому что термины использованы в ней минимально (а если без них невозможно обойтись, то они подробно описаны и объяснены).

Наибольшее внимание уделено самым распространенным заболеваниям, в частности неврозам, психопатиям, задержке психического развития у детей и подростков, сексуальным расстройствам, а также алкоголизму и наркоманиям.

Эта книга рассчитана на широкий круг читателей. Она будет интересна и врачам общемедицинской практики, у которых годами лечатся больные, не зная, что причина их болезни — психические нарушения, и родителям, которым небезразличны здоровье и будущее их детей.

Популярних видань з психіатрії аж надто мало.

Ця книга призначена для того, щоб заповнити таку прогалину. Вона доступна кожному, тому що терміни використані у ній мінімально (а якщо їх неможливо уникнути, то вони детально описані й пояснені).

Найбільше уваги приділено найпоширенішим захворюванням, зокрема, неврозам, психопатіям, затримці психічного розвитку у дітей та підлітків, сексуальним розладам, а також алкоголізму та наркоманіям.

Ця книга розрахована на широке коло читачів. Вона буде цікава і лікарям загальномедичної практики, у котрих роками лікуються хворі, не знаючи, що причина хвороби — психічні порушення, і батькам, котрим не байдужі здоров'я та майбутнє їхніх дітей.

ББК 56.7

ISBN 966-7104-83-4

© Д.Д. Еникеева, 1997
© ИКФ "Сталкер", 1997

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	5
Глава 1. Неврозы	9
Неврастения	16
Истерический невроз (истерия)	24
Невроз навязчивых состояний	35
Глава 2. Психопатии	40
Возбудимая (эксплозивная) психопатия	43
Истерическая психопатия	48
Психастеническая психопатия	56
Астеническая психопатия	65
Циклоидная психопатия	69
Гипертимный тип психопатии	74
Гипотимный (конституционально-депрессивный) тип психопатии	81
Лабильный тип психопатии	84
Шизоидный тип психопатии	87
Эпилептоидный тип психопатии	99
Сенситивный тип психопатии	109
Неустойчивый (безвольный) тип психопатии	115
Эмоционально тупые психопаты	123
Мозаичные психопатии	126
Динамика психопатий	129
Глава 3. Сексуальные извращения	131
Глава 4. Сексуальные девиации	146
Глава 5. Сексуальные дисфункции	150
Глава 6. Задержка психического развития (пограничная умственная отсталость)	166
Глава 7. Расстройства психологического развития у детей	176
Глава 8. Олигофрения (умственная отсталость)	190
Глава 9. Нарушения поведения у подростков	205
Глава 10. Нервная анорексия и нервная булимия	221
Глава 11. Психические нарушения при некоторых заболеваниях	228

Глава 12. Старческое слабоумие	234
Глава 13. Шизофрения	239
Глава 14. Маниакально-депрессивный психоз	247
Глава 15. Эпилепсия	256
Глава 16. Бытовое пьянство и алкоголизм	261
Глава 17. Наркомании и токсикомании	358
Общие положения	358
Формы наркоманий и токсикоманий	
Опийная наркомания (опиомания, опиизм)	366
Опьянение опиатами	367
Зависимость от снотворных средств и транквилизаторов	380
Наркомания стимуляторами	392
Кокаиновая наркомания	404
Гашишная наркомания (гашишизм)	407
Наркомания галлюциногенами	417
Токсикомания летучими органическими растворителями (ингалянтные токсикомании)	422
Заключение	429

ПРЕДИСЛОВИЕ

В современных условиях наблюдается рост числа психических заболеваний, особенно тех, которые психиатры называют пограничными расстройствами, — неврозов, психопатий, пограничной умственной отсталости и других.

Распространенность психических расстройств среди населения в развитых странах составляет от 5 до 20 %. Это небольшие цифры, тем более что они основаны на числе больных, лечившихся в психиатрических учреждениях. Но очень многие больные с психическими нарушениями к психиатрам не обращаются, поэтому на самом деле их во много раз больше.

Многие психические заболевания сопровождаются общим расстройством здоровья, вегетативной дистонией (нарушения деятельности внутренних органов — сердца, желудка, пищевода, кишечника и других), вегетативными симптомами (приступы сердцебиения, повышение или понижение артериального давления, потливость и другие), и такие больные чаще всего обращаются не к психиатрам, а к терапевтам, невропатологам, эндокринологам и другим врачам общемедицинской практики.

В таких случаях лечение обычно не приносит облегчения, так как эти нарушения — лишь следствие психического заболевания, а не самостоятельная болезнь, и если не устранена причина, то лечить ее следствие — бесполезное занятие.

Многие больные годами безуспешно лечатся у врачей общемедицинской практики, а психическое заболевание остается нераспознанным, и создается заколдованный круг — чем тяжелее общее состояние, тем выраженнее психические нарушения, а это в свою очередь еще больше ухудшает самочувствие.

Своевременное установление диагноза очень важно и при тяжелых психических расстройствах, а особенно большое значение имеет при пограничных заболеваниях, то есть тех, которые стоят на границе между нормой и патологией (болезнью).

При правильной тактике возникает перевес в сторону нормы, т.к. эти сравнительно легкие психические нарушения успешно лечатся, нарушения поведения корректируются, задержка психического развития выравнивается, и человек будет хорошо адаптирован (приспособлен) к окружающей жизни. А если их вовремя не

лечить, такие расстройства утяжеляются и становятся патологией (болезнью).

Некоторые люди просто боятся обращаться к психиатру, считая, что таким образом они признают себя душевнобольными или их поставят на психиатрический учет.

Популярных изданий по психиатрии нет. Большинство книг по проблемам психиатрии адресовано только специалистам, располагающим необходимым объемом знаний. Они написаны сложным языком, со множеством специфических терминов, непонятных людям, не имеющим медицинского образования.

Эта книга предназначена для того, чтобы восполнить такой пробел. Она доступна каждому, потому что термины использованы в ней минимально (а если без них невозможно обойтись, то они подробно описаны и объяснены).

Наибольшее внимание здесь уделено самым распространенным заболеваниям, в частности, неврозам, психопатиям, задержке психического развития у детей и умственной отсталости, нарушениям в подростковом возрасте, сексуальным расстройствам, психическим расстройствам при гипертонической болезни и атеросклерозе головного мозга, а также алкоголизму и наркоманиям. А описание тяжелых душевных заболеваний, таких, как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия, — дано более кратко, для общего сведения, так как при этих болезнях правильно квалифицировать состояние больного может только психиатр.

Безусловно, в популярном издании не может быть никаких рекомендаций по лечению. Основные рекомендации — никогда не занимайтесь самолечением и не думайте, что психические нарушения пройдут сами собой. Такое заблуждение чаще всего приводит к возникновению затяжных форм многих болезней, которые потом очень трудно лечить.

Чем раньше начато квалифицированное лечение — тем оно успешнее. Это аксиома в медицине вообще и в психиатрии в частности. Многие широко распространенные психические заболевания для того и описаны здесь столь подробно, чтобы вы имели возможность, обнаружив такие нарушения, своевременно обратиться к психиатру. А уж психиатр определит, действительно ли есть болезнь или ваши опасения беспочвенны.

Особенно важно своевременное квалифицированное лечение в детском и подростковом возрасте. В отличие от взрослых, дети сами не могут распознать наличие у себя какого-либо отклонения и попросить о помощи.

Многие психические нарушения у взрослых людей являются следствием того, что их своевременно не лечили в детстве.

Кроме того, есть болезни, специфичные для детского и подросткового возраста, которые могут представлять даже угрозу для жизни, например, нервная анорексия. Если ее лечит не психиатр, а врач общемедицинской практики, лечение, как правило, безуспешно, а в тяжелых случаях может наступить смертельный исход.

Требования, предъявляемые к современному человеку, очень высоки, и для того, чтобы овладеть сложной профессией и успешно адаптироваться в обществе, необходимо, в первую очередь, душевное здоровье. Если у человека возникают проблемы с психическим здоровьем, то это обязательно сказывается и на его физическом самочувствии.

Не следует лечить психические заболевания у экстрасенсов, а также людей, называющих себя “знахарями”, “народными целителями”, “снимающими порчу”, и прочих шарлатанов, которых сейчас развелось великое множество. Пользы это не принесет никакой, а вред будет обязательно. Психиатры знают тысячи случаев резкого обострения скрытых психических заболеваний после лечения у невежд, выдающих себя за специалистов.

Свое психическое здоровье можно доверить только профессионалам.

Не стоит бояться психиатров — это, как правило, высококвалифицированные специалисты, умные и думающие врачи, которые исходят прежде всего из интересов пациента и всегда идут ему навстречу.

Есть целая область в науке психиатрии, которая называется реабилитацией психически больных. Реабилитация подразумевает помощь больному в его приспособлении (адаптации) к нормальной, повседневной жизни. Помимо этой реальной помощи, в которой действительно нуждается большинство больных, психиатры, исходя из интересов пациента, никогда не поставят ни в больничном листе, ни в ответах на запросы официальных учреждений истинный диагноз тяжелого психического заболевания, если это может повредить больному на работе или в иных ситуациях, а укажут неопределенный диагноз типа “астеническое состояние”, который ничего не скажет неспециалисту.

Тот диагноз, который значится в медицинских документах, охраняется строгой медицинской тайной, и психиатры неукоснительно ее соблюдают.

Истинный диагноз в ответах на официальные запросы может быть указан только в тех случаях, когда больной по своему психическому заболеванию имеет право на льготы, например, на дополнительную жилплощадь, бесплатные лекарства и прочее.

Значительная часть книги посвящена наркологии.

Проблема алкоголизма и наркоманий в настоящее время стала чрезвычайно актуальной. В “доперестроечные” времена считалось, что наркоманий в нашей стране нет. Сейчас многие наркологи говорят, что больных наркоманиями почти столько же, сколько и больных алкоголизмом. Если хотя бы приблизительно представить, сколько в России алкоголиков, этот факт не может не встревожить, особенно тех, у кого есть дети любого возраста.

Наркоманами обычно становятся молодые люди, а многие — уже с подростковых лет. В этой книге дано описание всех форм наркоманий. Даже если в настоящее время ваш сын или дочь не употребляют наркотики, необходимо знать, как проявляется опьянение различными наркотическими веществами, чтобы иметь возможность вовремя увидеть признаки, которые позволят заподозрить, что ребенок стал пробовать наркотики. Если он станет ими злоупотреблять и у него сформируется зависимость от них, то будет уже поздно. Лечить наркомании очень трудно, особенно если болезнь запущена.

То же самое относится и к алкоголизму — чем раньше выявлена болезнь и начато лечение, тем лучше его прогноз.

Современных подростков, не употребляющих спиртного, во много раз меньше, чем тех, кто его употребляет. Это относится не только к мальчикам, но и к девочкам. Есть даже 8—10-летние дети со сформированным алкоголизмом.

Именно поэтому родителям нужно знать, с чего алкоголизм начинается и как проявляется. Приглядитесь более внимательно к своему ребенку и будьте постоянно настороже, чтобы уберечь его от беды.

Глава об алкоголизме написана именно для того, чтобы вы смогли вовремя увидеть самые ранние, начальные симптомы болезни и своевременно помочь самому себе, своему мужу, сыну или дочери. Здесь описаны достаточно простые признаки, понятные каждому человеку, по которым можно предположить, что пора бить тревогу.

Эта книга рассчитана на широкий круг читателей и будет интересна каждому, так как с различными психическими отклонениями и заболеваниями в своей жизни встречается любой человек.

Она будет интересна и врачам общемедицинской практики, так как к ним часто обращаются больные, у которых психическое заболевание начинается или сопровождается вегетативными или соматическими нарушениями.

ГЛАВА 1

НЕВРОЗЫ

Неврозы — это группа пограничных психических заболеваний, характеризующихся нерезко выраженными нарушениями психической деятельности и вызванными воздействием психотравмирующих факторов. Неврозы относятся к группе психогенных заболеваний.

Психогенными заболеваниями (другое их название — **психогении**) называют расстройства психической деятельности и болезненные состояния, которые вызваны различными факторами, травмирующими психику, — это может быть психическая травма или неблагоприятная, психотравмирующая ситуация.

Под **психической травмой** чаще всего подразумевается интенсивное, но сравнительно кратковременное отрицательное внешнее воздействие, которое может вызвать эмоциональные переживания — горе, печаль, чувство утраты и одиночества, отчаяние, обиду, страх, тревогу, ужас, а также другие психические нарушения и расстройства деятельности внутренних органов.

Тяжелая психическая травма может вызвать выраженные психические расстройства, требующие вмешательства психиатра. К ним относятся психогенная депрессия, или возбуждение, шоковые психозы, психогенные параноиды, псевдодеменция и другие.

Но психическая травма — это сложный психологический феномен. Помимо тяжелых психических травм существуют и менее интенсивные по своему воздействию, но очень значимые для данного человека события, на которые он болезненно реагирует.

Психотравмирующая ситуация — это длительная ситуация, при которой накапливаются многие отрицательные воздействия, каждое из которых само по себе не столь значительно, но когда их много и они действуют в течение определенного времени, их действие как бы суммируется и возникает болезнь.

Общим для всех психогенных заболеваний является их возникновение после психической травмы, причем все болезненные проявления по содержанию связаны с психотравмирующим фактором, а после его исчезновения или нормализации ситуации переживания исчезают или значительно уменьшаются.

При таких заболеваниях не возникают новые черты характера, а проявляется поведение, которое было свойственно этому человеку в более раннем возрасте, и утрачиваются некоторые черты, которые были присущи ему до болезни, — сдержанность, умение правильно оценивать и прогнозировать ситуацию и принимать правильные решения. При этом сознание реагирует в виде своеобразной защитной перестройки, перерабатывает переживания и нейтрализует их отрицательное влияние.

При неврозах происходят нарушения в психической сфере у людей, чаще всего имеющих определенную предрасположенность, а травмирующее внешнее воздействие провоцирует возникновение психического заболевания.

Человеческая психика очень ранима, а отрицательных воздействий на нее в течение жизни великое множество, начиная от мелких огорчений и обид, связанных с семейными взаимоотношениями, и кончая тяжелыми личностными потрясениями и трагедиями.

Помимо отрицательных личных переживаний, которые приходится испытывать каждому, негативное влияние на психику оказывает и непрерывный, стремительно возрастающий поток информации, связанный с научно-техническим прогрессом.

Современный человек вынужден перерабатывать огромный объем новых сведений, поскольку требования, предъявляемые к нему, очень высоки, и он должен им соответствовать. Темпы роста потока информации стремительны, на человека обрушивается шквал перемен и неотложных задач, которые ему необходимо быстро решать.

Еще недавно компьютер в нашей стране был редкостью, а сейчас работу на нем освоили миллионы людей. Появились новые понятия — биржа, акции, ценные бумаги, ГКО — и новые профессии — дилер, брокер, менеджер, банкир и тому подобное. И все это человек должен осваивать в кратчайшие сроки, ибо тот, кто не будет соответствовать требованиям, окажется несостоятельным, а это для современного человека тоже стресс.

Молодым людям в новых условиях легче овладеть новыми знаниями и приобрести новую специальность, чем людям зрелым, имеющим определенное образование и квалификацию и много лет проработавшим по своей специальности в одном профессиональном коллективе.

Наряду с этим происходят значительные изменения в политической и экономической жизни нашего общества, к которым далеко не каждый человек в состоянии быстро приспособиться.

Вчера еще мы жили при социализме и собирались строить коммунизм, ругали капитализм за безработицу и неуверенность

в завтрашнем дне и полагали, что в нашей стране хотя и низкий уровень жизни, но все же каждый член общества спокоен за свое будущее.

А сегодня мы все оказались в совершенно иных условиях. Уровень жизни подавляющего большинства населения стал ниже, чем прежде, и одновременно с этим мы приобрели все самые отрицательные свойства капитализма — и безработицу, и неуверенность в своем завтрашнем дне, и расслоение общества на очень богатых и очень бедных, что порождает чувство социальной несправедливости, и многое другое. Все это создает ситуацию хронического стресса для большого числа людей.

Постоянный стресс, который сейчас испытывают многие наши соотечественники, связан и с невозможностью получить нормальную работу, и с положением безработного, и с мизерной зарплатой, на которую невозможно содержать семью, и с задержкой зарплаты месяцами, и с угрозой лишиться даже такой работы, и с необходимостью менять свой прежний стереотип жизни и заниматься совсем иной деятельностью, не соответствующей образованию, интеллекту человека и его прежнему социальному статусу, и с невозможностью изменить свои бытовые условия при столь невысоком материальном положении и с многими другими отрицательными факторами.

Эти стрессовые факторы социального значения наслаиваются на микросоциальные стрессовые воздействия — в семье при таком неустойчивом социальном положении тоже может быть конфликтная обстановка из-за постоянной нехватки денег на самое необходимое, взаимных упреков супругов, не нашедших достойного применения своим знаниям и способностям, чувства вины перед детьми и так далее.

Нервозность родителей в такой ситуации чутко ощущают и дети. В еще большей степени все негативные воздействия сказываются на ребенке. Многие дети лишены самого необходимого даже в питании, не говоря уже о развлечениях. Дети смотрят на переполненные витрины магазинов, где выставлены недоступные им игрушки, которые они видят у своих более обеспеченных сверстников.

Все это закладывает основы для возникновения комплекса неполноценности. Накапливающаяся обида может переноситься на родителей, которые не в состоянии создать нормальные условия жизни своим детям.

Учащаются конфликты не только между взрослыми, но и между детьми и родителями. Многие подростки и даже дети в современных условиях вынуждены сами зарабатывать себе на жизнь мойкой машин, продажей газет и книг на улице или разноской

горячего чая с бутербродами на вещевых рынках в дневное время, когда им следовало бы быть в школе.

Но постоянное стрессовое воздействие ощущают не только люди малооплачиваемые, но и материально хорошо обеспеченные, а с точки зрения человека среднего достатка — богатые люди. У них свои проблемы, но их тоже немало — рискованные финансовые операции, непорядочность деловых партнеров, постоянные неплатежи и банкротство банков, необходимость обходить закон и совершать противоправные с общепринятой точки зрения действия (уклонение от налогов, подделка финансовых документов, незаконные сделки, подкуп должностных лиц и тому подобное), зависимость от благожелательности чиновников и бюрократов, разборки с деловыми партнерами и рэкетирами и многое другое.

То есть стрессов, связанных с изменением экономических условий в нашей стране, у современного человека любого возраста и социального положения более чем достаточно.

Помимо этих общих стрессовых воздействий, у каждого могут быть и личные неприятности, связанные или не связанные с постоянно действующим стрессовым фактором.

Соответственно, условий для возникновения неврозов в настоящее время стало еще больше, чем несколько лет назад.

Разнообразные события окружающего мира, лавинообразный поток информации, изменение социального положения и взаимоотношений между людьми — все это воздействует на психику и вызывает различные формы реагирования на отрицательное воздействие. А при определенных условиях может обернуться факторами, создающими дополнительное болезненное напряжение в душевной жизни конкретного человека.

Сохранение душевного равновесия — важная предпосылка для нормальной жизнедеятельности человека и достаточной продуктивности его работы. Для приспособления к быстро изменяющимся условиям информационно перегруженного мира необходим достаточный резерв душевных сил.

Но каждый человек — это индивидуальность со своими особенностями характера, возможностями к адаптации (приспособлению) и со своим запасом душевных сил.

Одни люди достаточно устойчивы ко многим стрессовым воздействиям и “хорошо держат удар”, могут из любой ситуации найти, по крайней мере, один выход и находят его. Негативные внешние воздействия не оказывают заметного влияния на их душевное равновесие.

А у других — совершенно иные черты характера, и даже не столь значительная психическая травма может оказать суще-

ственное отрицательное влияние на их психику и вызвать различные психические нарушения.

Ситуация постоянного или часто повторяющегося эмоционального и умственного напряжения, психического стресса провоцирует различные отклонения в психической деятельности и физиологических функциях организма, которые можно условно разделить на две группы — субклинические и клинические.

Субклинические — это такие психические нарушения, с которыми обычно человек справляется сам, без помощи психиатра. А **клинические** — это более выраженные расстройства, где уже требуется помощь психиатра. Без лечения такие расстройства могут принимать затяжной, хронический характер, и тогда лечить их гораздо труднее.

При субклиническом реагировании на психическую травму происходит своеобразная защитная психологическая перестройка, которая называется **психологической защитой**. Психологическая защита подразумевает изменение в системе психологических ценностей, направленное на нейтрализацию и устранение отрицательного воздействия психической травмы, предотвращение развития болезненных отклонений в психической и физиологической деятельности организма. И этим человек как бы сам себя лечит.

Например, кому-то нанесли неза заслуженную, с его точки зрения, обиду или оскорбление. Человек испытывает боль унижения. Но переживание униженности исчезает, если он изменяет собственную оценку личности обидчика, например, расценивает его как корыстного, непорядочного, ничтожного, неумного и решает, что с мнением такой личности считаться не стоит или вообще не надо обращать внимания на сказанные им слова, так как тот глуп и дурно воспитан, не умеет вести себя с порядочными людьми. Человек успокаивается, и отрицательные эмоции исчезают.

Или другой пример — крах супружеской жизни, развод. Мало кого такое событие оставит равнодушным. Ему уже предшествовала конфликтная ситуация, которая и спровоцировала развод. Но и сама ситуация развода является психической травмой, так как необходимо пройти официальную, подчас унижительную, процедуру с разделом имущества и квартиры, решить проблемы с детьми и многое другое. Супруг, с которым остаются дети (обычно это женщина), находится в более выигрышном положении, так как у него (у нее) не так сильно нарушается жизненный стереотип, есть о ком заботиться и на ком сосредоточить все свое внимание и любовь, что в некоторой степени компенсирует одиночество. Но тем не менее первое время трудно обоим супругам.

Однако человек, способный самостоятельно устранить отрицательное воздействие такой психической травмы, легче переживает этот период и в последующем приспосабливается к жизни в новых условиях.

Например, супруга может сама себя успокаивать такими доводами, что поступила абсолютно правильно, так как муж подлец, негодяй, "бабник" или пьяница, ни к чему хорошему совместная жизнь с таким человеком привести не могла, и все равно рано или поздно закончилась бы разрывом, а ребенок рос бы в атмосфере постоянных скандалов родителей, и пусть лучше он вообще не общается с отцом, чем видеть его постоянно пьяным, — и так далее. Даже если это и не совсем так, недостатки мужа, может быть, сильно преувеличены, но ей от этого легче, и настроение становится лучше.

А мужчина может говорить себе, что его жена типичная истеричка, жить с ней невыносимо, она постоянно придирается по пустякам и непонятно, чего она от него хочет, лучше уж самому себе постирать носки и пару рубашек и быть свободным, чем трепать нервы с этой скандалисткой, и ничего непоправимого не произошло, ребенку он все равно остается отцом и будет видеть его, когда захочет, а вокруг множество других прекрасных женщин, и жизнь еще не кончена, — и так далее.

Вариантов психологической защиты бывает множество в зависимости от вида психической травмы и характера самого человека.

Но способность к психологической защите у разных людей различна. Одни обладают психической сопротивляемостью и способны переработать в своем сознании степень важности отрицательного воздействия, создать новые установки, тем самым побеждая отрицательные эмоции. Они могут преодолеть и психические травмы необычной силы, большое личное горе, и у них не возникают тяжелые расстройства настроения, например, депрессия. Или же расстройства настроения появляются лишь на короткое время, так как человек довольно быстро справляется с ними. Таких людей называют **психологически хорошо защищенными** (или **конкордантно-нормальными**).

А другие пасуют даже перед незначительным препятствием на их пути, неспособны развить такую психологическую активность и создать систему психологической защиты, малейшая неприятность вызывает у них изменение настроения и чувство неполноценности, они плохо приспосабливаются к быстрым изменениям в жизни, а при значительной психической травме или длительном стрессовом воздействии незначительных негативных факторов их механизмы защиты и компенсации оказываются слабыми, происходит дезинтеграция психической деятельности и

развивается невроз. У таких людей возможности субклинического реагирования ограничены, и их называют **плохо психологически защищенными** (или **дискордантно-нормальными**).

Иногда значение провоцирующего фактора при неврозах имеет не предрасположение, а приобретенные в процессе жизни качества, которые ослабляют сопротивляемость к отрицательному внешнему воздействию, например, если человек перенес тяжелое инфекционное или какое-либо другое заболевание внутренних органов, при эндокринных или некоторых психических расстройствах, а также при злоупотреблении алкоголем и наркотически действующими веществами.

Важной особенностью неврозов является то, что человек осознает свою болезнь и стремится ее преодолеть. Сохраняется способность адаптироваться (приспосабливаться) к окружающей среде.

Неврозы имеют четкое начало, и они обратимы (преходящи), независимо от их длительности — то есть они проходят, когда ситуация, вызвавшая их, теряет актуальность, или в результате лечения.

В тех случаях, когда человек не обращается к психиатру и заболевание не лечится или больной лечится у невропатолога, а следовательно, лечение неправильное, невроз может существовать длительное время, и тогда говорят о **затяжном невротическом состоянии** или даже о **невротическом развитии личности**.

Невротический срыв может быть у любого человека, однако у некоторых людей имеется предрасположенность к возникновению неврозов. Это чаще всего люди, страдающие психопатиями (об этом вы прочтете в соответствующем разделе) или с менее выраженными особенностями характера, что **называется акцентуацией личности**.

Далее подробно описаны проявления неврозов для того, чтобы человек, если у него есть подобные расстройства, знал их причину и возможные последствия нелеченных неврозов.

Все неврозы успешно лечатся, если это лечение своевременно. Никаких последствий после эффективного лечения они не оставляют. Человек, больной неврозом, не считается душевнобольным. Это временное состояние, заболевание, которое имеет четкое начало и конец, и все его симптомы обратимы.

Но такая благоприятная динамика наблюдается только при условии квалифицированного лечения, которое может провести только психиатр. Ни самолечение, ни лечение у экстрасенсов, доморощенных лекарей и прочих шарлатанов не принесет успеха. Это лишь затянет болезнь, и тогда даже квалифицированное лечение не будет столь успешным.

Существуют три вида неврозов — неврастения, истерия (истерический невроз) и невроз навязчивых состояний.

Неврастения

Неврастения — это самая частая форма неврозов. Она характеризуется повышенной раздражительностью, возбудимостью, быстрой утомляемостью и истощаемостью.

Неврастения возникает на фоне нервного перенапряжения, при переутомлении, перегрузке на работе или в учебе, когда в короткие сроки надо сделать большой объем работы или овладеть новой информацией, приобрести новую специальность.

Например, такая ситуация может быть у учащихся во время экзаменационной сессии, или когда инженеру-проектировщику необходимо срочно закончить проект, научному сотруднику — подготовить диссертацию или иной научный труд к определенному сроку, редактору — вовремя отредактировать объемную рукопись, переводчику — перевести в сжатые сроки книгу, а также при переходе на новую работу или в другой вуз, где требования значительно выше, и необходимо быстро овладеть нужным объемом информации, и так далее. Различных ситуаций может быть множество.

Нервное перенапряжение бывает и у людей, чья профессия связана с постоянной психической нагрузкой, когда одновременно приходится заниматься большим количеством мелких и крупных дел, обо всем помнить, ничего не упускать, постоянно встречаться и договариваться со множеством людей, от которых зависит успех, причем все нужно выполнять в кратчайшие сроки, и человек целый день “вертится как белка в колесе”, даже дома не имея возможности нормально отдохнуть и отвлечься: то ему до поздней ночи звонят по делу, то он сам должен разыскивать нужных людей.

В современных условиях такой напряженной жизнью живут многие люди. Раньше большинству было гораздо проще — человек четко знал круг своих обязанностей, приходил на работу в 9 часов, уходил в 17 или 18 часов, два раза в месяц регулярно получал зарплату, и вся его жизнь была регламентирована и упорядочена.

Теперь же многие люди отнюдь не юного возраста вынуждены постоянно “крутиться”, чтобы заработать на жизнь себе и своей семье.

Мелкие и крупные коммерсанты, издатели, редакторы, журналисты, тележурналисты, дилеры, менеджеры и представители многих других профессий постоянно испытывают психическое напряжение, у них нет никакой передышки и возможности

передохнуть — кончается одно важное дело, и тут же надо приступать к новому, а чаще всего много дел надо вести одновременно.

Поэтому неврастения в современных условиях — самое частое психическое заболевание. Разная степень выраженности неврастенических нарушений наблюдается практически у каждого человека, работа которого связана с высокой психической нагрузкой.

На возникновение неврастения влияет именно повышенная психическая и интеллектуальная нагрузка, связанная с большой ответственностью или важная для данного человека, а не физический труд.

Мы стараемся соответствовать предъявляемым требованиям, которые иногда оказываются для нас непосильными, например, если одновременно с учебой должны и работать, а учиться можем только по вечерам, за счет своего отдыха, или если задание нужно выполнить в наикратчайшие сроки.

Большинство людей, обладающих чувством ответственности, не могут по своей воле бросить начатое дело, и такая перегрузка приводит к нервному истощению, уменьшению резервов организма, сопровождается бессонницей, из-за чего человек не способен восстановить свои силы даже во сне, организм не отдыхает, и развивается неврастения.

Нервная система переутомляется, однако человек старается усилием воли преодолеть усталость, чтобы выполнить задание и закончить порученное дело.

Наряду с переутомлением, важную роль играют эмоциональные и психотравмирующие факторы — тревога за успех порученного дела, особенно если определены жесткие сроки, опасения не справиться с заданием или выполнить его недостаточно качественно, страх перед последствиями неудачи.

Основным симптомом неврастения психиатры считают **раздражительную слабость**. Она проявляется в чрезмерном реагировании по случайному или малозначительному поводу, в раздражительности, несдержанности эмоций, повышенной возбудимости, что ранее было несвойственно этому человеку.

Но даже бурные эмоциональные проявления обычно непродолжительны и быстро истощаются. Повышенная возбудимость может без всякой причины или по незначительному поводу перейти в слезы и рыдания.

Человек делается нетерпеливым, иногда суетливым. Ожидание становится для него крайне мучительным. Он не может долго заниматься однообразным делом, старается все сделать поскорее, хотя и чувствует себя очень усталым.

Студенты не в состоянии спокойно сидеть на семинарах и лекциях, ерзают на месте, постоянно меняют позу, но никак не

находят для себя удобного положения, не могут сосредоточиться и с нетерпением ждут окончания занятий.

То же самое происходит и со взрослыми людьми, занятыми интеллектуальной работой.

Те, у кого сидячая работа, вынуждены постоянно менять позу, стул кажется им жестким, они то встают, чтобы немного размяться, то вновь садятся, подкладывают на сиденье что-нибудь мягкое, но им все равно неудобно. Они не могут сосредоточиться на своей деятельности, отвлекаются и мечтают, чтобы работа побыстрее закончилась.

Люди, работающие стоя (например, инженеры-чертежники), быстро устают, когда им приходится долго стоять за кульманом, у них затекают руки и ноги, ноет спина, все тело тяжелеет, они вынуждены присаживаться или стараются так пристроить чертежную доску, чтобы можно было работать сидя.

Бухгалтеры и те, кто работает с цифрами, не в силах сконцентрироваться на своем деле, им становится трудно считать и запоминать, они по несколько раз пересчитывают полученные результаты, боятся что-то пропустить и вновь повторяют счетные операции.

Переводчики при переутомлении долго не могут вспомнить нужное слово, прекрасно владея иностранным языком, вынуждены постоянно обращаться к словарю, из-за этого чувствуют себя несостоятельными и еще больше раздражаются.

У людей, занятых творческой деятельностью, может утрачиваться абстрактный смысл слов, они по несколько раз повторяют про себя нужное слово, но никак не могут вспомнить его значение, работа не клеится, они подолгу застревают на каждой фразе, и она кажется им топорной, исчезает прежняя легкость изложения материала, что вызывает мрачные мысли о снижении творческого потенциала; они понимают, что работают не так продуктивно, как прежде, винят в этом самих себя, и от этого еще больше огорчаются и срывают раздражение на окружающих.

Больной неврастенией не может контролировать свои эмоции, владеть своими чувствами, не в состоянии преодолеть свое чувство недовольства всем, что его окружает, другими людьми и самим собой, и от этого сам страдает, понимая, что изменился.

Неврастеники невыдержанны по пустякам, по ничтожному поводу могут сильно расстроиться, обидеться и расплакаться. У них существует постоянная готовность ответной реакции обиды и раздражения по ничтожному поводу.

Настроение у таких людей чаще всего пониженное, но неустойчивое — подавленность сменяется слезливостью. Больные неврастенией испытывают постоянное недовольство собой. Их са-

мочувствие и настроение все время колеблется в зависимости от внешних причин. Периодически возникает тоска, большие испытывают чувство безысходности, неспособности что-либо изменить.

Хуже всего настроение и самочувствие у неврастеников по утрам. Через некоторое время, например, придя в свой профессиональный коллектив, больной неврастенией немного "разгуливается", но в процессе самой работы вновь нарастает утомление, и все проявления болезни снова возвращаются.

Если раньше человек был общительным, имел много друзей, то теперь все ему быстро надоедает, утомляет и раздражает. Он может сорваться и накричать на своих друзей, а они не понимают, что с ним происходит, и, как следствие, возникают конфликты.

Больной ощущает постоянное чувство усталости. Он испытывает затруднения в интеллектуальной деятельности, становится рассеянным, не может сосредоточиться и сконцентрировать свое внимание, не может думать, плохо усваивает новый материал в процессе работы или обучения, не в состоянии воспроизвести прочитанное, плохо запоминает, в особенности отвлеченные понятия, цифры, даты, имена, номера телефонов.

Неврастеник часто теряет нить разговора, не может вспомнить то, о чем только что говорил. Начав работу, через несколько минут он ловит себя на мысли, что думает совсем о другом.

Иногда могут быть кратковременные эпизоды, когда больной ощущает прекращение мыслительной деятельности. Это очень пугает человека, и он начинает думать, что болен какой-то тяжелой болезнью, например, психическим заболеванием или у него опухоль мозга.

Резко падает трудоспособность. Тем не менее, больной неврастенией пытается выполнять свои обязанности. Но при попытке заставить себя работать усиливается слабость, чувство разбитости, головная боль, раздражительность, недовольство собой и всеми вокруг.

Все это еще больше угнетает больных. Но зная, что работу необходимо закончить, они изо всех сил стараются сделать ее, пытаются наверстать упущенное, подчас берутся сразу за несколько дел, но продуктивность их деятельности значительно снижена, и ни одного дела они не могут довести до конца из-за отвлекаемости и истощаемости.

Эти неудачи еще больше расстраивают больных, ухудшается самочувствие и настроение, и они начинают считать себя полностью несостоятельными.

В более легких случаях неврастеник способен как-то сдерживаться на работе, стараясь не проявлять раздражения в своем профессиональном коллективе, но домой приходит совершен-

но измученным, опустошенным, ничем не может заниматься. Необходимость выполнять домашние обязанности (особенно это касается женщин) еще больше утомляет больного и он (она) может сорвать недовольство на членах своей семьи — муже (или жене), детях, родителях, а после такой вспышки сам (сама) начинает плакать (чаще это свойственно женщинам) и просить у них прощения.

В более серьезных случаях неврастеники вообще не в состоянии что-то делать дома и, приходя с работы, ложатся и лежат, не засыпая, с закрытыми глазами или бездумно смотрят в одну точку. Некоторые жалуются на ощущение пустоты в голове. Им не хочется ни читать, ни смотреть телевизор, ни слушать музыку. Громкие звуки их еще больше раздражают.

В тяжелых случаях неврастении больные становятся вялыми, ко всему безразличными, безвольными, они ничего не способны делать, все валится у них из рук. Человек не только не может работать, но даже не хочет развлекаться, ему все безразлично.

При неврастении очень сильно нарушается сон. Больные долго лежат и не могут заснуть, требуют, чтобы члены их семьи не шумели, но и тишина не способствует засыпанию. Когда они наконец засыпают, сон у них поверхностный, с тревожными сновидениями. При малейшем шуме или из-за неприятных сновидений больные просыпаются среди ночи.

Одним из частых симптомов неврастении является отсутствие чувства отдыха после сна. Утром больные встают вялыми, ощущают разбитость, усталость, сон не восстанавливает их силы. У некоторых наблюдается сонливость днем и бессонница ночью.

У многих неврастеников наблюдается постоянная или периодическая головная боль. Она имеет давящий, стягивающий характер, больные жалуются, что голову стягивает, как обручем, поэтому психиатры называют такую боль "каскай неврастеника".

Головная боль усиливается при волнении, при попытке сосредоточиться и продолжить работу. Иногда она имеет пульсирующий характер. Может возникать шум в ушах, совпадающий с пульсацией в голове.

Головную боль психиатры всегда расценивают как ненормальное явление. При неврастении головная боль свидетельствует о переутомлении при умственной деятельности.

Появляется повышенная чувствительность ко всем внешним раздражителям. Больных раздражает яркий свет, появляются резь и неприятные ощущения в глазах, усиливается головная боль. Шум и громкие голоса тоже раздражают, хотя раньше человека это не беспокоило.

Больные неврастением плохо переносят изменения погоды, перепад температур. В жару у них усиливается потливость,

в холодную погоду холодеют руки и ноги, они ощущают зябкость, кутаются в теплую одежду, которая их не согревает.

Раздражают и прикосновения к коже — белье и одежда кажутся им грубыми, вызывают неприятные ощущения, они не носят синтетическую одежду, так как сильно потеют в ней, не любят и шерстяную, так как она колется и царапает кожу.

При неврастении снижается или пропадает аппетит. Иногда может возникать острое чувство голода, но после попытки поесть аппетит исчезает и может даже появиться отвращение к еде. Вместе с тем возникает чувство тяжести в области желудка, отрыжка, изжога, вздутие живота и повышенное отхождение газов, урчание в животе и запоры.

У мужчин расстраивается половая функция — снижается сексуальное влечение, отмечается преждевременное семяизвержение, чего не наблюдалось раньше. Снижается половое влечение и у женщин.

Если неврастению не лечить или лечить неправильно, без учета причины, которая ее вызвала, то болезнь прогрессирует.

В динамике неврастении выделяют три стадии.

Начальная стадия неврастении характеризуется, в основном, раздражительностью, повышенной возбудимостью.

Вторая стадия проявляется раздражительной слабостью, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, эмоциональной несдержанностью.

В третьей стадии наблюдается вялость, слабость, апатия, снижение интереса к окружающему, постоянное чувство усталости, быстрая истощаемость при любой работе, снижение трудоспособности, сонливость и постоянно подавленное настроение.

Легкие проявления неврастении при переутомлении могут быть почти у каждого человека.

При неврастении всегда наблюдаются нарушения, которые называются **вегетативными расстройствами** — это сердцебиение, чувство замирания сердца или перебоев в его деятельности, ощущение "работы сердца", боли в области сердца щемящего или сжимающего характера, пониженное или, наоборот, повышенное артериальное давление, одышка, потливость, похолодание рук и ног, ощущение, что в животе что-то сжимается, урчит, перекачивается и многие другие.

При волнении или физической нагрузке эти расстройства усиливаются, но в дальнейшем могут быстро исчезнуть.

Больные неврастением склонны к анализу своих ощущений, они с тревогой прислушиваются к "работе сердца", кишечника и других внутренних органов, начинают думать, что у них какое-то непонятное серьезное заболевание, постоянно жалу-

ются на здоровье, плохое самочувствие, находят у себя признаки то одной, то другой тяжелой болезни (рак, стенокардия и прочее), и это еще больше ухудшает их общее состояние.

Вегетативные расстройства могут быть настолько выраженными, что больные вынуждены обратиться к врачу. Но обычно они не идут к психиатру, хотя именно психиатр быстрее всего помог бы им, а обращаются к терапевту или невропатологу.

В прежние годы терапевты даже ставили такие диагнозы, как "невроз сердца", "невроз желудка", а сексопатологи — "половая неврастения", так как при обследовании никаких серьезных заболеваний внутренних органов не находили, а все нарушения имели функциональный характер, то есть нарушалась лишь функция, деятельность органа, в отличие от органических нарушений, когда в самом органе происходят какие-либо изменения.

Но нет никакого смысла отрывать следствие от причины, поскольку они взаимосвязаны. Именно психические нарушения обуславливают функциональные нарушения деятельности внутренних органов, и если устранить их причину, то сами собой пройдут и все вегетативные расстройства.

Некоторые больные неврастением годами безуспешно лечатся у терапевта по поводу "невроза сердца" или "невроза желудка", и им не помогают никакие назначенные врачом лекарства, поскольку основная болезнь — неврастения — остается нераспознанной.

Как дальше будет протекать болезнь, если ее правильно не лечить, зависит от типа нервной системы человека (слабый или сильный), общего состояния его организма, а также наличия или отсутствия конфликтной ситуации.

У людей со слабым типом нервной системы, особенно если обстоятельства складываются не в их пользу, неврастения может продолжаться многие годы. У них быстро происходит переход от повышенной возбудимости к слабости и истощаемости.

У людей с сильным типом нервной системы прогноз более благоприятный. При разрешении конфликтной ситуации и снижении психической нагрузки в сочетании со сменой обстановки, отпуском или санаторно-курортным лечением все симптомы могут пройти.

В целом прогноз болезни благоприятный. В 75% случаев наступает полное выздоровление или значительное улучшение, у 6—8% больных происходит утяжеление болезни, а у 17—19% могут быть повторные случаи неврастения.

В тех случаях, когда болезнь вовремя не лечится, она принимает затяжной характер. Если она длится свыше 5 лет, то уже очень трудно поддается лечению и тогда психиатры говорят о **невротическом развитии личности**. В этом случае уже не

помогает даже то, что конфликт разрешился и ситуация изменилась в лучшую сторону. У больного развивается депрессия и возникают новые, ранее несвойственные ему черты характера.

При **легких признаках неврастения** достаточно упорядочить режим труда, отдыха и сна. Можно перед сном полежать в теплой (но не горячей) ванне, добавив в воду хвойный экстракт или какую-либо соль, обладающую успокаивающим действием, их сейчас во множестве продают и в аптеках, и в отделах парфюмерии крупных магазинов. Хорошо действуют и теплые ножные ванны перед сном. При раздражительности, вспыльчивости можно принимать настойку валерианы или ландыша.

Но самое главное для лечения неврастения — это устранение причины, которая вызвала эмоциональное напряжение и переутомление.

Если есть такая возможность, то лучше временно переменить обстановку, взять отпуск и отправиться куда-нибудь в тихое, спокойное место. Не стоит ехать на престижный курорт — там много людей и шума, и это не даст отдохнуть, а будет только нервировать, если у человека нет никакого желания развлекаться.

Легкие работы на садовом участке также могут оказать благотворное действие. Свежий воздух и легкие физические нагрузки будут способствовать улучшению сна и аппетита. Хорошо, если есть возможность хотя бы на время избавиться (особенно женщинам) от повседневных рутинных домашних обязанностей и отдохнуть от ежедневной готовки и стирки на всю семью.

Если в семье хорошие отношения и члены семьи тоже озабочены болезнью близкого человека, они поймут необходимость смены обстановки и полноценного отдыха. А после возвращения привычные домашние обязанности уже не покажутся такими скучными, и будет легче их выполнять. Тогда и обстановка в семье станет более спокойной.

После отдыха желательно перейти на работу с меньшей интеллектуальной нагрузкой и ответственностью, хотя бы временно, пока все симптомы болезни не исчезнут, а потом можно вернуться к прежней работе, если человек чувствует, что уже способен с нею справиться, но при этом строго контролировать время полноценного отдыха, хорошо выспаться и не допускать переутомления.

Студентам можно взять академический отпуск в институте, хорошо отдохнуть, отвлечься, а затем до нового учебного года поработать, но на такой работе, которая не требует умственного напряжения. Можно даже порекомендовать не очень тяжелую и непродолжительную физическую работу на воздухе, это укрепит силы перед новым семестром и позволит отключиться от своих проблем.

Но при **выраженной неврастении** не следует заниматься самолечением и надеяться, что все пройдет. Самолечение вообще противопоказано при любых психических заболеваниях, оно всегда приводит к нежелательному результату.

Лучше всего предоставить лечение специалисту, который окажет вам квалифицированную помощь во всем необходимом объеме.

Лечение тяжелой неврастении всегда комплексное, здесь и лекарственные препараты, и курс общеукрепляющей терапии, и средства, успокаивающие или стимулирующие (в зависимости от стадии неврастении) нервную систему, а также очень важное место занимают различные методы психотерапии.

Этот комплекс воздействий на нервную систему не сможет провести врач общемедицинского профиля, поэтому не следует избегать врачей-психиатров. Лечение неврозов обычно занимаются врачи-психотерапевты, и постановка на учет пациенту не грозит, на работе и дальнейшей судьбе это никак не скажется.

Но если вы решительно настроены против официальной психиатрии, то сейчас к вашим услугам существует множество платных лечебных учреждений, где работают высококлассные специалисты, и психиатр проведет все лечебные мероприятия анонимно.

А самый простой совет психиатра — не доводите свое состояние до того, чтобы возникли проявления неврастении.

Теперь вы знаете, с чего она начинается и что ее вызывает, поэтому как только появляются неврастенические нарушения, необходимо немедленно упорядочить режим труда и отдыха, даже если на работе вас ждут важные и неотложные дела.

Не надо успокаивать себя тем, что вы закончите эти дела, а уже потом отдохнете. Кончатся эти дела, появятся новые, и вы опять будете вынуждены отложить свой отдых. А за это время неврастенические нарушения будут прогрессировать, и уже только с помощью отдыха вам не удастся от них избавиться, потребуется длительное лечение. Так что пользы такая отсрочка не принесет, а лишь причинит вред вашему здоровью.

Какой бы сложной ни была наша современная жизнь, но здоровье — это самое главное. Потеря здоровья неминуемо скажется и на вашей профессиональной деятельности.

Помните главный принцип медицины — любое заболевание легче предотвратить, чем потом долго его лечить.

Истерический невроз (истерия)

Слово "истерия" происходит от греческого "hystera" — матка. Эта болезнь известна уже много веков, и раньше ее свя-

зывали с нарушениями функции матки и сексуальными расстройствами, поскольку она наблюдалась в основном у женщин. В последующем психиатры обнаружили истерические расстройства и у мужчин, но прежнее название осталось.

По частоте среди других неврозов он занимает второе место после неврастении.

Истерический невроз чаще всего возникает в молодом возрасте, у женщин чаще, чем у мужчин, причем к его возникновению предрасполагают истерические черты характера.

Но истерический невроз может возникнуть и у человека, не имеющего истерических черт. Возникновению невроза способствуют такие черты характера, как повышенная чувствительность и преувеличенное реагирование на различные внешние воздействия, особенно имеющие непосредственное отношение к этому человеку, впечатлительность, несамостоятельность суждений, внушаемость и самовнушаемость, непосредственность выражения своих эмоций, неустойчивость эмоций и всей психической деятельности (это называется лабильностью), легкая возбудимость, психическая и эмоциональная незрелость и **инфантилизм** (то есть "детскость", от латинского слова "infantilis" — детский, а именно, проявление эмоций и поведение, напоминающее поведение детей, что не соответствует возрасту человека), эгоцентризм, стремление привлекать к себе внимание окружающих (жажда признания).

Истерические нарушения возникают не только в рамках невроза, но и при истерическом типе психопатии (об этом вы сможете прочитать в соответствующем разделе).

Истерический невроз — это ряд состояний, возникающих вслед за психической травмой и характеризующихся разнообразными и меняющимися проявлениями.

Симптомы истерического невроза чаще всего напоминают проявления самых различных болезней, которых на самом деле у больного нет, и поэтому психиатры называют истерию "**великой симулянткой**". То есть эмоции как бы распространяются не только на область психических, но и соматических (телесных, от латинского "soma" — тело) функций и преобразуются в симптомы мнимых болезней. Эти нарушения легко возникают и закрепляются, и в последующем в ответ на любое, уже не столь значительное психотравмирующее воздействие, у больного вновь появляются истерические расстройства.

Проявления истерического невроза очень разнообразны. Все они возникают почти сразу же после воздействия психотравмирующего фактора — обиды, оскорбления, ссоры, физического насилия и других психических травм.

В психиатрии принято выделять несколько групп расстройств.

Психические нарушения довольно часты при истерии. Тяжелые психические расстройства, которые описывали психиатры прошлого века, в настоящее время встречаются реже, но все же иногда встречаются. К психическим нарушениям относятся следующие.

Истерическое сумеречное помрачение сознания — внезапно возникающее и в большинстве случаев быстро прекращающееся состояние, когда больной не реагирует на окружающее, не осознает, где он находится, сколько сейчас времени, что он делает, хотя внешне его поведение кажется окружающим нормальным, упорядоченным. Продолжительность такого состояния — несколько часов, но бывает, что оно длится и дольше. После его окончания больные не могут вспомнить, что с ними было и что они делали, как оказались в незнакомом месте. Но такие тяжелые формы нарушения сознания редки, чаще наблюдается **истерическое сужение сознания** с частичным сохранением реакции на происходящее вокруг и возможностью потом вспомнить все полностью или частично.

Истерическая fuga (от латинского “fuga” — бегство) — когда больной после ссоры или иной психотравмы внезапно обращается в бегство из дома, с работы или иного места, при этом его действия бесцельны, может быть нарушено понимание ситуации и происходящего вокруг. Но внешне поведение может выглядеть как целенаправленное. Человек может уехать в другой район города или даже в другой город, и нередко это бегство занимает длительный период. При этом больной может назваться вымышленным именем, чтобы избежать возвращения домой. В последующем многие из таких пациентов не могут вспомнить, что с ними происходило, или вспоминают обстоятельства лишь частично, но в состоянии гипноза они обычно вспоминают все.

Синдром Ганзера — обычно развивается остро, внезапно, после психической травмы. Его главной особенностью является симптом нелепых ответов.

Близка к синдрому Ганзера по своим проявлениям **псевдодеменция** (то есть мнимое слабоумие), — когда ответы на самые простейшие вопросы нарочито нелепы, но они остаются в плане заданного вопроса. Например, на вопрос, сколько будет дважды два, больной может ответить “5”, хотя имеет высшее образование и по профессии математик. На вопрос, сколько пальцев на руке — назовет любое число, но только не соответствующее действительности. Если попросить его что-нибудь написать, он берет карандаш или ручку и водит по бумаге не тем концом и так далее.

А при настоящем слабоумии больные не понимают многих вопросов и могут делать совсем не то, о чем их просят, или же они не способны правильно выражать свои мысли и утрачивают ранее приобретенные навыки в письме, счете, не могут самостоятельно выполнять простейшие действия, например, одеться, пойти в туалет, и тому подобное.

Поведение больных с псевдодеменцией напоминает поведение капризного ребенка, который делает все наоборот, хотя и прекрасно понимает, о чем его просят. Состояние ложного слабоумия может длиться несколько дней, но без лечения иногда продолжается несколько месяцев и заканчивается постепенно.

После прекращения этого состояния никаких интеллектуальных нарушений у больного не наблюдается. Иногда люди, далекие от медицины, говорят, что человек от горя повредился в рассудке, но это не так. Это проявление истерического невроза, преходящее и обратимое нарушение, которое при правильном лечении быстро проходит без всяких последствий.

При очень сильной психической травме, например, смерть близкого человека, сильный испуг, стихийное бедствие, пожар, потеря всего имущества, внезапно может развиваться **истерический ступор**. Больные совершенно неподвижны, молчат и не реагируют на окружающее, на лице застывшая маска страдания, пульс учащен, зрачки расширены. Такое состояние может длиться несколько часов или дней, а без лечения — несколько недель.

Пуэрилизм — развивается на фоне ясного сознания, при этом настроение беспечно веселое, а поведение нелепое. Взрослый человек начинает говорить тоненьким детским голоском, широко раскрывает глаза, хлопает ресницами, приоткрывает рот, ведет себя, как наивный маленький ребенок. При этом сохранены все ранее приобретенные сложные навыки. Пуэрилизм может перейти в псевдодеменцию и наоборот.

Для более легких психических нарушений в рамках истерического невроза характерна наигранность, утрированность, может быть даже оттенок чрезмерности, фальши, а также театральность, яркость эмоциональных реакций, возможен оттенок детскости. Этим больной привлекает к себе и к своим переживаниям внимание, придает им особую значимость.

Могут быть **истерические депрессии**, — когда настроение подавленное, но больной всем своим видом, мимикой и позой стремится привлечь внимание окружающих, продемонстрировать им, как он переживает и страдает.

Любым истерическим нарушениям свойственна яркая эмоциональная окраска. Эмоции больных чрезмерны и рассчитаны на сочувствие окружающих. Эти люди охотно и подробно

рассказывают о своих переживаниях, используя соответствующие интонации голоса, утрированную мимику и жестикуляцию.

Суждения их обычно поверхностны, мышление конкретное, все эмоции касаются только собственной личности.

Как правило, их не волнуют переживания окружающих и те огорчения, которые они могут причинить своим поведением близким людям. Чем больше их считают безвинными страдальцами, тем больше они упиваются этим сочувствием, могут значительно преувеличивать собственные муки, чтобы добиться еще большего внимания.

Подобное поведение сочетается у них с эгоцентризмом, отсутствием сострадания, сочувствия и тактичности. Их не заботит, что родственники могут по-настоящему горевать, видя их утрированные страдания, они полностью сконцентрированы только на собственных переживаниях.

С одной стороны, такие больные тянутся к врачу, подробно рассказывая обо всем, в их жалобах присутствует подчеркнутость, а иногда и преувеличенность болезненных ощущений. Но вместе с тем они подсознательно не хотят, чтобы болезнь закончилась, так как тогда они лишатся повышенного внимания окружающих. У них особое отношение к своей болезни, которое психиатры называют "условно приятным и желательным". Поэтому многие пассивно относятся к возможности скорейшего выздоровления.

Классическим примером выраженных истерических расстройств является **истерический припадок**. Припадки при истерии разнообразны, но в отличие от припадков при эпилепсии они никогда не возникают, если больной находится в одиночестве. Ему всегда нужны зрители, публика.

Во время припадка больной внезапно падает на пол и начинает биться в судорогах, чем страшно пугает окружающих. Но он никогда не упадет так, чтобы сильно ушибиться или удариться головой. Он выберет себе подходящее место, куда можно упасть, не причинив себе серьезных повреждений.

Больные выгибаются дугой — это называется истерической дугой. Такое поведение свойственно многим избалованным и капризным детям, которые, если мама не купила новую игрушку, могут упасть на пол в магазине, колотить об пол руками и ногами, а иногда и головой, и заходиться в крике. Если перепуганная мать купит требуемую игрушку, ребенок немедленно прекращает припадок, но в дальнейшем такая форма реагирования на отказ закрепляется и проявляется уже во взрослом состоянии в ответ даже на незначительную психическую травму, поскольку, как уже сказано выше, людям с истерическими чертами характера свойственна инфантильная (детская) форма реагирования на внешние раздражители.

Судороги при истерическом припадке непостоянны и разнообразны, в них ощущается театральность, нарочитость и связь с вызвавшей припадок психотравмой: например, больной защищает лицо руками, как будто кто-то хочет его ударить, вскрикивает, обороняется и так далее.

Тот, кто хотя бы раз видел настоящий припадок при эпилепсии, сразу отличит истерический припадок. Сознание больных не нарушено, они полностью воспринимают окружающее и способны на него соответствующим образом отреагировать: например, если припадок вызовет насмешки и нежелательные для больного комментарии со стороны других людей, он может тут же прекратить припадок и встать. Не наблюдается прикуса языка и непроизвольного мочеиспускания, никогда больные не причиняют себе никаких серьезных повреждений, как при эпилепсии.

В современных условиях классические истерические припадки с судорогами и падением стали редкими. Чаще наблюдаются припадки, напоминающие гипертонический криз или сердечный приступ. Часто бывают обмороки или вегетативные кризы с сердцебиением, головокружением, тошнотой и рвотой. Встречается и такой вариант, как "трясучка всем телом", когда больной весь дрожит мелкой дрожью.

Возможна психогенная рвота со спазмами в желудке, скопление газов в кишечнике с увеличением объема живота и другие нарушения функции желудочно-кишечного тракта.

При истерическом неврозе могут быть и различные **параличи** или, наоборот, избыточные движения, которые называются **гиперкинезами**. Они могут возникать после окончания истерического припадка, истерического ступора или сразу после воздействия психотравмы. У одного и того же больного могут быть самые разнообразные **двигательные нарушения**.

Истерические параличи могут напоминать клиническую картину после мозгового инсульта. Но эта картина может обмануть лишь неспециалиста. При ложном параличе может быть "парализована" рука или нога, либо только часть конечности, до сустава, иногда одна половина тела.

Поскольку сами больные не знают, какие именно области обеспечивает тот или иной нерв, проявления заболевания отражают их собственные представления, каким должен быть паралич. Отсюда и необычность охвата конечности бездвиженностью.

При этом невропатолог или психиатр не обнаруживают характерных патологических рефлексов и изменений сухожильных рефлексов, что свойственно истинным параличам. Нет и атрофии мышц (то есть уменьшения объема мышц, снижения их силы), которая неизбежна при настоящем параличе.

Если истерический паралич неправильно лечится (то есть когда его лечат как истинный паралич, без учета его истерической причины), то он может продолжаться длительное время, и тогда бывает незначительная атрофия мышц из-за того, что этой конечностью больной не пользуется.

Частое явление — **истерическая астазия-абазия** — когда больной ощущает слабость в руках и ногах, ноги, как ватные, он пошатывается или совсем не может ходить, у него подкашиваются или заплетаются ноги, либо одна нога внезапно слабеет, и он как бы падает, но обычно не на пол, а на руки кого-либо, кто заботливо поддерживает его, идя рядом.

Реже встречаются истерические параличи языка, мышц шеи (кривошея), тугоподвижность суставов или их скрюченность и невозможность движения в суставе.

Истерические гиперкинезы могут быть в виде непроизвольных движений: вздрагивание всем телом, приступы дрожи, тики, дрожание головы или рук, подергивания отдельных мышечных групп, вычурные движения рук и другие. В отличие от истинных гиперкинезов, они зависят от эмоционального состояния больного и связаны с психотравмирующей ситуацией. Они могут наблюдаться длительное время, но при незначительном конфликте усиливаются.

Могут возникать и такие расстройства, как **истерическая глухота, слепота или немота**, а также их сочетание. Иногда эти нарушения не столь выражены и проявляются в виде заикания, запинок в разговоре, трудности произнесения отдельных слов, а также в виде сужения поля зрения, когда больной видит окружающее как бы сквозь подзорную трубу.

Истерические алгии (то есть боли) — наиболее распространенные нарушения. Это постоянные жалобы на болевые ощущения в различных частях тела — в области спины, живота, сердца, головы, суставов, рук или ног, языка и так далее. Причем больные с такими упорными жалобами постоянно обращаются к врачам разных специальностей, требуют от хирургов немедленной операции, и бывают случаи, когда больной переносит десятки различных операций по подозрению на какую-либо острую хирургическую патологию.

Часты **истерические нарушения чувствительности**, которые могут иметь весьма причудливую форму и конфигурацию, например, в виде "жилетки", но чаще всего они локализируются в области рук или ног — по типу "чулок" или "носков", "перчаток", когда больные жалуются, что они не чувствуют, например, кисть руки или стопу, или часть ноги от колена.

И это тоже вызвано незнанием больными физиологических особенностей, так как каждый нерв имеет определенную

зону иннервации, и при истинной болезни никогда не бывает потери чувствительности по вышеописанным типам. При этом также не наблюдается изменений сухожильных рефлексов, а самое тщательное неврологическое обследование не выявляет никакого заболевания, которым можно было бы объяснить потерю чувствительности.

Проявления истерических расстройств менялись в разные эпохи. Так, в прежние века описаны проявления истерии, ставшие классическими, например, истерическая беременность при бесплодии, оказавшаяся скоплением газов в кишечнике, припадки в виде "одержимости", "чудесные исцеления", когда больные с истерическими параличами доползали до чудотворных икон и, приложившись к ним, мгновенно исцелялись, мнимая смерть (летаргический сон) и другие.

В последние десятилетия истерические расстройства значительно изменились по своим проявлениям. Это можно объяснить увеличением объема информации, популярными лекциями на медицинские темы, из которых больные с истерическими чертами характера черпают новые знания.

Сейчас классические истерические расстройства, основанные на незнании основ медицины, стали редкими. Проявления истерического невроза делаются все более разнообразными, и наблюдается имитация многих распространенных заболеваний.

Истерические проявления нередко напоминают симптомы сосудистых заболеваний мозга или инфекционно-аллергического поражения центральной нервной системы (церебральный менингит, менингоэнцефалит, арахноидит, васкулит и другие) или опухоли головного и спинного мозга, а также приступы стенокардии и даже инфаркт миокарда, бронхиальную астму (например, при одышке, чувстве нехватки воздуха) и многие другие заболевания.

Причем истерические расстройства обычно имитируют те заболевания, которые сам больной имел возможность наблюдать у других людей, или о которых прочитал в медицинской литературе.

Врачи-терапевты или невропатологи могут ошибиться в диагнозе и не заметить истерии. Поэтому для правильной постановки диагноза врачам общемедицинского профиля следует знать не только классические проявления истерического невроза, но и видоизменения истерических расстройств в современных условиях.

Обычно все истерические нарушения, наряду с вышеотмеченными психическими проявлениями, характеризуются необычными позами или необычными симптомами — "комочек в горле", чувство "нехватки воздуха", мгновенные обмороки и прочее.

Помимо вышеперечисленных нарушений, истерический невроз характеризуется неустойчивостью эмоций, быстрой сменой

настроения, бурным выражением эмоций с рыданиями, стенаниями, причитаниями, заламыванием рук и прочими демонстративными проявлениями.

Важной особенностью является то, что у одного больного может наблюдаться разнообразная патология.

Если после первой психической травмы истерический невроз проявлялся в виде болей в сердце или мнимого сердечного приступа, что вызвало сочувствие к больному и разрешение психотравмирующей ситуации, то в последующем эта форма реагирования закрепляется, и уже в ответ на незначительное замечание или упрек в свой адрес такие больные хватаются за валокордин или валидол, заявляя, что обидчик "сведет их в могилу", и если и это приносит успех, то в будущем такая реакция возникает по любому малозначимому поводу.

Но если в первый раз проявления истерического невроза не принесли ожидаемого пациентом результата, если обидчик не признал свою вину "стоя на коленях", то в следующий раз симптомы могут быть уже более выраженными, например, потеря чувствительности или паралич, или сочетание двух, трех видов нарушений и так далее.

Другой важной особенностью является безразличное отношение больного к своим расстройствам, даже к таким тяжелым проявлениям, как параличи, глухота, слепота и другие.

У больных нет истинной озабоченности своим состоянием и своим здоровьем, они не ждут с нетерпением результатов анализов, а отрицательные анализы, не подтверждающие болезнь, признаки которой у них наблюдаются, не радуют их, а наоборот, разочаровывают.

Для них важнее всего, чтобы на их необычное заболевание обратили внимание окружающие (а в особенности тот человек, который их обидел), и если они добиваются такого внимания, пусть даже от совсем незнакомых людей, от врачей или медицинского персонала, это их вполне устраивает.

Они не стремятся лечиться, не соблюдают предписанный врачом-терапевтом или невропатологом режим. Для них важнее иметь диагноз тяжелой болезни и из-за этого пользоваться вниманием и сочувствием окружающих, чем стремление от этой болезни излечиться.

Все вышеописанные особенности могут помочь врачам общемедицинской практики при отграничении истерических расстройств от истинных болезней.

И вообще, все проявления истерического невроза нарочиты, пациент как бы демонстрирует окружающим людям: "Вот до чего вы меня довели свои нечутким отношением! Меня парализовало!"

Или: "У меня такие невыносимые боли и неизлечимая болезнь по вашей вине!" И все их поведение, по их мнению, должно служить постоянным укором обидчику.

Больной истерическим неврозом требует к себе особые отношения, очень воодушевляется, услышав, что болезнь у него необычная, не укладывается в типичные рамки, ему очень хочется быть исключительным, не похожим на остальных больных, и выделяться среди других людей хотя бы своими необыкновенными болезнями, если нет других талантов.

Описывая свои страдания, такие больные обычно выбирают высокопарные выражения, говорят о "невыносимых", "диких", "изматывающих", "ужасных" болях, подчеркивают, что их болезнь имеет необыкновенный, ранее неизвестный науке характер. Все это тоже может помочь врачу общемедицинского профиля в правильной диагностике.

В отсутствие зрителей, когда больному некому демонстрировать свои недуги, он может и "забыть" о них, если отвлечется и переключит свое внимание на что-то другое.

А когда за ним наблюдают, все расстройства становятся особенно отчетливыми. На это тоже следует обратить внимание врачам и медицинскому персоналу, когда больной проходит обследование.

Если больной уже не раз беседовал с врачами и им известна психогенная природа его заболевания, в следующий раз он старается попасть на прием к другим врачам, которые его еще не знают, и скрывает от них, что эти расстройства возникли у него после психической травмы.

Особенностью истерических нарушений является и то, что практически всегда они исчезают в состоянии гипноза, чего не наблюдается при настоящих, органических расстройствах.

Поэтому успешное лечение больных с истерическим неврозом может проводить только психиатр, а врачи общемедицинского профиля могут годами безуспешно лечить таких пациентов от мнимых болезней, и при этом патологическая связь только закрепляется, больной и сам искренне верит в свою "неизлечимую", "особенную" болезнь.

Возможны кратковременные истерические реакции, которые проходят сами по себе после нормализации конфликтной ситуации.

Но в ряде случаев проявления истерического невроза могут сохраняться длительное время. Даже после лечения и выздоровления у таких больных сохраняется готовность к возникновению истерических реакций при любом эмоциональном напряжении, ссоре или конфликте.

Совет психиатра вряд ли поможет больному в аспекте возможного предотвращения истерического невроза. Истерические реакции — это архаический способ реагирования на жизненные трудности, когда поведение определяется не разумом, а низшими, примитивными эмоциями. Переубедить больных с истерическими чертами характера и заставить реагировать по-другому вряд ли удастся, но все же как-то корректировать их поведение возможно.

Очень много значит отношение окружающих. Поэтому именно им адресован наш совет. Зная, что является основной причиной истерических нарушений, близкие должны соответственно относиться к больному истерическим неврозом. Это, конечно, не означает, что нужно называть его симулянтom и насмехаться над ним, как раз этого делать ни в коем случае нельзя, потому что тем самым для больного будет создана дополнительная психическая травма, все проявления еще больше усилятся, и именно вас он будет винить в нечуткости, которая привела к ухудшению состояния.

Больные истерическим неврозом, как правило, не критичны к своему заболеванию, поэтому не следует ожидать, что такой человек сам осознает истерическую природу всех своих расстройств.

Но его родные и близкие (а особенно врачи общей медицинской практики) к истерическим расстройствам должны относиться критически, зная истинную причину мнимых параличей, обмороков, вегетативных кризов и других проявлений.

Если больной, после того как невроз возник впервые, получил желаемое (повышенное внимание и заботу окружающих), то такой способ реагирования закрепляется, и в будущем он уже по любому пустяку будет повторять такие же реакции.

Уже с самого первого раза лучше всего не оказывать больному с истерическими расстройствами никакого повышенного внимания, а спокойно объяснить, что он слишком переволновался, болезненно отреагировал на малозначимое событие и поэтому у него возникли такие нарушения, что на самом деле никакого тяжелого и “необычного” заболевания у него нет, а необычность расстройств обусловлена именно тем, что оно имеет не органическую, а невротическую природу, то есть напрямую связано с психотравмирующим событием.

Не стоит травмировать и без того болезненное самолюбие таких больных, называя их “истериками”. Слова “истерия”, “истерик” эти больные совершенно не переносят и в ответ обычно бурно реагируют, поэтому лучше вообще не использовать их, а сказать о необходимости подлечить “расшатанные нервы”.

Следует обязательно настоять на лечении у психиатра,

так как только психиатр может помочь больному истерическим неврозом, правильно объяснить ему суть его расстройства, провести психотерапию и все остальные лечебные мероприятия.

Лечением истерии обычно занимаются врачи-психотерапевты, поэтому это не так испугает больного, как лечение непосредственно у психиатра. А в психиатрических больницах есть специальные отделения санаторного типа для больных неврозами. Есть и специализированные больницы, где лечат неврозы.

Врачам общемедицинской практики ни в коем случае не следует лечить больного с истерическими расстройствами, как больного с истинными заболеваниями. Это только укрепит убежденность больного истерией в наличии у него тяжелого заболевания внутренних органов, и он потом будет обращаться к другим врачам, демонстрируя им выписки из истории болезни, рецепты и другие медицинские документы.

Как только врач убедится в истерической природе нарушений, необходимо порекомендовать пациенту обратиться к психиатру, чтобы "подлечить нервы", объяснив, что все симптомы возникли у него "на нервной почве".

Невроз навязчивых состояний

Это наиболее редко встречающийся вид неврозов. Он отмечается примерно с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин.

Этот невроз проявляется в виде навязчивых страхов, опасений, сомнений, мыслей, воспоминаний, представлений и действий.

Чаще всего невроз навязчивых состояний наблюдается у людей мыслительного типа или с тревожно-мнительными чертами характера, а также при психопатиях.

Как и при всех неврозах, исходным пунктом является воздействие психотравмирующего фактора. Он может быть и не столь значительным с точки зрения других людей, но для мнительного человека этот раздражитель является достаточным для формирования невроза.

Навязчивые состояния условно подразделяют на **навязчивые страхи (фобии)**, **навязчивые мысли (обсессии)** и **навязчивые действия (импульсии)**. У одного больного они могут сочетаться.

Общим для всех навязчивостей является их постоянство, повторяемость и невозможность от них избавиться. К навязчивостям сам человек относится критически, понимает, что они

необоснованны, нелепы и стремится их преодолеть, но эти страхи возникают помимо его воли и желания и самостоятельно справиться с ними он не может. Сам больной неврозом воспринимает свои страхи как болезненное, чуждое, тягостное для него явление.

Фобии — это навязчивые страхи. Например, канцерофобия — навязчивый страх заболеть раком; кардиофобия — страх получить неизлечимое заболевание сердца; лисофобия — страх заболеть душевным заболеванием, клаустрофобия — боязнь закрытых пространств (например, кабины лифта, небольших помещений); агарофобия — наоборот, боязнь открытых пространств; оксифобия — страх перед острыми предметами. Бывает страх высоты, поездки в метро, заражения каким-либо инфекционным заболеванием, страх загрязнения, боязнь публичных выступлений и множество других разнообразных фобий.

Впервые страх появляется в определенных ситуациях, закрепляется при повторении схожих обстоятельств и затем возникает уже при одном воспоминании о пережитом страхе.

Вот пример формирования невроза навязчивости. Человек во время обзорной экскурсии поднимается на высотное сооружение. Взглянув вниз и увидев землю далеко под собой, он испытывает сильнейший страх, головокружение и чувство, что он сейчас рухнет вниз. Страх высоты закрепляется и в дальнейшем возникает уже в других ситуациях, например, если нужно выйти на балкон собственной квартиры или подняться для ремонта на крышу своей дачи. Со временем число таких ситуаций увеличивается, и он уже боится даже подниматься по лестнице и так далее.

В формировании невроза навязчивых состояний выделяется несколько этапов.

Сначала страх возникает при необходимости подъема на высоту, затем он появляется уже при ожидании возможного подъема, а позже — при одной лишь мысли о возможности такого подъема.

Ситуаций, в которых больной испытывает страх высоты, становится больше. Он уже боится ездить на лифте или выглянуть в окно, его пугает даже незначительная высота. При этом ход мыслей его примерно таков: "Лестница может сломаться, крыша рухнет, трос у лифта оборвется" и так далее.

Так происходит при всех видах фобий. Обычно у больного бывает один вид фобии.

Появление фобий сопровождается **вегетативными симптомами**: бледностью или покраснением лица, сухостью во рту, сердцебиением и повышением артериального давления, потливостью, расширением зрачков и другими. В целом наблюдаются те же признаки, как при сильном испуге.

Боязнь возникновения какого-нибудь тяжелого заболевания внутренних органов обычно сопровождается **ипохондрической симптоматикой** — то есть повышенной, чрезмерной заботой о собственном здоровье.

Например, при кардиофобии, наиболее частой из всех фобий, связанных со здоровьем, больные щадят себя, стараются избежать физических нагрузок и эмоциональных волнений, напряженно прислушиваются к работе сердца, постоянно считают свой пульс или измеряют артериальное давление, пугаются каждый раз, когда им кажется, что с деятельностью сердца что-то не так, постоянно обращаются к терапевтам с просьбой сделать электрокардиограмму и провести тщательное обследование.

При страхе сойти с ума (маниофобии), в отличие от всех других фобий, как правило, существует более тяжелое психическое расстройство, и нередко маниофобия является одним из начальных проявлений шизофрении.

Чтобы избавиться от страха, больной совершает какие-либо движения или действия. Например, при страхе загрязнения больной несколько раз тщательно с мылом моет руки. При страхе заразиться сифилисом или дизентерией он тщательно протирает, перемывает или дезинфицирует все предметы, к которым прикасались другие люди, а потом сам многократно моет руки после прикосновения к каким-либо вещам, после рукопожатия или перед едой.

Больные, испытывающие страх смерти от сердечного заболевания, избегают ездить на метро или в общественном транспорте, опасаясь, что у них возникнет приступ и их не успеют спасти. Поэтому они ходят на работу пешком, выбирая маршрут вблизи лечебных учреждений, по пути часто заходят в аптеки, и вид сердечных препаратов и медицинских работников может их успокоить.

Эти защитные действия, которые больной совершает, чтобы смягчить свой страх, называются **ритуалами**. Совершая такие действия, человек испытывает облегчение, и страх немного уменьшается. Больные создают целую систему защиты и с ее помощью справляются со страхом.

Обсессии — навязчивые мысли, размышления, воспоминания, сомнения. Тема этих навязчивостей может не иметь никакого отношения к больному, он не способен решить эти вопросы, и у него нет необходимости их решать. Но помимо воли эти мысли навязчиво всплывают в его сознании и проявляются в болезненном мудрствовании или "умственной жвачке". Эти мысли тягостны и неприятны для больного, но он не может по собственной воле избавиться от них.

При **навязчивых сомнениях** больных преследуют мысли о том, правильно ли они поступили в той или иной ситуации, правильным ли было их решение, все ли они сделали как полагается.

Например, выйдя из дома, больной начинает сомневаться, запер ли он дверь, возвращается, проверяет и убеждается, что дверь заперта, но отойдя от дома на несколько шагов, вновь начинает сомневаться: может быть, в первый раз он запер дверь, а после возвращения, когда проверял замок, мог ее отпереть, но забыть запереть, — вновь возвращается и так далее. Так же он может сомневаться, выключил ли газ, утюг или воду в ванной. Он не в силах спокойно усидеть на работе, постоянно думает, что в этот самый момент в его квартире полыхает пожар или вода заливает соседей, и нередко отпрашивается с работы и мчится домой, чтобы убедиться, что там все в порядке.

Как и вообще при неврозе навязчивых состояний, к навязчивым мыслям и сомнениям больной сохраняет полностью критическое отношение, воспринимает их как болезненные и чуждые и хочет от них избавиться.

Бывают и **контрастные навязчивости** — когда у человека возникают два противоречивых желания, например, желание броситься под приближающийся поезд метро и страх перед движущимся поездом, или навязчивое желание сделать недозволенное, например, что-то украсть, прекрасно сознавая неправомерность этого.

Некоторые испытывают потребность представлять в подробностях смерть очень близкого человека или то, как они вонзают в него нож, при этом больные совершают определенные “защитные” движения, которые должны предотвратить трагедию.

Бывают контрастные кощунственные мысли — желание нецензурно выразиться у хорошо воспитанного человека в абсолютно неподходящей ситуации, например, в театре или во время похорон. Или больные испытывают стремление добавлять к сказанному другими людьми какое-то окончание, из-за чего вся фраза приобретает совершенно иной смысл — иронический или угрожающий.

Для контрастных навязчивостей характерно чувство чуждости, абсолютная немотивированность таких желаний.

Навязчивые действия обычно встречаются не в изолированном виде, а сочетаются с навязчивыми страхами и сомнениями. Самыми частыми являются тики, особенно в детском возрасте.

В отличие от произвольных движений, обусловленных иной патологией, такие тики более сложны и напоминают обычные движения, но в утрированном виде. Например, больные дотрагиваются до головы, будто проверяют, хорошо ли сидит шляпа, поправляют волосы, как бы отбрасывая мешающую прядь, подкручивают или поглаживают усы, моргают глазами, словно попала соринка, и так далее.

Могут наблюдаться и **патологические привычные действия**, например, беспрестанное сплевывание, покусывание нижней губы, облизывание губ, но от навязчивости они отличаются отсутствием тягостного чувства болезненности, чуждости этих действий.

Навязчивые состояния сопровождаются и неврастеническими симптомами — повышенной раздражительностью, утомляемостью, чувством общей слабости, затруднениями при концентрации внимания, трудностью сосредоточения, бессонницей. Настроение бывает подавленное, может быть ощущение безнадежности и собственной неполноценности.

Невроз навязчивых состояний может ограничиться однократным приступом и при своевременном лечении проходит, но без лечения бывает, что продолжается от нескольких недель до нескольких месяцев и даже лет.

При другом варианте такие приступы возникают неоднократно, а между ними человек полностью здоров.

А при третьем варианте наблюдается постоянное существование навязчивости с периодическими усилениями проявлений болезни.

В отличие от неврастении и истерического невроза, невроз навязчивых состояний чаще имеет тенденцию к хроническому течению с обострениями при воздействии психической травмы.

Близким к неврозу навязчивых состояний является и **невроз ожидания** — когда больной с тревогой следит за собой и ждет, повторится ли с ним ранее пережитое неприятное ощущение. При выполнении обычных профессиональных действий возникает навязчивое ожидание неудачи — например, у актера перед спектаклем, у музыканта перед выходом на сцену, у лектора перед чтением лекции.

ГЛАВА 2 ПСИХОПАТИИ

Психопатия — это аномалия характера, от которой страдает либо сам человек, либо общество. Эти врожденные или приобретенные в раннем возрасте аномалии приводят к дисгармоническому формированию личности и нарушают социальную адаптацию.

Важной особенностью психопатии, из-за которой такие пациенты попадают в поле зрения психиатра, является **декомпенсация** при различных неблагоприятных воздействиях, в частности, после психической травмы и при психотравмирующей ситуации.

С точки зрения нормального человека в таких ситуациях нет ничего особенного, но для психопата она становится значимой именно из-за его аномалии характера, поскольку задевает его самое слабое место — по латыни “*locus minores resistentia*” — то есть место наименьшего сопротивления.

Например, при истерической психопатии необоснованные претензии психопата на всеобщее внимание могут не встретить желаемого отношения окружающих и возникает срыв, декомпенсация.

При психастенической психопатии такой ситуацией может оказаться необходимость принимать быстрые решения.

При эпилептоидной психопатии психотравмирующим оказывается любое покушение на “авторитет” психопата или попытки противодействия его властности и деспотизму и так далее.

Психопатия определяет психический облик человека, накладывает отпечаток на весь душевный склад, в течение всей жизни не подвергается существенным изменениям и мешает самому человеку приспособляться к окружающему.

Диагноз психопатии устанавливают на основании трех основных признаков, предложенных выдающимся русским психиатром П.Б. Ганнушкиным:

1. Тотальность патологических черт характера, которые проявляются всегда и везде, в любых условиях, и при стрессах, и при их отсутствии.

2. Стабильность патологических черт характера — они впервые проявляются в детском или подростковом возрасте, реже у взрослых, и затем сохраняются на протяжении всей жизни человека.

3. Нарушения адаптации (приспособления) именно вследствие патологических черт характера, а не из-за неблагоприятного внешнего воздействия.

Психопатия формируется при сочетании врожденной или приобретенной в раннем детском возрасте неполноценности нервной системы с неблагоприятным воздействием окружающей среды.

Но психопатия — это не только неправильное воспитание в детстве и педагогическая запущенность (хотя эти обстоятельства имеют чрезвычайно важное значение для утяжеления проявлений болезни). Одного лишь влияния таких внешних факторов для формирования психопатии недостаточно. В ее основе лежит именно неполноценность нервной системы.

То, что у человека имеются какие-либо отклонения от нормального общепринятого поведения, еще не дает оснований говорить о психопатии.

Психопатоподобные состояния (то есть напоминающие психопатию по своим проявлениям) возможны и при некоторых других заболеваниях, например, при психических нарушениях в результате перенесенной черепно-мозговой травмы, инфекционных заболеваниях центральной нервной системы, алкоголизме, наркоманиях и токсикоманиях, некоторых эндокринных нарушениях и прочих.

Основным их отличием от психопатий является то, что психические нарушения при психопатии возникают уже с детского или подросткового возраста, а при психопатоподобных состояниях поведение и развитие личности до возникновения основного заболевания было нормальным, а психопатоподобные нарушения вторичны и появляются уже спустя какой-то промежуток времени после развития основного заболевания.

В отличие от душевных заболеваний, психопатиям не свойственно прогрессирующее развитие и возникновение дефекта личности.

От неврозов психопатии отличает то, что патологические черты характера определяют весь психический облик человека и наблюдаются на протяжении всей его жизни.

При нерезко выраженных отклонениях характера, не достигающих уровня патологии и в обычных условиях не приводящих к нарушению адаптации, говорят об **акцентуации характера**. Это не болезнь, а один из вариантов нормы, который подразумевает индивидуальные различия характера каждого человека. Но при психотравмирующей ситуации декомпенсация может произойти и у акцентуированной личности.

Причин возникновения психопатий множество.

Имеют немаловажное значение конституциональные, наследственные факторы — у родителей, страдающих психопатией, чаще всего рождаются дети с аналогичной патологией. Такие психопатии называют конституциональными, генуинными или “ядерными”. Это самый неблагоприятный вариант психопатий, которые невозможно корректировать даже при правильном воспитании ребенка.

Алкоголизм или наркомания у родителей — тоже одна из частых причин психопатии у детей.

Играют роль и вредные воздействия в период внутриутробного развития, а особенно, если во время беременности женщина употребляла спиртные напитки, курила, принимала лекарства, которые оказывают неблагоприятное влияние на развитие плода, или у нее были отравления какими-либо веществами, а также психические травмы или инфекционные заболевания (особенно вирусные), недостатки питания беременной, тяжелые токсокозы, угроза прерывания беременности и отслойка плаценты и многие другие факторы, отрицательно влияющие на плод.

Причинами возникновения психопатии могут стать различные родовые травмы, асфиксия в родах, наложение акушерских щипцов или вакуум-экстрактора, трудные длительные роды с угрозой для жизни ребенка, узкий таз роженицы и крупный ребенок, в результате чего происходит сильное сдавление головы при прохождении родовых путей, и многое другое.

Неблагоприятными факторами являются и различные вредные воздействия на развивающийся мозг, заболевания центральной нервной системы или длительные истощающие болезни, перенесенные ребенком в первые 2—3 года жизни.

Играют роль в возникновении психопатий и черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции (менингит, менингоэнцефалит, вирусные заболевания), тяжелые отравления, перенесенные в первые 4 года жизни ребенка.

Большое значение в развитии психопатий у ребенка, имеющего вышеотмеченные аномалии центральной нервной системы, имеет неблагоприятное воздействие окружающей среды, в частности, недостатки воспитания.

Если ребенок растет в семье, где его воспитанием и коррекцией неправильного поведения никто не занимается, например, когда злоупотребляют алкоголем оба родителя или когда отец — алкоголик, а мать озабочена только проблемами пьянства мужа и тем, как обеспечить детей самым необходимым, или ребенок с детства растет в атмосфере скандалов даже непьющих родителей, или воспитывается в неполной (когда нет одного из родителей) или деформированной семье (когда есть отчим или

мачеха), или если родители отдают его на воспитание к бабушке с дедушкой, а те его обожают и во всем потакают, — в этих случаях все аномалии характера еще более усиливаются.

Если же ребенок воспитывается в благоприятной обстановке, где его обучают нормам поведения в обществе, формируют положительную нравственно-этическую позицию с детских лет, объясняя, что разрешено делать в коллективе, а что непозволительно, а когда он провинится — ему спокойно и дружески объясняют неправильность его поступков, без деспотизма, физических наказаний или иных травмирующих психику воздействий, то в целом есть возможность корригировать поведение ребенка уже с детства, и в дальнейшем он вырастает не эгоцентричным, как при многих видах психопатий, а приобретает способность считаться и с мнением других людей, а не только с собственными прихотями.

Именно поэтому здесь очень подробно описаны проявления психопатии, начиная уже с самого раннего детства, чтобы родители имели возможность вовремя обратить внимание на неправильное поведение ребенка и не надеялись, что с возрастом все пройдет само собой.

Правильная тактика родителей и воспитателей в сочетании с выполнением рекомендаций психиатра создают условия для благоприятной динамики психопатий.

А к чему приводит бесконтрольность со стороны родителей и недостатки воспитания в детстве видно из динамики проявлений психопатий у взрослых. Психопатию у взрослых уже приходится лечить, одними воспитательными мерами нарушения поведения и как следствие этого — социальную декомпенсацию — не исправить.

Угроза срыва и декомпенсации в неблагоприятной ситуации у взрослого больного психопатией остается всегда.

В современной психиатрии существует множество классификаций психопатий. Но их анализ не входит в наши задачи, поэтому ниже дано описание наиболее частых типов этой болезни.

Возбудимая (эксплозивная) психопатия

С раннего детства наиболее частыми проявлениями возбудимой психопатии являются крикливость ребенка, легкая возбудимость, двигательное беспокойство, беспокойный сон с частыми пробуждениями, вздрагиванием во сне, иногда с подергиванием мышц лица, рук и ног во время сна. Если мать запаздывает с кормлением, ребенок заходится в крике и плаче “до синевы” и его долго не удастся успокоить. Во время плача может даже возникнуть рвота.

И такую реакцию ребенок проявляет по малейшему поводу — если ему вовремя не поменяли пеленки, отобрали какой-либо предмет, которым он мог бы нанести себе повреждения, или игрушку, когда его пытаются уложить спать, а он хочет играть, и так далее.

У некоторых уже с детства проявляются реакции злобы — они могут укусить мать или другого ребенка, ударить, швырнуть игрушкой, схватить мать или другого ребенка за волосы, долго не отпуская, хотя ребенок понимает, что причиняет боль, и его настойчиво просят не делать этого.

Например, приходилось наблюдать ребенка трех с половиной лет, который из-за отказа отдать ему игрушку вцепился зубами в плечо девочки чуть старше его, и даже взрослые не могли его оттащить, несмотря на испуг и громкий плач девочки, никто не мог разжать его зубы, и он прокусил ей руку до крови. После того как его за это наказали, он улучил момент, когда взрослые не видели, и ударил девочку палкой. У некоторых уже с детства отчетливо проявляется желание причинять боль другим людям или животным.

Повышенная возбудимость может сочетаться с пугливостью.

С самого раннего возраста таких детей все считают трудными. Они не уживаются в детском коллективе, бьют более слабых детей независимо от их пола, никого не слушаются, во все вмешиваются, постоянно что-то требуют для себя. Они капризны и любят командовать. Их шалости чрезмерны и подчас опасны для других детей и даже для взрослых. Они не могут спокойно жить, чтобы не придумать какую-нибудь каверзу сверстникам или воспитателям. Их часто называют невыносимыми.

В тех случаях, когда причиной психопатии явились какие-либо заболевания или вредные воздействия на центральную нервную систему во внутриутробном или раннем детском периоде, у детей, помимо возбудимости, наблюдается быстрая утомляемость, истощаемость психических процессов, плаксивость, раздражительная слабость.

В дошкольном возрасте могут возникать такие симптомы, как сногворение и сон с кошмарными, устрашающими сновидениями.

Возможны приступы пониженного настроения с угрюмостью, раздражительностью, капризностью, недовольством.

Настроение у возбудимых психопатов часто меняется. Им свойственна впечатлительность и повышенная внушаемость, которая может сочетаться с недоверчивостью. Такие дети обидчивы и ранимы. По незначительному поводу, сочтя что-либо сказанное в их адрес обидным, они могут наброситься с кулаками на своих сверстников и даже на людей более старшего возраста.

Вместе с тем им свойственно стремление самоутвердиться, чаще за счет более слабых сверстников.

С возрастом желание самоутверждения становится все более выраженным, и вокруг них всегда создается конфликтная обстановка. Это может создать и внутренний конфликт, когда их амбиции и повышенные требования не встречают должного, в их понимании, отношения других людей. В таких случаях они становятся озлобленными, еще больше срывая свое зло на окружающих.

В тех случаях, когда родители злоупотребляют алкоголем или в семье конфликтная обстановка по другой причине, они вначале испытывают страх во время скандалов родителей, а в последующем могут принять сторону одного из родителей, а другого бояться и со временем начинают ненавидеть.

Если личностная патология возбудимых психопатов сочетается с неблагоприятной семейной обстановкой и недостатками воспитания, они становятся совершенно неуправляемыми и в дальнейшем превращаются в грозу других детей в коллективе и семейных тиранов.

Со временем и сами родители все больше страдают от их неправильного поведения, непослушания, диких выходок и бурных эмоциональных вспышек со злобностью и агрессивностью.

Их отличает неустойчивость внимания и изменчивость склонностей и интересов. Начав какое-либо дело, они быстро теряют к нему интерес, бросают незаконченным и переключаются на другое.

Поведение в школе тоже отличается неуправляемостью. Таких детей невозможно приучить к дисциплине. Они могут встать во время урока, начать шумную возню, не обращая внимания на замечания учителя, бегать по классу и придумывать развлечения.

Интереса к занятиям они не проявляют, учатся плохо. Если им сделать замечание, они могут бурно отреагировать, не имея понятия об авторитете учителя и чувстве необходимой дистанции между ребенком и взрослым.

Их можно заставить заниматься только при постоянном и настойчивом контроле со стороны родителей и учителей. Если такого контроля нет, а в семье неблагоприятная обстановка, они начинают отставать в учебе и нередко остаются в том же классе на второй год из-за неуспеваемости.

Чем дальше, тем больше выявляется взрывчатость, и такая форма реагирования на все внешние раздражители закрепляется. Любые замечания они расценивают как ущемление собственных прав, нетерпимы к упрекам и указаниям на их неправильное поведение. Такие подростки крайне болезненно реагируют на каждый стресс или недостаток любви родителей.

Они совершенно невыдержанны, вскипают при противодействии, по незначительному поводу могут проявить агрессию, часто дерутся со своими сверстниками, даже не отличаясь большой физической силой. Их могут избить старшие подростки, но возбудимых психопатов это ничему не учит.

Такая форма реагирования — в виде бурных эмоциональных вспышек, драчливости и агрессивности по незначительному поводу сохраняется у них на всю жизнь.

Эмоциональные реакции чаще всего неустойчивы, гнев может смениться слезами, а агрессивность — стремлением наносить повреждения самим себе.

Повышенная возбудимость сочетается с психической незрелостью. В школьном возрасте, когда у их сверстников появляются другие интересы, они по-прежнему предпочитают примитивные детские игры с двигательной активностью, заставляют своих сверстников играть в эти игры, берут на себя роль командира.

Они крайне эгоцентричны, многие из них проявляют жестокость и даже садистские тенденции. Обычно их не любят и боятся другие сверстники.

Вместе с тем часты и беспричинные колебания настроения, которые возникают все чаще и становятся более продолжительными — до 2—3 дней.

Иногда пониженное настроение имеет тоскливо-раздраженный или тоскливо-злой оттенок. В это время могут наблюдаться нарушения сна, снижение аппетита, изменение общего самочувствия. Чаще всего это свойственно больным, перенесшим во внутриутробном или раннем детском периоде заболевания центральной нервной системы.

Возбудимые психопаты склонны проявлять протестные реакции. В них проявляется стремление сделать назло, мстить, разрушать, ломать предметы.

С возрастом все больше выявляется несоответствие между силой раздражителя и ответной реакцией больного возбудимым типом психопатии. Существует постоянная готовность к конфликтам и психопатическим реакциям. Больные нетерпимы к любым замечаниям и любому ограничению извне, их неуравновешенность и конфликтность приводят к тому, что их исключают из общеобразовательной школы, они переходят в ПТУ, но и там не удерживаются.

Их психическая незрелость, плохая успеваемость в школе, недостаточный запас знаний не соответствуют развитию сверстников, и они даже производят впечатление интеллектуально отсталых, хотя умственного недоразвития у них нет, а есть педагогическая запущенность. Слабые знания у таких подростков связаны с их психопатическими нарушениями.

Начав трудовую деятельность, они проявляют психопатические реакции и в трудовом коллективе, постоянно конфликтуют и с руководством, и с членами коллектива, часто меняют место работы. Так же, как они не проявляли интереса к учебе, они не проявляют и трудолюбия, халатно относятся к обязанностям, не заинтересованы в результатах своего труда. Их деятельность малопродуктивна.

Они не способны заниматься интеллектуальными видами деятельности и предпочитают физический труд или становятся профессиональными спортсменами.

При усилении психопатических проявлений наблюдаются плохо корригируемые внешним воздействием расстройства поведения и происходит нарушение адаптации к окружающему. Из-за своей неуживчивости и конфликтности они не удерживаются ни на работе, ни в семье. Многие рано вступают в брак, но за короткий период времени успевают расторгнуть несколько браков.

Большинство из них уже с подросткового возраста начинают злоупотреблять алкоголем. В состоянии алкогольного опьянения их психопатические черты — конфликтность, агрессивность, склонность к асоциальным поступкам — еще более обостряются. Больные с возбудимой психопатией представляют группу с наиболее высоким риском развития алкоголизма.

Один из вариантов — **возбудимый эпилептоидный тип психопатии**.

Такие люди с детства отличаются крайней раздражительностью, доходящей до степени безудержной ярости, причем их ответная реакция не соответствует силе раздражителя. После приступа злости и гнева больные могут сожалеть об этом, но в следующий раз вновь проявят такую же реакцию в ответ на незначительный раздражитель.

Они крайне эгоистичны и себялюбивы, не умеют считаться с мнением других людей и не признают их авторитета, им свойственна повышенная требовательность к окружающим, обидчивость и подозрительность. Мышление их прямолинейное, конкретное, они не способны на компромиссы, всегда убеждены в своей правоте и не поддаются переубедению.

Это очень тяжелые по характеру люди. Окружающие часто страдают от их поведения, потому что его совершенно невозможно координировать. Они не признают свою неправоту, неуживчивы, властны, упрямы, мелочно придирчивы, конфликтны, требуют от всех беспрекословного подчинения и покорности, подчас до нелепости.

У них бывают периодические состояния, которые называются **дисфориями** — беспричинное мрачно-злое настроение,

иногда со страхом. Во время таких приступов они ищут человека, на котором можно сорвать свою злобу.

Большинство из них рано знакомятся со спиртными напитками, и чаще всего они напиваются до бесчувствия. В опьянении еще больше усиливаются их патологические черты — расстройства настроения, злоба и агрессивность. Очень быстро формируется влечение к алкоголю, и алкоголизм у них чаще всего имеет злокачественное течение.

Среди таких больных бывают азартные игроки — и в этом тоже проявляется их аномалия. Склонность к азартным играм принимает у них болезненный характер в виде патологического влечения.

У некоторых наблюдается и такое нарушение влечений, как неудержимое стремление к бродяжничеству.

При обоих вариантах возбудимой (эксплозивной) психопатии в большей степени страдают окружающие, чем сам больной психопатией. Хотя в ссорах, конфликтах и драках порой достается и больным, но все же от их неуправляемого поведения больше страдает общество.

Истерическая психопатия

Первые личностные отклонения появляются в 2-3 года или в дошкольном возрасте. Такие дети обидчивы, капризны, подвижны, склонны к паясничанью, могут передразнивать взрослых или подражать им.

Они легко запоминают детские стихи и сказки, а также шутки и анекдоты, подслушанные у взрослых, и могут весьма забавно копировать их. У них живое воображение, они впечатлительны и эмоциональны.

Они быстро делаютя "кумирами" семьи, их способностями восторгаются их папы и мамы, а особенно бабушки и дедушки; таланты любимцев демонстрируют гостям, и дети с удовольствием устраивают для них целые спектакли, декламируют стихи, могут на ходу сочинить забавную историю, чтобы посмешить взрослых.

Они очень легко становятся центром всеобщего внимания и среди взрослых, и в детском коллективе и в дальнейшем прилагают все усилия, чтобы постоянно быть на виду.

У истерических психопатов обычно завышена самооценка, особенно если их постоянно хвалят взрослые, и очень скоро они начинают пользоваться своим положением и требовать большего, чем могут получить. Но возможностей для того, чтобы постоянно быть в центре внимания, у них недостаточно.

Стремясь привлечь к себе всеобщее внимание, они могут рассказывать о себе вымышленные истории, приукрашивать истинные события, и в дальнейшем склонность к выдумкам, преувеличению, фантазированию и лжи сохраняется у них на всю жизнь. Это называется **псевдологией**.

Иногда истории, в которых они якобы принимали участие, заимствованы ими из прочитанных книг или из кинофильмов. Для каждого нового слушателя они могут придумывать новую версию своих "похождений", и чем чаще рассказывают какую-нибудь историю, тем большими подробностями она обрастает.

Они могут выдать чужие стихи или рассказ за свое собственное творчество, но если их ловят на плагиате, даже не смущаются, отделяваясь шуткой, или смущаются очень недолго.

Некоторые из них становятся патологическими лгунами, лгут даже без явной выгоды, и порой невозможно отличить, когда они говорят правду, а когда сочиняют.

Псевдология может быть формой реагирования на трудные или стрессовые ситуации, а бывает и характерным свойством личности.

При отсутствии возможности занять центральное положение за счет своих способностей истерические психопаты используют любые способы, чтобы обратить на себя внимание.

Их желания всегда преобладают над разумом. Не найдя рациональных путей к самоутверждению, к которому психопат стремится, он избирает другие способы — фантазирование, придумывание себе новой биографии (например, он может выдумать, что является внебрачным ребенком какого-нибудь знаменитого человека и тому подобное), мошенничество и прочее.

При неудовлетворенности своим положением, обидах, ущемленном самолюбии может быть уход в мир грез и фантазий. Чаще это свойственно подростковому возрасту, но может наблюдаться и у девушек, внешне недостаточно привлекательных, но тем не менее претендующих на внимание молодых людей. Девушка начинает представлять себя героиней известного романа или кинофильма, в котором прекрасный юноша влюбляется в нее, кипят бурные страсти, но ее сердце принадлежит другому и тому подобное.

Аналогичные фантазии могут быть и у юношей, если их отвергают сверстницы: они представляют себя мужественными красавцами, от которых без ума все женщины, а они высокомерно их отвергают.

Иногда такие люди воображают, что их любит известный киноактер или киноактриса, шлют им любовные послания, стремятся увидеться со своим идеалом, осаждают артиста на концертах, подкарауливают около дома и так далее.

Если их хвалят и ставят в пример другим, то они хотят, чтобы их хвалили постоянно. Поначалу многие из них считаются способными, потому что легко все схватывают, запоминают новую информацию. Но они поверхностны во всем, им несвойственны усидчивость и трудолюбие, и если работа или учеба требуют большой затраты времени, то вскоре теряют интерес к занятиям и своей профессиональной деятельности.

О таких людях обычно говорят, что они способные лентяи, и часто упрекают в том, что они работают или учатся не в полную силу. Но к труду, требующему целеустремленности, настойчивости и упорства, они не очень способны, следовательно, истинных способностей у них нет, так как общеизвестно, что талант — это способности, помноженные на труд.

Если в результате сделанной работы они надеются получить похвалу и снова оказаться в центре внимания, то могут выполнить такую работу, если она не отнимает слишком много времени, так как терпением истерики не отличаются, и любое дело стремятся сделать быстро, но недостаточно качественно.

Однако у них обычно неплохая память и раскованное мышление, поэтому, даже не отличаясь хорошей успеваемостью в школе, они могут за короткий промежуток времени подготовиться к вступительным экзаменам и поступить в институт или престижное училище.

Люди с истерическими чертами характера предпочитают профессии, где их стремление быть постоянно на виду, в центре внимания может быть реализовано.

Поэтому многие из них становятся артистами, музыкантами, журналистами, телеведущими и избирают прочие творческие профессии, но не из-за того, что они имеют соответствующие таланты, а именно ради удовлетворения потребности привлечь к себе внимание.

Надо сказать, что у таких людей действительно бывают способности к перевоплощению и подражанию, но этого недостаточно, чтобы стать хорошим артистом или музыкантом. Основного условия для реализации и развития способностей — настойчивости, трудолюбия, целеустремленности и организованности — у них нет.

Психиатрам известно, что талантливые артисты — это всегда люди с истероидными чертами характера. Но чаще всего у них присутствует именно истероидность, а не истеричность (хотя последняя тоже может быть, особенно у “звезд”, но она уже приобретает вместе со славой), то есть некоторые черты, напоминающие истерию. Без этого невозможна их профессия, поскольку лицедействовать, постоянно играть других людей, перевоплощаться, по требованию переживать различные

глубокие эмоциональные состояния человек без истерических черт характера не сможет. В той или иной степени истероидность, истерическая акцентуация характера, а иногда и истерическая психопатия свойственны всем представителям творческих профессий, и актерам — в первую очередь.

Из множества признаков, присущих истерической психопатии, стремление постоянно находиться в центре внимания любыми способами — самый главный симптом.

Эти люди всегда хотят казаться более значительными, чем они есть на самом деле.

Но, как правило, их амбиции не совпадают с реальными возможностями. Поэтому вторая особенность такой личности — неспособность объективно оценивать собственные поступки.

Третьей особенностью является невозможность четко отграничить плоды собственного воображения от реальности.

Тех истериков, у которых преобладает не жажда признания, а стремление к фантазированию и патологическая лживость, называют псевдологами или мифоманами.

Одни переживания совершенно ускользают от их внимания, а другие воспринимаются чрезвычайно ярко.

Сочинив о себе невероятные истории, истерик сам начинает в них верить, и в дальнейшем будет рьяно отстаивать правдивость своих рассказов. Он не в состоянии заметить разницу между фантазиями и реальностью, между увиденным во сне или в кинофильме и собственной жизнью.

Поэтому, когда его ловят на лжи, он может вполне искренне обидеться и ничуть не чувствует себя смущенным, объясняя такое отношение окружающих тем, что они ему просто завидуют.

Стремление выделяться может проявиться в желании быть оригинальным, эксцентричным в одежде и поведении, совершать необычные поступки, не укладывающиеся в общепринятые нормы поведения.

Это стремление проявляется и демонстрациями собственного превосходства и своих якобы исключительных способностей, страстным поиском и жаждой признания у окружающих, преувеличением собственных заслуг или переживаний, театральностью, нарочитостью, рисовкой в поведении. Истерическим личностям свойственны позерство и поступки, рассчитанные на внешний эффект.

При первом знакомстве они могут показаться мягкими, нежными, ласковыми, уступчивыми. Однако со временем становится явной неестественность и наигранность их поведения, изменяющегося в зависимости от ситуации.

Их эмоциональность проявляется ярко, бурно, театрально, с заламыванием рук и эффектными позами, бурными объятиями или

рыданиями. Все у них преувеличено и нередко с оттенком искусственности, фальши.

Других людей они могут утомлять своими крайностями, из любого пустяка способны разыграть целую трагедию, рассчитанную на публику. Им обязательно нужны зрители для их драматических переживаний, и, разыгрывая очередную бурную сцену, они внимательно следят, какое впечатление производят на тех, кто за ними наблюдает.

Рассказывая очередную вымышленную историю, они всегда отводят себе в ней главную роль. Или могут описывать "непереносимые", "нечеловеческие" страдания, которые им пришлось пережить, лишь бы привлечь к себе этим внимание.

Даже в зрелые годы многие женщины с истерической психопатией не могут избавиться от кокетства с молодыми мужчинами, что явно не соответствует их возрасту и внешнему виду. Порой подобное поведение престарелых кокеток производит нелепое и отталкивающее впечатление.

Но и стареющие истеричные мужчины в присутствии молодых женщин нередко "распускают хвост", словно павлины, пытаясь заинтересовать юную собеседницу своими мнимыми любовными приключениями и победами, что не всегда выглядит привлекательно.

У некоторых истериков стремление иметь аудиторию настолько гротескно, что в совершенно неподходящей ситуации, например, в очереди в поликлинике или в общественном транспорте они начинают очень громко рассказывать совершенно незнакомому человеку какую-либо вымышленную или явно преувеличенную историю, оживленно жестикулируя, сопровождая свой рассказ утрированной мимикой и не обращая внимания на недоуменные взгляды находящихся рядом людей. При этом они посматривают на окружающих, следя за реакцией, и если видят, что кто-нибудь заинтересовался рассказом, в дальнейшем всю свою театральность адресуют такому зрителю, а если их несколько, то они полностью удовлетворены. Но им бывает достаточно и одного зрителя или слушателя.

Есть среди истерических личностей эмоционально очень тонкие натуры, прекрасно чувствующие аудиторию и ее отклик. Они никогда не "выходят из образа", не фальшивят и не переигрывают, их игра (но не наигрыш) изысканна, рассчитана именно на данного зрителя. Такие люди кажутся подкупающе искренними, в них нет ничего нарочитого, искусственного. Они могут иметь много образов и в каждом ведут себя совершенно естественно. Но это свойственно очень немногим, и в основном, людям с акцентуацией характера по истерическому типу, а не истерическим

психопатам, поскольку психопатия подразумевает нарушение адаптации к окружающему миру.

Несмотря на бурное и театральное внешнее выражение, эмоции истерических психопатов неглубоки и непостоянны. Психиатры говорят об эмоциональности истериков как о "соломенном огне чувств" — то есть эмоции быстро вспыхивают, но так же быстро и прогорают.

В целом психика истериков незрела, носит черты инфантилизма. Они склонны к легкомысленным, опрометчивым поступкам, разным авантюрам, из-за которых могут попасть в сложную ситуацию. Ошибки их ничему не учат, и бывает, что такие ситуации повторяются снова и снова.

Помимо всего прочего, они эгоцентричны, себялюбивы и равнодушны к окружающим, хотя внешнее проявление их сочувствия может казаться искренним.

Они неспособны к глубоким привязанностям и любви, хотя и могут подробно рассказывать о своих якобы бурных чувствах, используя фразы из дешевых мелодрам — "Я вся в любви!", "Я так безумно любила!" В конце любой сказанной истериком фразы можно ставить восклицательный знак, а то и три.

Поверхностность их эмоций проявляется даже в отношении к собственным детям. Поначалу они могут приписывать собственному ребенку необыкновенные способности, всеми силами подчеркивая, что такое одаренное дитя могло родиться только от столь же необыкновенного родителя.

Некоторые истеричные экстравагантные мамы столь же экстравагантно одевают и своих детей, делают им необычные прически (а для младенцев заводят роскошные коляски) и любят гулять с ними в общественных местах, привлекая к себе внимание. Если кто-то скажет им вслед: "Ах, какая прелестная пара — и мама, и ребенок!" — они будут на верху блаженства.

Но глубокой привязанности они не испытывают даже к своим детям. Их тяготит обыденность и рутинность родительских обязанностей. Стирая пеленки или готовя ребенку кашу, они никак не могут проявить своего стремления быть в центре внимания.

Дефект чувства любви они "компенсируют" демонстрацией этой любви. На людях истеричка может представлять себя идеальной матерью, "обожающей" своего сына или дочь, но при первой же возможности такие женщины постараются передать ребенка на попечение собственной матери или свекрови, либо найти няню. Они могут на бегу заглянуть в детскую, посюсюкать и потискать ребенка, и убегают куда-нибудь, где есть общество. В разлуке с ребенком они рассказывают всем, как страдают от этого, но отнюдь не спешат забрать его, если он воспитывается у бабушки в другом городе.

Истерические психопатки чаще всего завистливы и ревнивы к чужому успеху, который очень задевает и оскорбляет их. Особенно ярко это проявляется у людей творческих профессий.

Имея склонность все относить к собственной личности, чужой успех они расценивают как непризнание их собственных заслуг, винят в этом окружающих, которые "недооценивают" их таланты, во всем видят интриги соперников.

Они очень любят скандалы, сплетни и интриги. Если начинающая актриса из-за своего скандального или аморального поведения становится предметом для всеобщего обсуждения и сплетен — это как раз то, что ей нужно для самоутверждения и рекламы.

Некоторые из них намеренно сочиняют о себе различные истории, не стесняются рассказывать о своей интимной жизни журналистам или публиковать шокирующие общественность воспоминания о своих похождениях.

Понятие о нравственности и нормах поведения в обществе у истериков весьма своеобразно и полностью подчинено основной особенности их личности — если это может привлечь к ним всеобщее внимание, они вывернут все свое грязное белье на публике, не забыв облить грязью тех, кто, на их взгляд, недостаточно ценит их одаренность.

Сами истерики абсолютно не в состоянии реально оценивать свои, как правило, средние способности, считают себя непризнанными талантами, и переубедить их невозможно.

По сути это люди малосодержательные, несмотря на кажущуюся яркость. Подчас за внешней "показушностью" можно разглядеть внутреннюю пустоту и даже убогость.

Вся их психическая деятельность поверхностна, рассчитана на внешний эффект. Например, они способны разглагольствовать о высоких материях, а на деле оказывается, что их знания ограничиваются беглым знакомством с философским словарем, могут демонстрировать свою начитанность, хотя на самом деле кроме аннотаций к произведениям известных авторов они ничего не читали.

Истерики могут хвастаться знакомствами со многими знаменитостями и приводить подробности их биографии, почерпнутые из популярных журналов и газет или где-то услышанные, а подчас и придуманные ими же самими.

Они могут преувеличивать собственное общественное положение и значимость, сохраняя загадочное выражение лица, намекать на знакомство с высокопоставленными лицами или какую-то особо секретную работу.

Бывает, что они хвалятся своими связями и обширными знакомствами, обнадеживая других людей, что окажут им необ-

ходимую поддержку, не скупятся на обещания, хотя все это плод их богатой фантазии.

Эгоцентризм истериков, требование всеобщего внимания и стремление занимать в любом обществе центральное положение, не соответствующее их реальным способностям, приводят к ухудшению отношений с окружающими и конфликтам.

Это создает и внутренний конфликт между их желаниями и возможностями.

В ответ на конфликтную ситуацию у истерических психопатов резко снижается настроение, но они могут придумать о себе какую-то жалостливую историю, чтобы вызвать сочувствие окружающих и вновь привлечь к себе внимание.

Именно у истерических личностей чаще всего возникает истерический невроз после ссор, обид или непризнания их талантов. От психотравмирующей ситуации они спасаются с помощью мнимых болезней. Это называется "**бегством в болезнь**".

Как уже говорилось в главе об истерическом неврозе, их описание болезненных проявлений отличается эмоциональной окраской, необычными позами, стремлением вызвать общее сочувствие, и все их поступки направлены на то, чтобы "обидчик" понял, как они страдают в результате его невнимания, нечуткости или грубости.

Если истерическому психопату не удастся привлечь к себе внимание иным способом, он стремится сделать это, демонстрируя таинственные симптомы никому не ведомой болезни, подчеркивая ее "необычность", отличие от общеизвестных закономерностей.

Истерики демонстрируют припадки или обмороки, их жалобы необычны, в своих описаниях они используют высокопарные выражения: "Я так страдаю!", "Эти боли непереносимы!" — и тому подобное.

Различные истерические реакции и другие формы истерического поведения (экстравагантность, склонность драматизировать обыденные ситуации, стремление быть в центре внимания) могут быть не только при этом, но и при других типах психопатии, а также при невротической реакции. Но в последнем случае подобное обусловлено психической травмой или психогенной ситуацией и не столь продолжительно.

А истерической психопатии свойственны не только психогенно обусловленные истерические реакции и формы поведения, но и вышеописанный склад личности, который наблюдается на протяжении всей жизни человека.

Как и большинство больных психопатией, истерические психопаты склонны к злоупотреблению алкоголем.

В состоянии опьянения все их истерические черты выступают в еще более утрированном виде. Они могут говорить часами, не замолкая ни на секунду и не давая окружающим вставить слово, и тут их патологическая лживость, склонность к фантазированию и преувеличению выступают в гротескном виде. Из-за этого истерики могут попасть в нелепую ситуацию, но, ничуть не смущаясь, способны на ходу сочинить оправдание и рассказать еще одну невероятную историю, героем которой они якобы были.

В целом алкоголизм у них имеет неблагоприятное течение из-за психической незрелости, внушаемости, колебаний настроения и частых конфликтов, которые являются неизбежным следствием их личностной патологии.

Психастеническая психопатия

Основные психастенические черты — это нерешительность, неуверенность в себе, чувство собственной неполноценности, склонность к постоянным сомнениям и трудности в принятии решения.

Из-за этих черт психастеники не приспособлены к жизни. Они проявляют пониженную активность, склонность к самоанализу и болезненному мудрствованию, недостаточную живость и яркость восприятия.

Психастеники чрезмерно предусмотрительны в отношении возможного нежелательного для них хода событий, из-за постоянных сомнений в правильности своих действий у них возникает потребность повторно перепроверять сделанное.

С самого детства они отличаются пугливостью, робостью, застенчивостью, конфузливостью, малой двигательной активностью. Они крайне впечатлительны, тревожно-боязливы. В детстве, услышав "страшную" сказку или историю, они боятся, что их заберет Баба-Яга, Кашей Бессмертный или "плохой дядя".

У таких детей сон бывает тревожным, со вскрикиваниями, вздрагиванием и кошмарными сновидениями, от которых они в страхе просыпаются. Родителям приходится долго успокаивать ребенка, что это лишь сон и Баба-Яга уже давно спит и не собирается его утащить (поэтому впечатлительным детям нельзя рассказывать страшные сказки и запугивать их "серым волком" и "плохими дядями").

Дети-психастеники крайне болезненно переживают скандалы родителей, если в семье конфликтная обстановка. Они представляют себе последствия этих конфликтов, фиксируются на них, и их нужно успокаивать и убеждать, что все опасения беспочвенны.

Их тревожная боязливость, впервые проявившись в ответ на психотравмирующую ситуацию, в последующем обнаруживается в любых сложных обстоятельствах. Когда такого ребенка ненадолго оставляют одного в общественном месте, он страшно пугается, что с родителями что-то случилось или что его бросили навсегда.

Психастеники склонны к фантазированию и мечтам, но в них обычно отсутствует счастливый конец, наоборот, завершение может иметь мрачный и даже трагический характер. Мечты и фантазии отражают их неуверенность в себе, они испытывают потребность постоянно вспоминать о тревожащих образах, представляют, что им грозит беда.

Если этих детей неправильно воспитывают деспотичные родители, подавляя их волю и добиваясь беспрекословного послушания, их психастенические черты еще больше усиливаются.

У таких детей после испуга или иной психической травмы часто возникают различные тики и заикание.

В школьном возрасте усиливается их тревожность и ранимость. Они и без того не уверены в себе и постоянно сомневаются в правильности своих поступков, поэтому самые обычные школьные требования вызывают у них глубокие переживания. Психастеники очень болезненно переносят выговоры и наказания.

Боясь получить замечание, они придирчиво рассматривают себя в зеркале, тщательно причесываются и всегда ходят в идеально чистой школьной форме, не допуская в одежде никаких вольностей, которые могут позволить себе их одноклассники.

Они боятся опоздать в школу и поэтому рано встают и приходят на занятия раньше всех, по нескольку раз перепроверяют содержимое своего школьного портфеля из опасения что-нибудь забыть.

Выполняя домашние задания, они многократно проверяют правильность решения задач или написания слов, сверяются со словарем. На уроках из-за постоянных перепроверок дольше других выполняют контрольные и все равно сомневаются в результате.

Вместе с тем большинство таких детей относятся к мыслительному типу и обладают хорошим интеллектом. Они рано, задолго до школьного возраста, обучаются считать и писать, много читают и предпочитают проводить время в уединении с интересной книжкой, а не в шумных играх со сверстниками.

У них пылливый ум и стремление дотошно докапываться до сути вещей. Уже в детстве психастеники задают родителям или бабушкам и дедушкам (но не незнакомым взрослым) множество вопросов, подчас не детских, связанных с тем, что они прочитали

в книгах. Им несвойственна поверхностность в знаниях, и они не любят оставлять вопросы неразъясненными.

Психастеники аккуратны во всем, вплоть до педантизма. Они не любят получать замечания даже от родителей, поэтому в своей комнате стараются поддерживать чистоту и порядок, каждая вещь у них имеет строго определенное место.

А вот вызов к доске и необходимость отвечать урок перед классом для них мучительны. Они краснеют и запинаются, хотя прекрасно знают материал и неоднократно повторяли его дома.

Свою робость и неуверенность психастеники могут компенсировать какими-либо движениями или действиями: держатся за край парты или стола, вертят в руках ручку, покусывают губу, поправляют волосы.

Если кто-нибудь обратит на это внимание и последуют насмешки одноклассников, они очень переживают, стараются преодолеть стремление совершать привычные действия, но еще больше фиксируются на них.

В подростковом возрасте такие дети часто страдают **комплексом неполноценности**.

Это может касаться их психических способностей — например, они считают других сверстников значительно умнее себя, более смелыми, решительными, бойкими, поскольку сами они робки, застенчивы и малообщительны.

Бывает, что комплекс неполноценности вызван мнимым дефектом собственной внешности. Так, некоторые приобретают уверенность, что у них есть какой-либо физический недостаток, — это называется **дисморфофобией**, они подолгу разглядывают себя в зеркале, и их нелегко переубедить, что их внешность ничем не хуже, чем у остальных сверстников.

Другие считают, что у них безобразная фигура, например, они представляют себя очень полными, хотя это не всегда соответствует действительности.

Девочки, выбрав в качестве идеала известную киноактрису или манекенщицу, начинают изнурять себя диетами, слабительными или клизмами, считают каждую калорию, чтобы похудеть. Такое явление называется **нервной анорексией**, подробнее об этом рассказано в соответствующей главе.

С детства и в течение всей последующей жизни психастеники испытывают трудности в общении.

Их робость, застенчивость и нерешительность могут стать предметом насмешек со стороны более бойких и развязных сверстников, что еще больше усиливает чувство неполноценности.

Особенно трудно им общаться с людьми противоположного пола. Они не только не способны познакомиться с незнакомой

девушкой, но не решаются подойти и к девочке из своего класса, сокурснице в институте или сослуживице в профессиональном коллективе.

Но если кто-либо, независимо от пола, сам предложит им дружбу, они с благодарностью воспринимают это предложение и в последующем проявляют верность и преданность и в дружбе, и в любви.

В отличие от двух предыдущих типов психопатии, психастеническая психопатия — это как раз тот вариант, когда в наибольшей степени страдает сам человек, а не общество. Психастеники уязвимы и легко ранимы, но в общении, как правило, деликатны и тактичны.

Особенно усиливаются психастенические черты при начале самостоятельной жизни, когда приходится отвечать и за себя, и за других.

В выраженных случаях психастеник занят бесплодной умственной работой, так называемой **умственной жвачкой**. Он бесконечно анализирует собственные поступки, сомневается в правильности принятого решения или выполненного задания, редко доволен собой и склонен к заниженной самооценке.

Из-за этого многие больные страдают различными **навязчивостями** — в виде навязчивых сомнений, идей и страхов. Они могут докучать окружающим своими болезненными сомнениями, постоянно советуясь по пустяковым вопросам.

Вот пример болезненных сомнений при психастении. Женщина приходила в столовую и полчаса не могла выбрать себе блюдо, задерживая всю очередь. Выбрать котлеты или другое блюдо из рубленого мяса она не могла, опасаясь, что там подмешано слишком много хлеба, а антрекот казался ей чересчур жестким и сухим, и она вновь останавливала свой выбор на котлетах, и так до бесконечности. Так и не сумев ничего выбрать, она плакала и уходила. Подобное повторялось неоднократно, и в конце концов раздатчица сама решила за нее эту проблему, поставив на ее поднос какое-то блюдо, за что женщина была ей очень признательна, и в дальнейшем безропотно ела все, что предлагали, ведь это избавляло ее от принятия трудного решения.

Мучаясь от собственной неуверенности, психастеники стараются любое задание выполнить безукоризненно, не жалеют на это ни сил, ни времени, лишь бы не услышать упрека, что работа сделана плохо.

Они прекрасные исполнители, и о таком подчиненном может мечтать каждый начальник — порученное дело они исполнят точно в срок и качественно.

Но поскольку они часто перепроверяют себя, шлифуют стиль изложения материала или многократно пересчитывают математические расчеты, то работа занимает у них гораздо больше времени, чем у других. Поэтому они жертвуют собственным отдыхом, берут работу на дом и, чтобы выполнить ее в срок, сидят ночами.

У них повышенное чувство ответственности и долга, достигающее до степени **гиперсоциальности**.

Наряду с психастеническими чертами характера, у некоторых может быть так называемое **стеничное жало** — при выполнении какого-либо важного дела психастеник проявляет целеустремленность, настойчивость при достижении цели и достаточную волю.

Психастеник может быть хорошим исполнителем, на которого всегда можно положиться, если только не подгонять его, не определять ему сжатые сроки, а предоставить возможность работать в оптимальном режиме. Из-за своей аккуратности и исполнительности он в любом случае постарается завершить работу как можно раньше.

Но если даны сжатые сроки и переоценены его возможности, для психастеника возникает психотравмирующая ситуация. С самого начала у него могут появиться опасения, что он не успеет все сделать к назначенному сроку, не справится с заданием и подведет своего руководителя. Он будет работать, не зная ни сна ни отдыха, и чем больше он старается, тем больше опасается не успеть.

Все проявления, описанные в главе о **неврастении**, могут возникнуть у него в такой ситуации. Будучи истощен психически, он тем не менее продолжает работать, а **раздражительная слабость**, рассеянность и все остальные проявления неврастении еще больше укрепляют его уверенность в собственной неполноценности.

Психастеникам свойственны крайняя озабоченность деталями в маловажных вещах и скрупулезность при выполнении работы. Одним из крайних вариантов психастенических черт является **перфекционизм** — стремление любое, даже маловажное дело выполнять с наилучшим результатом, дотошно и тщательно. Застревая на мелких деталях и постоянно перепроверяя себя, психастеник не успевает сделать основное задание, но не может заставить себя пренебречь несущественными подробностями. У психастеников нет способности к широкой перспективе в оценке ситуации, нередко они увязают в мелочах и не видят главного.

Такие люди чрезвычайно совестливы, они соблюдают общепринятые нормы и все условности в поведении, постоянно чем-то обеспокоены и озабочены, что нередко мешает им испы-

тивать удовольствие от обычных человеческих радостей. Способность выражать словами теплые чувства у них ограничена из-за их застенчивости, а не из-за недостатка эмоциональности.

Они испытывают потребность планировать любую свою деятельность до мельчайших деталей. Стремление все предусмотреть и запланировать заранее, мелочное соблюдение всех правил, по их мнению, позволяет преодолеть их болезненные опасения.

При крайних вариантах они могут быть педантичными, требуя выполнения всех формальностей. Если психастеник занимает какую-либо официальную должность, пусть даже и незначительную, он становится типичным бюрократам, для которого инструкции и циркуляры превыше всего на свете.

Компенсация психастенических черт может выступать в утрированном виде: свою робость и нерешительность психастеники могут маскировать безапелляционностью и упрямством, а трудности при принятии решения — нетерпеливостью при его выполнении.

Они чаще всего консервативны, не любят, когда что-то меняется в их привычном жизненном стереотипе, и любые перемены вызывают у них тревожные опасения и сомнения.

Психастеники исполнительны, но не инициативны. И в школе они не являются активистами и инициаторами. Хотя некоторые могут заниматься личным творчеством, они никогда не отнесут свои стихи или литературное произведение в школьный литературный кружок. Их невозможно уговорить принять участие в спектакле или концерте, даже если у них есть для этого данные. Они панически боятся сцены и публичных выступлений.

Если им поручают прочесть лекцию, когда они уже самостоятельно работают, то для них это мука мученическая. Они ночами сидят над текстом, тщательно анализируя его и отшлифовывая стиль, зубрят текст наизусть, но боятся, что, поднявшись на трибуну или кафедру, все забудут. Перед выступлением у них могут быть **вегетативные нарушения** — сердцебиение, дрожь в руках и чувство внутренней дрожи, потливость, похолодание рук и ног, бледность и даже понос.

Это для них крайне тяжелая и нежелательная ситуация. По своей воле они никогда бы не отважились на такое, но от того, что им поручили, не смеют отказаться и стремятся выполнить все как можно лучше. Как правило, их опасения бывают напрасными. Будучи интеллектуально высоко развитыми, эрудированными и хорошими профессионалами, они стараются хорошо сделать любое дело, поэтому текст лекции готовят безукоризненно.

Но если из-за волнения они скомкали свое выступление, и оно прошло, на их взгляд, неудачно, в дальнейшем психастеники

испытывают панический страх перед любым выступлением, и может возникнуть **фобия** — боязнь публичных выступлений.

Как и вообще при **неврозе навязчивых состояний**, вначале страх появляется непосредственно перед выступлением, затем когда оно только предстоит, а в дальнейшем — при одной мысли о возможности подняться на трибуну.

Боязливость, сомнения, опасения и страхи вообще свойственны психастеникам. Невроз навязчивых состояний после пережитого страха у них развивается гораздо чаще, чем у других людей. Помимо фобий, психастеникам свойственны навязчивые мысли, опасения и движения.

Они верят в приметы, у них есть свои “счастливые” или “плохие” дни, когда дела складываются удачно или неудачно. Есть и предметы, которые приносят “удачу”, например, любимая одежда или украшения, которые они надевают перед важным событием. Если они видят неблагоприятный знак перед каким-то важным событием и даже просто перед выходом на улицу, опасения, что в этот день их постигнет неудача, еще больше усиливаются.

При появлении навязчивости у них часто формируются **ритуалы**, которые в некоторой степени облегчают психическое напряжение.

В семейной жизни психастеники — верные мужья. Чаще всего они однолюбы. Нередко женщины по собственной инициативе выбирают их в спутники жизни, потому что чаще всего это люди интеллигентные, порядочные, непьющие, производящие впечатление надежных, на которых можно положиться и которым можно доверять.

Психастеник — идеальный муж для истерички. Никто кроме психастеника не в состоянии выдержать настоящую истерическую психопатку. Нередко в ее бурной, утрированной эмоциональности они находят то, чего нет у них самих. Они с женой полные антиподы, и именно из-за этого такие браки чаще всего постоянны. Психастеник безропотно терпит все причуды и скандальность жены, во всем с ней соглашается, в семейной жизни жена-истеричка становится тираном и полностью подавляет его. Психастеники никогда не решаются на развод по собственной инициативе, и даже если их семейная жизнь превращается в ад, они не могут сломать привычный жизненный стереотип.

Но для нормальной, не истеричной женщины семейная жизнь с психастеником может оказаться нелегкой, когда все больше выявляется его нерешительность и неспособность принимать самостоятельные решения. Многих жен это начинает раздражать. Нередки конфликты на этой почве, когда жена называет мужа-психастеника “тряпкой”, “не мужчиной”, “бабой” и так далее.

Для психастеника это тяжелая психотравмирующая ситуация, которая, во-первых, унижает его и еще больше усиливает чувство собственной неполноценности, а во-вторых, ставит под угрозу сложившуюся семейную жизнь.

В таких семьях чаще всего доминирует жена. Именно она принимает все важные решения, касающиеся любых проблем, и муж-психастеник с благодарностью и без всякого сопротивления передает ей такие полномочия. Нередко жена даже не советуется с мужем, так как уже по опыту знает, что дельного совета от него не получишь, он только замучает своими сомнениями и невозможностью остановить свой выбор на конкретном решении.

Как правило, психастеники очень привязаны к детям. Не умея и не смея бурно выражать свою любовь, они тем не менее являются хорошими родителями.

Но часто их собственная неуверенность передается и детям. Они постоянно напоминают им о правилах поведения и необходимости соблюдать все требования. Будучи сами робкими и неуверенными, они не могут привить своим детям самостоятельность и уверенность. Хорошо, если второй родитель не имеет психастенических черт, тогда это влияние может быть как-то компенсировано.

Жены-психастеники — чаще всего покорные, тихие создания, полностью подчиненные мужу и выполняющие все его требования. Они неуверенны в себе, в большинстве случаев начисто лишены женского кокетства и считают себя дурнушками. Даже если у них вполне симпатичная внешность, они недооценивают себя, конфузятся, когда мужчины говорят им комплименты, не любят косметики, всегда скромно одеты. Они любят чистоту, порядок и своих детей, уважают (а иногда и боятся) мужа, воля которого имеет для них решающее значение.

Женщины-психастеники прекрасно чувствуют себя в роли домохозяйки, могут довольствоваться немногим, им нравится заниматься домашней работой, иметь свой дом, налаженный быт, и они не стремятся менять свой социальный статус даже при наличии высшего образования.

Они избегают шумного общества, неуютно чувствуют себя среди людей. Если в доме собираются гости, такие женщины стараются быть незаметными, заниматься обслуживанием гостей или хлопотать на кухне.

Если в ее личной жизни не будет никаких потрясений, она может спокойно жить "серой мышкой" до конца своих дней, будучи верной и преданной женой и хорошей матерью.

Трагедией становится жизнь такой женщины, когда ее привычное течение резко меняется, например, в связи со смертью мужа

или в ситуациях, когда у мужа появляется другая женщина и он сообщает о разводе. Некоторые даже согласны примириться с супружеской неверностью, лишь бы муж не оставлял семью. Для них не столь важно изменение материального положения, сколько ломка привычного уклада жизни.

Но если семейная жизнь все же рушится — для них это большое потрясение, которое способно вызвать декомпенсацию. Психика женщин-психастеников слаба и ранима, и у них может возникнуть множество различных психических нарушений: неврозы, психогенные депрессии, затяжные депрессивные состояния, попытки самоубийства и другие.

Некоторые женщины-психастеники не выходят замуж и остаются одиночками. С возрастом они становятся чудаковатыми, заводят множество домашних животных и всецело отдаются уходу за ними. Любят природу, могут восторгаться цветком как неким совершенством природы. Они наивны, добры и отзывчивы, некоторые даже альтруистичны и способны много времени отдавать заботе о других людях, не требуя материального вознаграждения. Эти женщины предпочитают такую работу, когда они должны выполнять принятые кем-то решения, и обычно аккуратны и исполнительны. Они чаще всего живут с родителями до самого конца их дней, преданно ухаживают за ними, безропотно терпят любые капризы и не ропщут на судьбу.

У многих психастеников существует повышенное чувство социальной ответственности и сформированное понятие о нормах поведения в обществе.

Некоторые отрицательно относятся к пьянству и являются убежденными трезвенниками.

Другие в молодости употребляют спиртные напитки перед каким-либо решающим событием "для смелости", и алкоголь служит им средством для своеобразной "компенсации" своей личностной патологии. Это создает у больного иллюзию нормализации — появляется уверенность в себе, облегчение в принятии решения или преодоление трудностей в общении, большая раскованность в поведении и прочее.

Психастеники могут начать злоупотреблять алкоголем, попав в компанию, где принято пить часто и помногу. Из-за своей нерешительности и внушаемости они порой подчиняются таким традициям, не имея смелости отказать, когда их уговаривают выпить.

Но учащение приемов спиртного и увеличение его доз может привести к возникновению зависимости от алкоголя и формированию алкоголизма.

Декомпенсация у психастеников может проявиться в ответ на объективно малозначимые травмирующие факторы,

которые самому человеку кажутся безвыходной ситуацией. Психастеники субъективно тяжело переносят даже обычные жизненные трудности.

Астеническая психопатия

Астеническим психопатам свойственна общая "нервная слабость". Это люди очень впечатлительные, чувствительные, робкие, нежные и застенчивые. Они самолюбивы, ранимы и обидчивы, хотя самооценка у них понижена, и они испытывают чувство собственной неполноценности. Астенические психопаты тонко чувствуют и болезненно реагируют на малейшие нюансы в поведении и отношении окружающих. Они крайне чувствительны к грубости и бестактности.

Эти черты характера сочетаются у них с раздражительностью, повышенной утомляемостью и психической истощенностью.

Астенические черты у них проявляются с детских лет. В таких случаях детские психиатры говорят о врожденной нервности, или невропатии. Уже в ясельном возрасте у них появляются различные невротические реакции: беспокойный сон с частым беспричинным плачем, на нервной почве могут возникнуть понос, рвота, потеря аппетита, недержание мочи.

В дошкольном и школьном возрасте у детей, страдающих невропатией, наблюдается раздражительная слабость, быстрая истощаемость, повышенная возбудимость и впечатлительность.

Известные детские психиатры считают, что врожденная нервность является почвой, на которой в последующем могут развиваться неврозы и патологические черты характера астенического типа.

В школе такие дети быстро утомляются, к концу занятий полностью истощаются, при усталости легко возникают слезы. Из-за повышенной утомляемости они обычно плохо успевают в школе, так как к концу урока их внимание рассеивается и они не способны воспринимать новый материал, порой забывают записать в дневник задание на дом.

Придя из школы, они должны долго отдыхать и набираться сил перед выполнением домашних заданий. Если уроков на дом задали много, они пугаются, что не справятся с ними, и плачут. Если они не успели или забыли записать в школе задание, то это тоже вызывает слезы. Обычно у таких детей нет близких друзей, и им некому позвонить, чтобы узнать, что задано, или они стесняются это сделать.

Родители должны постоянно помогать им в подготовке домашних заданий, но даже под контролем они с трудом концентрируют внимание и постоянно отвлекаются.

Если родители проявляют несдержанность и кричат на них, то они опять пугаются, плачут и так сильно расстраиваются, что вообще не могут делать уроки. Слезы появляются у них по любому пустяку и дома, и в школе.

Астеников могут обижать другие дети, и они не умеют себя защитить, поэтому стараются избегать контактов и замыкаются в себе. Они крайне неуверены в себе, ощущают свою неполноценность, робки и чрезмерно чувствительны.

Их раздражительность может создавать конфликтную обстановку, и они очень тяжело переживают ссоры.

Особенно истощаются астеники в период сдачи экзаменов. Обычные школьные нагрузки, которые легко переносят их сверстники, становятся для них чрезмерными.

Их психическая слабость проявляется прежде всего в необычных ситуациях, выходящих за пределы обыденных явлений. Переезд на другую квартиру, ремонт, дальние путешествия, новая работа — все это может вызвать у них декомпенсацию. Они могут упасть в обморок, получив неожиданное известие, даже не содержащее ничего угрожающего, а также из-за вида крови или грубого окрика.

Их могут надолго выбить из колеи какие-либо происшествия, которые не имеют к ним никакого отношения. Астеники болезненно реагируют на уличные драки или несчастные случаи, а также на ссоры и семейные неурядицы. Они много боятся — темноты, собак, насекомых, высоты и так далее.

Астенические психопаты склонны к постоянному самонаблюдению и самоанализу, их внутренний мир представляет собой комплекс сложных переживаний, среди которых доминирует сознание своей несостоятельности.

Они слабохарактерны и малодушны, склонны к самообвинению, болезненно переживают свою робость и застенчивость. Это может сочетаться с муками уязвленного самолюбия.

Астеники постоянно чем-то огорчены, подавлены, тревожны, опасаются возможных трудностей.

Астенические психопаты переживают перед любым ответственным событием — экзаменами, публичным выступлением, сдачей проекта или выполненного задания. Задолго до этого у них появляются бессонница, сердцебиение, потливость, суетливость. Их внешний вид и мимика свидетельствуют о сильном душевном волнении.

В незнакомой обстановке они теряются, робеют, становятся еще более нерешительными и застенчивыми, чем раньше.

Таких людей часто называют "мимозоподобными", так как при малейшей обиде они замыкаются в себе, избегая общения с окружающими. Такая же реакция может быть и при переутомлении.

В процессе работы, требующей психического напряжения, астеники становятся рассеянными, не могут сосредоточиться и сконцентрировать внимание, продуктивность их деятельности резко снижается.

Но если на работе спокойная, благожелательная обстановка и их ценят за добросовестность, часто подбадривают и поощряют, если они имеют возможность периодически отдыхать, то повышенная утомляемость может компенсироваться.

Их раздражительность проявляется не в виде бурных вспышек, а часто в виде недовольства и брюзжания. Раздражительность еще больше усиливается, когда они утомлены.

Проявления раздражительности непостоянны и кратковременны, и после такого эпизода они истощаются, усиливается слабость, появляется чувство раскаяния и идеи самообвинения.

Утомляют астеников самые обыденные вещи и повседневные трудности, они с трудом справляются с обычными жизненными требованиями, устают и от физических нагрузок, и от волнений. Многие сетуют, что им трудно совмещать работу с выполнением домашних обязанностей или работу с учебой, стараются прилечь отдохнуть в течение дня.

Некоторым астеникам даже обычный объем работы кажется непосильным. Они постоянно жалуются на общее недомогание, вялость, слабость, головную боль. Любое психическое напряжение усиливает эти симптомы, по малейшему поводу возникают слезы. Астенические психопаты стараются беречь себя от волнений, психических и физических перегрузок.

Наряду с этим они весьма обидчивы и могут вспылить по любому пустяку, а больше всего астеники обижаются, если члены семьи упрекают их за постоянные жалобы и уклонение от выполнения домашних обязанностей или не верят в их плохое самочувствие.

В этих случаях у астеника может возникнуть вспышка гнева, но в процессе такой эмоциональной реакции он истощается и реакция быстро затухает.

Часто они проявляют повышенную озабоченность собственным здоровьем, жалуются на различные неприятные ощущения и плохой сон. Возможны **навязчивые опасения** и **страхи**.

Общий фон настроения почти постоянно снижен. Астеники легко впадают в уныние при незначительных неудачах, им свойственно пессимистическое отношение к будущему и неверие в собственные возможности.

Астенические психопаты не любят изменений привычного жизненного уклада. Наиболее травмирует их переход на новую работу или смена вида работы с увеличением ответственности и интеллектуальной нагрузки.

У них много общего с психастениками, но у последних больше тревожно-мнительных черт и меньше психическая истощаемость.

Возможен астено-невротический или астено-ипохондрический тип, когда основные проявления декомпенсации обнаруживаются преимущественно по типу невращения или невротического развития.

При **астено-невротическом варианте** с детства отмечается беспокойный сон с ночными страхами, ночное недержание мочи, капризность, плохой аппетит, такие дети пугливы и плаксивы, может быть заикание.

В течение всей последующей жизни они утомляемы, раздражительны и плохо спят по ночам. Они не переносят ни физических, ни психических нагрузок. При утомлении становятся еще более раздражительными по ничтожному поводу, при этом раздражение адресовано не конкретному человеку, а изливается на любого, кто окажется рядом.

В психотравмирующей ситуации возникают невротические нарушения — невращения, истерический невроз или навязчивости.

Астеники-ипохондрики постоянно озабочены своим здоровьем, часто высказывают различные жалобы на нарушения деятельности внутренних органов и плохое самочувствие, постоянно прислушиваются к своим ощущениям.

Даже незначительные изменения в деятельности организма вызывают у таких людей озабоченность и тревогу, они фиксируются на них и считают, что заболели какой-то тяжелой болезнью. Астеники-ипохондрики всегда чем-то больны — то у них сердечные спазмы, то сосудистые кризы, то бронхит, то мигрень, то неполадки в работе кишечника, отрыжка, изжога и запоры, то рези при мочеиспускании, то расстройства менструального цикла, то головокружение — и так далее.

Ипохондрики утомляют своих близких и сослуживцев подробным описанием симптомов мнимых болезней, ищут у них сочувствия и сердятся, когда им не верят.

Они охотно посещают многих врачей с разнообразными жалобами, требуют детального обследования "всего организма", так как убеждены, что у них целый букет тяжелых заболеваний, с удовольствием принимают назначенные лекарства и строго соблюдают предписанный режим.

Астеники-ипохондрики требуют от своих близких особого к себе отношения, заботы и внимания, настаивают, чтобы им готовили диетическую пищу и соблюдали тишину, когда, утомленные своими мнимыми болезнями, они ложатся отдыхать.

После обеда они предпочитают несколько часов поспать, вечером тоже рано ложатся спать, а перед сном совершают пешие прогулки.

Они очень любят себя и берегут свое здоровье, настаивают, чтобы на работе у них был сокращенный рабочий день, часто отпрашиваются с работы то в поликлинику, то в аптеку, то из-за недомогания.

Даже незначительного повышения температуры, сердцебиения, насморка достаточно, чтобы ипохондрик почувствовал себя совсем больным и надолго слег в постель, хотя дома или на работе его могут ждать важные дела. Он требует, чтобы члены семьи ухаживали за ним, жалуется на свои страдания и ждет сочувствия. Для своей семьи такой ипохондрик — тяжелая обуза.

Любая психотравмирующая ситуация приводит у астеников-ипохондриков к срыву и декомпенсации. В этих случаях происходит "уход в болезнь". У них появляется еще больше жалоб на здоровье, все их внимание сосредоточивается на болезненных ощущениях, как правило, сильно преувеличенных.

При тщательном обследовании невропатологи и терапевты обычно не находят у них какой-либо серьезной патологии внутренних органов, кроме признаков, свойственных неврастении или ипохондрии. Тем не менее они убеждены в наличии у себя множества тяжелых заболеваний, которые врачи якобы не могут обнаружить.

В целом психопатия астенического типа очень часто сопровождается периодами декомпенсации. У астеников могут быть длительные периоды пониженного настроения из-за незначительных внешних воздействий, могут развиваться неврозы.

Для успокоения и бодрости астенические психопаты могут использовать алкоголь, и если он приносит им облегчение, в дальнейшем они могут употреблять его постоянно. Из-за своей психической слабости они довольно часто становятся алкоголиками.

Циклоидная психопатия

К циклоидным психопатам относятся люди с эмоциональной неустойчивостью — их настроение меняется от грустного, печального к радостному, веселому. У них бывают периоды, когда настроение беспричинно повышено, все дела им легко

удаются, они энергичны, деятельны, предприимчивы и не испытывают трудностей в общении. Именно это состояние они считают для себя нормальным. Такие периоды чередуются с пониженным настроением.

Чередование периодов повышенного и пониженного настроения называется **фазностью**. **Фазы** могут возникать непосредственно одна после другой или через интервал, когда настроение обычное, ровное.

В детстве большинство типичных циклоидов по характеру ничем не отличается от остальных сверстников. У некоторых детей могут быть периоды повышенной активности или, наоборот, вялости.

В подростковом возрасте может возникнуть первый **эпизод пониженного настроения** (у девочек это иногда совпадает с появлением первых менструаций). Подросткам становится трудно учиться, они раздражительны и быстро устают. То, что раньше давалось легко и без напряжения, требует теперь больших усилий.

Прежде подвижные и бойкие, они становятся пассивными и вялыми, то, что интересовало их раньше, теряет свою привлекательность. Подростки перестают общаться со сверстниками, предпочитают сидеть дома и уединяются даже от своих родителей.

Родители обычно связывают такое изменение в поведении ребенка с "трудным" возрастом. Если подростков-циклоидов терзать расспросами или требовать от них прежних успехов, они могут стать раздражительными и плаксивыми. Бывает, что слезы возникают по незначительному поводу и даже без какого-либо внешнего повода.

Если родители "достаю" их своей обеспокоенностью, подростки в такой период могут грубить и огрызаться, требуя, чтобы их оставили в покое и не приставали с "дурацкими" вопросами. Но подобные вспышки огорчают самих циклоидов, так как совсем недавно они ладили с родителями.

Если одновременно с фазой пониженного настроения возникает психотравмирующая ситуация, например, из-за упреков, нареканий или собственных неудач, это еще больше ухудшает состояние циклоидных психопатов, и они даже могут совершить попытку самоубийства.

Но такие фазы обычно непродолжительны, не более 2—3 недель, и сменяются обычным состоянием или **периодом подъема настроения**. В такой период подросток легко наверстывает пропущенные занятия и опять все дается ему легко.

Он восстанавливает дружеские отношения со сверстниками и заводит новых друзей, не любит бывать один и стремится

проводить время в подростковой группе. В группе такие подростки часто становятся лидерами.

Периоды подъема настроения менее продолжительны, чем периоды сниженного настроения. Со стороны поведение подростка-циклоида в период повышенного настроения кажется взрослым вполне нормальным, родители и учителя могут обратить внимание на его повышенную активность и остроумие, но не считают это нездоровым явлением, а наоборот, расценивают как нормальную психику жизнерадостного и веселого молодого человека.

В период нормального и повышенного настроения у родителей обычно не бывает проблем с ребенком. Подростки-циклоиды искренни и отзывчивы, добродушны и приветливы.

Увлечения циклоидов обычно нестойки — воодушевившись в период повышенного настроения и увлекшись новым хобби, они утрачивают к нему интерес, когда наступает фаза плохого настроения. А в период нового подъема они могут вновь заинтересоваться тем же самым или у них возникают новые увлечения.

В фазе подъема настроения подростки-циклоиды могут проявлять повышенную сексуальную активность, которая угасает в фазе плохого настроения.

Циклоидам несвойственны нарушения поведения, частые у подростков с другими типами психопатий. Но в некоторых случаях они проявляют повышенное стремление к самостоятельности и тяготеют к опеке родителей, если она, по их мнению, чрезмерна.

Проблемы могут возникнуть, когда подросток начинает употреблять спиртное — чаще всего это бывает в фазе подъема настроения.

Чаще всего проблемы с родителями у подростков-циклоидов возникают в периоды плохого настроения. Однако поскольку выраженной депрессии у таких подростков нет, а состояние можно охарактеризовать как легкую субдепрессию, родители объясняют такие колебания настроения личными переживаниями, влюбленностью или какими-либо огорчениями, которыми сын или дочь не хочет делиться с родителями.

Субдепрессивные фазы возникают чаще, чем периоды повышенного настроения.

Циклоиды чувствительны к изменениям жизненных ситуаций. В школе после субдепрессивных фаз они легко наверстывали упущенное, но при поступлении в институт учебная нагрузка уже гораздо выше. И если у юноши или девушки период подавленного настроения, когда им трудно осваивать новый материал, длится по 3 недели, за это время они сильно отстают от других студентов, и даже после нормализации настроения им трудно догнать своих сокурсников.

Тем более что в школе учителя хорошо их знали, снисходительно относились к перепадам настроения и связанным с ними неровностям в учебе, помогали догнать других учеников.

В институте же никто с ними дополнительно не занимается. За этот период студенческая группа по объему новой информации уходит далеко вперед, и им приходится осваивать новый материал и наверстывать то, что они пропустили. Это вызывает переутомление, и может развиваться неврастения.

Если циклоиды пытаются догнать группу, когда субдепрессивная фаза еще не закончилась, то это не приводит к желаемым результатам, период пониженного настроения затягивается, и возникает заколдованный круг, где одни психические нарушения приводят к появлению новых.

В группе циклоидных психопатий выделяют подгруппу типичных циклоидов, описанную выше, и подгруппу **лабильных циклоидов**. От типичных они отличаются тем, что фазы здесь значительно короче — несколько дней — и быстро сменяют одна другую. И в периоды плохого настроения возможны непродолжительные эпизоды нормального состояния, и в фазе повышенного настроения возможны короткие изменения настроения. То есть здесь колебания настроения более часты и менее глубокие, чем у типичных циклоидов.

У циклоидов эта фазность, то есть чередование периодов повышенного и пониженного настроения, может сохраниться на всю жизнь.

В обычном настроении они общительны и приветливы, легко знакомятся с новыми людьми и находят с ними общий язык независимо от пола. Они не противопоставляют себя окружающим, не считают себя лучше других, они хорошие товарищи, покладистые, естественные и сердечные. Циклоиды реалисты и вполне терпимо относятся к другим людям и их недостаткам, они не ханжи и не порицают остальных за их слабости. Будучи сами в хорошем настроении, они способны сочувствовать и сопереживать.

К своей работе и обязанностям они относятся добросовестно, но при повышенном настроении могут быть легкомысленными, и в их деятельности не всегда есть строгая система и последовательность. Им многое легко дается, но они не склонны слишком переоценивать свои способности и расценивают их как нечто само собой разумеющееся.

В повышенном настроении они оптимисты, и их не пугает будущее. Им несвойственны болезненные сомнения, самокопание и самоанализ.

У них могут быть резкие вспышки, когда они сердятся, но при этом нет напряженности и злобности, они быстро успокаиваются, и на них трудно обижаться.

Но периодов пониженного настроения они ожидают с неприятным чувством. Взрослые циклоиды уже хорошо знают свою способность впадать в "хандру" и часто жалуются на чувство усталости от таких перепадов настроения.

В субдепрессивной фазе они становятся апатичными и бездеятельными, все валится у них из рук. Работа, которой они еще недавно занимались с увлечением, начинает их тяготить, и они утрачивают к ней интерес.

Они не звонят своим многочисленным друзьям и приятелям, отказываются от приглашений на вечеринки, которые раньше с удовольствием посещали, избегают контактов, стараются проводить время дома в одиночестве, отключают телефон, чтобы их не беспокоили. Шум, люди, веселье — все их тяготит. Снижается сексуальное влечение.

Такие люди с трудом засыпают, аппетит снижен или отсутствует, им ничего не хочется. Настроение и общее состояние значительно хуже с утра. Они встают невыспавшимися, вялыми, ощущают упадок сил. Все окрашивается в мрачные тона, из оптимистов они превращаются в пессимистов. Они тяжело переживают мелкие неудачи, которых становится больше из-за их бездеятельности и чувства апатии.

Но обычно они хорошо знают, что период "хандры" рано или поздно закончится. Если состояние не усугубляется психотравмирующими факторами, то через несколько недель их настроение выравнивается, и они вновь возвращаются к своей работе, увлечениям и привязанностям.

Но если на фоне субдепрессии у них возникают крупные неприятности, то может возникнуть депрессия и возможны попытки самоубийства.

Циклоидные психопатии довольно часты в ряду других психопатий.

Но тем не менее такие пациенты довольно редко попадают в поле зрения психиатра, поскольку колебания настроения обычно проходят самостоятельно, без лечения.

К психиатру циклоиды могут попасть только в периоды декомпенсации, когда наслаивается множество отрицательных факторов: совпадение субдепрессивной фазы с психической травмой, повышенной нагрузкой в учебе и на работе, тяжелой болезнью, а также при попытке самоубийства, если все это привело к углублению депрессии, или в случае развития алкоголизма.

В легкой форме циклоидность, не достигающая уровня психопатии, может наблюдаться у многих, и тогда говорят об **акцентуации характера**. Большинство людей, занятых интеллектуальной или творческой деятельностью, могут отметить у

себя наличие периодов, когда все легко получается, работа “кипит”, даже к неприятностям они относятся без излишней драматизации. Наряду с этим бывают и периоды, когда ничего не выходит, все “валится из рук”, наблюдается “застой”, и им кажется, что они “выдохлись” и не способны на новые идеи.

Гипертимный тип психопатии

Гипертимная психопатия характеризуется постоянно повышенным настроением и безудержным оптимизмом. Сам термин “гипертимия” происходит от греческих слов “hyper”, что означает сверх, чрезмерный, и “thymos” — настроение.

С раннего детства гипертимы отличаются общительностью, подвижностью, склонностью к озорству. Поначалу отношение окружающих к ним доброжелательное — они дружелюбны, всегда в хорошем настроении, все схватывают на лету, хорошо учатся.

В детском и подростковом возрасте у них может не быть проблем с окружающими, они ни у кого не вызывают неприязни, не вступают в конфликты ни со сверстниками, ни со взрослыми при условии, что им позволяют делать все, что они хотят и ни в чем не противодействуют.

Им свойственно стремление к чрезмерной самостоятельности. Если родители позволяют такому подростку выбирать друзей и увлечения по его собственному желанию, то никаких ссор может не возникать. Но если его начинают чрезмерно опекать, контролировать или подавлять, навязывая ему другой круг общения или интересы, противоречащие его собственным стремлениям, то бывает, что такая ситуация оказывается непереносимой для подростка-гипертима, и возникает декомпенсация.

В некоторых случаях это наблюдается в школе. Подвижные и активные дети с трудом способны просидеть за партой целый учебный день, не имея возможности общаться со сверстниками во время уроков. Они неусидчивы, легко отвлекаются и не подчиняются дисциплине.

Их стремление к самостоятельности обычно проявляется уже с детских лет, поэтому подчиняться школьным правилам и дисциплине им очень трудно. Они должны умерить свою активность, а это им тоже не нравится. Перемен между уроками явно не хватает для их деятельной натуры. Поэтому неподчинение взрослым может проявиться не в семье, где их не ограничивают, а в школе.

Кроме того, они предпочитают сами избирать себе товарищей по играм, и друзей у них обычно много. В классе же им

навязан коллектив из одних и тех же детей, а никакого давления со стороны и лишения их собственной инициативы в выборе они не терпят.

На любое давление взрослых, которое они расценивают как покушение на свою свободу и самостоятельность, подростки-гипертимы реагируют однотипно — вспышками раздражения и гнева. Поэтому при попытке учителей утихомирить их они могут бурно отреагировать.

Они отличаются хорошими способностями, хорошей памятью, сообразительностью и живым умом, но им мешает отсутствие усидчивости и недисциплинированность. Потому и успехи в учебе у них могут быть неровными: там, где достаточно способностей, они все легко схватывают, но на занятиях, требующих упорства и настойчивости, их успехи значительно хуже.

Когда подростки, привыкшие, что все дается им легко, осознают такие неудачи, это тоже может привести к бурным эмоциональным реакциям. Иногда они начинают прогуливать те школьные занятия, которые им не нравятся.

Учителя обращают на это внимание родителей, что может усилить конфликт. Если родители ни в чем не препятствуют таким детям, то вспышки гнева возможны только в ответ на замечания учителей. Но если родители начинают контролировать, как они выполняют домашние задания и посещают школьные занятия, то конфликт переносится и в семью.

Это непереносимая для подростка-гипертима ситуация. Реакции раздражительности у него учащаются, возникают конфликты и с учителями, и с родителями. В таких случаях он может совершить побег из дома.

Побег может произойти после ссоры с родителями, без предварительной подготовки, и носить авантюрный характер. Подросток не задумывается о том, где он будет жить и чем питаться, убежав из дома. Во время таких побегов его оцепеняет чувство свободы и отсутствие каких-либо запретов взрослых. Он может вступить в беспорядочные сексуальные контакты, может начать выпивать и совершать мелкие криминальные действия, например, мелкое воровство продуктов или денег.

Подросткам-гипертимам вообще свойственна некоторая легкомысленность, бесшабашность и склонность к авантюрам. У таких подростков нет четкой границы между дозволенным и недозволенным, что может привести к мелким асоциальным действиям, но не вследствие сознательного желания нарушить закон или что-то присвоить, а из-за присущего им легкомыслия.

Декомпенсация у гипертимного психопата может возникнуть не только из-за давления, оказываемого взрослыми, но и

из-за конфликтов в подростковой компании. Обычно они стремятся занимать лидирующее положение в группе, во все вмешиваются, командуют остальными подростками, и это может встретить противодействие со стороны других членов группы.

Кроме того, гипертимам быстро надоедает общение с одними и теми же сверстниками, и они ищут другой круг общения. Они легко входят в новую группу и хорошо осваиваются в ней, поначалу их считают остроумными и компанейскими. Но в этой группе они тоже стремятся к лидерству, а в подростковых компаниях, как правило, уже есть свой лидер, и это может вызвать его отпор, соперничество и ссоры.

Сверстников может тяготить чрезмерная активность гипертимных психопатов, далеко не всех увлекают их бесшабашность и склонность к авантюрам, особенно при стремлении к социальным поступкам, что тоже может привести к конфликту.

Поэтому психопаты-гипертимы часто меняют подростковые компании и не всегда оставляют о себе положительное впечатление. Порой их уход остальные члены группы воспринимают с облегчением.

После окончания школы и изменения статуса — поступление в вуз, начало трудовой деятельности, — ломается их жизненный стереотип. Но основные черты личности, как и вообще при психопатии, остаются неизменными.

Гипертимные психопаты легко адаптируются в обществе, улавливают общий фон настроения. Они приветливы, добродушны и общительны, свободно проявляют свои чувства. Подолгу обижаться, таить злобу и вынашивать коварные замыслы отмщения они не умеют. Их эмоции просты и понятны окружающим. Они ведут себя естественно, не умеют хитрить, лавировать и выжидать. Чаще всего они реалисты, принимают жизнь такой, какая она есть, без драматизма и возвышенной мечтательности. Общаться с ними легко, если им не противодействовать и потакать их повышенной активности.

Такие люди вначале вызывают симпатию из-за своего постоянно хорошего настроения, остроумия и общительности. Они вносят новую струю оживленности и веселья в коллектив. Но и будучи взрослыми, они стремятся избирать только тот круг общения, который им импонирует, где они могут проявить свою активность. А в условиях студенческой группы или трудового коллектива с неизменным составом их безграничная общительность порой не может быть реализована.

Они могут прогуливать занятия в институте или в училище, манкировать служебными обязанностями, покидать свое рабочее место, чтобы поболтать с новыми приятелями в курилке.

Если у них возникает какая-то “грандиозная” идея (чаще всего авантюрного характера), то они могут и сбежать с занятий или с работы, прихватив с собой приятелей.

Гипертимов часто упрекают за пренебрежение занятиями при обучении. Как и в школе, им легко дается то, что не требует большого труда и усидчивости. Уже на лекциях или практических занятиях они быстро все схватывают и запоминают. Но сидеть на лекциях молча и внимательно слушать они не могут, — постоянно отвлекаются, при возможности встают и подсаживаются то к одному сокурснику, то к другому, предлагают поиграть в карты, рассказывают анекдоты, отвлекая всех остальных своей возней и хохотом. Они часто получают замечания лекторов, и их даже могут удалить из аудитории. К этому они относятся легко и на следующем занятии ведут себя точно так же.

Но когда в результате частых пропусков у них появляется академическая задолженность, вплоть до возможности отчисления из института, — это становится психотравмирующей ситуацией. Наверстать упущенное они не могут из-за своей неусидчивости и отсутствия упорства, а потерпеть поражение — тоже не в их характере. Они крайне болезненно воспринимают свои неудачи и нарекания со стороны окружающих. Это является частой причиной декомпенсации.

Декомпенсация может проявиться и во время экзаменационной сессии. За счет своих способностей они могут легко запоминать материал и в короткий срок подготовиться к экзамену. Но если экзаменов много и сессия занимает продолжительное время, то их на это “не хватает”, и бывает, что на последних экзаменах они проваливаются. У них часты “хвосты” и академические задолженности. В благоприятный период они могут собраться и, поверхностно освоив материал, сдать экзамен или зачет.

Гипертимам все дается легко и без особых усилий, поэтому чаще всего им удается закончить обучение, несмотря на неровности в успеваемости и постоянные “хвосты”. Но если возникают конфликты из-за нарушения дисциплины, частых пропусков и задолженностей, они теряют интерес к учебе, еще больше запускают занятия, и их могут отчислить из института или училища.

То же самое и в профессиональном коллективе. На первый взгляд они кажутся способными и даже одаренными людьми, но в них нет глубины и трудолюбия, “железной” воли и твердого характера. Целеустремленностью и умением преодолевать все препятствия на выбранном пути они тоже не отличаются.

В работе они могут вначале быть энергичными, деятельными и в течение какого-то времени даже неутомимыми, но чем дальше, тем все больше у них выявляется непоследовательность

и склонность к авантюрам даже в процессе трудовой деятельности. Они в состоянии предложить оригинальное решение или интересный проект, но у них не хватает терпения все в деталях продумать и довести до конца. Поэтому успешное начатое дело может закончиться крахом, а это вызовет декомпенсацию и утрату интереса к работе.

Декомпенсация может произойти и из-за конфликтов в профессиональном коллективе. Поначалу встреченные с симпатией, со временем гипертимы начинают утомлять коллег своей болтливостью, чрезмерной активностью, неуместными выходками. Они и сами неровно работают, и другим мешают.

Долго сидеть за рабочим столом, углубившись в работу, гипертимный психопат не в состоянии. Он может некоторое время пытаться сосредоточиться и что-то успеет сделать, но вскоре начинает ерзать и вертеть головой, искать, с кем бы перекинуться словом, громко шептаться с соседом или с приятелем, сидящим в другом углу комнаты, мешая всем работать.

Гипертима тяготит замкнутое пространство рабочего места, — то ему надо выйти покурить, то размяться, то в туалет. В течение рабочего дня он постоянно в движении. Заглядывает в другие комнаты, вызывая в коридор кого-либо из своих приятелей и вскоре собирает в коридоре целую компанию. Вокруг гипертимных психопатов всегда шум, смех и возня.

Продуктивность их работы невелика, они постоянно отвлекаются на болтовню и какую-нибудь постороннюю деятельность. Из-за этого они часто получают замечания от руководства, вплоть до серьезных конфликтов и необходимости уйти с работы. Это тоже создает условия для декомпенсации.

В новом коллективе все повторяется снова. Из-за конфликтов их трудовая жизнь нестабильна, они не удерживаются на работе, требующей упорства и сосредоточенности, и в конце концов избирают тот вид деятельности, где их повышенная активность может быть лучшим образом реализована.

Гипертимы с удовольствием занимаются общественной работой, организуют различные мероприятия, концерты, вечера, могут принимать участие в художественной самодеятельности, любят роль конферансье или выступают в роли массовиков-затейников.

Если не получается работа, соответствующая полученному образованию, они легко меняют ее на другую сферу деятельности, где их неумная энергия может найти достойное применение. Они отличаются гибкостью мысли, легко овладевают необходимыми навыками при смене профессии. У гипертимов обычно много новых планов и проектов, они строят воздуш-

ные замки и раздают всем обещания организовать грандиозное мероприятие. Но свойственная им непродуктивность не позволяет претворять эти планы в жизнь. Они часто бросают начатое дело незавершенным, когда теряют к нему интерес.

Обычно у гипертимов множество друзей и приятелей. При первом знакомстве они производят очень хорошее впечатление и могут заражать других своим весельем и неиссякаемым оптимизмом.

Но при более близком знакомстве люди могут испытать разочарование из-за их поверхностности и неустойчивости привязанностей и интересов. Нередко им присуща самоуверенность и бесцеремонность, повышенная самооценка. Часто они бывают несносными спорщиками и не терпят никаких возражений и контраргументов. У большинства гипертимов отсутствует критическое отношение к своим недостаткам.

Но и самим гипертимным психопатам их друзья быстро надоедают. Без каких-либо проблем они находят себе новых приятелей, очаровывая их своим остроумием и дружелюбием.

К ним часто прикипают люди, эмоционально не столь выразительные и легко попадающие под чужое влияние. Они с восторгом слушают их шутки и рассказы, без колебаний принимают участие в их авантюрах. Гипертимы относятся к ним покровительственно, командуют ими и полностью подчиняют себе.

В чистом виде гипертимность наблюдается сравнительно редко. Обычно бывает сочетание гипертимности с другими проявлениями. Поэтому при гипертимной психопатии выделяют три подтипа (или варианта): гипертимно-неустойчивый, гипертимно-истероидный и гипертимно-эксплозивный.

Самый частый вариант — **гипертимно-неустойчивый**. У таких людей наблюдается неистребимая тяга к развлечениям и различным авантюрам. Они постоянно в роли заводилы, подбивают компанию на всевозможные шалости, розыгрыши и авантюры. Их неизменно хорошее настроение и легкость в общении увлекают и их приятелей. Они являются лидерами и организаторами разных проделок, рискованных турпоходов без достаточной подготовки, например, плавание на байдарках по бурной порожистой реке или восхождение на гору без альпинистского снаряжения. Они бесшабашно рискуют собственной безопасностью и безопасностью других, любят заключать пари на различные рискованные поступки.

Их жизнь никогда не идет по прямой, а состоит из зигзагов, где есть удачные моменты и периоды краха. Нередко они преступают границы дозволенного, и их авантюры могут быть на грани криминала. Они склонны к легким нарушениям общепринятых норм

поведения, морали и закона, злоупотреблению алкоголем и беспорядочным сексуальным связям. Развлечения и авантюры у них всегда на первом плане, из-за этого они пренебрегают своими семейными и профессиональными обязанностями.

При **гипертимно-истероидном** варианте, наряду с повышенным настроением, имеются черты, в целом напоминающие истерический тип психопатии. Такие гипертимы стремятся постоянно быть в центре внимания, преувеличивают собственные достоинства, хвастаются своими мнимыми подвигами и приключениями.

Если окружающие обнаруживают их недостатки, то в ответ на это они раздувают свои мнимые достоинства, стремясь таким образом отвлечь внимание от своих ошибок и промахов, подчеркивая, что их положительные качества неизмеримо превышают их маленькие слабости.

Как и истерическим психопатам, им свойственна лживость и хвастливость. Они могут придумывать несуществующие несчастья и трагедии, которые им якобы пришлось пережить, увлекая слушателя ужасающими драматическими подробностями.

Если их уличают во лжи, то они недолго испытывают смущение, или лишь демонстрируют его, и вновь придумывают какую-нибудь фантастическую историю о своих приключениях или бурных переживаниях.

В отличие от истинных истерических психопатов, которые сами верят в выдуманные ими истории и порой убеждены, что все это на самом деле происходило, у гипертимно-истероидных психопатов нет отождествления себя с персонажами выдуманных приключений. Они придумывают их лишь для развлечения публики с целью привлечь к себе внимание.

В конфликтной ситуации гипертимно-истероидные психопаты могут совершать демонстративные попытки самоубийства, которые имеют целью привлечь к себе внимание, а не истинное намерение покончить с собой.

При **гипертимно-эксплозивном** варианте, наряду с повышенным в целом настроением, могут быть вспышки раздражительности, повышенной возбудимости, гневливости, которые возникают у них при малейшем внешнем противодействии и даже намеке на такую возможность.

Если психопатам оказывают сопротивление в их чрезмерной активности, эти вспышки могут перерасти в безудержное состояние с яростью, потоком нецензурной брани и даже в агрессивное физическое сопротивление. Причем интенсивность эмоциональной ответной реакции по силе совершенно не соответствует незначительности оказанного противодействия.

Но такие бурные вспышки у них, в отличие от взрывных психопатов, быстро проходят, не оставляя после себя обиды и злопамятности, и все неприятности быстро забываются. Основной фон настроения всегда повышенный, а бурные эмоциональные реакции кратковременны. С человеком, который пытался оказать сопротивление и стал объектом гнева психопата, восстанавливаются приятельские отношения.

Чаще всего гипертимно-взрывной вариант свойствен людям, перенесшим черепно-мозговые травмы.

У подавляющего большинства гипертимов, независимо от сочетания с иными психопатическими чертами, преобладают низшие влечения. Усилено половое влечение. У гипертимов множество сексуальных связей, они нравятся многим женщинам из-за своей активности, бесшабашности и оптимизма.

Но их собственное отношение к партнерам, как и вообще ко всем людям, неустойчиво. Им свойственно непостоянство, поэтому недолговечны и сексуальные связи. Иногда они имеют несколько сексуальных партнерш одновременно и ни одной не испытывают глубоких чувств. Они могут многократно вступать в браки, увлекшись очередной партнершей по сексу, но упорядоченность семейных отношений и постоянство быстро наскучивают, и гипертимы обзаводятся любовницей или пускаются в бесконечные любовные авантюры.

Их веселый нрав сочетается с поверхностностью и легкомысленностью, и женщины быстро начинают понимать это. Браки часто распадаются по вине психопатов-гипертимов.

Многие из них начинают злоупотреблять спиртными напитками, и у них довольно быстро формируется влечение к алкоголю и алкоголизм.

К психиатру они попадают в периоды декомпенсации из-за многочисленных конфликтов в семье и на работе, из-за демонстративных попыток самоубийства, а также при сформированном алкоголизме.

Гипотимный (конституционально-депрессивный) тип психопатии

Гипотимные психопаты — это люди с постоянно пониженным настроением (термин "гипотимия" происходит от греческих "hypo" — пониженный и "thymos" — настроение). Они все воспринимают в мрачных, серых тонах, склонны к пессимизму и не ждут от будущего ничего хорошего.

Гипотимы угрюмы и замкнуты, не любят шумного общества. Они все время обдумывают свои прошлые ошибки, как правило, незначительные, но имеющие большое значение для самого психопата.

Гипотимных психопатов постоянно преследуют угрызания совести, они считают себя неудачниками. Даже если окружающие относятся к ним хорошо, они уверены, что ничем не заслужили такого отношения.

За их угрюмость, унылое выражение лица и вечное недовольство их не очень любят другие люди. Они малообщительны, друзей у них немного. В общении они сдержанны и немногословны. Это прирожденные пессимисты с заниженной самооценкой.

Гипотимы склонны к самообвинению и самоуничтожению по ничтожному поводу. Любые незначительные события прошлого и настоящего вызывают у них угрызания совести и предчувствие грядущей беды, хотя обычно в их прошлом нет ничего порочащего, из-за чего стоило бы так переживать.

Они редко находят повод для веселья, даже успехи их не воодушевляют. Они жалуются, что не умеют радоваться приятным событиям и жизни вообще, и говорят, что им всегда тяжело. В происходящем они видят только негативную сторону и склонны преувеличивать ее. Положительные стороны жизни они не замечают или не уделяют им должного внимания.

Но в своем узком кругу они могут быть обходительными, приветливыми и отзывчивыми. В спокойной привычной обстановке это тихие, грустные, деликатные и тактичные люди. Тот, кто имеет возможность узнать их поближе, оценит мягкость и доброту, скрывающиеся за внешней угрюмостью и мрачностью.

Гипотимы способны на глубокие чувства и сопереживание, хотя внешне они могут этого и не проявлять. Они всегда приходят на помощь, если она кому-то необходима. Но к самим себе они излишне требовательны и постоянно корят себя за якобы совершенные проступки.

Свое вечно подавленное настроение и пессимизм они умеют тщательно маскировать внешним весельем и оживленностью. Но хорошо знающие их понимают, что за этим скрываются уныние и печаль. Особенно грустными и подавленными они становятся наедине с собой.

В работе гипотимные психопаты добросовестны, трудолюбивы и аккуратны. Из-за заниженной самооценки и критического отношения к себе они склонны предвидеть возможные неудачи и осложнения и стараются все предусмотреть. Чаще всего их высоко ценят на работе за их исполнительность, трудолюбие и практический склад ума.

Но они не любят быть на виду и избегают проявлять инициативу, которая может выделить их из остального коллектива.

Чрезмерно переживая мелкие или мнимые неприятности, они крайне тяжело переносят реальные психические травмы и психотравмирующие ситуации. Любое несчастье они переживают гораздо болезненнее других. Например, в случае потери близкого человека остальные члены семьи, которые тоже испытывают горе и печаль, должны больше думать не о собственных чувствах, а о том, как это отзовется на гипотиме, и оказывать ему повышенное внимание, успокаивая и отвлекая.

Даже когда в этом нет никакой его вины, гипотимный психопат склонен во всем винить себя. Он терзает себя мыслями, что если бы он больше времени уделял умершему, больше заботился о нем, то трагический исход можно было бы предотвратить (хотя родственник мог умереть от давней тяжелой болезни, и ничем существенным помочь ему он не мог). Он анализирует свое отношение к покойному, находит в прошлом все больше подтверждений своему пренебрежительному отношению, и у него может сложиться убеждение, что именно он является виновником смерти близкого человека.

В таких случаях пониженный фон настроения трансформируется в депрессию с идеями собственной виновности и даже попытками самоубийства, и требуется помощь психиатра.

Декомпенсация у гипотимных психопатов может произойти и при повышенной нагрузке или предъявлении к ним чрезмерных требований. При этом наблюдается истощаемость, неспособность к длительному напряженному труду и развивается неврастения.

Некоторые гипотимы проявляют мнительность и озабоченность собственным здоровьем, и у них развивается **ипохондрия**. Как и вообще при ипохондрической фиксации, ощущения больных сильно преувеличены. Они болезненно воспринимают любое незначительное изменение в деятельности организма, и при малейшем нарушении у них появляется убеждение что они больны тяжелой неизлечимой болезнью. Такие люди любят обследоваться у врачей, читают медицинские справочники, и чем больше изучают медицинскую литературу, тем больше находят у себя симптомов серьезных болезней.

Многие из них прибегают к алкоголю для коррекции своих личностных нарушений. У гипотимных психопатов часто формируется алкоголизм.

Лабильный тип психопатии

Этот тип психопатии характеризуется очень частой сменной настроением. Но в отличие от циклоидной психопатии, которой свойственна фазность и относительная устойчивость периодов пониженного или повышенного настроения, достигающих 2—3 недель, при лабильном типе внешне совершенно немотивированная смена настроения может происходить по нескольку раз в течение одного дня.

Однако то, что родителям или учителям кажется беспричинным, для подростка с лабильной психопатией имеет очень важное значение. Поэтому второе основное отличие лабильных психопатов от циклоидных состоит в том, что у лабильных перепады настроения спровоцированы чем-либо болезненным для подростка, а у циклоидов и повышенное, и пониженное настроение возникает как бы само по себе, вне зависимости от внешних воздействий.

Подростковая психика вообще очень ранима (подробнее об этом вы можете прочитать в соответствующей главе). На любое обидное замечание, пренебрежение, оскорбительное прозвище подросток реагирует гораздо болезненнее, чем взрослый человек.

Взрослый имеет возможность проанализировать причину подобного к себе отношения и успокоить себя, что оно вызвано, например, завистью, злостью, недоброжелательностью, скверным характером обидчика, тем, что тот склочник или любит сплетни и интриги и так далее. Он может нормально отреагировать на оскорбление, не обратив на него внимания или поскандалив с обидчиком, обзвав его в ответ и получив от этого удовлетворение.

А подросток еще не умеет анализировать, чем вызвано плохое отношение или оскорбление, не умеет и правильно вести себя в такой ситуации. Он не способен разумно отреагировать на событие, ранящее его самолюбие, так как все его эмоциональные реакции еще инфантильны (то есть похожи на детские), незрелы, и пренебрежение окружающих его очень ранит. Реакцией могут быть обида, слезы или уход в себя.

Внешняя бравада подростков, демонстрирующих своим сверстникам и взрослым, что им все нипочем — это лишь маска. На самом деле они очень озабочены тем, что о них думают окружающие, и с обостренным вниманием следят, какое впечатление их поведение оказывает на сверстников и взрослых. Они могут быть очень эмоционально чуткими и наблюдательными, тонко подмечая все нюансы в перемене отношения к ним.

Особенно тонко чувствуют изменение отношения окружающих эмоционально лабильные подростки. Поэтому то, что взрослым кажется пустяком, не заслуживающим чувства обиды,

для лабильного подростка — важное событие, которое может надолго испортить ему настроение. Например, у него новая причёска, которая очень ему идет, и самому нравится, и мама похвалила, — он улыбается и доволен. В хорошем настроении он идет в школу, а одноклассник обозвал его “модником”, — и настроение тут же портится. К нему обращается самая симпатичная девочка в классе с просьбой дать списать трудное домашнее задание, — и он на вершине блаженства. Но на уроке учитель сделал ему какое-то пустяковое замечание, — и настроение вновь падает. После уроков девочка предлагает ему пойти к ней посмотреть новый видеофильм, — и он снова счастлив. И так далее, до бесконечности. На следующий день причиной испорченного настроения может быть то, что он увидел, как его избранница разговаривает с каким-то мальчиком, — и он снова в печали. Но увидев его, она оставляет своего собеседника и направляется к нему, — и все плохое тут же забывается, и так многократно в течение дня.

Малейшее замечание, косой взгляд, смешки одноклассников вслед — поводы для испорченного настроения и уныния. А ободрение, похвала, комплимент, заманчивое обещание — поводы для радостного состояния.

У таких подростков (и девочек, и мальчиков) — обостренная восприимчивость ко всему, что их касается.

Родителям и учителям такие частые и резкие перепады настроения у подростка кажутся беспричинными, поскольку раздражители, на их взгляд, незначительны. Эмоционально лабильного подростка могут считать капризным, избалованным или легкомысленным. Но на самом деле это не так. Лабильные личности способны на глубокие чувства и переживания и на искреннюю привязанность. Но такие чувства они обычно испытывают по отношению к тем людям, от которых видят отдачу, участие и любовь. Особенно привязаны они к родным и близким, если те любят их, заботятся и понимают их повышенную чувствительность. Они с благодарностью принимают утешения родителей, если те объясняют, что причина их плохого настроения не стоит того, чтобы так сильно расстраиваться, и пытаются переключить внимание подростков на что-то, что может поднять им настроение.

Лабильные подростки способны и на искреннюю дружбу. Но в дружбе они избегают грубых, бестактных сверстников, а предпочитают общаться с теми, в ком находят отклик на свои переживания, кто способен их утешить и успокоить или рассмешить. К таким друзьям они привязываются всей душой.

Эта сверхчувствительность к внешним воздействиям сохраняется и когда подросток вырастает. У взрослых изменение настроения может быть связано и с их личными переживаниями,

и с событиями, не имеющими к ним прямого отношения (это же может быть и в подростковом возрасте). Слова совершенно незнакомого человека, который ничего не значит в их жизни, могут испортить настроение, а случайный комплимент тут же вызывает улыбку и душевный подъем.

Эмоциональные реакции могут быть очень экспрессивными, в виде эмоциональных взрывов, но без агрессивности. Лабильные психопаты не способны на длительные переживания и быстро истощаются.

Постоянные колебания настроения сказываются и на работоспособности, и на всей жизни лабильных психопатов. Они легко увлекаются, проявляя воодушевление и восторгаясь предметом своего увлечения, но легко разочаровываются, когда на смену радостному настроению приходит уныние.

Они неспособны к критической самооценке и не могут хоть как-то контролировать свои эмоции. Уговоры и убеждения окружающих, что не стоит столь болезненно реагировать на всякие пустяки, могут успокоить их на время, и они вновь воспрянут духом, но при новой неприятности вновь отчаиваются, начинают всем жаловаться и "плакаться в жилетку" на свои горести.

Но если у подростка такие бурные переживания по пустякам могут вызвать сочувствие и сопереживание взрослых, и любящие родители стараются оберегать его от огорчений и успокаивать, то аналогичное поведение взрослого способно породить недоумение и неприятие у окружающих. Ему советуют взять себя в руки, смотреть на неизбежные в жизни каждого человека неприятности более реалистически.

Взрослые лабильные психопаты часто раздражают окружающих своим постоянным нытьем и жалобами. Многие считают, что у них самих гораздо больше поводов для переживаний, однако они не обременяют других своими проблемами, а поведение лабильных психопатов расценивают как избалованность с детства.

У некоторых лабильных психопатов крайняя неустойчивость настроения может сочетаться с истероидными чертами. Такой вариант психопатии называется **лабильно-истероидным**.

Чаще всего он наблюдается у тех подростков, которых обожают и оберегают от всех неприятностей их родители. Потворство родителей создает уверенность во вседозволенности, и это закрепляется на всю жизнь.

Лабильно-истероидные психопаты крайне эгоцентричны, требуют к себе постоянного внимания и особого отношения окружающих, считая себя личностями утонченными, тонкими и ранимыми. Такие люди считают, что все вокруг должны оберегать их от излишних волнений, создавать им особую благоприятную

атмосферу, беречь каждую минуту их хорошего настроения и ни в коем случае не огорчать. Понятно, что подобные претензии к окружающим, а тем более в профессиональном коллективе, не только необоснованны, но и нелепы.

А при **лабильно-сенситивном** варианте в детстве имеются неблагоприятные условия воспитания, когда родители пренебрегают ребенком, постоянно попрекают его и наказывают.

Иногда такое отношение родителей вызвано их раздражением на постоянные перепады настроения у ребенка, и тогда они ставят ему в пример других детей, у которых нет подобных нарушений, а убедившись в безуспешности добиться нормального реагирования лабильного ребенка "воспитательными" мерами, все свое внимание и любовь переключают на других детей в семье.

Отверженный ребенок, и без того ранимый и эмоционально неустойчивый, не находя опоры в родителях, чувствует себя всеми покинутым и несчастным. Даже став взрослым, такой лабильно-сенситивный психопат считает свою жизнь беспросветной, полной несправедливостей и часто плачет не только от обид, но при одном лишь воспоминании о прошлых обидах.

Декомпенсация при лабильной-психопатии — довольно частое явление. Она может происходить в любом возрасте, и причина, ее вызвавшая, может быть совсем незначительна. Такие психопаты часто ищут утешения в алкоголе и становятся алкоголиками.

Шизоидный тип психопатии

Шизоидная психопатия характеризуется эмоциональной холодностью и неспособностью выражать теплые чувства и привязанности, скрытностью, патологической замкнутостью и недостатком контактов с другими людьми, неспособностью переживать наслаждение, сниженным интересом к сексуальному общению, оторванностью от реальности и погруженностью в свой внутренний мир, фантазированием про себя, недостаточной реакцией на похвалу или порицание, затруднением в усвоении общепринятых норм поведения, что проявляется в эксцентричных поступках.

Одной из наиболее рельефных характеристик этого типа психопатии является замкнутость и необщительность. Ограниченность контактов с окружающими вызвана не болезненной застенчивостью и стеснительностью, как при некоторых других типах психопатии, а неумением строить отношения с людьми и отсутствием внутренней потребности в общении.

При формировании шизоидной психопатии необычные черты появляются уже в возрасте 3—4 лет. Такие дети не любят

шумных забав и подвижных игр, предпочитают тихие, уединенные занятия и не стремятся к активному общению с ровесниками.

С самых первых лет жизни шизоидные психопаты предпочитают играть одни. В детских учреждениях, когда их пытаются вовлечь в групповые игры, они могут подчиниться, но при первой возможности отходят в сторону и сидят, чем-то занимаясь, в одиночестве. Воспитатели обращают внимание родителей на то, что ребенок молчалив, редко улыбается и необщителен.

Родители отмечают, что ребенок очень серьезен, подолгу застывает, как бы обдумывая что-то про себя, сохраняя недетскую серьезность на лице. Например, во время еды он может застыть с ложкой в руке, уставившись в одну точку или в окно.

У таких детей иногда наблюдаются необычные вкусы в еде: например, они едят только смесь сладкого и соленого, заедают селедку вареньем, отказываются от любых рыбных и мясных блюд и тому подобное.

Наряду с нормальным интеллектуальным развитием, ранним развитием речи и богатым словарным запасом у детей-шизоидов может быть затруднение в приобретении двигательных навыков и навыков самообслуживания. Часто такие дети бывают неуклюжими, неловкими, малоподвижными, медлительными. Им трудно научиться одеваться, причесываться и обслуживать себя, они могут часами сидеть с расческой или предметом одежды в руке.

Может наблюдаться однообразие поведения, затруднение приспособления к новым условиям.

Бывает, что ребенок-шизоид предпочитает ровесникам общество взрослых, так как те мало обращают на него внимания, и он может быть предоставлен сам себе. Иногда такие дети подолгу молча слушают беседы взрослых, не мешая им и не докучая. С самого детства они проявляют холодность и недетскую сдержанность.

В подростковом возрасте они резко отличаются от сверстников, становятся еще более непохожими на остальных. Замкнутость, отгороженность от других бросается в глаза. Из-за этого у окружающих возникает особое отношение к шизоидам. С детства их считают странными, и сверстники относятся к ним настороженно и сторонятся их. Они всегда держатся особняком от подростковых компаний.

Иногда такое одиночество даже не тяготит шизоида, он живет в своем собственном мире и пренебрежительно-отстраненно или неприязненно относится к обычным развлечениям подростков. Больше всего его интересуют книги, зрелища, спокойные настольные игры, конструирование, рисование, лепка из

пластилина. Поэтому контакты со сверстниками у них весьма избирательны и зависят от их интересов.

Начитанность шизоидов, способность к логическому мышлению, интерес к отвлеченным, абстрактным понятиям, сложным философским проблемам, сохранение в памяти значительной информации, способность ответить на многие "недетские" вопросы, придумав им неожиданное, оригинальное освещение, — все это уже с детства обращает на себя внимание родителей, воспитателей и учителей.

Частично этим и объясняется отсутствие интереса к общению с более примитивными ровесниками, занятыми детскими играми. На школьной перемене ребенок-шизоид не выходит в коридор, где одноклассники устраивают шумную возню, а достает принесенную с собой "взрослую" книгу и углубляется в чтение.

Погруженность в себя и свои увлечения, неумение играть в обычные для своего возраста игры и эмоциональная негибкость отталкивают от них сверстников. Их начитанность и более высокое интеллектуальное развитие обычно сочетаются с отставанием в двигательной сфере — они неловки, угловаты, что вызывает насмешки других подростков, и им придумывают обидные прозвища — "умник", "очкарик" и тому подобное.

Обнаруживая развитое логическое мышление, прекрасные способности и хорошую эрудицию, шизоиды в то же время оказываются совершенно беспомощными в простых житейских ситуациях и не могут найти из них правильный выход.

Большинство шизоидных подростков страдают от своего одиночества и неспособности найти себе друга по душе. В своих сокровенных мечтах они представляют, как возглавят группу сверстников, став в ней лидером и всеобщим любимцем. В этих фантазиях шизоиды воображают, что могут легко и свободно общаться с другими ребятами, чего не хватает им в реальной жизни.

Но их замкнутость затрудняет вступление в типичную подростковую компанию и способность освоиться в ней. В подростковой группе они не поддаются общему настроению и влиянию ровесников, не могут подчиняться правилам, существующим в группе, которым обычно без колебаний следуют другие члены подростковой компании.

Чаще всего они покидают такую группу, а если и остаются в ней, то считаются "белыми воронами". Над ними могут насмехаться и даже издеваться другие члены группы, но обычно это их мало задевает.

Некоторые шизоиды сохраняют независимость даже в группе, оставаясь холодными, уравновешенными и сдержанными, они могут дать неожиданный отпор обидчику, чем внуша-

ют уважение другим подросткам и заставляют их держать дистанцию.

Бывает, что они не стремятся влиться в группу, а пытаются подружиться с кем-либо из сверстников, но, натолкнувшись на неприязнь, быстро тушуются, не знают, как себя вести, и еще больше уходят в себя.

В семье подросток-шизоид может не обращать внимания на других детей и родителей, если они его не трогают и не мешают его увлечениям. Он способен пассивно подчиняться домашним правилам и распорядку дня, но при попытке вторгнуться в его внутренний мир, его необычные увлечения и фантазии часто возникает бурная протестная реакция.

Так же бурно реагирует шизоид и на запреты. Например, если ему запрещают читать или препятствуют его увлечениям, подросток может оскорбить своих близких, не выбирая выражений, и подчас очень обижает их своими язвительными характеристиками и презрительными прозвищами. На упреки родственников он способен без всяких сожалений и извинений холодно заявить, что "с беспросветными тупицами" ему не о чем разговаривать.

Если в семье создается конфликтная обстановка из-за запретов и требований родителей "быть как все дети", а со сверстниками сам подросток не способен или не желает общаться, то это может вызвать декомпенсацию с последующим формированием отрицательного отношения ко всем людям, вплоть до антропофобии (боязнь людей).

Утяжеление шизоидных черт всегда происходит на фоне ухудшения межличностных отношений — с родителями или ровесниками. Усиливается дисгармония и противоречивость психики — чувство собственного превосходства и повышенная самооценка порой сочетаются с чувством собственной неполноценности.

Могут быть расстройства настроения в виде легких депрессивных состояний, а также повышенная возбудимость и экспансивность. Вначале усиление таких нарушений происходит только под влиянием внешних факторов, а в последующем они уже проявляются и из-за внутренних переживаний подростка. Реакция протеста при конфликтной ситуации иногда выражается в побеге из дома.

Бывает, что в психотравмирующей ситуации возникают невротические реакции — навязчивые опасения, страхи, фобии.

У шизоидов чувство собственной неполноценности может быть связано со стойкой убежденностью в наличии у них физического недостатка и даже уродства, наличием которых подростки пытаются объяснить, почему их отвергают сверстники. Например, они считают, что у них слишком большие уши или что

они оттопырены, как крылья летучей мыши, что у них огромный нос, "как у Сирано де Бержерака", непропорциональное лицо или уродливая фигура, и тому подобное. Как правило, эти представления сильно преувеличены.

В подростковом возрасте, когда внешность значительно меняется, часто даже очень красивый в раннем детстве ребенок становится похожим на "гадкого утенка", и у многих это вызывает озабоченность. Но у шизоидов такая озабоченность носит болезненный характер, она не поддается переубеждению и коррекции и называется **дисморфофобией**.

Со временем это проходит, но в ряде случаев убежденность в своей внешней непривлекательности может сохраниться на всю жизнь, что в еще большей степени создает предпосылки для отгороженности от других людей и одиночества шизоида.

Обычно стремление к самостоятельности у шизоидного подростка ограничивается требованием невмешательства окружающих в его личную жизнь.

Вместе с тем подросток может про себя или вслух критиковать существующие правила поведения и порядки в коллективе, насмехаться над идеалами и духовными ценностями общества, его условностями и отсутствием свободы личности. Это называется **нонконформизмом**.

Шизоиды не любят поступать так, как все, как вообще принято вести себя в обществе. Некоторые подростки не высказывают своего мнения вслух, но ведут себя в соответствии с собственными понятиями о нормах поведения.

Презрительное отношение к общепринятым нормам иногда неожиданно для окружающих проявляется в решительных действиях или публичном выступлении, когда подросток обрушивает на ошеломленных слушателей поток критики социальных или психологических проявлений жизни людей в резких и язвительных выражениях, категорично и прямолинейно, обнаруживая наблюдательность и умение подметить детали, но не учитывая возможных последствий для себя и для тех, кому адресуется его критика.

Внутренний мир шизоида закрыт для других людей. Он заполнен необычными фантазиями, предназначенными только для него самого. Фантазии чаще всего имеют сложный характер и могут содержать элементы творчества. Шизоид не склонен посвящать кого-либо в свои мечты и рассказывать о них близким.

В отличие от истерических фантазий, в которые сами истерики верят, у шизоидов нет погруженности в фантастические вымыслы, когда подросток полностью перевоплощается в другое существо. Шизоид четко отделяет реальную жизнь от своих красочных грез и мечтаний.

Тематика фантазий может иметь эротический характер (при внешней незаинтересованности шизоида в сексуальных связях) или отражать честолюбивые устремления и тешить самолюбие и гордость.

Со временем все отчетливее обнаруживается односторонность их развития, дисгармония психики, несоответствие серьезности и направленности интересов их возрасту. Часто шизоиды живут своими, странными для остальных, сильными и устойчивыми увлечениями, которые могут проявляться в коллекционировании необычных для их возраста предметов. То, что, как правило, собирают все подростки — марки, спичечные этикетки, вкладыши от жвачки, модели автомобилей, мини-игрушки из “киндер-сюрприза” — не привлекает подростка-шизоида, ибо он всегда поступает не так, как другие.

Шизоиды предпочитают более изысканные предметы для коллекционирования. Их коллекции бывают уникальными, например, старинные почтовые открытки, посвященные конкретной тематике, старинные монеты определенной страны, копии гравюр художника XVIII века, старинные фотографии архитектурных сооружений, копии любовной переписки какого-либо писателя и тому подобное.

Иногда коллекции могут удивлять своей никчемностью, бесполезностью, странностью выбора тематики. Но в этом проявляется стремление к удовлетворению изощренных эстетических потребностей шизоида, а не просто накопительство ненужных предметов.

Многие из них предпочитают интеллектуально-эстетическое хобби, например, интерес к религии и философии, уникальные сведения в какой-либо узкой области. В рамках своих увлечений они могут достичь определенных успехов и удивлять взрослых и сверстников эрудицией и глубоким знанием предмета.

Большинство шизоидов любят читать и чтение предпочитают всем остальным развлечениям. Многие уже в детском возрасте увлекаются “взрослой” фантастикой, читают все произведения известных писателей-фантастов.

Одни “запоём” читают все книги подряд, а другие — строго избирательно, например, книги по естествознанию, истории, литературоведению, эстетике, философии, причем интерес может проявляться к конкретной исторической эпохе или к определенной теории.

Хобби шизоидов необычны и могут поражать своим несоответствием возрасту или общему интеллектуальному развитию, например, увлечение древними языками, древнегреческой философией или мифологией, генеалогией французских королей,

русских царей или китайских императоров, импрессионизмом или абстракционизмом в живописи, творчеством писателей-символистов, эстетикой и тому подобным.

Все увлечения предназначены для самих шизоидов. Они никогда не делятся ими с окружающими. В отличие от истериков, которые тоже могут весьма поверхностно овладеть знаниями в какой-либо изысканной области искусства, чтобы поразить окружающих и произвести на них впечатление, свои увлечения шизоиды предпочитают скрывать, а не выставлять напоказ. Иногда они таят их, боясь непонимания и насмешек, а иногда из-за особенностей своей психики.

Лишь перед немногими людьми, в которых он чувствует искренний интерес, шизоид способен слегка приоткрыть то, чем он живет и что его интересует, но тут же может вновь уйти в себя. Чаще он откроется случайному человеку, которого видит впервые в жизни, если тот чем-то ему импонирует. А для своих родных и знакомых, которые знают его много лет, он порой всю жизнь остается скрытной, загадочной, непонятной личностью, "вещью в себе".

Некоторые шизоиды всерьез увлекаются шахматами и уже в подростковом возрасте могут обыграть многих взрослых профессионалов, получают разряд мастера спорта по шахматам. Может наблюдаться увлечение математикой с самостоятельным освоением высшей математики, решением сложных математических задач, созданием собственных теорем и аксиом.

У некоторых наблюдается склонность к конструированию или созданию своеобразных архитектурных проектов, отражающих их мечты и фантазии. Они "возводят" целые города из необычных по конструкции зданий, с фантастической природой, населенные необыкновенными существами.

Увлечения шизоидов могут быть связаны и со стремлением к физическому совершенству. В подростковом возрасте у многих из них движения своеобразны, угловаты, негармоничны, скованны, недостаточно пластичны, бывает прыгающая походка или неестественность движений, вычурность жестов и мимики, причудливость почерка. Это вызывает насмешки физически более развитых сверстников.

Упорное стремление подростка к телесному совершенству может компенсировать эти недостатки. Шизоиды предпочитают те виды спорта, которые предполагают не коллективные спортивные игры, а индивидуальные занятия — гимнастику, плавание, причем стремятся заниматься не в спортивной секции, а самостоятельно, например, ходят в бассейн по абонементу, разрабатывают сами определенный комплекс гимнастических упражнений, бегают на длинные дистанции или катаются на

велосипеде. Предпочтение отдается и экзотическим видам спорта: йоге, у-шу, китайской гимнастике. Они овладевают ими тоже самостоятельно, по книгам.

Некоторые увлекаются прикладным искусством и художественным творчеством — лепят из глины и расписывают затейливые фигурки и предметы, вышивают целые полотна с фантастическим сюжетом, разрисовывают стены своей комнаты символическими картинами, сами придумывают оригинальные экслибрисы и помечают ими все книги из личной библиотеки, делают для книг необычные обложки и так далее.

С возрастом у части шизоидов исчезают их подростковые интересы, а у некоторых взрослых увлечения принимают гротескные формы, они всецело отдаются коллекционированию или детальной разработке какой-либо узкой проблемы. Могут быть попытки осуществить свои фантастические идеи изобретательского характера.

Они предпочитают профессии, связанные с их увлечениями, например, становятся искусствоведами, историками, философами, математиками, профессиональными шахматистами или занимаются творческой деятельностью.

В своей профессии они чаще всего одиночки. У некоторых их общая двигательная неловкость не распространяется на тонкие двигательные навыки, и они становятся пианистами или играют на других музыкальных инструментах. Могут стать высококвалифицированными специалистами-наладчиками, настройщиками, мастерами ручного труда.

Среди них встречаются весьма талантливые люди, которые создают новые концепции и направления в своей области, проявляя немалую энергию и упорство в научной деятельности.

Оригинальное мышление и вкус шизоидов могут сочетаться с художественной одаренностью, и из них получаются художники-новаторы, поэты и писатели со своим весьма своеобразным стилем и языком, полным символических значений и новых, прежде не известных слов, драматурги, создающие новые направления в драматургии, где слова заменяются символическими жестами или имеют особый смысл, композиторы, необычная музыка которых рассчитана на тонкий, неординарный вкус.

Но несмотря на значительные достижения в своей творческой, научной или иной профессиональной деятельности, они остаются совершенно непрактичными в повседневности, не знают простейших обыденных вещей, из которых состоит жизнь большинства людей.

Чем больше они увлечены своей творческой деятельностью, тем больше пропасть между ними и окружающими, даже

членами их семьи. Тонкий художественный вкус шизоидов и необычная эмоциональность их произведений сочетаются с равнодушием к людям и пренебрежением общепринятыми нормами поведения.

Их необычность проявляется и во внешнем облике. В одежде они либо подчеркнуто изысканны, аристократичны, либо нарочито небрежны, экстравагантны. То же самое и с прической. Необычны их движения, посадка головы, походка, мимика и интонации.

Некоторые шизоиды рано заканчивают образование. Закончив школу, они категорически отказываются поступать в институт, хотя при их начитанности и эрудиции сдача вступительных экзаменов вряд ли представляла бы проблему.

На уговоры родителей они пожимают плечами, никак не аргументируя свой отказ, но переубедить их невозможно. Тем более, что шизоиды и раньше были не склонны объяснять мотивы своих поступков.

Близким отказ продолжить образование кажется непонятным, но такое поведение вытекает из особенностей психики шизоида — в школе он уже как-то адаптировался, с его странностями смирились и одноклассники, и учителя, а здесь предстоит ломка стереотипа и необходимость вынужденного общения с активной, оживленной студенческой средой.

Поэтому они предпочитают не продолжать образование, а пойти работать, выбирая такую деятельность, где вынужденное общение сводится к минимуму. В профессиональном коллективе все заняты не столько общением, сколько своими личными и производственными проблемами, и здесь шизоиду адаптироваться легче. Но многие из них не приживаются сразу и сменяют несколько мест работы, пока не найдут ту, которая бы их полностью устраивала.

В работе они предпочитают созданные ими самими методы, основанные на их собственных представлениях о существовании проблемы, и руководитель не в состоянии заставить такого человека работать по-другому.

Некоторые шизоиды в своей профессиональной деятельности пассивны или проявляют монотонную, однообразную или, наоборот, лихорадочную активность.

Шизоидные психопаты отрешены от действительности, не знают многих практических вопросов, что затрудняет их профессиональную адаптацию. Они любят сложные теоретические построения, имеющие символическое значение и не имеющие к их конкретной деятельности никакого отношения. Многие склонны к абстрактному мышлению и созерцательности, наблюдают

и анализируют, а не решают практические задачи, из-за чего получают нарекания за низкую результативность своей деятельности.

Они недостаточно инициативны, их интересы направлены не во вне, а как бы в себя. Для многих работа является тяжелой повинностью. Но если они находят работу по душе, то могут отдаваться ей с увлечением, не зная отдыха, и тогда продуктивность их труда довольно значительная.

Из-за недоступности внутреннего мира шизоида и его внешней сдержанности, его поступки могут расцениваться окружающими как непонятные и неожиданные, так как предшествовавший поступку ход мыслей и его мотивы скрыты от других людей. Поведение таких людей нередко кажется эксцентричным или странным, но такова парадоксальность психики шизоида. Лишь ему одному понятны мотивы его поступков.

В отличие от истерических психопатов, эксцентричные поступки у шизоидов не имеют своей целью привлечь всеобщее внимание. Наоборот, шизоиды не любят повышенного внимания окружающих и не терпят, когда им навязывается общество людей, если они не расположены к общению.

Воля у шизоидов развита односторонне, они порой кажутся другим людям пассивными, апатичными и бездеятельными, но когда дело касается их интересов, могут проявить неожиданную для всех активность. Поскольку они не любят поступать как другие, все их поступки обусловлены их собственными представлениями о нормах поведения. В жизни их обычно считают оригиналами, чудаками, эксцентричными людьми.

Из-за их замкнутости и нарушения взаимодействия с реальной действительностью эмоции шизоидов, отражающие их внутренние переживания, воспринимаются окружающими как странные и необъяснимые с точки зрения нормального человека. Их эмоциональная сдержанность выглядит как холодность, но личные чувства шизоида могут быть сильными и глубокими.

Необычность эмоциональной жизни шизоидов проявляется и в том, что они способны тонко чувствовать воображаемые образы, но неспособны понять простые эмоции близких людей и откликаться на них. Они готовы к самопожертвованию ради высшей идеи, торжества отвлеченных концепций общечеловеческого масштаба, а то, что происходит с близким человеком, находящимся рядом, не замечают.

Недостаток интуиции у шизоидов считается их наиболее важным дефектом. Это выражается отсутствием "непосредственного чутья действительности" (П.Б.Ганнушкин). Недостаток интуиции проявляется неумением проникнуть в чужие переживания и опасения, угадать желания других людей, догадаться, какие

чувства испытывают они к самому шизоиду — симпатию и любовь или, наоборот, неприязнь и недовольство его холодностью. У шизоидов нет ответной эмоциональной реакции на чужие переживания, они не умеют найти правильную манеру в общении с другими людьми, не в состоянии почувствовать общую ситуацию и уловить момент, когда нужно выразить сочувствие и поддержку, внимательно выслушать собеседника, или когда не следует навязывать человеку собственное присутствие и надо оставить его одного.

С этим тесно связан **недостаток сопереживания** — неумение разделить радость и горе других людей, понять их огорчения и обиды, волнения и беспокойство.

Все вместе обуславливает **эмоциональную холодность** шизоидов. На них часто обижаются окружающие, расценивая многие их поступки как жестокие. Но их внешне кажущаяся жестокость не связана с садистскими наклонностями, а вызвана неспособностью почувствовать и понять страдания других.

Весь мир как бы отделен от шизоида “стеклянной преградой”, преодолеть которую он не в состоянии и не может слиться с окружающими.

В ряде случаев, будучи отгороженным от большинства людей, шизоид может проявлять избирательную общительность, ограничивая свои контакты семьей или узким кругом друзей, близких по интересам.

У них бывает и достаточно широкий круг общения, но отношения в нем чисто формальные, на рациональной основе, без тепла и близости.

Из-за трудностей в установлении близких эмоциональных отношений с другими людьми шизоиды тяжело переносят ситуации, когда жизнь заставляет их это делать. Крайне болезненно реагируют они и на попытки окружающих вторгнуться в их внутренний мир.

Внимание шизоида избирательно направлено только на то, что интересует его самого — необычное фантазирование, отвлеченные теоретические понятия, личное творчество. За пределами собственных интересов шизоиды бывают рассеянными и ничего вокруг не замечают.

Парадоксальны все проявления их психической деятельности — они могут быть податливы, внушаемы и легковверны, и одновременно насторожены, упрямы и склонны все делать наоборот. Увлечение личным творчеством или интересующей шизоида теоретической разработкой порой сочетается с пассивностью в решении простых житейских проблем. Шизоиды иногда чрезмерно привязаны к одному человеку (или животному) и одновременно проявляют к другим совершенно беспричинную

антипатию. Необщительность может сочетаться у них с неожиданной чрезмерной назойливостью, а их богатый внутренний мир — с бедностью и невыразительностью внешних проявлений. Они одновременно холодны и утонченно чувствительны, апатичны и целеустремленны, застенчивы и бестактны, склонны к рациональным рассуждениям и нелогичным поступкам.

Шизоидам свойственно **отсутствие внутреннего единства** и последовательности всей психической деятельности, причудливость и парадоксальность психики, эмоций и поведения. Эмоциональная диспропорция у них характеризуется повышенной чувствительностью (это называется **гиперэстезией**) и эмоциональной холодностью (это называется **анестезией**) с одновременной отчужденностью от людей. Об эмоциональности шизоидных психопатов психиатры говорят, что это сочетание "дерева и стекла", то есть одновременно и твердость, и хрупкость.

О людях шизоиды могут судить категорично и склонны к крайностям. У них нет гибкости в отношениях с окружающими, способности идти на компромиссы, уступать и соглашаться с мнением других. К особенностям шизоидной личности относится и неумение убеждать своими словами других людей. Шизоиды пристрастны, недоверчивы и подозрительны.

Причудливость их интеллектуальной деятельности проявляется в логических комбинациях с неожиданными выводами, особой методике обобщения фактов; образовании новых терминов, понятий и их сочетаний, склонности к символике и многословным бесплодным рассуждениям.

У многих наблюдается необычность в речи и интонациях — несоответствие интонаций и ударений во фразе, сложность речевых оборотов, недостаточная модулированность речи, быстрое произнесение одних слов и замедленное — других.

С годами шизоиды все больше отдаляются от других людей и отдаются своим чудачествам и необычным хобби.

Нарастает замкнутость, эмоциональная холодность, может быть диссоциированность отношений и эмоций — утрированная привязанность к члену своей семьи или к кому-либо другому в сочетании с отчужденностью от всех остальных людей, эгоизм и черствость к окружающим и повышенная чувствительность ко всему, что способно ущемить самолюбие, повышенная самооценка в сочетании с чувством собственной неполноценности.

Не все шизоиды одинаковы. Среди них есть тонкие, чувствительные натуры, а есть равнодушные, тупые. Бывают мелочные педанты, сухие, черствые, ироничные, язвительные, встречаются и мрачные человеконенавистники, а также скупердяи. Но они могут быть и деловыми, целеустремленными и отмечающими на

своем пути все, что им мешает, настойчивыми и упорными. Некоторые крайне ранимы, мимозоподобны, другие — холодны, безжалостны, даже жестоки к другим людям.

У некоторых шизоидных психопатов их внешнее безразличие к нормальным сексуальным отношениям может сочетаться с различными половыми извращениями и сексуальной активностью в самых грубых, противоестественных формах — эксгибиционизмом, онанизмом в присутствии других людей, стремлением подсматривать под окнами или в раздевалках и прочим.

Спиртное шизоиды обычно употребляют ради облегчения контактов с людьми, устранения чувства неловкости и собственной неполноценности в общении. Из-за этого может сформироваться психическая зависимость от алкоголя.

Но обычно дозы алкоголя невелики, достаточны для облегчения интерперсональных (межличностных) отношений, а не для опьянения, и алкоголиками они становятся редко.

Некоторые, особенно люди творческих профессий, предпочитают алкоголю наркотики. Это тоже облегчает контакты, но не только этого шизоиды ищут в наркотиках. Многие даже на самых начальных этапах принимают их не в компании, как это обычно бывает, а в одиночестве, и погружаются в мир столь милых их сердцу с детских лет грезоподобных переживаний. В отличие от алкоголя, наркотики способны вызвать у них не только психическую, но и физическую зависимость, и прогноз наркомании неблагоприятен.

Эпилептоидный тип психопатии

Название “эпилептоидный” дано этому типу психопатии из-за сходства с некоторыми изменениями личности, которые происходят у больных эпилепсией.

Основными особенностями характера эпилептоидных психопатов являются повышенная возбудимость в сочетании со взрывчатостью, злобностью, злопамятностью, мстительностью, склонностью проявлять бурные реакции с агрессией в ответ на незначительные внешние раздражители.

Проявления психопатии чаще всего обнаруживаются уже в детстве. С раннего возраста такие дети могут подолгу беспричинно плакать и рыдать, и их невозможно успокоить, не действует даже окрик — они озлобляются, колотят ручками и ножками по чему попало, могут ударить и мать, и сверстников.

С детства они периодически бывают хмурыми, мрачными, беспричинно озлобленными, изводят своих близких и других детей капризами и немотивированной злобностью.

У них рано проявляются садистские наклонности, которые с возрастом становятся еще более явными. Они мучают беспризорных животных, ужасая взрослых своей жестокостью, могут нанести повреждения домашним животным и "просто так", "чтобы посмотреть". Они исподтишка издеваются над другими, более слабыми детьми, которые не могут дать им отпор, стараюсь, чтобы этого не увидели взрослые.

С детских лет эпилептоиды проявляют властность и деспотизм, в коллективе претендуют на роль "вождя" и "властелина", требуют безоговорочного подчинения себе, устанавливают свои правила в играх, диктуют всем, что следует делать, но всегда в свою пользу.

В поведении ребенка-эпилептоида со взрослыми проявляется неповиновение с ненавистью, гневливость и склонность к разрушительным действиям и драчливости при малейшем покушении на его "самостоятельность".

В школьные годы у эпилептоидов проявляется приверженность правилам, повышенная аккуратность, мелочная скрупулезность во всем, и это стремление к внешней аккуратности становится самоцелью и осуществляется во вред учебе.

Наиболее рельефной особенностью является наличие частых, внешне ничем не спровоцированных периодов мрачного, угрюмого, злобно-тоскливого или злобно-раздражительного настроения, которые называются **дисфориями** (термин происходит от греческого "dysphoria" — раздражение, досада).

В течение периода дисфории неуклонно накапливается раздражение, и эпилептоидный психопат ищет, на ком бы сорвать накопившуюся злобу. Эта злобность не имеет никакого отношения к поведению окружающих, она идет изнутри и является наиболее характерным эмоциональным проявлением и эпилептоидной психопатии, и эпилепсии.

Стремление окружающих предотвратить дисфорию, их доброжелательность, готовность пойти навстречу в малейших желаниях эпилептоида не имеют успеха.

Наоборот, в некоторых случаях проявление другими людьми участия и доброты еще больше озлобляют эпилептоидного подростка, так как в этих случаях он не может найти в их поведении ни малейшего повода, чтобы сорвать на них свою злобу, и она достигает наивысшего накала. Это состояние подобно разрыву парового котла, который вначале бурлит внутри, постепенно закипая, а когда давление достигает наивысшего уровня, он взрывается.

В конце концов эпилептоид находит какой-нибудь повод для придирки. Он может быть совершенно случайным и играет

роль “последней капли”, переполнившей чашу терпения. Бывает, что поводом служит само проявление сочувствия, и эпилептоид набрасывается на человека, пытающегося его утешить или успокоить, с криком, что ему все это надоело. Происходит бурная эмоциональная разрядка. Она отличается не только большой силой, но и продолжительностью.

Возможно даже двигательное возбуждение с поломкой вещей, угрозами в адрес окружающих и агрессивностью, направленной на любого, даже первого попавшегося, независимо от того, какие последствия это будет иметь для этого ни в чем не повинного человека и для самого психопата.

Эпилептоидный психопат долго не может остыть и успокоиться. Этим эмоциональные разряды при эпилептоидной психопатии отличаются от вспышек при других типах психопатий, когда человек быстро вспыхивает, но также быстро остывает, если отвлечь его внимание или если причина, вызвавшая гнев, устранена.

Дисфория — длительное состояние, оно может продолжаться и несколько часов, и несколько дней.

Сам эпилептоидный психопат не может ни предотвратить приступ дисфории, ни совладать с собой во время такого приступа. Эпилептоиды признают, что такие состояния возникают без какой-либо внешней причины — “на меня находит”.

Находясь в состоянии дисфории, они могут выбрать объектом для разрядки своей злобы совершенно незнакомого человека или любого члена коллектива. Поэтому подобные эпизоды могут происходить в любом общественном месте, дома, в школе, в компании сверстников и на работе.

Идеальное условие для разрядки у эпилептоида — ситуация драки. Иногда они намеренно провоцируют ее в группе сверстников, а став взрослыми — в асоциальной, криминальной компании.

Они придираются к окружающим по пустякам, намеренно оскорбляя и унижая их, и если получают в ответ грубость, то находят полное удовлетворение, затеяв драку. В драке они беспощадны и жестоки, бьют до крови, а если встречают сопротивление, то еще больше приходят в ярость и просто “звереют”, могут бить упавшего и уже не сопротивляющегося соперника ногами, любым тяжелым предметом, нанося ему тяжкие телесные повреждения, и не останавливаются даже перед убийством. В таком состоянии они производят страшное впечатление — лицо наливается кровью, глаза “бешеные”, выступает пот.

В судебно-психиатрической практике такие ничем не мотивированные и дикие по своей жестокости убийства совершают чаще всего эпилептоиды.

Поэтому социальная декомпенсация у эпилептоидных психопатов происходит очень рано, порой даже в подростковом возрасте. Из-за агрессивности у них часты нарушения закона, связанные с насилием. Многие из них в течение жизни имеют судимости, в основном за одни и те же преступления.

Их безудержной ярости и жестокости боятся и сверстники в колониях для несовершеннолетних, и люди значительно старше по возрасту, даже представители криминальной среды, в которой они предпочитают находиться уже после первой судимости, так как именно здесь могут реализовать свои асоциальные наклонности и приступы агрессивности.

В подростковом возрасте психопат-эпилептоид — тиран и диктатор в семье. Такой подросток может безжалостно избивать своих младших братьев и сестер за малейшие провинности, если он не в духе, а в периоды дисфории достается и родителям, и старшему брату или сестре, и бабушке с дедушкой.

При этом он всегда считает себя правым, мотивируя свое поведение тем, что его “довели”, и в качестве “компенсации” может потребовать у родителей каких-либо поблажек, позволения делать все, что ему захочется, или денег на свои прихоти.

Иногда дисфория бывает не столь выраженной, а проявляется бездельем, апатией, угрюмостью и хмурым видом.

Но бурные вспышки у эпилептоидных психопатов возникают не только вследствие дисфорий, но и в результате конфликтов, которые у них довольно часты из-за особенностей их характера. Поводы для этого обычно ничтожны и связаны с ущемлением интересов эпилептоида или пустяковой обидой. Он может наброситься и сильно ударить пожилого человека, если тот сделал ему какое-то замечание, сбить с ног малыша, показавшего ему язык, жестоко избить сверстника, посмеявшегося над ним.

И здесь эпилептоид проявляет такую же неукротимую ярость, как и при разрядке дисфории. Его невозможно остановить словами, даже оттащить от жертвы его удастся с трудом, при этом он способен ударить и того, кто пытается помешать драке.

В таком состоянии речь его состоит из нецензурных выкриков, отражающих безудержную злобу и угрозы и в адрес жертвы, и в адрес защитника. Избивает он с садистским наслаждением, стремясь разбить жертве лицо до крови, ударить в пах. Ему безразлично, слабый ли перед ним противник или сильный. Он жестоко избивает и беззащитного, не способного противостоять ему, человека, и нападает на более сильного физически и старшего по возрасту.

Конфликты с родителями могут привести к полному разрыву с ними, в таких случаях по отношению к близким эпилептоид

становится крайне мстительным и может совершить различные проступки “назло” родственникам.

Ссорясь с родителями, эпилептоидный подросток может намеренно “подлизываться” к бабушке или дедушке, и те его обычно балуют, во всем потакают и в семейных размолвках принимают сторону внука или внучки.

Эпилептоидам свойственна страсть к накопительству, они тщательно оберегают то, что считают своим, от других детей в семье и своих сверстников. Даже в коллекционировании их больше привлекает материальная ценность собранного. Они предпочитают коллекционировать такие предметы, которые потом можно с выгодой продать. Страсть к обогащению может сохраниться на всю жизнь.

Внешность у некоторых эпилептоидов имеет характерные особенности: сильная приземистая фигура, массивный торс при сравнительно коротких руках и ногах, короткая шея, тяжелая нижняя челюсть. Но такие особенности свойственны не всем. В движениях большинства эпилептоидов ощущается тяжеловесность и замедленность.

Многие из них уже с детства отличаются физической силой или развивают ее, занимаясь спортом. Эпилептоиды (не только мальчики, но и девочки) предпочитают силовые виды спорта или боевые виды защиты и нападения. Групповые спортивные игры, если им не удастся занять лидирующее положение в команде, они не любят.

Все их психические процессы характеризуются **патологической инертностью**, замедленностью, тугоподвижностью, трудностью переключаемости. Все это называется **вязкостью**.

Вязкость проявляется в мышлении (вязкое мышление эпилептоида и эпилептика) и в эмоциях (устойчивость, неспособность к переключению — **ригидность эмоций**). Иногда говорят о прилипчивости, “вискозности” психических процессов.

Инертность и застойность всех процессов накладывают отпечаток на психику, эмоции и движения эпилептоида. Поэтому отрицательные эмоции, возникнув, продолжают длительное время, и человек не способен переключиться.

В определенной степени с этими особенностями психики связаны злопамятность и мстительность эпилептоидов. Они не в состоянии забыть ни малейшей причиненной им обиды, как правило, незначительной, или того, что они считают для себя обидным.

Те мелкие стычки и ссоры, которые бывают у людей и которые любой нормальный человек способен простить и забыть, никогда не прощает эпилептоид. Если у него нет возможности

немедленно отреагировать и отплатить "обидчику", он будет долго вынашивать и лелеять в душе планы мести и при первой же возможности безжалостно отомстит, причем сила его злобы и жестокость не идут ни в какое сравнение с незначительностью причиненной ему "обиды".

Именно поэтому многие эпилептоиды, став взрослыми, предпочитают асоциальную и криминальную среду, где свою ответную реакцию они могут тут же проявить в виде немедленной и беспощадной расправы. Но даже отпетые уголовники, хорошо знающие его, стараются не связываться с эпилептоидом, так как в драке он не щадит ни себя, ни соперника. Случайно проявить неподчинение и именно этим нанести эпилептоиду "смертельную обиду" может только новичок, если его заранее не предупредили, или такой же эпилептоид, стремящийся к лидерству.

Властность и деспотизм эпилептоидных психопатов, стремление к лидерству, диктаторству с требованиями безоговорочного подчинения "командам" проявляются у них уже в детском и подростковом возрасте. В подростковой компании эпилептоид добивается послушания и подчинения своим "приказам" с помощью кулаков и угроз физической расправы. Нередко для своих целей он предпочитает компанию младших и слабых, неспособных противостоять ему.

Даже если эпилептоид приходит в группу, где уже есть свой лидер, он немедленно претендует на главенствующее положение, вступает в борьбу с прежним лидером компании и в драке чаще всего побеждает его и свергает.

Одни эпилептоиды отличаются большой физической силой, другие нет, но даже не в их силах дело, они внушают страх сверстникам своей беспощадностью, жестокостью и безудержной яростью. В группе такие подростки немедленно устанавливают свои правила и порядки, всегда выгодные лично им.

В подростковом возрасте проявляется еще одна особенность эпилептоидных психопатов — заискивание перед людьми, от которых они зависят и которых считают "начальством". Эпилептоид может быть льстивым и угодливым, заискивать перед воспитателем, учителем, завучем, директором школы или тренером в своей спортивной секции. На первых порах он даже может произвести впечатление аккуратного, старательного и исполнительного.

Угодничество эпилептоида перед "начальством" и неукоснительное выполнение всех его требований имеет своей целью самому приобрести какую-то власть над сверстниками и "командовать" или получить поддержку, извлечь выгоду. Если эпилептоида назначают старостой класса, капитаном спортивной команды, то от его диктаторских замашек стонут все остальные сверстники, и это приводит к бурным конфликтам.

Очень хорошо чувствует себя эпилептоид в условиях лишения свободы — угождая и во всем соблюдая требования начальства, он добивается назначения командиром отряда или старостой барака, что дает ему немалую личную выгоду и позволяет осуществить свое стремление к власти.

Но в состоянии дисфории от былой угодливости не остается и следа. Эпилептоидный психопат может внезапно наглубить, разразиться площадной бранью, швырнуть первым попавшимся под руку предметом в человека, перед которым он еще вчера заискивал. Поэтому их часто наказывают. В местах заключения другие осужденные, возмущенные его властью и жестокостью, могут устроить бунт и ночью сообща избить ненавистного старосту.

Эпилептоидов нередко исключают из школы или выгоняют из спортивной секции. Но это, как правило, их ничему не учит. В другом коллективе повторяется то же самое. Эпилептоиды редко имеют возможность продолжать образование, поступить в институт и даже нормально закончить среднюю школу.

Из-за их неуправляемого поведения многим приходится уходить из школы в ПТУ, где обычно учатся подростки с выраженными психическими нарушениями и где понятие о правилах поведения и дисциплине весьма растяжимо.

Местом “наименьшего сопротивления”, удар по которому чаще всего приводит к декомпенсации эпилептоида, является любой, даже незначительный конфликт, который он сам расценивает как ущемление своих интересов. При ограничении возможности проявлять свою деспотическую власть и диктаторские замашки, эпилептоидный психопат всегда реагирует одинаково — бурной злобой и агрессией.

Эпилептоиды — реалисты. Они не заглядывают далеко в будущее, не любят мечтаний и пустых фантазий, живут реальным сегодняшним днем, предпочитают материальные блага высоким нравственным устремлениям. Они любят деньги и то, что можно приобрести за деньги, любят вкусно и сытно поесть, у них крепкий сон.

У большинства эпилептоидов наблюдается напряженное состояние инстинктивной сферы и **аномалия влечений**.

Сексуальное влечение очень интенсивно. Любовь у них сочетается с тяжелой ревностью к предмету любви, причем поводы для ревности могут быть пустяковыми, но, как всегда у эпилептоидов, ревность сопровождается бурной эмоциональной реакцией с угрозами и в адрес соперника (чаще всего мнимого), и в адрес предмета любви. Эпилептоид может жестоко избить свою избранницу при малейшем сомнении в ее верности. Измен (мнимых или явных) такие люди никогда не прощают, расценивая их как предательство.

Брак с эпилептоидом — тяжелое бремя для его жены. В семье он тиран и деспот, добивается беспрекословного повиновения всех членов семьи. При малейшем неподчинении возникает реакция злобы и гнева. В состоянии дисфории он становится страшен, его агрессия направлена на любого, кто подвернется под руку, и даже на неодушевленные предметы. Он может перебить всю посуду, переломать мебель, швырнуть в дорогую аппаратуру чем-нибудь тяжелым. В гневе он не способен щадить ни жену, ни детей. Даже после развода эпилептоид может следить за своей бывшей супругой, и если увидит ее с другим, — избить обоих.

В удовлетворении сексуального влечения присутствуют элементы **садо-мазохизма**. В подростковом возрасте он получает удовольствие, жестоко мучая животных, а также издеваясь над более слабыми сверстниками или исподтишка избивая малышей или собственного младшего брата или сестру.

Чувственное наслаждение приносит эпилептоидам и причинение боли самим себе — они колют, кусают и режут свое тело, прижигают сигаретой. Не всегда это сопровождается половым возбуждением и ощущениями оргазма, но доставляет особое наслаждение, из-за чего эпилептоидные психопаты часто практикуют такие мазохистские способы получения удовольствия.

Став взрослым, эпилептоид-садист получает наслаждение, причиняя боль своей сексуальной партнерше. Причем в отличие от многих садистов, пользующихся утонченными способами причинения боли, эпилептоид более примитивен и груб, а слезы жертвы и мольбы прекратить избиение еще больше “заводят” его, давая ощущение своей безграничной власти над другим человеком, он “входит в раж” и может причинить своей партнерше значительные повреждения.

В условиях закрытых учреждений (в детском доме, интернате, лагере, колонии для несовершеннолетних или взрослых преступников, в тюрьме), где собраны люди одного пола, многие эпилептоиды удовлетворяют свое половое влечение гомосексуальным способом.

И мужчины, и женщины-эпилептоиды всегда играют в **гомосексуальных отношениях** активную роль, сочетая гомосексуализм с грубыми извращениями. Особенное удовольствие они получают, унижая своего сексуального партнера или партнершу и добиваясь полного подчинения себе.

В последующем некоторые эпилептоиды предпочитают гомосексуальные отношения или совмещают их с нормальными.

В подростковом возрасте у некоторых эпилептоидов наблюдаются и такие расстройства влечений, как **пиромания**

(склонность устраивать поджоги) и **дромомания** (склонность к бродяжничеству).

В первом случае у подростка постепенно нарастает желание поджечь что-либо, он представляет, как огонь будет лизать стены и крышу дома, а совершив поджог, становится активным зрителем, очарованно смотрит на огонь, интересуясь последствиями и тем, какой будет причинен ущерб в результате пожара. Часто поджоги связаны с состоянием дисфории, а при реализации своего желания подросток как бы успокаивается, и его эмоциональное напряжение спадает.

При дромомании побег эпилептоида из дома вызван не столько стремлением к дальним странствиям, сколько с протестной реакцией в ответ на ущемление его прав, или связан с дисфорией — в этом случае побег совершается без какого-либо внешнего повода, подросток может уехать далеко и при повторных побегах использует тот же самый маршрут. Во время таких побегов эпилептоид напряжен, бледен, может совершать асоциальные и криминальные действия.

Свойственное эпилептоидам расстройство влечений проявляется и в отношении к алкоголю. В некоторых случаях влечение к спиртному проявляется уже после первых его приемов.

Многие эпилептоиды начинают злоупотреблять спиртными напитками уже в подростковом возрасте. Подростки мало выносливы к спиртному, поэтому обычно предпочитают слабые алкогольные напитки крепким. Но эпилептоиды с самого начала отдают предпочтение водке, а не вину или пиву, так как это вызывает более сильное опьянение.

Приятно-благодарное состояние в опьянении им не свойственно. С самого начала возникает потребность пить "до отключки". В состоянии опьянения эпилептоиды становятся совершенно неуправляемыми.

Алкоголь может спровоцировать дисфорию, но в отличие от дисфорий в трезвом состоянии, когда раздражение и злоба накапливаются длительное время, а потом следует "взрыв", дисфории, возникающие в состоянии опьянения, развиваются гораздо быстрее, и разрядка происходит сразу.

Кроме того, в опьянении злобность может быть легко спровоцирована любым незначительным конфликтом. Возбудимость у пьяного эпилептоида еще больше усиливается, и любое невзначай сказанное слово собутыльника, любой жест, который он может истолковать как пренебрежительный или оскорбительный, либо неподчинение его приказу способны вызвать вспышку злобы и агрессивности.

В пьяном виде эпилептоиды часто дерутся. Порой они потом и сами не помнят, что вызвало столь бурную вспышку их гнева, но тем не менее никогда не признают свою неправоту и чрезмерность своей реакции, обвиняя во всем объект их злобы: “сам виноват”, “нечего было нарываться и заводить меня”, “получил за дело” — и тому подобное.

Иногда в состоянии опьянения эпилептоидные психопаты в течение довольно продолжительного отрезка времени совершают какие-то поступки, о которых впоследствии они вообще не могут вспомнить и не способны хоть как-то объяснить свое поведение: “Сам не понимаю, что на меня нашло”.

Эти поступки не обязательно связаны с агрессивными или разрушительными действиями. Иногда они выглядят странными и необъяснимыми или расцениваются окружающими как бравада или протест — человек может, рискуя жизнью, залезть на крышу дома или подъёмный кран, непонятно с какой целью, или раздеться догола и выйти на улицу, или совершать довольно длительные перемещения, например, сесть в первый попавшийся транспорт, на поезд и уехать куда-то. Протрезвев, он и сам не может понять, как оказался в незнакомом месте. Такие состояния у эпилептоидов связаны с нарушением сознания.

При эпилептоидной психопатии возможны попытки самоубийства. У взрослых это чаще связано с состоянием дисфории, а у подростков является актом мести со стремлением причинить неприятности “обидчикам”, например, родителям или учителю, если его наказали, лишили привилегий или обидели.

Возможна эпилептоидная психопатия не в чистом виде, а в сочетании с какими-либо чертами, свойственными другим типам психопатий.

При **эпилептоидно-истероидном** варианте основные эпилептоидные черты сочетаются со склонностью к демонстративному поведению, претенциозностью, повышенной самооценкой, эгоцентризмом.

При **эпилептоидно-неустойчивом** варианте эпилептоидные черты сочетаются со стремлением к праздному образу жизни за чужой счет, отсутствием эмоциональных привязанностей и планов на будущее. Могут быть и другие смешанные типы психопатий.

Эпилептоидная психопатия — один из наиболее трудных вариантов для социальной адаптации (приспособления). Эпилептоиды любят только себя, власть и материальные выражения социального благополучия. Декомпенсация у них может произойти где угодно — в семье, в учебном заведении, на работе. Больше, чем при других видах психопатии, выявляется склонность к асоциальности и криминальным поступкам, связанным с насилием.

Это один из наиболее неблагоприятных вариантов психопатии как для самого человека из-за частой декомпенсации и социальной дезадаптации, так и для окружающих, для которых эпилептоид — жестокий тиран и деспот, заставляющий страдать своих близких, ничуть не интересуясь, что они при этом чувствуют.

Сенситивный тип психопатии

В отношении этого типа психопатии мнения разных психиатров расходятся. В прежние годы многие знаменитые психиатры относили таких людей к другим типам психопатий — к шизоидам или астеникам, но сенситивные психопаты существенно отличаются от шизоидов и несколько ближе к астеникам, однако составляют особую подгруппу. Поэтому известный психиатр А.Е.Личко, блестяще описавший акцентуации характера и психопатии у подростков, выделяет сенситивную психопатию как отдельный тип.

Это люди, чрезмерно чувствительные и впечатлительные с высокими моральными требованиями к самим себе. Они постоянно ощущают свою неполноценность, еще больше усиливающуюся при их оценке собственных волевых и морально-этических качеств, что создает основу для формирования комплексов в подростковом возрасте.

Они обидчивы и ранимы, застенчивы и робки, что мешает им подружиться с теми, кто им симпатичен, они не умеют и не стремятся быть лидерами или “душой компании”, не любят авантюры, приключения и риск, не любят ссориться, лгать, притворяться и выставлять свои переживания напоказ, поэтому на первый взгляд могут произвести впечатление замкнутых.

В подростковом возрасте внутреннее самоуничижение может сосуществовать с отчаянной бравадой в поведении.

С ранних лет такие дети пугливы и боязливы. Они боятся “страшных” сказок, темноты, бродячих собак, боятся оставаться одни.

Они просят родителей не выключать свет на ночь, потому что не могут заснуть в темноте. Если потом родители выключают свет, то, проснувшись, дети пугаются и громко плачут.

Они хотят, чтобы на ночь мать брала их к себе в постель, и спокойно засыпают, только если чувствуют ее рядом с собой. Даже во сне они не выпускают руку матери или прижимаются к ней.

Такие дети многого боятся, и родителям подчас бывает непонятны их страхи. Например, одна девочка не решалась высушить ногу из-под одеяла или свесить руку с кровати, и мать долго

не могла понять, в чем же дело. Оказалось, дочь представляла, что из-под кровати может вылезти большая крыса или "что-то страшное" и вцепиться ей в руку или ногу.

Если ласково расспросить такого пугливого ребенка, он расскажет о своих страхах, потому что эти дети всегда ищут помощи взрослых в трудных ситуациях. Сами они неспособны что-то предпринять, чтобы защититься от страха, например, бояться встать с постели и включить свет при страхе темноты или спрятаться в подъезд при виде собаки или незнакомого человека.

В трудных для них ситуациях они теряются, плачут и бегут под защиту взрослых. На прогулку соглашаются только в сопровождении взрослых, так как это придает им уверенность в защите.

Они боятся и своих более активных и драчливых сверстников, поэтому избегают озорных и рискованных развлечений и предпочитают тихие одиночные игры или избирают для общения детей гораздо более младшего возраста и среди них чувствуют себя спокойнее и увереннее.

Такие дети понимают свою несостоятельность, но не стремятся ее преодолеть и стараются не привлекать к себе внимания, избегая ситуаций, где могут проявиться их слабости.

Они плохо переносят новую обстановку, с незнакомыми людьми становятся еще более робкими и застенчивыми и впредь вообще избегают общения с ними.

Внешне это может показаться замкнутостью, необщительностью, из-за чего, по-видимому, некоторые психиатры и относили этот тип психопатии к шизоидному.

Но их нельзя считать замкнутыми, потому что они не могут общаться только с незнакомыми, а с родственниками и хорошо знакомыми людьми они общаются охотно, послушны, приветливы и обнаруживают глубокую привязанность к тем, кто к ним добр и их любит, в то время как шизоиды отгорожены даже от своих близких. Кроме того, в отличие от шизоидов, у сенситивных психопатов нет необычных, не по возрасту ранних увлечений серьезными отвлеченными науками или абстрактными понятиями.

Они очень привязаны к своим родителям, бабушкам и дедушкам, а также няням и воспитателям, к которым привыкли с детства. Родители называют такого ребенка "тепличным растением", "домашним ребенком".

Вначале их пугает новый детский коллектив — и в детском саду, и в школе. Они не участвуют в шумной возне своих ровесников, а тихо сидят в уголке, занимаясь рисованием или лепкой, а в школе — читают книги на переменах. Они боятся контрольных, боятся выходить к доске и отвечать перед всем классом, часто конфузятся и краснеют, что еще больше усиливает их убеждение в собственной неполноценности.

Но постепенно сверстники привыкают к ним, а они привыкают к коллективу и тогда неплохо адаптируются. Девочки выбирают себе такую же тихую подружку и только с ней ходят на переменах между уроками. Мальчики иногда отдают предпочтение более сильному однокласснику и видят в нем защиту, как в детстве искали защиты у взрослых.

Они очень привязываются к своей первой учительнице, особенно если та тепло к ним относится. Если у них нет друзей, стараются на переменах держаться возле учителя.

Обычно такие дети вызывают симпатию и сочувствие учителей, так как они не назойливы, послушны, прилежны, учатся старательно. Если педагоги понимают их ранимость и застенчивость и щадят их, оберегая от агрессивных одноклассников, дети это очень ценят и отвечают на такое отношение благодарностью и привязанностью.

Точно так же они ведут себя и в своем дворе. Со своими сверстниками, с которыми росли вместе с ранних лет, они могут быть общительны и играют с удовольствием.

Но чаще всего они избирательно общительны. Они опасаются чрезмерно активных детей и выбирают в друзья спокойных и тихих, с которыми могут шептаться на скамейке в стороне от остальных детей или гулять парой.

Дети с сенситивной психопатией не стремятся к тому, чтобы у них было много друзей, им достаточно одного, с которым можно проводить время. Если в их отношения вклинивается третий, то дружба может распасться, так как у этих двоих появляются свои интересы и прежний друг чаще всего отдалается от сенситивного ребенка. Такие ситуации дети и подростки болезненно переживают.

Если родители переезжают на другое место жительства, меняется учитель или такого ребенка переводят в новую школу — для него это психотравмирующая ситуация. Он долго привыкает к новому коллективу, скучает и по-прежнему учителю, и по своему другу или подруге.

В подростковом возрасте наиболее отчетливо проявляются обе особенности сенситивной психопатии — “чрезвычайная впечатлительность” и “резко выраженное чувство собственной недостаточности”, которые подметил у этих людей знаменитый психиатр П. Б. Ганнушкин.

В отличие от других подростков, у сенситивных не так выражено стремление к самостоятельности. Они по-прежнему очень привязаны к своим родным и к хорошо знакомым людям. Опекой старших они не тягостятся и даже охотно ей подчиняются, во всем следуют советам родителей, перенимают их манеру поведения и их идеалы.

Как и в детские годы, они не стремятся в подростковые группы и предпочитают иметь не множество приятелей, а одного постоянного друга. Часто они избирают в друзья человека более старшего возраста.

У них могут быть разнообразные увлечения — коллекционирование, музыка, рисование, лепка, вышивание, вязание, шитье, шахматы, разведение аквариумных рыбок или домашних цветов и так далее. В этом нет ничего показного. Даже свои интересные коллекции и достижения они оценивают достаточно скромно. Нередко чувствительные подростки выбирают себе друга, имеющего сходные увлечения.

У них рано формируется чувство долга и ответственности, нравственно-этическая позиция с высокими требованиями к себе и окружающим. Они не любят грубости, бестактности, цинизма и жестокости.

Но в первую очередь они очень требовательны к себе, видят у себя множество недостатков, считают себя слабыми, нерешительными, чересчур робкими и застенчивыми.

Они не проявляют протестных реакций, свойственных многим подросткам, а если их ругают или упрекают, плачут и могут впасть в отчаяние.

Слабым местом у чувствительных подростков являются ситуации, когда в наибольшей степени проявляется их чувство собственной неполноценности. Для них очень важно, как относятся к ним окружающие. Поэтому они так тянутся к взрослым, так как только взрослые способны посочувствовать столь раннему подростку. В среде сверстников они часто подвергаются насмешкам и даже издевательствам.

У некоторых могут наблюдаться нарушения поведения — прогулы школьных занятий, побеги из дома или интерната, но причины такого поведения отличаются от аналогичных проявлений у других. Чаще всего так поступают «затравленные» чувствительные подростки, когда насмешки, обидные замечания и грубость ровесников создают непереносимую для них ситуацию. Иногда они могут затеять драку с обидчиком, но это скорее акт отчаяния, чем агрессивность. Драчливость, хулиганские действия не свойственны чувствительным подросткам.

Для таких подростков очень болезненны ситуации, когда они подвергаются несправедливым обвинениям в неблагоприятном поступке, который они не совершали. Они очень чувствительны к отношению окружающих. Иногда незначительное, вскользь брошенное замечание или упрек могут повергнуть такого подростка в уныние и привести к отказу посещать школу.

Даже состояние влюбленности проявляется у них иначе, чем у других подростков. Одни из них молча страдают, не в силах проявить свои чувства, и предмет любви может даже и не подозревать об этом. Или же наоборот, стремясь преодолеть свою робость, такой подросток может решительно объясниться в любви, что порой вызывает удивление и даже насмешки.

В любых психотравмирующих ситуациях у чувствительных подростков возможно возникновение длительных периодов пониженного настроения, когда их ощущение собственной неполноценности может стать очень выраженным. В такое время часты попытки самоубийства.

Бывает, что самоубийству предшествует длительный период, когда мысли о своей никчемности и нежелании жить возникают неоднократно, но реальных попыток самоубийства подросток не предпринимает.

Но когда накапливаются неудачи и усиливается разочарование в себе, какой-нибудь незначительный повод может стать последней каплей, и чувствительный психопат решает покончить с собой.

В отличие от многих других типов психопатий в таких попытках нет нарочитости, стремления привлечь к себе внимание или "отомстить" кому-то, у подростка действительно существует истинное намерение покончить с собой. И это бывает неожиданным для окружающих, так как они не замечали ничего серьезного, чем можно было бы объяснить такое намерение у столь юного существа.

Даже любящие родители не всегда могут понять мотивы, побудившие их ребенка совершить попытку самоубийства, поскольку взрослым эти причины не кажутся значительными. Нередко они оставляют записки: "Я не могу так больше жить", не объясняя, что именно привело их к решению покончить с собой.

Многие уверенные в себе люди, в том числе и родители, не в состоянии постичь сложный мир глубоких переживаний чувствительного ребенка, еще более обостряющихся в подростковом возрасте.

В старших классах школы у таких подростков может проявиться **реакция гиперкомпенсации**, когда прежние тихони начинают вести себя вызывающе. Они ищут компенсации своей слабости именно в тех областях, где чувствуют свою неполноценность.

Прежде робкие, стеснительные девочки посещают все школьные вечера, дискотеки, меняют свою внешность, начинают пользоваться косметикой, красят волосы, делают "взрослую" прическу, носят мини-юбки или другую одежду, не положенную в школе, курят.

Мальчики тоже начинают курить и выпивать, иногда нарочито стремясь попасться на глаза учителям или другим взрослым, становятся развязными и даже заносчивыми, стараются доказать свою волю и решительность, делают вид, что им "все нипочем".

И родители, и учителя порой поражаются разительной перемене, происшедшей с прежде тихим и послушным подростком.

Чтобы стать сильными и "тренировать волю", некоторые начинают заниматься спортом, предпочитая силовые его виды. Это приносит им определенную пользу, хотя данных для достижения серьезных спортивных результатов у них нет.

У некоторых подростков старшего возраста стремление к самоутверждению и реакция гиперкомпенсации могут проявиться в желании добиться "общественных постов", например, стать старостой класса. Они берутся за ответственные поручения, занимаются общественной работой, участвуют в школьной художественной самодеятельности.

Но такие ситуации чаще всего делают еще более явной несостоятельность сенситивного подростка, так как его амбиции не соответствуют реальным возможностям, у него нет достаточной силы, чтобы стать настоящим лидером в среде сверстников, и это может нанести болезненный удар по самолюбию. В ситуациях, требующих реальных решительных действий, а не бравады, он теряется и пасует.

Это роняет престиж сенситивного психопата в глазах окружающих, а еще больше — в его собственных глазах. Взрослому человеку, которому он доверяет и который способен проявить к нему сочувствие, подросток может откровенно рассказать о своих внутренних переживаниях, самоукорах и самобичевании, высоких требованиях к себе, и его показная бравада может смениться слезами.

Но если такого близкого человека нет, в эти трудные минуты еще больше усиливается ощущение собственной неполноценности, возникают длительные периоды подавленного настроения и в таких случаях тоже возможны попытки самоубийства.

В целом сенситивная психопатия отличается очень слабой степенью адаптации. Даже у взрослых людей любые незначительные неприятности, связанные с отношением окружающих, бросающие тень на их репутацию, насмешки, упреки или обвинения в недостатке решительности могут вызвать длительные периоды уныния, подавленности, вплоть до возникновения депрессии и реактивных состояний.

Лишь в очень благоприятных условиях, когда человек постоянно находится в одном и том же коллективе, где его хорошо знают, спокойно и дружески относятся к особеннос-

тям его характера и не требуют от него слишком многого, может наблюдаться длительная адаптация. Но малейшие изменения условий — появление нового начальника, не считающегося со слабостями характера своих подчиненных, смена места работы, места жительства, перемены в семейных взаимоотношениях — вызывают декомпенсацию.

Как правило, сенситивные психопаты избегают употреблять спиртное, так как оно вызывает у них не веселье, а наоборот, ухудшение настроения. Кроме того, их нравственно-этическая позиция и высокие моральные требования формируют отрицательное отношение к пьянству как неприемлемому явлению. Они осуждают неумеренно пьющих людей и сами не стремятся корригировать свои недостатки с помощью спиртного.

Неустойчивый (безвольный) тип психопатии

Наиболее явным проявлением при этом типе психопатии является неустойчивость психической жизни, что обусловлено повышенной подчиняемостью внешним влияниям. Наряду со слабостью основных нервных процессов характерна их патологическая подвижность.

Проявлениями личностной аномалии неустойчивого типа являются недостаточность высших форм волевой деятельности, внушаемость, незащитность перед внешними влияниями, непостоянство и неспособность к целеустремленной деятельности.

Выраженная слабость волевой деятельности сочетается у неустойчивых психопатов с невозможностью сдерживать свои желания, стремления и влечения, поэтому они с большой легкостью идут по пути наименьшего сопротивления. Гораздо легче у них прививается и закрепляется все то, что не требует усилий, напряжения, труда и организованности.

Неустойчивые психопаты не способны выработать стабильный положительный стереотип поведения, а приобретение отрицательного поведенческого стереотипа происходит без затруднений.

Известно, что дурному примеру следовать всегда проще, чем положительному, поскольку последний предполагает определенную упорядоченность, упорство, настойчивость и трудолюбие.

Обычно наиболее явно нарушения волевой деятельности проявляются у неустойчивых психопатов в подростковом возрасте.

В более раннем возрасте родители чаще всего расценивают неустойчивость психики и неспособность ребенка заниматься какой-либо длительной целенаправленной деятельностью как черты, присущие всем детям, и не фиксируют на этом внимания.

Но у некоторых неустойчивых психопатов основы будущих типичных проявлений закладываются уже в детстве.

В дошкольном и младшем школьном возрасте они обращают на себя внимание крайней внушаемостью и подчиняемостью, болтливостью и любопытством, разбросанностью интересов, повышенной возбудимостью, чрезмерной подвижностью. Такие дети не могут выработать навыков аккуратности и прилежания, сопротивляются любым запретам или попыткам приучить их к какому-то порядку, не выполняют правил поведения и требований режима в детских учреждениях и в школе. Они суетливы, неорганизованны, непоседливы и непослушны, любят шумные игры, игнорируя при этом все правила, склонны к проказам и необузданным шалостям.

Неустойчивые психопаты легко подчиняются своим сверстникам или более старшим детям, легко вовлекаются ими в любые проделки. При этом они трусливы и боятся наказаний.

С детских лет у них выявляется стремление к развлечению и сиюминутным удовольствиям. Они любят новые впечатления и новые игрушки, но быстро теряют интерес ко всему, когда утрачивается эффект новизны.

Любые правила поведения в детском коллективе или общественном месте осваиваются с трудом. Родители и воспитатели должны постоянно следить за ними и одергивать. Если контроля нет, то в этой ситуации могут усилиться все психопатические черты, свойственные неустойчивому типу.

Хотя многие из них наделены неплохим интеллектом и живым воображением, но длительной склонности они ни к чему не обнаруживают. Такие понятия, как ответственность, чувство долга, необходимость, им абсолютно чужды.

У них с самого начала нет желания учиться в школе. Только если родители постоянно принуждают их к этому, проверяют выполнение домашних заданий, они нехотя подчиняются, но как только появляется возможность или контроль родителей отсутствует, они без всяких угрызений совести отлынивают от занятий.

Несмотря на то, что у некоторых есть для этого интеллектуальные возможности, они плохо учатся в школе, так как отвлекаются на уроках и не готовят домашних заданий.

У части из них при поступлении в школу может быть непродолжительный период интереса к занятиям, так как для

них это новые впечатления, но когда они узнают, что в школу надо ходить каждый день, сидеть несколько часов на уроках, а потом готовить домашние задания, интерес быстро пропадает. Они игнорируют школьные порядки и родительские запреты, охотно и без колебаний включаются в любые проделки и шалости, если их организуют одноклассники. Сами они обычно не являются организаторами, а пассивно, но легко следуют за другими.

Такие дети и подростки охотно пропускают уроки под любым предлогом, могут сбежать с занятий в кино или просто бесцельно шататься по улицам, разглядывая витрины магазинов и глаза по сторонам.

Если такой подросток происходит из неблагополучной семьи, где никто не проверяет, как он посещает школу и выполняет домашние задания, в условиях безнадзорности и недостаточной опеки очень быстро возникает педагогическая запущенность, и довольно способный ребенок становится прогульщиком и двоечником.

Только в условиях правильного воспитания и постоянного контроля со стороны родителей из неустойчивого психопата может получиться более или менее приспособленный к жизни и труду человек.

Некоторых из них родители вынуждены сопровождать в школу и из школы вплоть до старших классов, в противном случае подросток сбежит с уроков к своим друзьям. Родители заставляют их готовить домашние задания "из-под палки", проверяя выученные уроки по каждому предмету. И родители, и учителя дружно склоняются к мнению, что подросток способный, но крайне ленивый.

Если такого постоянного контроля со стороны родителей нет, то из-за прогулов, частых нарушений дисциплины и плохой успеваемости неустойчивые психопаты не могут даже закончить среднюю школу, не говоря уже о продолжении образования.

Именно с такими людьми, выросшими в условиях бесконтрольности и безнадзорности, чаще всего приходится иметь дело психиатру, поскольку социальная декомпенсация у них происходит очень быстро.

Безволие и неспособность к целенаправленной деятельности сочетаются у неустойчивых психопатов с нетерпимостью к любым ограничениям. Если их принуждают к систематическому выполнению домашних обязанностей или к постоянному труду, что мешает их развлечениям, это обычно вызывает реакцию протеста. Они проявляют грубость, упрямо отказываются подчиняться и ищут любой повод, чтобы избежать занятий,

требующих настойчивости и усидчивости. Чтобы не выполнять поручений родителей, подростки с неустойчивой психопатией нередко убегают из дома.

Неспособность к любой целенаправленной продуктивной деятельности является одной из главных черт их личности. Реализация побуждений, желаний и стремлений определяется не их внутренней целевой установкой, а случайными внешними обстоятельствами.

Неустойчивые психопаты не способны к самостоятельной продуктивной деятельности, не переносят одиночества, без других людей они скучают и не могут ничем себя занять.

Обычно они контактны, ищут общества, поэтому с ранних лет тянутся к уличным подростковым группам. В соответствии с внешними стимулами, под влиянием ближайшего окружения легко меняются их планы, поведение и род занятий.

Такие подростки беззаботны, у них нет честолюбия и недостаточно самолюбия. Они готовы поддержать любую авантюру, если это сулит им развлечение, и бездумно следуют дурным примерам.

Поскольку неустойчивые психопаты трусливы и недостаточно инициативны, они никогда не занимают в подростковой группе лидирующего положения, а выполняют роль "шестерок", которыми может помыкать любой, кто сильнее.

Неустойчивые психопаты довольно общительны, разговорчивы, добродушны и простодушны, податливы и уступчивы, но не способны к продолжительной дружбе со сверстниками. Они охотно общаются с более старшими людьми и легко подчиняются им, если требования старших предполагают краткосрочное действие.

Их безволие проявляется даже в подростковой группе. Неустойчивые психопаты уклоняются от любой деятельности, если при этом надо потрудиться. Если их все же заставляют что-то делать, они не относятся всерьез к этим поручениям и стараются отлынивать от них. Свои обещания они нарушают без малейших колебаний.

На словах они готовы подчиниться любому более сильному члену группы, но это отнюдь не означает, что "приказ" будет выполнен. Поэтому ровесники их не уважают, часто унижают и бьют, но такое положение вещей их ничуть не тяготит.

Внушаемость неустойчивых психопатов избирательна. Они легко перенимают все дурное, но внушить им чувство долга и ответственности невозможно.

Другой важной особенностью является гедонизм — постоянная тяга к развлечениям, удовольствиям, праздности и безделью. Их безволие определяет сферу их развлечений — они предпочитают такие, которые не требуют никакого труда или усилий для получения желаемого удовольствия.

Поэтому лучший способ развлечения для них — употребление спиртного, которое удовлетворяет их потребность в удовольствиях и вызывает повышение настроения. Подростки с неустойчивым типом психопатии очень рано, уже в 12—14 лет начинают выпивать, а курить — еще раньше.

Выпивки всегда происходят в компании асоциальных подростков. В состоянии опьянения они бесцельно бродят по улицам, пристают к прохожим, совершают мелкие кражи.

Наряду с выпивками любимыми увлечениями неустойчивых психопатов являются картежные и другие азартные игры, а также быстрая езда на мотоцикле или угнанном автомобиле.

Многие психопаты-подростки вынуждают родителей купить им мотоцикл, организуют группы “рокеров” и в состоянии опьянения носятся на бешеной скорости по улицам, предпочитая ездить по тротуарам и дворам, где их не поймают милиция, так как прав на вождение мотоцикла у них нет. Даже если их неоднократно задерживают сотрудники ГАИ за управление мотоциклом без водительских прав, они все равно не обзаводятся правами, потому что для этого надо учить правила дорожного движения и сдавать экзамены, то есть приложить какие-то усилия, а к этому они не способны.

Если в группе “рокеров” принято ходить в кожаных кепках и куртках с многочисленными металлическими заклепками, украшать себя металлическими цепочками и прочими предметами из металла (“униформа рокера”), то из “солидарности” то же самое делают и неустойчивые психопаты, хотя у них самих нет стремления экстравагантно одеваться, свойственного истерическим личностям.

Неустойчивые психопаты склонны к подражанию, образцом для подражания может быть кто угодно, поразивший воображение своей необычностью, но только если это не требует длительного волевого напряжения, определенной степени труда и упорства. Объектом для подражания является лишь то, что дает немедленное наслаждение, удовольствие, легкие впечатления и развлечения.

Неустойчивые психопаты могут на короткое время увлечься музыкой, освоить несколько аккордов на гитаре, если в их группе это принято, но дальше брэнчания во дворе и “блатных песен” в нетрезвом состоянии дело обычно не идет, так как даже игру на музыкальных инструментах они освоить не способны.

Их не увлекает спорт, поскольку он требует постоянных тренировок, труда и дисциплины. Все виды увлечений и хобби, которые требуют хоть какого-то усилия, им несвойственны.

Поскольку получение удовольствия без приложения труда возможно лишь в асоциальных и криминальных рамках, то ради добывания денег на развлечения неустойчивые психопаты прибегают к противоправным действиям. Уже в подростковом возрасте они совершают мелкие криминальные проступки, которые заканчиваются постановкой на учет в детской комнате милиции.

О нецелелеустремленной криминальности неустойчивых психопатов писал еще знаменитый немецкий психиатр Э.Крепелин в 1915 году. У них нет явных асоциальных или криминальных наклонностей, но их безволие и подверженность в большей степени дурному влиянию, нежели положительному, толкает их на необдуманные противоправные действия. Многие нарушения закона связаны именно с желанием поразвлечься. Например, они могут угнать автомобиль или мотоцикл не для того, чтобы владеть им или продать, а лишь ради того, чтобы "покататься".

С целью получения удовольствия и ради необычных ощущений неустойчивые психопаты рано знакомятся и с наркотиками. Им безразлично, какой наркотик принимать, лишь бы "балдеть", они пробуют то один, то другой, — любые наркотики и наркотически действующие вещества, которые им удастся достать.

Поскольку дорогие наркотики им обычно недоступны, они принимают эфедрон (кустарно приготовленный препарат из лекарств, содержащих эфедрин), вдыхают (нюхают) различные наркотически действующие органические растворители и средства бытовой химии, содержащие бензин, ацетон, толуол.

Не всегда отдается предпочтение какому-то одному одурманивающему средству. Неустойчивые подростки вдыхают те вещества, которые "модны" в их группе. То они увлекаются птановыводителем, то бензином, то синтетическим клеем.

Чем старше они становятся, тем больше выявляется неустойчивость интересов, намерений и поступков. Они не способны ни одно дело довести до конца. Из-за своего богатого воображения они могут строить грандиозные, несбыточные планы предполагаемой деятельности, но лишь на словах, на деле все оборачивается пустым прожектерством. Реально они способны выполнить лишь ничтожную часть задуманного.

Безволие, неспособность к последовательным, самостоятельным и целенаправленным действиям для решения конкретных жизненных проблем — вот главные черты неустойчивых психопатов. Причем безволие распространяется на все без исключения сферы психической деятельности и отношения с окружающими.

Это касается и учебы, и работы, и домашних обязанностей, и общественной активности. В любом возрасте неустойчивым психопатам свойственны слабое развитие волевой сферы, стремление избегать любых трудностей и “уходить” от них, а не решать возникающие проблемы, беззаботность, отсутствие чувства ответственности и долга.

Если их никто не контролирует, они ведут легкомысленный образ жизни с беспорядочными сексуальными связями, азартными играми и бессмысленной тратой денег, добытых, как правило, преступным путем.

Правонарушения чаще всего не связаны с насилием. Обычно это кражи, мошенничество, иногда — хулиганские поступки. Если в их руки попадают казенные или чужие деньги, они без особых колебаний могут проиграть их за карточным столом.

Даже будучи взрослыми, неустойчивые психопаты остаются слабовольными, внушаемыми и податливыми людьми, легко попадающими под дурное влияние. Внушаемость и стремление бездумно наслаждаться радостями жизни сочетаются с непереносимостью регламентации их жизни и обязанностей.

Неустойчивые психопаты не способны ни к какому систематическому труду — ни к интеллектуальному, ни к физическому. Они безответственны, не выполняют поручений руководителей. Что бы им ни поручили, они могут провалить любое дело, даже если от этого страдает весь коллектив. Они не способны сделать работу в срок, закончить начатое дело, поэтому выполнение ими профессиональных обязанностей всегда должно кем-то контролироваться.

Как в школе их считали лентяями, так и на работе они слывут бездельниками и лодырями, которые стремятся отлынивать не только от дополнительных поручений или общественной работы, но и от своих прямых обязанностей.

Неустойчивые психопаты нарушают трудовую дисциплину, пьянствуют, прогуливают работу. На словах они могут раскаиваться, но винят не себя, а сложившиеся обстоятельства.

Помимо дефекта волевой деятельности, людям с неустойчивым типом психопатии свойственна и эмоциональная недостаточность. Стойких привязанностей даже к близким у них не возникает. Они не испытывают любви к родителям, равнодушны к заботам и проблемам своей семьи и детей. Это плохие мужья и жены, плохие родители.

Нередко своих близких они расценивают лишь как источник материальных ресурсов, и если неустойчивому психопату нужны деньги для развлечений или карточной игры, он может без каких-либо угрызений совести взять их из дома, выпросить или даже украсть.

Они не способны на настоящую дружбу и привязанность. Если неустойчивому психопату предстоит выбор между развлечением и выполнением какой-либо просьбы близкого человека или давнего знакомого, он, ни минуты не колеблясь, предпочтет собственное развлечение.

Этот тип психопатии наиболее опасен в аспекте развития алкоголизма, наркоманий и токсикоманий. В пьяном виде эти люди легковозбудимы, грубы и эгоистичны. Протрезвев, они могут раскаиваться, внешне довольно убедительно винить себя и свою слабохарактерность, клясться, что бросят пить, вовсе не собираясь выполнять обещание.

Никакого раскаяния или критического отношения к себе, своему поведению и своему пьянству у них нет.

Это один из наиболее неблагоприятных вариантов течения алкоголизма, поскольку все черты характера неустойчивых психопатов типичны для многих больных алкоголизмом. Внушаемые и безвольные, они очень быстро спиваются.

Помимо спиртного, их потребность в удовольствиях и наслаждениях реализуется приемом наркотиков. Влечение к наркотикам и наркотическая зависимость формируются у них ускоренными темпами.

У неустойчивых психопатов нет ни желания, ни способности трудиться, чтобы добыть деньги на наркотически действующие средства и спиртное, поэтому источники получения наркотиков и денег чаще всего криминальные.

Бесхарактерность, безалаберность и лень, стремление идти по пути наименьшего сопротивления, отсутствие цели в жизни, неспособность проявить волевое усилие ни в одном деле, подверженность отрицательному влиянию — все это приводит к выраженной социальной дезадаптации и антисоциальному поведению.

Дезадаптация у неустойчивых психопатов происходит очень рано и обычно связана с алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, а также с асоциальными и криминальными действиями.

У некоторых дезадаптация наблюдается уже в подростковом возрасте, у остальных в юности или молодости — в 20—25 лет.

Но судьба неустойчивых психопатов во многом зависит от условий их жизни. У некоторых при благоприятном социальном воздействии, когда их с детства строго контролируют и ограждают от отрицательных влияний сверстников, к которым они так тяготеют, длительное время может наблюдаться относительная стабильность и социальная компенсация.

Это люди, которых всю жизнь надо ежедневно опекать, контролировать, подбадривать и постоянно корректировать их поведение, чтобы они не сбились с правильного пути.

Если есть кому "водить их за ручку" по жизни, то прогноз относительно благоприятный. Только в условиях постоянной опеки неустойчивый психопат может стать полезным для общества человеком.

В таких случаях к 20—25 годам их психопатические особенности могут заметно сгладиться, и они приобретают положительные трудовые навыки.

Но даже в период относительной социальной стабильности и длительной регулярной трудовой деятельности неустойчивость их психики обуславливает быстрый переход от вдохновения и трудового порыва к лени, неаккуратности и неорганизованности.

Риск, что человек с неустойчивой психопатией может сбиться с правильного пути, остается всегда. Если контроль за его поведением и времяпрепровождением ослабевает, то даже будучи взрослым, психопат из-за своей внушаемости может попасть под влияние более сильной личности, и чаще всего это бывает отрицательное влияние.

Значительное число больных алкоголизмом до начала злоупотребления спиртными напитками имели черты, свойственные неустойчивым психопатам, поэтому риск стать алкоголиком или наркоманом для неустойчивых психопатов существует постоянно.

Они слишком любят легкие удовольствия, бесцельную трату времени, подвержены отрицательному влиянию, неспособны отказаться от развлечений ради полезного дела — все это благодатная почва для злоупотребления алкоголем и наркотиками.

При неблагоприятном стечении обстоятельств неустойчивые психопаты пополняют ряды алкоголиков, наркоманов и преступников.

Эмоционально тупые психопаты

Основной аномалией эмоционально тупых психопатов является недоразвитие высших нравственных чувств. По определению К.Шнейдера, это бездушные психопаты, которые лишены чувства сострадания, стыда, чести, раскаяния и совести. По мнению Э.Крепелина, их характерной особенностью является патологическая бессердечность.

Термин "эмоционально тупые" не имеет здесь оскорбительного или бытового значения. "Эмоциональная тупость"

— это общеизвестный психиатрический термин, который предполагает обеднение эмоциональных проявлений, утрату эмоциональной откликаемости, эмоциональную холодность, безразличие к родным и близким.

Эмоциональная тупость является необратимым состоянием. Это характерный признак шизофренического дефекта, но она наблюдается и при других психических заболеваниях.

Психиатры прошлого века выделяли так называемое нравственное помешательство ("moral insanity"), а также моральное слабоумие, моральное недоразвитие. Эти определения объединяли различные душевные расстройства, от личностных аномалий до шизофрении. Многие знаменитые психиатры писали о поразительном притуплении нравственного чувства у психопатов, бесчувственности, антисоциальности, "моральной анестезии", о "нравственно мертвых и изуродованных".

Считается, что патология личности в форме отсутствия нравственных чувств при психопатии является следствием задержки развития эмоциональной сферы или частичного недоразвития высших эмоций (морального чувства).

Другие названия эмоционально тупых психопатов, встречающихся в международных классификациях, — аморальная личность, антисоциальная личность, асоциальная личность, психопатическая личность, социопатическая личность.

Эмоционально тупым психопатам свойственно пренебрежение социальными обязанностями, черствость и равнодушие к окружающим. На протяжении всей жизни такие психопаты отличаются отсутствием духовных интересов, распушенностью, эгоизмом, импульсивностью, необдуманностью поступков и неспособностью создавать нормальные межличностные и социальные связи. Психическая деятельность, наряду с бедностью эмоциональной жизни и в первую очередь высших эмоций, протекает на очень низком уровне, отсутствуют чувство вины и потребность в эмоциональных связях с окружающими. Между поведением больного и общепринятыми социальными нормами наблюдается значительное несоответствие.

Такие психопаты уже с детства конфликтны, упрямы, лживы и жестоки. Многие из них имеют садистские черты — они мучают животных и издеваются над более слабыми детьми, в том числе и над своими младшими братьями и сестрами.

Их конфликтность распространяется на всех. Они ссорятся с родителями, со сверстниками, с учителями, с любым взрослым человеком и иногда враждебны ко всем окружающим. У них нет не только друзей, но даже приятелей, но они и не испыты-

вают потребности в дружбе или привязанности. Они плохо уживаются или вообще не уживаются в коллективе.

Обеднение эмоций имеет тотальный характер и проявляется в любых ситуациях.

У них нет привязанностей ни к кому, даже к близким. О душевной теплоте, доброте, внимании к другим людям они не имеют ни малейшего понятия, без всякого повода могут оскорбить человека или стараются досадить ему.

Эмоционально тупые психопаты вообще не способны к нормальным человеческим чувствам — сопереживанию, жалости, сочувствию, доброте, отзывчивости, благодарности. Они безразличны к окружающим, равнодушны к их горю и печали, не способны испытывать радость и счастье.

Их считают холодными как лед. Иногда это безрадостные люди разума и воли, не имеющие чувства юмора. А некоторые просто бездумны, и их не волнует ничего, кроме удовлетворения собственных потребностей.

Обычно их тоже никто не любит. Даже родители подчас побаиваются таких психопатов. Их поведение с трудом поддается изменению, как при собственном негативном опыте, так и при внешнем воздействии, включая наказание.

В общении с людьми они вспыльчивы, не признают авторитетов. В школе не подчиняются учителям и не соблюдают дисциплину. Не обращая внимания на замечания, они могут открыто курить и сквернословить.

Со сверстниками эмоционально тупые психопаты постоянно затевают драки. Их возбудимость доходит до приступов ярости и гнева, они легко проявляют агрессию и насилие.

У них нет понятия о традициях, они пренебрегают нормами поведения и в семье, и в обществе.

Такие психопаты плохо переносят неудачи. Они самодовольны, всегда уверены в своей правоте и абсолютно не критичны к собственным поступкам. Любое замечание они принимают "в штыки", а наказания расценивают как несправедливые и незаслуженные.

Именно они сами практически всегда повинны в конфликтах, но склонны во всем обвинять других, сваливать вину на кого угодно, не признавая собственной неправоты и собственного патологического поведения.

Эмоциональная холодность и отсутствие привязанности к близким свойственны многим типам психопатий, в частности, шизоидной, неустойчивой, истерической и другим, но ни при одном из этих типов психопатии эмоциональный дефект не достигает такой выраженности, как у эмоционально тупых личностей.

Возможности для социальной адаптации у таких психопатов нет. Уже из самих названий этого типа психопатии — “асоциальная личность”, “антисоциальная личность”, “социопатическая личность” — явствует, что это люди, которые противопоставляют себя обществу и находятся в конфликте с ним.

Знаменитый психиатр Э.Крепелин в 1915 году называл их врагами общества. Он писал: “Радость и горе окружающих трогают их так же мало, как и свидетельство любви и дружбы, как угрозы и увещевания, как знаки презрения. Они невозмутимы и глухи, ничему не сочувствуют, ни к кому не испытывают привязанности, лишены чувства чести и стыда, равнодушны к хуле и похвале”.

У них нет никаких моральных принципов, представления о добре и зле, о нормах поведения в обществе, о законе и уголовном наказании за нарушения закона. Уже в подростковом возрасте они без раздумий совершают противоправные действия, начинают воровать, попрошайничать, убегают из дома и бродяжничают.

У таких психопатов рано обнаруживается склонность к злоупотреблению алкоголем и наркотиками. В состоянии алкогольного опьянения их возбудимость и конфликтность еще больше усиливаются. Опьянение у психопатов протекает по дисфорическому типу — они становятся злобными, агрессивными, дерутся с кем угодно, в ярости могут сокрушить все вокруг.

Вся жизнь таких психопатов — непрерывная череда антисоциальных поступков, конфликтов с обществом и законом — от краж и ограблений — до насилия, членовредительства и даже убийства. Они не щадят не только душевного покоя других людей, для них ничего не стоит и чужая жизнь.

В формировании антисоциального поведения играют роль и конституциональные факторы, и неблагоприятное воздействие ближайшего окружения. Во многом причина асоциальности связана с недостатками воспитания в семье, безнадзорностью, скандалами, пьянством, беспорядочным образом жизни и асоциальностью родителей, отсутствием их внимания, ласки, любви, заботы и коррекции поведения. В таких условиях у ребенка не происходит развития высших моральных качеств.

Мозаичные психопатии

Не всегда психопатии представлены “чистыми” типами, когда можно выделить доминирующие, стержневые расстройства, например, “чистая” истерическая психопатия, “чистая” психастеническая или любые другие.

Очень часто в картине психопатии наблюдается сочетание многих черт, свойственных нескольким типам, и психопатическая структура личности является сложной, как бы составленной из элементов мозаики.

Поэтому такие смешанные психопатии, включающие разнородные психопатические проявления, называются мозаичными. Их называют также комплексными, полиморфными, или сложными психопатиями. При них иногда бывает трудно и даже невозможно выделить доминирующий синдром.

Сочетание различных психопатических черт может быть разнообразным, например, комбинирование шизоидных и циклоидных черт, возбудимых и истерических, возбудимых и неустойчивых, истерических и астенических и так далее. Может наблюдаться сочетание особенностей, свойственных не только двум, но и трем и более типам психопатий.

При сочетании личностных свойств, присущих разным типам психопатии, может наблюдаться взаимное усиление психопатических черт.

В таких случаях патология личности бывает более явной, психопат декомпенсируется гораздо чаще, так как местом наименьшего сопротивления оказывается уже не один фокус, как при "чистых" психопатиях, а несколько.

Например, неблагоприятная динамика психопатии может быть при сочетании истерических и возбудимых, возбудимых и неустойчивых черт. Или при комбинации психастенических и шизоидных особенностей, при сочетании возбудимых, эпилептоидных и неустойчивых психопатических проявлений, а также при многих других сочетаниях.

При комбинации некоторых психопатических проявлений создаются условия для выявления асоциальных склонностей.

В этом аспекте наиболее неблагоприятным является сочетание любых особенностей с чертами неустойчивой психопатии, где асоциальность психопатов наиболее явна и проявляется очень рано из-за стремления таких больных развлекаться и получать удовольствия, не затрачивая на это никакого труда, что возможно реализовать только криминальным путем. Поэтому в подобных случаях часто наблюдается неблагоприятная динамика мозаичной психопатии, в первую очередь, в социальном плане.

К неблагоприятным относятся и сочетания любого типа психопатии с возбудимостью и эпилептоидностью, так как здесь эмоциональные разряды могут быть очень бурными, с физическим насилием и агрессией. У этих больных очень часты конфликты с законом.

Но самым тяжелым в аспекте асоциальности и криминальности, а следовательно, социальной декомпенсации, является сочетание других типов психопатии с чертами, свойственными эмоционально тупым личностям. Характерные особенности последних — жестокость, бессердечие, эмоциональная холодность, конфликтность, агрессивность, оппозиция по отношению к другим людям и обществу в целом, пренебрежение моральными нормами и нормами поведения в обществе — свойственны многим преступникам.

Наличие таких черт дало основание итальянскому психиатру Ч. Ломброзо создать теорию о существовании “врожденных преступников”, которые самой природой предназначены для совершения правонарушений. Он считал, что формирование “криминальных личностей” обусловлено биологическими причинами — особым типом дегенерации, и такие люди неизбежно должны совершать асоциальные и криминальные действия, причем никакие воспитательные меры не оказывают нужного положительного эффекта. В целом эта концепция ошибочна, так как такое социальное явление, как преступность, рассматривается с чисто биологических позиций, но то, что эмоционально тупые личности склонны к противоправным действиям, — факт бесспорный.

В других случаях при сочетании черт, свойственных разным типам психопатии, прогноз более благоприятный, так как одни черты как бы “гасят”, нейтрализуют, уменьшают проявление других.

Например, при редком сочетании истерических и психастенических черт (мать — истеричка, отец — психастеник, ребенок — мозаичный истеро-психастенический психопат) те или иные проявления могут превалировать в разных жизненных ситуациях, но в целом свойственная психастении склонность к анализу и критическому отношению к себе и своему поведению как бы нейтрализует истерические черты, и человек может в определенной мере корректировать свое поведение.

В целом же сосуществование психопатических черт, которые нейтрализуют друг друга, уменьшая выраженность патологических проявлений, бывает очень редко.

Гораздо чаще дисгармония личности с разнонаправленными психопатическими особенностями более выраженная, чем при “чистых” типах психопатии. Каждая из этих особенностей еще больше уродует личность мозаичного психопата.

Число ситуаций, которые являются психотравмирующими для больных с мозаичной психопатией, гораздо больше, чем у больных с “чистым” типом психопатии, способность к

компенсации и адаптации значительно снижена. Реакции декомпенсации возникают у мозаичных психопатов гораздо чаще, а это, в свою очередь, еще больше усиливает психопатические черты.

Поэтому в большинстве случаев динамика мозаичных психопатий неблагоприятна.

Динамика психопатий

Психопатические личности довольно часто вступают в противоречия с окружающими. Сами создавая конфликтные ситуации, они только ухудшают свое положение, так как конфликт порождает дополнительное психогенное воздействие. В такой ситуации возникает **психопатическая реакция**, которая проявляется обострением аномальных особенностей характера. Даже после прекращения конфликта психопатическая реакция может сохраняться.

Обострение психопатических черт может произойти и после того, как человек переболел каким-то тяжелым заболеванием или при хронических заболеваниях внутренних органов.

Психопатические реакции обычно возникают внезапно, в ответ на малозначимые для психически нормального человека, но очень болезненные для психопата события. Реакция больного всегда неадекватна, то есть не соответствует силе раздражителя, вызвавшего ее. Чаще всего она проявляется в виде протеста, возмущения, гнева, злобы, ярости и даже агрессии и разрушительных действий.

При неоднократных психотравмирующих воздействиях даже незначительных отрицательных факторов возникает **длительная декомпенсация**.

При декомпенсации в течение продолжительного времени наблюдается нарушение способности больного приспособляться к окружающим условиям, резко выявляются все аномальные особенности характера и могут появиться новые психические нарушения.

У больных психопатией часто возникают неврозы, особенно истерический невроз, могут формироваться сверхценные образования (то есть идеи, которым человек придает слишком большое значение) и даже бредовые идеи: бред отношения, бред преследования, бред ревности, бред сутяжничества (то есть стремление отстаивать свои якобы поправные права, подавая жалобы в разные инстанции).

Больные психопатией являются группой повышенного риска в аспекте возможности формирования алкоголизма и наркоманий.

Кроме того, психопатам свойственно расстройство влечений, и в первую очередь сексуального. У многих из них наблюдаются сексуальные извращения — садизм, мазохизм, эксгибиционизм, гомосексуализм, педофилия и многие другие (об этом вы сможете прочитать в следующей главе).

Из-за расстройства влечений у больных психопатией также могут возникать конфликты с обществом, противоправные действия, включая насилие, и тоже может произойти декомпенсация.

ГЛАВА 3

СЕКСУАЛЬНЫЕ ИЗВРАЩЕНИЯ

Различные сексуальные извращения (**перверзии, парафилии**) раньше рассматривали в рамках нарушения влечений при психопатии.

В случаях, когда доминирующим расстройством было извращенное сексуальное влечение, психиатры прошлого века выделяли так называемые **половые психопатии** или **перверзные психопатии**.

Но это название неточно, так как при сексуальных извращениях изменения характера и нарушения адаптации человека в обществе избирательны и связаны, в основном, с его сексуальным поведением.

Половые извращения — это патологическая направленность полового влечения и искажение форм его реализации. Половые извращения условно разделяют на перверзии (парафилии), когда объект полового влечения нарушается или замещается, и нарушения сексуальной ориентации.

Перверзии (парафилии) — это болезненные, странные сексуальные влечения. Они чаще встречаются у мужчин.

Сексуальная ориентация — это стремление иметь половую связь с представителями определенного пола (мужчинами или женщинами). Половая ориентация бывает гетеросексуальной (сексуальное влечение к лицам противоположного пола), гомосексуальной (сексуальное влечение к лицам своего пола) и бисексуальной (влечение к лицам обоего пола).

Нарушения сексуальной ориентации могут быть связаны с полом человека (гомосексуализм) либо с возрастом сексуального партнера (педофилия, эфебофилия, геронтофилия).

Замещение объекта нормального сексуального влечения — это патологическое влечение не к человеку, а к иному объекту, и достижение сексуального удовлетворения не путем нормального полового акта, а иным способом. Замещение объекта сексуального влечения наблюдается при эксгибиционизме, нарциссизме, фетишизме, вуайеризме, некрофилии и зоофилии.

Способ сексуального удовлетворения изменяется при садизме, мазохизме и садо-мазохизме.

Обычно наблюдается сочетание или последовательная смена половых извращений.

Предполагается, что одной из причин парафилий является возникновение в детстве сексуального возбуждения при необычных обстоятельствах, что закрепляется по принципу условного рефлекса. В последующем сексуальное возбуждение возникает при повторении таких обстоятельств, а дальше уже сам человек стремится удовлетворять половое влечение именно в таких ситуациях.

В целом в формировании сексуальных перверзий принимают участие как внешние, так и внутренние факторы. Вариант перверзии зависит от биологических особенностей и личности самого больного, от условий его воспитания и от выраженности его сексуальности.

При гиперсексуальности и гипосексуальности у больных возникает потребность в изощренных формах полового возбуждения и его удовлетворения, в получении дополнительных или необычных сексуальных раздражений.

При очень слабо выраженном сексуальном влечении, близком к полному его отсутствию (крайняя гипосексуальность), возможен аутоэротизм — то есть сексуальность, направленная на самого себя. Сюда относятся нарциссизм, онанизм (мастурбация) и эксгибиционизм. Часто они сочетаются.

Сексуальные перверзии подразделяются на истинные и ложные (псевдоперверзии).

При **истинных сексуальных перверзиях** половое влечение может быть удовлетворено только извращенным способом и нормальная половая жизнь невозможна (например, истинный гомосексуализм, истинный трансвестизм, транссексуализм, эксгибиционизм), или же удовлетворение от подобного акта несравненно сильнее, чем от нормального полового сношения, поэтому ему отдается явное предпочтение.

Истинные половые извращения чаще всего бывают врожденными. Проявляясь в период пробуждения полового влечения, в дальнейшей жизни они закрепляются.

А псевдоперверзии (ложные парафилии) — это приобретенные извращения, возникающие в течение жизни, после периода нормального сексуального функционирования, когда удовлетворение полового влечения извращенным способом происходит из-за препятствий для его реализации нормальным способом, например, когда человек длительное время находится в изоляции, при физическом уродстве, затрудняющем общение с противоположным полом, или в условиях однополого коллектива (тюрьма, колония, интернаты для подростков). Следовательно, это как бы "компенсатор-

ные", замещающие перверзии. При возвращении в обычные условия половое влечение может удовлетворяться естественным путем, но возможно и сочетание нормальной половой жизни с сексуальными извращениями, причем в некоторых случаях нормальное половое функционирование может быть более предпочтительно.

К ложным сексуальным перверзиям относятся: подростковый транзиторный гомосексуализм, ложный гомосексуализм, сочетающийся с гетеросексуальным влечением (бисексуализм), ложный (фетишистский) трансвестизм, фетишизм.

Врожденное извращение полового влечения наблюдается сравнительно редко.

В формировании половых извращений играют роль такие факторы, как неправильное воспитание, когда родители вовремя не объясняют ребенку, что его ожидает в период полового созревания, а также развращающий пример самих взрослых или ровесников, растление малолетних взрослыми, влияние порнографии или литературы эротического содержания.

Многие формы психопатий сопровождаются нарушением и извращением полового влечения, в частности, эпилептоидная, возбудимая, шизоидная, истерическая, психастеническая и неустойчивая.

Предпосылкой для формирования сексуальных перверзий у психопатов является их повышенная и очень рано развивающаяся половая возбудимость, которую из-за возраста подростки не могут реализовать естественным образом и для ее удовлетворения используют различные перверзии. Кроме того, большинству психопатий свойственны расстройства многих видов влечений, в частности, полового, а также неспособность контролировать свои влечения.

Половые извращения не специфичны для какого-то определенного типа психопатии, они возникают в динамике различных ее типов.

Бывают и так называемые симптоматические перверзии, которые являются одним из проявлений различных тяжелых психических заболеваний. Они могут быть связаны с периодом обострения основного психического заболевания, а в некоторых случаях ослабевают и даже исчезают после окончания приступа.

Половые извращения могут наблюдаться при олигофрении (умственной отсталости), шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивном психозе, органическом поражении центральной нервной системы, при старческом слабоумии и некоторых других психических заболеваниях.

Основное психическое заболевание накладывает свой отпечаток и на разновидности половых извращений.

У одного и того же больного психопатией бывают различные перверзии, и формы полового удовлетворения способны меняться. Так при психастенической психопатии могут наблюдаться такие перверзии, как фроттеризм, нарциссизм, иногда — гомосексуализм. У эпилептоидных психопатов и больных эпилепсией — садизм или садо-мазохизм. При возбудимой психопатии — эксгибиционизм, садизм, педофилия. У больных шизоидной психопатией — гомосексуализм, эксгибиционизм, педофилия. Но это не строго обязательно, возможны и другие виды перверзий или их сочетания.

При олигофрении в степени дебильности или имбецильности вариант сексуального извращения чаще всего бывает стойким, встречается в изолированном виде и не меняется — это эксгибиционизм, или гомосексуализм, или онанизм (мастурбация), или фроттеризм, или зоофилия, и другие.

При тяжелых психических нарушениях с интеллектуальным и эмоциональным дефектом возможны такие сексуальные извращения, как некрофилия (сексуальное влечение к трупам) и инцест (половое влечение к близким родственникам).

Больной парафилией (сексуальной перверзией) не способен управлять своим влечением, и его действия не зависят от его воли. При психотравмирующих ситуациях извращенное сексуальное влечение усиливается.

Бывают случаи, когда сам больной тяготится своим необычным влечением, испытывает чувство вины и раскаяния, может даже принять решение избавиться от пагубной привычки и на какое-то время воздерживаться от реализации своего влечения извращенным способом. Но чаще всего он не в состоянии с ним справиться, и в определенной ситуации влечение возникает с новой силой и вновь реализуется болезненным способом, вызывая у человека глубокое чувство вины.

Выраженность сексуальных перверзий меняется в течение жизни. Чаще всего они наиболее интенсивны в молодом возрасте, в период зрелости в ряде случаев могут наблюдаться нормальные половые контакты с противоположным полом, а в старческом возрасте сексуальное влечение вновь может усилиться и в сочетании с половым бессилием привести к сексуальным извращениям — педофилии (влечение к детям), эксгибиционизму, упорному онанизму и так далее.

К половым извращениям относятся: гомосексуализм, транссексуализм, трансвестизм, фетишистский трансвестизм,

фетишизм, некрофилия, экскрементофилия, эксгибиционизм, фроттеризм, педофилия, геронтофилия, инцест, нарциссизм, садизм, мазохизм, вуайеризм и зоофилия.

Гомосексуализм

Гомосексуализм (от греческого "homos" — одинаковый и латинского "sexus" — пол; другие названия — педерастия, мужеложество, уранизм, инверсия — у мужчин; лесбиянство, сафизм, трибадия — у женщин) — сексуальное влечение к лицам своего пола.

В возникновении этого сексуального расстройства играют роль следующие факторы: поздний возраст матери при рождении сына, неправильное половое воспитание, чрезмерная опека родителями своего ребенка, когда ему не позволяют общаться с детьми противоположного пола, совращение в детском возрасте, социальная изоляция с однополым составом (детские дома, интернаты, колонии для несовершеннолетних преступников).

У гомосексуалов обнаружено иное соотношение мужских и женских половых гормонов, чем у людей гетеросексуальной ориентации (то есть тех, чье сексуальное влечение направлено на лиц противоположного пола).

Истинный гомосексуализм проявляется с момента пробуждения полового влечения в подростковом возрасте. Ни к ровесникам противоположного пола, ни к более старшим людям сексуального влечения у таких подростков не наблюдается. Все их сексуальные фантазии, эротические сновидения при ночных поллюциях у мальчиков связаны только со своим полом.

Уже с подросткового возраста гомосексуалы стараются найти место и ситуацию, где можно увидеть обнаженными представителей своего пола (душевые, бани, туалеты и прочее), а затем ищут сексуальных контактов с ними. Среди мужчин гомосексуализм встречается гораздо чаще, чем среди женщин. Но в настоящее время немало и женщин-лесбиянок.

В США и многих других странах гомосексуализм не считается перверзией и рассматривается как вполне допустимое явление. Существуют общественные движения и организации сексуальных меньшинств. В нашей стране раньше существовала статья 121 Уголовного Кодекса, где предусматривалось уголовное наказание за мужеложество, но лесбиянство не наказывалось. В новом Уголовном Кодексе от 1996 года уголовное наказание предусматривается уже не за сам факт мужеложества или лесбиянства, а за насильственные действия и понуждение к действиям сексуального характера.

Не только уголовное законодательство, но и взгляды общества на эту проблему в последние годы стали более либеральными.

Мужчины-гомосексуалы вполне терпимо относятся к проявлениям женского гомосексуализма, во всяком случае истинные гомосексуалы предпочитают общаться с лесбиянками в большей степени, чем с женщинами гетеросексуальной ориентации (но лишь на уровне общения, а не сексуальных контактов).

Даже сама мысль о возможности сексуального контакта с женщиной вызывает у гомосексуалов-мужчин непреодолимое отвращение. То же самое наблюдается у лесбиянок.

Гомосексуал легче простит "измену", то есть сексуальный контакт своего постоянного партнера с лицом того же пола, чем с человеком противоположного пола.

Гомосексуалы (мужчины и женщины) разделяются на активных (то есть играющих мужскую роль) и пассивных (играющих женскую роль). В развитии активного гомосексуализма имеют значение неблагоприятные внешние воздействия (недостатки воспитания, неблагоприятные обстоятельства в период полового созревания), а в возникновении пассивного гомосексуализма могут иметь значение психические и гормональные нарушения.

У мужчин пассивная гомосексуальная роль сочетается с женственностью в манерах, поведении и голосе, употреблением косметики, духов, ношением женского белья, выбором женских профессий и занятий. Активные мужчины-гомосексуалисты могут иметь обычный внешний вид, женственность им чаще всего несвойственна.

Мужчины-гомосексуалисты могут жениться на женщинах, чтобы скрыть свои гомосексуальные наклонности или с целью преодолеть свое влечение. Многие имеют в браке детей. Но, как правило, у женатых истинных гомосексуалистов затруднены сексуальные контакты с женой, они не испытывают к ней сексуального влечения, поэтому ради желания иметь детей или для "исполнения супружеского долга" вынуждены возбуждать себя воспоминаниями о гомосексуальных контактах.

А у активных лесбиянок отмечаются мужские манеры и поведение, они любят командовать, носят короткие прически, брюки, рубашки, куртки, предпочитают мужские профессии и занятия.

У одного и того же человека его сексуальная роль может меняться, но в большинстве случаев наблюдается устойчивое предпочтение определенной роли.

У женщин-лесбиянок в зависимости от возраста объекта сексуального предпочтения бывает влечение к девочкам, девушкам, женщинам и старухам.

У некоторых гомосексуалов периодически или на протяжении всей жизни сохраняется сексуальное влечение и к противоположному полу. Это называется **бисексуализмом**. В различные периоды один тип влечения может преобладать, а другой ослабевает.

Сексуальные контакты гомосексуалов разнообразны. Чаще всего это взаимные ласки, поцелуи, объятия и взаимная мастурбация, различные виды орально-генитальных контактов, мужеложество (у мужчин) и имитация полового акта (у женщин), а также петтинг (трение половыми органами о различные участки тела сексуального партнера).

Гомосексуальное влечение может быть направлено на детей (педофилия) или подростков (эфебофилия). Может быть сочетание гомосексуализма с другими половыми извращениями — трансвестизмом, мазохизмом, садизмом и прочими.

Мужчины-гомосексуалисты часто находят сексуальных партнеров в общественных туалетах и банях. Существуют особые места, где собираются гомосексуалы. На Западе для них есть специальные кафе и клубы, а также известные курорты, которые посещают преимущественно гомосексуалы со всего мира.

Лишь немногие гомосексуалы страдают от своего сексуального предпочтения и хотели бы стать нормальными гетеросексуалами, большинство и не представляют себя в иной роли, желая лишь, чтобы общество оставило их в покое, дав им право на свободу выбора сексуального партнера.

Ложный гомосексуализм — это сочетание гомосексуального и гетеросексуального способов удовлетворения полового влечения. Чаще всего он бывает вынужденным — при длительной изоляции от представителей противоположного пола (в местах заключения, в длительных экспедициях, у матросов в условиях многомесячного плавания, у воспитанников детских домов и интернатов). Гомосексуальные и гетеросексуальные фантазии и сновидения чередуются. При возвращении к обычным условиям жизни возможно предпочтение гетеросексуальных контактов, но может быть и сочетание гомо- и гетеросексуальных связей.

Транссексуализм

Транссексуализм — нарушение, проявляющееся в стойкой убежденности в своей принадлежности к противоположному полу, с чувством неуместности своей половой роли и ощущением дискомфорта в связи с собственной половой принадлежностью.

Половая идентификация — это внутреннее ощущение принадлежности человека к мужскому или женскому полу. Половая роль человека — внешнее выражение его половой идентификации.

Пол (биологический) — это анатомические и физиологические характеристики, которые определяют человека как мужчину или женщину.

Половые признаки разделяют на первичные, связанные с железами внутренней секреции, вырабатывающими мужские и женские половые гормоны, и вторичные (половой член, усы, борода, общий мужской облик — у мужчин; влагалище, молочные железы и общий женский облик — у женщин).

При транссексуализме первичные и вторичные половые признаки развиты правильно, а не так, как этого хотелось бы транссексуалу. К половым органам и своему телу транссексуал испытывает отвращение.

Транссексуализм — это устойчивое желание избавиться от своих первичных и вторичных половых признаков и приобрести половые признаки противоположного пола, а также жить и восприниматься обществом как лицо противоположного пола.

Предполагается, что причиной транссексуализма может быть употребление матерью во время беременности гормональных препаратов, нарушающих нормальное развитие плода, а также нарушение половой дифференцировки определенных структур мозга.

Важным фактором являются и условия воспитания. Если с детства родители поощряют или даже навязывают ребенку стереотип поведения, соответствующий поведению противоположного пола (это нередко бывает, когда родители мечтали о девочке, а рождается мальчик, и наоборот), например, решительность, активность у девочек, и мягкость, подчиняемость, женоподобность — у мальчиков, а также одевают ребенка в одежду противоположного пола, прививают ему соответствующие привычки и увлечения.

Нарушения половой идентификации могут возникнуть после физического или сексуального насилия — это чаще всего свойственно девочкам, когда после насилия они испытывают отвращение к себе и своему полу.

По данным зарубежных авторов, мужчин-транссексуалов в 6 раз больше, чем женщин. Каждый из 30000 мужчин и каждая из 100000 женщин хотят изменить свой пол хирургическим путем.

Следует отличать транссексуализм от трансвестистского фетишизма — при последнем человек лишь переодевается в одежду противоположного пола для достижения сексуального

возбуждения, но отвращения к своему полу и желания изменить его не испытывает.

Уже в раннем детстве у транссексуалов возникает желание быть и восприниматься другими людьми как лицо противоположного пола. Это расстройство возникает в возрасте до 4-х лет, и формирование транссексуализма завершается к 5-летнему возрасту. Все воспитательные меры здесь бесполезны. Уже в 7—8 лет на этой почве возникают конфликты со сверстниками и родителями.

Мальчики предпочитают носить длинные волосы, выбирают одежду, похожую на одежду девочек; девочки требуют, чтобы их коротко стригли и носят только брюки и другие элементы одежды мальчиков.

В играх они отдают предпочтение детям противоположного пола — мальчики играют с девочками в “девчачьи” игры (куклы, “классики”, “скакалки”), девочки общаются с мальчиками и играют в “мальчишечьи” игры (в войну, в “террористов”). В своих фантазиях они представляют себя лицами противоположного пола.

То же самое происходит и в увлечениях: у мальчиков обнаруживается склонность к рукоделию (шитью, вышиванию), кулинарии, у девочек — стремление заниматься силовыми видами спорта.

Транссексуалы не только внешне стараются походить на противоположный пол, но и ощущают душевную близость к нему.

Наибольшего накала отвращение к своему полу достигает в период полового созревания. Подростки-транссексуалы мужского (биологического) пола утверждают, что их половой член и яички омерзительны, и было бы гораздо лучше, если бы они исчезли. Некоторые перевязывают или прибинтовывают половой член к промежности, бывают даже случаи самокастрации.

Девочки и девушки отказываются мочиться сидя и предпочитают делать это стоя, заявляют, что им не хочется, чтобы у них были менструации, туго перетягивают молочные железы, не желая, чтобы они увеличивались. Им хотелось бы, чтобы у них вырос половой член.

Но эти симптомы могут и ослабевать после своевременного начатого лечения, а иногда и произвольно. Девочки могут расстаться с мужеподобным поведением в подростковом возрасте. Истинный транссексуализм развивается примерно у 10% детей, проявляющих транссексуальные наклонности в детстве.

Для подростков и взрослых транссексуалов характерно не только отвращение к одежде своего пола и ношение одежды только противоположного пола, использование парфюмерии (женщинами — мужских одеколонов и дезодорантов, мужчина-

ми — женских духов и косметики) и соответствующее противоположному полу поведение, но и устойчивое желание стать лицом другого пола, стойкая убежденность, что он или она чувствует и реагирует как лицо противоположного пола, и стремление, чтобы именно так к ним относились остальные. Соответственно они меняют и свои имена.

Сохранение своего истинного пола, соответствующего имеющимся при рождении вторичным половым признакам, вызывает у транссексуалов ощущение психического дискомфорта и чувство неуместности своей половой роли, связанной с половой принадлежностью. Они убеждены, что их рождение мужчиной или женщиной было ошибкой. У них может развиваться депрессия, вплоть до попыток самоубийства.

У взрослых мужчин-транссексуалов половое влечение возникает к мужчинам, у женщин-транссексуалов — к женщинам. Нередки "браки" между транссексуалом и лицом того же пола, многие из них мечтают взять на воспитание ребенка.

Взрослые транссексуалы стремятся изменить свой пол, во-первых, избавившись от своих первичных и вторичных половых признаков с последующей пластикой хирургическим путем или с помощью гормонального лечения, а, во-вторых, изменением паспортных данных, соответствующих противоположному полу.

Транссексуалы бывают очень настойчивы в своем стремлении, так как категорически не желают, чтобы их по-прежнему считали относящимися к тому полу, который был свойствен им при рождении, это вызывает значительные осложнения в их личной и социальной жизни.

Они могут годами копить деньги на операцию и лечение, ждать своей очереди для поступления в психиатрическую клинику, где им меняют пол, соглашаются на многочисленные операции, любое гормональное лечение, лишь бы добиться изменения пола. Некоторые могут сами изуродовать свои половые органы, чтобы принудить хирургов сделать им операцию по изменению пола.

При хирургическом изменении пола пациенты проходят обследование и испытательный срок до 1 года, в течение которого они получают гормональное лечение и носят одежду противоположного пола. Многие пациенты предпочитают гормональное лечение хирургическому.

По данным зарубежных авторов, 70-80% пациентов довольны результатом операции, 2% оперированных кончают жизнь самоубийством. Неудовлетворенность результатами чаще всего связана с предшествующими тяжелыми психическими заболеваниями.

Трансвестизм

Трансвестизм — стремление носить одежду и прическу противоположного пола и играть его роль, но без такого явного психического дискомфорта и желания любым путем изменить свой пол, как у транссексуалов.

Трансвестизм может сочетаться с пассивным гомосексуализмом у мужчин и активным — у женщин, но может встречаться и в изолированном виде, без гомосексуальных контактов.

Предполагается, что в развитии гомосексуализма, помимо извращенности влечения, имеет значение и степень его выраженности. Если извращенное влечение имеет слабую степень выраженности, то развивается трансвестизм, и переодевания в одежду противоположного пола достаточно для слабовыраженного полового влечения.

Различают истинный трансвестизм, который проявляется с детства и выражается лишь стремлением переодеваться в одежду противоположного пола и удовлетворением, когда их принимают за представителей другого пола, и фетишистский (ложный) трансвестизм.

Фетишистский трансвестизм

Фетишистский трансвестизм — надевание одежды противоположного пола для того, чтобы добиться сексуального возбуждения. Фетишистский трансвестизм называют также ложным трансвестизмом.

Чаще всего эта перверзия встречается у мужчин, надевающих только женское белье и женскую одежду с целью мастурбации. После достижения оргазма эту одежду снимают. Обычно при посторонних ее не носят, за некоторым исключением. Может сочетаться с гомосексуализмом.

В настоящее время есть несколько очень известных отечественных и зарубежных певцов и танцоров, которые не только практикуют переодевание в женское белье и одежду, но и демонстрируют в таком виде мужской стриптиз на сцене.

Фетишизм

Фетишизм (от французского "fetiche" — идол, предмет поклонения, другое название — **идолизм**) — это возведение в культ определенного предмета и половое влечение к нему.

Сексуальное возбуждение возникает при созерцании вещи, принадлежащей противоположному полу, например, нижнего белья, колготок или других предметов одежды, обуви, носовых платков, пряди волос и тому подобного.

Половое удовлетворение достигается путем разглядывания, ощупывания, обнюхивания, прикладывания этих вещей к половым органам в сочетании с мастурбацией. Фетишизм может сочетаться и с эксгибиционизмом, когда в присутствии лиц противоположного пола мужчины-фетишисты надевают/предметы одежды, служащие объектом влечения, на половой член. Иногда сочетается с гомосексуализмом. Предметы одежды или иные объекты фетиша такие мужчины могут украсть или выпросить у женщины, предпочитая вещи, бывшие в употреблении. Некоторые фетишисты собирают целые коллекции женской одежды.

Фетишизм почти всегда наблюдается у мужчин. Он является одной из наиболее распространенных форм сексуальных перверзий.

Вариант фетишизма — **пигмалионизм**, когда сексуальное возбуждение возникает при созерцании статуй, предметов живописи с изображением обнаженных тел, порнографических фотографий. Чаще всего возникает у молодых мужчин, не имеющих возможности вести нормальную половую жизнь.

Бывает и такой вариант фетишизма, когда объектом сексуального влечения служат отдельные части тела — например, **фетишизм ног, рук, половых органов** и прочего.

Некрофилия

Некрофилия (от греческого “necros” — мертвый, “philia” — влечение, любовь) — половое влечение к трупам. Встречается редко, в основном при психических заболеваниях и у лиц с тяжелыми врожденными психическими аномалиями. Считается разновидностью фетишизма, когда роль фетиша играет мертвое тело.

Некрофилия может сочетаться с садизмом (некросадизм), тогда она проявляется осквернением и надругательством над трупами и даже поеданием трупов.

Некрофилы раскапывают свежие могилы, проникают в дома, где есть покойники, в морги, иногда устраиваются работать в морг.

Некоторые больные с этой тяжелой перверзией совершают убийства, а затем надругательства над мертвым телом. Описаны случаи совершения полового акта с трупами с последующим поеданием трупа или без этого.

Элементами некрофилии считаются и сексуальные действия со спящими или находящимися в бессознательном состоянии людьми. Сюда же относится повышенный интерес к кладбищам и покойникам.

Экскрементофилия

Экскрементофилия — тоже разновидность фетишизма, здесь роль фетиша играют выделения человеческого тела — кал, моча, сперма, слюна. Половое возбуждение возникает при манипулировании каловыми массами (копрофилия), мочой (урофилия), обнюхивании, лизании, прикосновении, обмазывании себя и проглатывании выделений. Может предшествовать некрофилии.

Эксгибиционизм

Эксгибиционизм (от латинского “exhibio” — выставлять, показывать) — обнажение своих половых органов перед незнакомым лицом противоположного пола. Чаще всего наблюдается у мужчин, у женщин бывает редко. Одно из наиболее часто встречающихся половых извращений.

Элементы эксгибиционизма могут проявляться в раннем возрасте, когда дети обнажают и разглядывают половые органы друг друга.

У подростков с ранним сексуальным развитием эти действия могут сопровождаться половым возбуждением и привести к оргазму. Необычайно яркий оргазм может наступить и в тех случаях, когда взрослые застают подростка за мастурбацией. Такая ситуация, когда другие люди увидели обнаженные половые органы подростка, может послужить толчком для формирования в будущем эксгибиционизма, и только таким путем, даже став взрослым, человек способен достичь наиболее интенсивного оргазма.

Такие взрослые мужчины-эксгибиционисты обычно выбирают малолюдные места, могут долго подкарауливать одинокую женщину или девочку и внезапно демонстрируют им эрегированный половой член. Иногда одновременно с этим они пытаются и мастурбировать.

Они стремятся именно шокировать женщину. Ее испуг, стыд и замешательство приносят особое наслаждение эксгибиционисту и служат для него подтверждением, что он потенциально способен к совоплощению. Поэтому эксгибиционист стремится

появиться внезапно — из-за кустов или дерева, в подъезде, вечером в полупустом общественном транспорте или на остановке.

Чем больше шокирована и напугана женщина, тем интенсивнее сексуальное удовлетворение эксгибициониста. Поэтому если она не обращает на него внимания или вместо того, чтобы обругать его, начинает над ним смеяться, — сексуальное возбуждение быстро пропадает.

Эксгибиционисты обычно безвредны в аспекте насилия, они не стремятся овладеть женщиной, даже встретив ее одну в лесу или ночью в пустынном месте. Для сексуального удовлетворения им вполне достаточно ее реакции испуга. Оргазм может наступить при виде такой реакции женщины или в результате мастурбации.

Поэтому самый лучший способ защиты от эксгибициониста — это не оскорбления и возмущение его поведением, не громкие призывы о помощи, а безразличие, а еще лучше — откровенная насмешка. Испытав несколько раз унижение и насмешки от женщин и не получив желаемого сексуального удовлетворения, эксгибиционист, вполне возможно, откажется в будущем от повторения своих попыток.

В некоторых случаях эксгибиционизм может проявляться с началом полового созревания, но чаще наблюдается в зрелом возрасте.

Обычно эксгибиционизм сочетается с нормальной половой жизнью, и сексуальная партнерша может даже и не подозревать о перверзии своего партнера.

Это влечение отличается неодолимостью, так как оргазм при акте эксгибиционизма у таких больных значительно интенсивнее, чем при нормальном половом сношении.

Фроттеризм

Фроттеризм, или фроттаж (от французского, "frotter" — тереть) — сексуальное извращение, когда половое возбуждение и удовлетворение достигается трением полового члена о верхнюю одежду женщины. Встречается в основном у мужчин.

Такие мужчины в многолюдных местах, в тесноте (в толпе, в очереди или в переполненном транспорте) стараются прижиматься к выбранной ими женщине, обычно незаметно для нее самой.

Чаще всего наблюдается у неуверенных в себе, пассивных мужчин.

Фроттеризм может быть ложной перверзией (псевдоперверзией), если сосуществует с нормальной половой жизнью.

Педофилия

Педофилия (от греческого "paídos" — ребенок, "philia" — любовь) — половое влечение к малолетним детям (не достигшим 13 лет).

Одна из наиболее часто встречающихся парафилий. Примерно в 95 % случаев половое влечение направлено на детей противоположного пола, и в 5% — на детей своего пола.

В основе педофилии лежит задержка психосексуального развития человека, страдающего этим расстройством, затруднения в нормальных отношениях со взрослыми лицами противоположного пола из-за различных сексуальных расстройств. Зарубежные психиатры отмечают, что около 24% женщин в детстве подвергались сексуальным домогательствам и манипуляциям взрослых мужчин-совратителей.

Педофилия может наблюдаться в подростковом возрасте у мальчиков с легкой дебильностью, с задержкой сексуального развития или когда половое влечение пробуждается рано, а подросток в силу своей интеллектуальной или эмоциональной несостоятельности не может нормально общаться со своими сверстниками или взрослыми женщинами.

Для удовлетворения своего сексуального влечения такие подростки выбирают детей, которые не могут оказать им сопротивления, и с помощью угроз и запугивания принуждают их к сексуальному контакту. Здесь могут быть различные сочетания половых извращений — эксгибиционизм, когда подростки обнажают перед детьми свои половые органы, в изолированном виде или в сочетании с мастурбацией, принуждение к совершению полового акта естественным или извращенным способом; чаще всего это сочетается с элементами садизма, когда подросток может нанести ребенку тяжелые увечья.

Педофилия может наблюдаться и у мужчин зрелого возраста. Сравнительно редко патологическое влечение к детям сочетается с нормальной половой жизнью с женщинами, чаще педофилия свойственна мужчинам, которые не способны к нормальным сексуальным контактам. Многие педофилы женаты, но у них выявляются дисгармония половой жизни с супругой и различные сексуальные дисфункции (импотенция, недостаточная эрекция, отсутствие оргазма, ускоренное семяизвержение и другие), из-за чего они боятся вступать в сексуальные отношения с взрослыми женщинами.

ГЛАВА 4

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДЕВИАЦИИ

Сексуальные девиации представляют собой непатологические отклонения от общепринятых норм полового поведения. Чаще всего они недолговечны, возникают в период гиперсексуальности, например, в подростковом возрасте, а затем проходят.

Но в некоторых случаях сексуальные девиации могут закрепляться и становятся дурной привычкой. Иногда они сочетаются с нормальным половым функционированием или проявляются в период вынужденного воздержания от нормальной половой жизни, и тогда говорят о ложной перверзии.

К сексуальным девиациям относятся онанизм, петтинг, транзиторный фроттеризм, промискуитет, групповой секс, транзиторный подростковый гомосексуализм, гиперсексуальность, эротомания, ранняя половая жизнь (до половой и физической зрелости).

Онанизм

Онанизм (или мастурбация) — это механическое раздражение половых органов рукой, сильной струей душа, трением о белье для достижения полового возбуждения и оргазма. Разновидность — использование специальных вибраторов.

Мастурбация обычно сочетается с сексуальными фантазиями, представлением сцен из порнографических фильмов или книг.

По данным подростковых психиатров, до 80% подростков-мальчиков до начала половой жизни занимаются мастурбацией, причем часть из них не в одиночку, а взаимно мастурбируют со сверстниками.

С началом нормальной половой жизни мастурбация может пройти, если сексуальная жизнь имеет регулярный характер. Но в некоторых случаях, когда интенсивность половой жизни не удовлетворяет человека, при перерывах в нормальных сексуальных отношениях возможно возобновление мастурбации.

Мастурбация считается патологической, если она слишком частая (более одного раза в день) или когда ей отда-

ется предпочтение перед нормальной половой жизнью при возможности ее регулярности (тогда она считается перверзией), или когда мастурбация осуществляется особо изощренным способом, например, введением инородных тел в задний проход или в мочеиспускательный канал, что может привести к повреждениям.

Петтинг

Петтинг (от английского "pet" — ласкать, обнимать) — удовлетворение полового влечения путем соприкосновения и взаимного трения до оргазма. Чаще всего используется в подростковом возрасте, когда девочка боится потерять девственность, нарушив девственную плеву.

Транзиторный фроттеризм

Транзиторный фроттеризм возможен в подростковом возрасте, когда нет возможности удовлетворять сексуальное влечение нормальным способом. С возрастом и началом нормальной половой жизни может пройти.

В предыдущей главе говорится о фроттеризме, который становится стойкой пагубной привычкой, и ему отдается предпочтение перед нормальным половым актом, или он сосуществует с нормальной половой жизнью.

Промискуитет

Промискуитет — это беспорядочные половые связи с непрерывной сменой половых партнеров. Может возникнуть в подростковом возрасте, в частности, в асоциальной подростковой группе с разнополым составом, причем девочки, члены такой группы, чаще всего имеют выраженные психические отклонения и психические заболевания, или они внешне очень непривлекательны, и такая беспорядочная половая жизнь служит для них своеобразной компенсацией отсутствия внимания и ухаживаний мальчиков.

Впоследствии многие такие девочки становятся малолетними проститутками по собственной инициативе или попадают в зависимость от сутенеров.

Непрерывная смена половых партнеров с многократными половыми актами (до десяти и более) наблюдается при эфедроновой наркомании в любом возрасте из-за сильного сексуального возбуждения, возникающего в наркотическом опьянении.

Промискуитет свойствен и некоторым представителям творческих профессий. Иногда он бывает демонстративным, нарочитым.

Случается, что промискуитет обусловлен гиперсексуальностью и неспособностью с помощью одного сексуального партнера удовлетворить свои повышенные сексуальные потребности, например, у женщин-нимфоманок.

А у некоторых людей беспорядочные половые связи и постоянная смена сексуальных партнеров вызваны эмоциональным дефектом и неспособностью к устойчивым, постоянным привязанностям.

Групповой секс

Групповой секс — это половой акт с участием трех и более активных сексуальных партнеров. Может сочетаться с нормальными сексуальными контактами с одним постоянным партнером и происходить эпизодически с целью разнообразить свою половую жизнь или подстегнуть свою сексуальность. В таких случаях рассматривается как девиация.

Считается ложной перверзией, если получение сексуального удовлетворения нормальным способом становится невозможным, и групповому сексу отдается явное предпочтение перед сексом с одним партнером.

Чаще всего групповой секс сочетается с другими девиациями и перверзиями.

Транзиторный подростковый гомосексуализм

Транзиторный (то есть преходящий) подростковый гомосексуализм — частое явление среди воспитанников детских и подростковых учреждений с однополым составом (детские дома, интернаты, колонии для несовершеннолетних). Примерно у 10% подростков наблюдается гомосексуальная влюбленность в сверстника (или сверстницу). Обычно с возрастом это проходит.

В период пробуждения полового влечения оно еще мало дифференцировано, с чем и связаны транзиторные гомосексуальные наклонности.

Подростковый гомосексуализм проявляется взаимной мастурбацией, петтингом, минетом. У мальчиков возможна имитация мужеложества. Гомосексуальные контакты в виде минета могут служить способом унижить другого подростка и показать свою власть над ним.

Гиперсексуальность

Гиперсексуальность — повышенное сексуальное влечение с потребностью совершать многократные половые акты в течение суток.

Гиперсексуальность у мужчин называют **сатириазом** (по имени мифического похотливого существа Сатира), у женщин — **нимфоманией**.

Предполагается, что причиной гиперсексуальности может быть поражение определенных областей головного мозга (гипоталамической области).

Поскольку сексуальные возможности у разных людей индивидуальны, то о гиперсексуальности говорят лишь в тех случаях, когда сам человек жалуется на изнуряющую его и порой тягостную повышенную сексуальную возбудимость, которую он не в состоянии регулировать или преодолеть.

Повышение сексуального влечения может быть временным явлением, например, при истерии, гиперстенической форме неврастении.

Гиперсексуальность наблюдается при некоторых психических заболеваниях, например, при шизофрении, а также при слабоумии в позднем возрасте.

Эротомания

Об эротомании (по имени Эроса — бога любви у древних греков) говорят в тех случаях, когда, в отличие от гиперсексуальности, сексуальная потенция может быть невысокой, но секс является целью и смыслом существования, вытесняя все другие увлечения, интересы и социальные обязанности, занимает всю духовную жизнь человека.

Ранняя половая жизнь

Ранняя половая жизнь расценивается как девиация, если еще не наступила полная физическая и половая зрелость, у девочек — до наступления менструаций, у мальчиков — до появления растительности на лице, груди, в подмышечных впадинах.

Половая жизнь до наступления юридического совершеннолетия не является сексуальной девиацией, а расценивается лишь как нежелательное явление.

ГЛАВА 5

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ

Нормальная половая деятельность человека складывается из полового влечения (либидо), эрекции, эякуляции и оргазма.

В жизни человека выделяют четыре периода половой активности — период полового созревания, половой зрелости, климактерический период и период полового увядания.

Сексуальная патология может проявляться и как отклонение от нормального течения половой деятельности человека, и как расстройство любого из составляющих элементов половой функции.

Преждевременное половое созревание. Это нарушение чаще всего вызвано заболеваниями определенных областей головного мозга (гипофиза и гипоталамической области), например, при опухолях мозга или менингоэнцефалите, или связано с нарушением функций половых желез и надпочечников. Обычно раннее половое созревание сочетается и с ранним физическим развитием.

Замедленное половое созревание. Бывает при многих эндокринных нарушениях, в частности, при пониженной функции гипофиза и половых желез. У таких больных, наряду с эндокринной (гормональной) недостаточностью, отмечается задержка роста, могут быть нарушения со стороны внутренних органов. Все это сочетается с задержкой психического развития и ослаблением эмоциональной и волевой сферы.

Недостаточность гормонов. У женщин наблюдается первичная аменорея — отсутствие менструаций, сопровождающееся недоразвитием матки и яичников; может быть психический инфантилизм.

Иногда возникает и вторичная аменорея, когда менструации появляются в срок, но затем прекращаются. Причинами этого могут быть психические травмы, различные тяжелые, истощающие заболевания, дистрофия, а также перемена климата. Эндокринная система во многом зависит от состояния центральной нервной системы, и различные вредные воздействия и психогении способны оказать опосредованное влияние и на выработку гормонов.

У мужчин гормональная недостаточность может быть врожденной или приобретенной. Врожденный половой инфантилизм у мальчиков обычно сопровождается задержкой психического и физического развития. Приобретенная гормональная недостаточность возникает после некоторых инфекционных заболеваний (например, инфекционный паротит) или в результате кастрации. В последнем случае происходит исчезновение вторичных мужских половых признаков и изменение психики.

Климакс. Период, когда в организме человека (и мужчин, и женщин) происходит гормональная перестройка. Изменения гормонального фона сопровождаются вегетативными и психическими нарушениями. В начальном периоде климакса половое влечение может значительно усилиться.

У одиноких людей климакс протекает тяжелее, чем у людей, имеющих семью.

Сексуальность у пожилых и старых людей. В позднем возрасте очень часто отмечается повышение сексуального влечения, которое сочетается с ослаблением потенции или полным половым бессилием. Такие нарушения чаще всего свойственны больным с атеросклерозом головного мозга и старческим слабоумием. Пожилые люди и старики становятся циничными, пренебрегают нормами морали, требуют частых сексуальных контактов, несмотря на ослабленную потенцию. Могут наблюдаться сексуальные перверзии — педофилия, эксгибиционизм, упорный онанизм, даже в присутствии других людей.

В целом сексуальные дисфункции могут быть проявлениями биологических нарушений, следствием внутриспсихических и межличностных конфликтов и различных психогений и сочетания разных неблагоприятных факторов.

На сексуальную активность оказывают неблагоприятное воздействие любые стрессы, эмоциональные нарушения, а также игнорирование норм половой жизни и физиологических особенностей. Независимо от причины, вызвавшей сексуальную дисфункцию, она почти всегда сопровождается у человека тревогой, связанной с его сексуальными способностями.

Сексуальные дисфункции бывают врожденными и приобретенными (то есть возникающими после периода нормального полового функционирования), генерализованными (то есть наблюдающимися в любой ситуации и с любым партнером) и ситуационными (то есть ограниченными определенным партнером и определенной ситуацией), обусловленными психологическими факторами или комбинацией различных факторов.

Физиологические фазы цикла сексуальной реакции включают: сексуальное влечение, сексуальное возбуждение, оргазм и фазу разрешения.

Фаза сексуального влечения отличается от остальных физиологических фаз цикла сексуальной реакции, здесь имеют значение особенности личности, мотивация и побуждение к сексуальной активности.

Фаза сексуального возбуждения заключается в субъективном чувстве сексуального удовольствия и сопутствующих этому физиологических изменениях.

Оргазм — наивысшая стадия сексуального удовлетворения со снижением сексуального напряжения и ритмическим сокращением мышц промежности и репродуктивных органов.

Фаза разрешения проявляется в чувстве покоя, благополучия и расслабления мышц. В течение этой фазы мужчины на некоторое время (его продолжительность увеличивается с возрастом) утрачивают способность испытывать оргазм (это называется рефрактерной паузой). У некоторых женщин рефрактерный период отсутствует, и они способны испытывать множественный оргазм, а у остальных женщин наблюдается рефрактерная пауза.

Сексуальные нарушения могут возникать в любой из фаз цикла сексуальной реакции.

Выделяют следующие категории сексуальных расстройств:

1. Расстройства сексуального влечения.
2. Расстройства сексуального возбуждения.
3. Расстройства оргазма.
4. Болевые сексуальные расстройства.

Расстройства сексуального влечения

Расстройства сексуального влечения подразделяют на два типа: снижение или отсутствие сексуального влечения, характеризующееся недостатком или отсутствием сексуальных фантазий и желанием сексуальной активности; и расстройства, связанные с отвращением к половым сношениям, отсутствием полового удовольствия и избеганием сексуальных контактов.

Снижение сексуального влечения и отвращение к половым сношениям бывает у некоторых людей, которых с детства воспитывали в чрезвычайной строгости и прививали им негативное отношение к сексу как к "греху" или чему-то низменному, грязному.

Такое неправильное половое воспитание бывает в неполных семьях, где мать рано лишилась мужа или родители разошлись и мать не выходила замуж повторно, избегая сексуальных контактов с мужчинами и прививая собственное негативное от-

ношение к сексу своему ребенку. Аскетическое воспитание с презрительным отношением ко всему "плотскому" бывает в религиозных семьях, у членов некоторых сект.

Отвращение к сексуальному контакту возникает и при многих других вариантах неправильного воспитания в детстве, а также в случаях физического или сексуального насилия над ребенком в детском или подростковом возрасте.

Бессознательные страхи, связанные с сексом, или опасения своей сексуальной несостоятельности могут привести к стремлению подавлять сексуальное влечение и избегать сексуальных контактов, чтобы защититься от этих страхов.

Снижение или отсутствие сексуального влечения может быть связано с пониженным настроением, депрессией, тревогой.

Сексуальное влечение обычно ослабевает после тяжелой болезни или хирургической операции. Влечение подавляется также при приеме некоторых лекарственных препаратов, например, снотворных и успокаивающих средств (транквилизаторов), которые угнетают деятельность центральной нервной системы, и при злоупотреблении этими препаратами. Снижение сексуального влечения наблюдается при алкоголизме, наркоманиях и токсикоманиях.

Среди супружеских пар, обращающихся к сексопатологам, жалобы на отсутствие сексуального влечения встречаются наиболее часто, причем у женщин это расстройство встречается чаще, чем у мужчин.

Расстройства сексуального возбуждения

Сюда включены расстройства эрекции у мужчин и снижение или отсутствие сексуального возбуждения у женщин.

Эти нарушения могут быть вызваны органическими заболеваниями половых органов или перенесенной тяжелой болезнью, а также болевыми ощущениями во время полового акта (это называется диспареунией).

Как и при расстройстве сексуального влечения, причинами снижения сексуального возбуждения могут быть прием некоторых лекарственных веществ, злоупотребление ими, а также алкоголем и наркотиками.

Одной из частых причин недостаточного сексуального возбуждения является "сексуальная неграмотность" полового партнера, отсутствие необходимой сексуальной стимуляции с его стороны или несоответствие стимуляции действительным желаниям второго партнера по фокусу ее применения (эрогенным зонам), интенсивности и продолжительности.

У каждого человека эрогенные зоны индивидуальны, и неправильное половое воспитание, ложное представление о том, что позволено, а что “стыдно”, обычно приводят к тому, что человек “стесняется” сказать половому партнеру о своих эрогенных зонах, о том, как именно и как долго необходимо его стимулировать для достижения нормальной степени сексуального возбуждения, а второй партнер из-за своей “сексуальной неграмотности” полагает, что стимуляция достаточна или тоже “стесняется” спросить об этом.

У мужчин **расстройство сексуального возбуждения** (другие названия — **дисфункция эрекции, импотенция**) проявляется в неспособности к достаточной эрекции или поддержания достаточной эрекции до завершения полового акта.

Импотенция среди молодых мужчин, по некоторым данным, составляет 8%. С возрастом число случаев импотенции увеличивается. В возрасте 80 лет 75% мужчин являются импотентами.

Среди мужчин, обращающихся к сексопатологу, до 50% называют в качестве основной жалобы импотенцию.

Расстройство может быть первичным (врожденным) или вторичным (приобретенным).

При первичной импотенции мужчина никогда не мог и не может достигнуть эрекции, достаточной для введения полового члена во влагалище. Первичная импотенция является редким расстройством и встречается у 1% мужчин до 35 лет.

При вторичной импотенции мужчина утрачивает ранее имевшуюся способность к эрекции, достаточной для полового акта, в некоторые периоды своей сексуальной жизни. Приобретенная импотенция может возникнуть и в молодом, и в зрелом возрасте. Вторичная импотенция наблюдается у 10—20% всех мужчин.

Выделяют еще и селективную (избирательную) импотенцию — например, с проституткой мужчина может совершить половой акт, а с женой нет.

Импотенция может быть функциональной, то есть вызванной психологическими причинами, и органической, то есть связанной с какими-то заболеваниями.

В тех случаях, когда у мужчины бывают спонтанные (самопроизвольные) или утренние эрекции, нормальная эрекция при мастурбации или при половых сношениях с одной из сексуальных партнерш, например, с новой любовницей нормальная эрекция, а с женой недостаточная, или наоборот — с постоянной партнершей нормальная, а с новой, еще незнакомой, недостаточная, речь идет не об органической, а о функциональной импотенции.

Психологические причины возникновения импотенции включают в себя различные конфликты, связанные с сексуаль-

ной партнершей, проблемы во взаимоотношениях между партнерами, а также различные психотравмирующие ситуации, с партнершей не связанные.

С психологическими причинами связана и неспособность к сексуальному стимулированию, если человек испытывает страх, тревогу или моральный запрет.

Одной из причин импотенции с точки зрения психоаналитической теории является неспособность мужчины примириться с привязанностью к одной и той же женщине или способность к нормальной эрекции только в тех случаях, когда женщина находится в униженном состоянии. Неспособность мужчины реализовать свой гнев или другие отрицательные эмоции иным способом, по мнению сторонников психоаналитической концепции, проявляется в импотенции.

Многие сексопатологи отмечают, что страх импотенции испытывают почти все мужчины старше 40 лет.

Однако возраст по-разному влияет на потенцию мужчин, для нормальной эрекции гораздо важнее наличие постоянного сексуального партнера и нормальная половая жизнь.

Причиной импотенции могут быть многие органические нарушения и болезни внутренних органов, эндокринной и нервной системы, инфекционные заболевания, недостаточность питания, отравления, хирургические операции, радиационное воздействие, любое тяжелое изнуряющее заболевание, прием некоторых лекарственных препаратов (например, психотропных средств, лекарств, снижающих артериальное давление, гормональных и других препаратов), злоупотребление алкоголем и наркотиками.

В частности, импотенция может наблюдаться при таких заболеваниях, как атеросклероз, сердечная недостаточность, аневризма аорты, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, дыхательная недостаточность, рассеянный склероз, опухоли и травмы головного и спинного мозга и других отделов нервной системы, прогрессивный паралич, эпидемический паротит, витаминная недостаточность, сахарный диабет, акромегалия, болезнь Аддисона, микседема, гипертиреоз, опухоли надпочечников, а также при переломах таза.

Это еще не полный перечень заболеваний, которые могут вызвать импотенцию. Но и такое перечисление показывает, что болезней, приводящих к импотенции, множество. Статистические данные говорят, что у 20—25% мужчин импотенция имеет органическую основу.

По некоторым данным в США 2 000 000 человек страдают импотенцией по причине сахарного диабета, у 300 000 импотенция вызвана другими заболеваниями эндокринной системы,

1 500 000 человек страдают импотенцией из-за болезней сердечно-сосудистой системы, 180 000 — из-за рассеянного склероза, 400 000 — вследствие травм и переломов, вызвавших повреждения тазовых органов и спинного мозга, и еще 650 000 человек — в результате различных видов хирургического вмешательства на органах малого таза.

Но статистические данные о том, какие причины чаще всего вызывают импотенцию — психологические или органические, — противоречивы. Одни сексопатологи считают, что до 75% всех случаев импотенции вызваны органическими причинами, а другие придерживаются мнения, что больных недостаточно хорошо обследовали психологически, и из них 90% страдают импотенцией по психологическим, а не органическим причинам.

Распространенность **расстройства сексуального возбуждения у женщин** достаточно высока. По данным некоторых зарубежных сексопатологов; до 33% женщин, состоящих в благополучном браке, имеют нарушения сексуального возбуждения.

Расстройство сексуального возбуждения у женщин обычно сочетается с отсутствием оргазма (аноргазмией, фригидностью).

Трудности в поддержании сексуального возбуждения у женщин могут быть следствием психологических конфликтов с сексуальным партнером или по иной причине, могут быть вызваны тревогой, депрессией, чувством вины, страхом забеременеть. Играет роль и прием гормональных препаратов или некоторых лекарств.

Само по себе нарушение сексуального возбуждения тоже может привести к межличностным конфликтам с сексуальным партнером, депрессии, чувству вины и явиться стрессовым фактором или значительно утяжелить психическое состояние, вызванное иной психотравмирующей ситуацией.

У женщин невозможность достигать или поддерживать сексуальное возбуждение сопровождается недостаточным увлажнением и набуханием половых органов.

В ряде случаев сексуальное возбуждение бывает недостаточным только при половой близости с постоянным партнером или с партнером, вызывающим неприязнь или страх, а при смене партнера возбуждение может быть нормальным.

Такой ситуационный вариант расстройства сексуального возбуждения иногда наблюдается и у мужчин, и у женщин, живущих нормальной половой жизнью.

Но в наибольшей степени ситуационное расстройство сексуального возбуждения свойственно людям с сексуальными перверзиями.

Так, мужчины-гомосексуалы, вступающие в брак, чтобы скрыть свои гомосексуальные наклонности, и являющиеся

бисексуалами, при сексуальном контакте с женой испытывают недостаточное сексуальное возбуждение и могут даже оказаться несостоятельными, если им не помогают фантазии на гомосексуальные темы. А со своим гомосексуальным партнером сексуальное возбуждение и эрекция могут быть достаточными.

То же самое и в отношении женщин-лесбиянок, состоящих в гетеросексуальном браке или имеющих постоянного любовника для маскировки своих лесбийских наклонностей. Женщины-лесбиянки не испытывают возбуждения при половой близости с мужчинами, но при сексуальном контакте с женщинами сексуальное возбуждение у них достаточное.

Аналогичное ситуационное расстройство сексуального возбуждения наблюдается и при многих других сексуальных перверзиях и сексуальных девиациях — эксгибиционизме, фроттеризме, педофилии, геронтофилии, мазохизме, садизме, групповом сексе и прочих, когда сексуальное возбуждение интенсивно лишь с предпочитаемым перверзным партнером, а с обычными сексуальными партнерами оно недостаточно, поэтому перверзиям отдается явное предпочтение.

Расстройства оргазма

Расстройства оргазма у женщин – **заторможенный оргазм, аноргазмия, фригидность**, у мужчин — **заторможенный оргазм, задержанная эякуляция**. Эта сексуальная дисфункция проявляется в задержке или отсутствии оргазма после фазы нормального сексуального возбуждения. У фригидных женщин аноргазмия может сочетаться с недостаточностью или отсутствием сексуального возбуждения.

По данным А. Кинси, около 5% замужних женщин в возрасте до 35 лет никогда не испытывали оргазма при половых сношениях. Этот показатель выше среди незамужних и более молодых женщин.

Способность к оргазму у женщин увеличивается с возрастом. Это объясняется большей сексуальной опытностью.

Общая распространенность **аноргазмии** среди американских женщин, по данным того же автора, составляет 30%. Предполагается, что у наших соотечественниц этот процент еще выше.

Психологических факторов, тормозящих возникновение оргазма у женщин, множество. Это может быть связано с боязнью забеременеть, заболеть венерическим заболеванием, быть отвергнутой партнером по сексу и многими другими причинами.

У некоторых женщин причиной аноргазмии является подсознательное или осознанное чувство враждебности по отношению к мужчинам вообще или неприязнь к конкретному сексуальному партнеру. Аноргазмия у женщин, выросших в условиях строгого воспитания, бывает из-за чувства вины за свои сексуальные побуждения, не совпадающие с привитыми с детства представлениями о сексуальном поведении.

Иногда чувство вины может быть вызвано сексуальными фантазиями женщины, отличающимися от представления о "нормальном" сексе ее партнера или его неправильным поведением, когда он предпочитает половые акты в одной и той же "традиционной" позе и не допускает никаких "вольностей", расценивая любые попытки женщины разнообразить их сексуальные отношения как излишество и даже "разврат".

С психоаналитических позиций считается, что оргазм ассоциируется с агрессивным, деструктивным или насильственным поведением, и страх перед этими импульсами может быть выражен через торможение возбуждения и оргазма у женщины.

Некоторые женщины связывают оргазм с потерей контроля над собой и зависимостью от сексуального партнера, и оргазм тормозится из-за нежелания этого.

Аноргазмия у женщин может быть вызвана отрицательными воспоминаниями, связанными с перенесенным в детском, подростковом или ином возрасте физическим или сексуальным насилием.

Супружеские или иные конфликты, оказывающие негативное влияние на психическое состояние женщины и на ее настроение, тоже нередко приводят к тому, что женщина перестает испытывать оргазм, хотя ранее она была к нему способна.

Некоторые заболевания внутренних органов и эндокринные нарушения, например, гипотиреоз, сахарный диабет, гиперпролактинемия, могут повлиять на способность женщины испытывать оргазм.

Вышеперечисленные причины, снижающие сексуальное возбуждение женщины, подавляют и ее способность испытывать оргазм.

Отрицательно влияют и многие лекарственные вещества, такие, как психотропные препараты, оральные контрацептивы и препараты с антихолинергическим действием.

То есть причин аноргазмии (фригидности) у женщин меньше, чем причин импотенции у мужчин.

У женщин существуют значительные индивидуальные различия и свои предпочтения определенных видов сексуальной стимуляции, которые вызывают оргазм.

Принято разделять оргазм у женщин на вагинальный (возникающий при стимуляции стенок влагалища) и клиториальный (возникающий при стимуляции клитора). Оба вида оргазма физиологически идентичны.

У большинства женщин имеется клиториальный вариант оргазма, и обычный половой акт без стимуляции клитора оргазма у них не вызывает. Это не является патологией, а представляет собой нормальный вариант сексуальной реакции женщины.

В таких случаях, когда у женщины оргазм имеет клиториальный вариант, а сексуальный партнер не использует этого способа стимуляции, и оргазм не наступает, речь об аноргазмии (фригидности) не идет.

Если женщина способна испытывать оргазм при адекватной стимуляции и не испытывает его при неправильной или недостаточной стимуляции, об оргазмическом расстройстве речь тоже не идет.

Отсутствие оргазма считается сексуальной дисфункцией только в том случае, если женщина получает от сексуального партнера адекватную стимуляцию, а ее способность испытывать оргазм значительно ниже (или отсутствует), чем принято считать при ее возрасте и сексуальном опыте.

Кроме того, заторможенный оргазм (аноргазмия) у женщин считается дисфункцией, если оргазм не достигается не только при половом акте, но и при мастурбации. Женщины, которые могут хотя бы иногда достигать оргазма с помощью одного из этих способов, не считаются больными аноргазмией.

Аноргазмию разделяют на первичную и вторичную.

О первичной аноргазмии говорят в тех случаях, когда женщина никогда не испытывала оргазма при любом типе стимуляции. Первичная аноргазмия наблюдается у незамужних женщин чаще, чем у женщин, состоящих в браке.

Вторичной аноргазмией считается такая дисфункция, когда женщина раньше испытывала оргазм даже однократно, независимо от того, при каких обстоятельствах и с помощью каких способов стимуляции он достигался — при обычном половом сношении, при мастурбации или во время сна с эротическими сновидениями.

По данным А. Кинси, первый оргазм примерно у 50% женщин возникает в подростковом возрасте, остальные испытывают оргазм по мере того, как становятся старше.

Вторичная аноргазмия является частой жалобой, с которой женщины обращаются к сексопатологу. По данным некоторых сексопатологов, аноргазмия встречается в 4 раза чаще, чем другие сексуальные дисфункции у женщин. До 45% жен-

щин жалуются на трудность достижения оргазма, а 15% — на невозможность достичь его.

Истинная распространенность оргазмических нарушений неизвестна, так как очень многие женщины не обращаются к сексопатологам.

Большинство женщин в своей сексуальной жизни обучаются имитировать оргазм, причем довольно искусно, и их сексуальные партнеры даже не подозревают об аноргазмии женщины. Многие женщины именно по этой причине не хотят консультироваться у сексопатолога, так как это предполагает собеседование и с их сексуальным партнером, и тогда об имитации оргазма ему станет известно.

Некоторые женщины полагают, что если мужчины узнают о том, что они не испытывают оргазм, это может отрицательно повлиять на их взаимоотношения, в первую очередь изменится отношение мужчин к ним.

Второй причиной стремления женщины скрыть аноргазмию являются опасения, что это может негативно повлиять на потенцию мужчины, так как он в этом случае будет считать, что не способен удовлетворить свою сексуальную партнершу. Большинство женщин не хотят этого и винят в отсутствии оргазма только самих себя, а не своих сексуальных партнеров, хотя чаще всего виноват именно мужчина, поскольку не придает должного значения адекватной сексуальной стимуляции своей партнерши, "успокоившись", что она и так испытывает оргазм.

Эта неправильная тактика обоих партнеров заводит их, и в первую очередь женщину, в тупик. Мужчина полагает, что у них нормальные сексуальные отношения, он удовлетворяет свою партнершу, поэтому не стремится разнообразить свои ласки, и у женщины нет никакой перспективы изменить такую ситуацию. Следовательно, имитация оргазма причиняет наибольший вред самой женщине.

Неспособность женщины испытывать оргазм, в свою очередь, может вызывать межличностные конфликты между сексуальными партнерами, чувство вины, пониженное настроение и привести к стремлению уклоняться от половой близости, что создает заколдованный круг и еще больше усиливает сексуальную дисфункцию.

При заторможенном оргазме у мужчин (задержанной эякуляции) эякуляция (семяизвержение) при половом сношении достигается с большим трудом или не достигается вовсе.

Расстройство может быть врожденным или приобретенным. В последнем случае задержанная эякуляция часто отражает сложности в межличностных отношениях.

Обычно у большинства здоровых мужчин эякуляция и оргазм совпадают.

Задержка или отсутствие оргазма у мужчины наблюдается после фазы нормального сексуального возбуждения.

Первичной считается задержка эякуляции, если мужчина никогда не мог и не может достигнуть эякуляции во время полового акта.

Вторичной считается задержанная эякуляция, если она возникает после ранее имевшего место нормального полового функционирования.

Задержка эякуляции считается сексуальной дисфункцией, если сексуальная стимуляция мужчины, с учетом его возраста, адекватна по фокусу, интенсивности и длительности.

Неспособность достичь оргазма обычно ограничивается неспособностью достичь оргазма во влагалище, в то время как оргазм при других видах стимуляции сохранен, например, при мастурбации.

После некоторых хирургических вмешательств на органах малого таза эякуляция может наступать, но семенная жидкость изливается не вовне, а поступает в мочевой пузырь. Это называется **ретроградной эякуляцией**.

Ретроградная эякуляция может наблюдаться и в результате приема некоторых лекарственных средств с антихолинергическим побочным действием, например, нейролептиков.

У некоторых мужчин эякуляция сохранена, но они обращаются к сексопатологу с жалобами на отсутствие субъективного чувства удовольствия во время оргазма. Это называется **оргазмической ангедонией**.

Распространенность задержанной эякуляции (задержанного оргазма) у мужчин намного ниже, чем импотенции и преждевременной эякуляции. В целом, по данным разных авторов, этот вариант сексуальной дисфункции наблюдается у 3,8—5% мужчин, обращающихся к сексопатологам.

Причинами вторичного заторможенного оргазма у мужчин являются физиологические нарушения, хирургические операции на органах малого таза, некоторые неврологические заболевания и повреждения поясничного и крестцового отделов спинного мозга, а также прием лекарственных средств, например, некоторых препаратов для снижения артериального давления и средств, угнетающих центральную нервную систему.

Вторичный заторможенный оргазм может быть связан и с психологическими причинами, трудностями в межличностных отношениях с сексуальной партнершей. Это расстройство бывает вызвано опасением нежелательной беременности партнерши,

потерей ее сексуальной привлекательности для мужчины, а также ее требованиями большей сексуальной активности партнера. Неспособность к эякуляции иногда отражает скрытую, подсознательную неприязнь и даже враждебность по отношению к сексуальной партнерше.

Причиной первичного заторможенного оргазма у мужчин могут быть некоторые психические заболевания. В ряде случаев это расстройство связано с неправильным половым воспитанием — если ребенка воспитывают в жестких пуританских условиях, когда секс расценивается как “грех”, а все связанное с половыми органами — как грязное и отвратительное. Будучи взрослыми, такие мужчины испытывают чувство вины и стыда, что оказывает тормозящее влияние на оргазм.

Преждевременная эякуляция

Преждевременная эякуляция является основной жалобой 35—40% мужчин, обращающихся к сексопатологам. Это расстройство представляет собой возникновение оргазма и эякуляции раньше, чем мужчина этого хочет.

Это считается дисфункцией, когда эякуляция наступает регулярно перед или сразу же после введения полового члена во влагалище.

Имеет значение длительность стимуляции перед наступлением эякуляции, длительность фазы возбуждения, возраст и новизна сексуальной партнерши, новизна ситуации, а также частота сексуальных контактов.

Расстройство более распространено среди молодых мужчин, а также у мужчин молодого и зрелого возраста с новой партнершей по сексу. Преждевременная эякуляция чаще наблюдается у мужчин с высшим образованием, чем у менее образованных мужчин.

Причиной преждевременной эякуляции может быть озабоченность своей способностью удовлетворить сексуальную партнершу.

С точки зрения психоаналитической концепции, преждевременная эякуляция бывает связана с бессознательным страхом мужчины перед влагалищем.

Преждевременная эякуляция возникает и как следствие сексуальных контактов в раннем возрасте, которые происходили в ситуациях, когда было нежелательно их обнаружение. Аналогичный механизм этого расстройства может быть и у молодых мужчин, и мужчин зрелого возраста, когда поло-

вой акт имел место в неподходящей ситуации, если рядом находились другие люди, или в комнату мог кто-то войти, а также в случаях, когда нормальный половой акт прерывался каким-то внешним вмешательством.

Причиной преждевременной эякуляции может быть нежелательность беременности сексуальной партнерши, особенно ее просьбы и комментарии до и во время полового акта.

Среди причин преждевременной эякуляции называют также вынужденную женитьбу, связанную с конфликтной ситуацией, и неприязнь к жене.

Болевые сексуальные расстройства

К болевым сексуальным расстройствам относятся вагинизм и диспареуния.

Вагинизм представляет собой произвольное сокращение мышц нижней трети влагалища, что препятствует введению полового члена и нормальному половому акту. Это нарушение не связано с отсутствием нормального смазывания и увлажнения влагалища.

Распространенность вагинизма меньше, чем аноргазмии.

Женщины, имеющие высшее образование, а также принадлежащие к высшим слоям общества, чаще страдают вагинизмом, чем менее образованные. Женщины, страдающие вагинизмом, хотя и половой близости и сознают это, но неосознанно препятствуют введению полового члена в свое тело.

Причиной вагинизма может быть психическая травма, такая, как изнасилование, включая сексуальное насилие в детстве. У девственников ожидание боли при дефлорации также может стать причиной вагинизма.

С психоаналитических позиций вагинизм расценивается как следствие того, что женщины с психосексуальными конфликтами оценивают половой член как угрозу и оружие.

Если у женщины были заболевания наружных половых органов, которые сопровождались болезненностью при половом сношении, то страх повторения этой боли может вызвать произвольное сокращение мышц влагалища при попытке введения полового члена, и в дальнейшем эта связь закрепляется и формируется стойкий вагинизм.

Довольно редко причиной вагинизма является гинекологическое обследование, когда при попытке врача ввести гинекологическое зеркало возникает произвольное сокращение мышц влагалища, и такая реакция может повториться при половом сношении.

В происхождении этой дисфункции иногда играет роль и строгое религиозное воспитание, согласно которому секс считается "грехом", а также двойственное отношение женщины к своему сексуальному партнеру, который может быть ей неприятен, и таким образом она выражает свой протест против половой близости с ним. Различные межличностные конфликты, не связанные с сексуальными отношениями, тоже бывают причиной вагинизма.

Диагноз вагинизма не ставится, если дисфункция обусловлена исключительно органическими факторами или если она является симптомом другого расстройства, относящегося к психическим заболеваниям.

Диспареуния представляет собой повторяющуюся или устойчивую боль в половых органах до, во время или после полового сношения.

Эта дисфункция чаще всего наблюдается у женщин. Бывает, что диспареуния сочетается с вагинизмом. Повторяющиеся случаи вагинизма могут приводить к диспареунии и наоборот. Но диспареуния может наблюдаться и в изолированном виде, без вагинизма.

Истинная распространенность диспареунии неизвестна. По данным зарубежных авторов, у 30—40% женщин, которые обращаются в клиники сексотерапии с жалобами на боли при половом сношении, имеет место патология тазовых органов. После хирургических операций в области таза и половых органов примерно у 30% женщин наблюдается временная диспареуния.

В большинстве случаев причиной диспареунии у женщин являются функциональные нарушения. Диагноз диспареунии не ставится, когда обнаруживается органическая причина боли или когда отсутствует нормальная смазка и увлажнение влагалища при половом акте (это называется любрикацией).

Жалобы на хроническую боль в области таза часто встречаются у женщин, которые подвергались сексуальному насилию в детстве или будучи взрослыми.

Боль при половом сношении может быть следствием психического напряжения или тревоги, связанных с половым актом, что заставляет женщину произвольно сокращать мышцы влагалища. Если во время полового акта партнер продолжает сношение, несмотря на то, что женщина испытывает сильную боль, то ситуация еще больше ухудшается. Половое сношение становится неприятным и непереносимым. Мысли о том, что при половой близости вновь возникнет боль, заставляют женщину избегать сексуальных контактов.

Органические нарушения, которые могут вызвать диспареунию, включают в себя раздражение и инфицирование оставшихся участков девственной плевы, воспаление бартолиновых желез, рубцы после разрывов или хирургического рассечения промежности при родах, различные формы вагинита и цервицита, эндометриоз и другие заболевания тазовых органов.

У женщин в постклимактерическом периоде может возникнуть диспареуния из-за того, что слизистая оболочка влагалища становится более тонкой, легко травмируется, а также из-за недостаточного смазывания стенок влагалища.

У мужчин диспареуния — редкое явление и чаще всего имеет органическую причину, например, при болезни Пейрони, когда появляются склеротические бляшки на половом члене, что вызывает его искривление.

Посткоитальные головные боли

Это расстройство проявляется головными болями, возникающими сразу после полового акта и продолжающимися в течение нескольких часов. Головная боль имеет пульсирующий характер и возникает в лобных или затылочных областях.

Причина этого расстройства неизвестна. Она может быть связана с сосудистой патологией, мышечным напряжением или с психотравмирующей ситуацией.

У людей, страдающих мигренью и частыми головными болями, половое сношение может их усиливать.

Оргазмическая ангедония

Это расстройство характеризуется отсутствием субъективного ощущения оргазма, хотя эякуляция имеется.

Причиной оргазмической ангедонии считается психологический фактор — выраженное чувство вины из-за ощущения сексуального наслаждения. Это вызывает диссоциацию (то есть разделение), когда эмоциональный, чувственный компонент ощущения оргазма отделяется от сознания.

Здесь не относится отсутствие ощущения оргазма вследствие органической причины, такой, как повреждение спинного или головного мозга.

ГЛАВА 6

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (пограничная умственная отсталость)

Нарушения, проявляющиеся в недостаточности интеллекта и психики в целом вследствие нарушения развития, считаются относительно легкими. В основе их лежит задержка темпа психического развития. Люди с такими нарушениями занимают промежуточное место между теми, чей интеллект развит нормально, и больными олигофренией.

Задержка темпа психического развития может быть временным явлением. Существуют и врожденные легкие формы интеллектуальной недостаточности, таких детей и взрослых называют еще **конституционально глупыми**.

Причинами задержки психического развития могут быть тяжелые инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, отравления, наследственная предрасположенность, а также неблагоприятное воздействие окружающей среды.

Задержки развития могут быть обусловлены психогенными ситуациями, когда ребенок разлучен с родителями, недостаточностью полноценных эмоциональных контактов (например, у детей, выросших в домах ребенка, детских домах, у сирот, которым никто не уделяет должного внимания), а также дефектами органов чувств (слепота, глухота, глухонемота), в таких ситуациях ребенок не получает разносторонней информации для полноценного интеллектуального развития.

Развитие психических функций ребенка происходит в определенные возрастные периоды. Если ему в это время не хватает необходимой информации, то развитие замедляется.

Для нормального развития ребенка имеют большое значение и условия воспитания. Дети, выросшие в малокультурных семьях, где родители не занимаются их воспитанием и развитием, часто отстают в интеллектуальном отношении от своих сверстников. Играет роль и педагогическая запущенность.

Для оценки умственной деятельности используются психологические методы, в частности, коэффициент интеллектуальности IQ. Величина IQ, равная 100, свойственна среднестатистической норме. При пограничной умственной отсталости коэффициент интеллектуальности равен 70—80, при дебильности — 50—70.

Проявления задержки развития разнообразны. Помимо интеллектуальной недостаточности и незрелости психики, наблюдаются нарушения поведения и невротические симптомы.

При пограничной интеллектуальной недостаточности можно выделить следующие варианты задержек психического развития:

1. Психический инфантилизм.
2. Врожденная субдебилность, "конституционально глупые личности", "салонное слабоумие".
3. Задержки развития, обусловленные органическим повреждением мозга на ранних этапах его развития.
4. Психогенно обусловленные задержки развития, вызванные дефицитом информации в раннем детском возрасте.
5. Интеллектуальная недостаточность, обусловленная дефектом органов чувств.

Психический инфантилизм

Инфантилизм (от латинского "infantilis" — детский) — состояние, которое характеризуется задержкой психического и физического развития, когда у взрослого человека сохраняются черты характера, присущие детскому и подростковому возрасту.

Психическому инфантилизму, или психической незрелости, свойственны не соответствующие возрасту черты детскости в поведении, в особенностях суждений, а также эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, зависимость от других людей при отсутствии грубых нарушений интеллекта.

Французский ученый Е.Ласег, впервые предложивший термин "инфантилизм", подчеркивал, что определяющие его расстройства относятся ко всей конституции человека, и выделил три признака этого расстройства—тщедушность, грацильность (щуплость) и миниатюрность тела с чертами детской наивности и беспомощности у взрослых людей, остающихся "детьми на всю жизнь".

Известный отечественный психиатр Г.К.Ушаков дал следующую характеристику психофизического инфантилизма: детскость, ограниченность, узость интересов, недостаточная самостоятельность в действиях и поступках.

Причинами инфантилизма могут быть заболевания эндокринной системы, поражение головного мозга вследствие заболеваний внутренних органов.

Психический инфантилизм наблюдается и при многих видах психопатий.

Выделяют также психогенно обусловленные формы инфантилизма из-за изнеживающего, неправильного воспита-

ния, когда родители чрезмерно опекают ребенка, заботливо защищая от всех возможных невзгод, не позволяя ему самому вырабатывать способы самозащиты, нормальные для своего возраста.

Такие дети и подростки отличаются эгоцентризмом, капризностью, невыносливостью к любым неблагоприятным воздействиям, беспомощностью и беззащитностью. Они постоянно стремятся к сочувствию и признанию, но при этом проявляют самовлюбленность, неоправданные амбиции и претензии. Хотя для их возраста у них нормальный интеллект, инфантильные подростки плохо приспособлены к реальной жизни.

Психический инфантилизм чаще всего связывают с детским и юношеским возрастом, но это понятие применимо и ко взрослым.

У таких людей не только в детском и подростковом, но и в более старшем возрасте эмоции, впечатлительность преобладают над рассудочностью и здравым смыслом, мышление у них конкретное, образное, абстрактное мышление отсутствует, суждения незрелые, логика недостаточная, эмоциональные переживания неглубокие и неустойчивые.

Их психика легкоранима, они несамостоятельны, возможно ощущение беспомощности, если нет поддержки от других людей. Творческая целенаправленная деятельность отсутствует.

Инфантилизм проявляется и в мимике, и в движениях. Выражение лица по-детски наивное, доверчивое, приветливое, движения быстрые, порывистые, излишние. Может наблюдаться и медлительность, неуклюжесть в движениях.

В личностном плане часто наблюдаются черты незрелости, нерешительность, робость, неуверенность и тревожность.

Эти особенности выявляются с младших классов школы. Такие дети предпочитают школьным занятиям игры, свойственные детям младшего возраста, общаются с младшими детьми. В поведении сохраняется детская бесцеремонность, капризность.

Инфантилизм может быть гармоническим, когда происходит одновременная задержка и психического, и физического развития (это называется психофизическим инфантилизмом), и дисгармоническим, когда психическое и физическое развитие формируется неравномерно.

При **гармоническом (психофизическом) варианте инфантилизма** оба компонента (психическое и физическое недоразвитие) гармонически сочетаются. Такие инфантильные дети отстают от своих сверстников в росте и массе тела и сохраняют пропорции тела, а также особенности мимики, жестикуляции и движений, свойственные более раннему возрасту.

Интеллект может быть на уровне возрастных норм, но эмоциональная и волевая сферы отличаются незрелостью. Одна-

ко чаще всего черты незрелости проявляются и в интеллекте ребенка. Мышление у таких детей конкретное, с преобладанием наглядно-образного над логическим и абстрактным мышлением.

Способность к концентрации внимания и интеллектуальному напряжению, требующаяся по возрастным нормам, у таких детей снижена, ребенок может быстро уставать при занятиях, требующих волевой деятельности, предпочитая им детские игры, а в играх бывает неумоим.

Поведение и интересы свойственны более раннему возрасту, преобладает стремление к получению удовольствия. Интересы нестойкие, такие дети испытывают стремление к новым впечатлениям, ощущениям и переменам. Они непоследовательны в своих поступках, недостаточно самостоятельны, очень внушаемы.

Проявления эмоций и речь отличаются непосредственностью. Настроение неустойчивое, легко возникают и также легко проходят эмоциональные вспышки.

При **дисгармоническом инфантилизме** физическое развитие соответствует возрасту, иногда даже наблюдается ускоренное физическое развитие (акселерация), а психическое развитие отстает. В особенности это касается эмоциональной и волевой сферы, хотя запас знаний может соответствовать возрасту.

Этот вариант психического инфантилизма обычно выявляется в подростковом возрасте. Высокие, физически развитые подростки сохраняют детское выражение лица. Черты детской психики болезненно обострены.

Такие подростки неуравновешенны, не могут управлять своим поведением, их поступки подчиняются моменту. Воображение преобладает над логикой.

Они неспособны усвоить морально-этические нормы поведения в обществе, учитывать требования окружающих и действуют, исходя из собственных желаний, потребностей и капризов. Нет критической самооценки своих поступков и действий. Отсутствует способность правильно оценивать ситуацию и гибко перестраиваться по ходу изменения обстоятельств. Не формируется чувство долга и ответственности, снижена способность к социально-позитивной деятельности.

Возможен вариант, который называют **органическим инфантилизмом**, обусловленным поражением центральной нервной системы во внутриутробном периоде или раннем детском возрасте.

Наряду с остальными признаками дисгармонического инфантилизма здесь наблюдаются затруднения в освоении новых знаний, истощаемость в процессе умственной работы и психического напряжения, вспыльчивость и взрывчатость. Наблюдаются нарушения сна и аппетита, вегетативные расстройства

— повышенная потливость и зябкость, неустойчивость сосудистых реакций.

Психический инфантилизм может наблюдаться с детства и более явно обнаружиться в подростковом возрасте. Бывает, что он впервые выявляется в подростковом возрасте из-за явного несоответствия психики подростка его возрасту и физическому развитию.

Инфантилизм может быть временным явлением при запаздывающем созревании личности, но может существовать и на протяжении всей жизни человека. Обычно с возрастом проявления инфантилизма несколько сглаживаются, но полностью не исчезают.

У взрослых психический инфантилизм характеризуется следующими особенностями: наивностью и восторженностью, эгоизмом и эгоцентризмом, неустойчивостью эмоций, внушаемостью, подчиняемостью, робостью, застенчивостью, впечатлительностью, обидчивостью, беззаботностью, отсутствием чувства долга, отвлекаемостью и неустойчивостью интересов.

Врожденная субдебилность

Врожденная субдебилность — это пограничная умственная отсталость, которая характеризуется малым запасом представлений и ограниченным запасом знаний, примитивностью суждений, бедностью ассоциаций и отсутствием интеллектуальных интересов.

Здесь относятся так называемые **малоодаренные дети**, которые с трудом усваивают школьную программу, особенно те предметы, которые требуют логического мышления и абстрагирования. Им гораздо легче даются предметы, где можно механически заучивать материал или где присутствует наглядность и конкретность. Способность к творческому осмыслению материала снижена.

Такие дети чаще всего отличаются усидчивостью и прилежанием, трудолюбием и усердием в тех предметах, которые им легко даются. Они охотно занимаются ручным трудом, умеют хорошо шить и вышивать, могут выполнять физическую работу, соответствующую их возрасту.

Они могут закончить школу с удовлетворительными отметками, но поступить в институт им сложно, если требуется сдать экзамены по предметам, к которым у них нет способностей.

Став взрослыми, они предпочитают несложные профессии и неплохо приспособляются к практической жизни, если она не предъявляет к ним повышенных требований.

Но такие люди повышено внушаемы, недостаточно критичны в оценке окружающих и ситуации, мало способны к

самоконтролю. В силу таких особенностей своей психики они могут попасть под отрицательное влияние асоциальных личностей, а их сниженные интеллектуальные способности и недостаточность осмысления не позволяют им осознать возможные последствия, что чревато противоправными поступками.

К категории врожденной субдебильности относят и так называемых **конституционально глупых личностей**. Таким людям свойственна не столько бедность ассоциаций, сколько неясность понятий.

П.Б.Ганнушкин писал, что конституционально глупые — “это люди врожденно ограниченные, от рождения неумные, сливающиеся с группой врожденной отсталости”, и отмечал невозможность выявить, что здесь нормально, а что уже ненормально.

Но у многих из них неплохая память, они способны хорошо учиться и даже закончить институт (известны случаи, когда они становились профессорами). Однако чаще всего в ситуациях, когда им приходится проявлять собственную инициативу и на практике применять полученные знания, они оказываются совершенно несостоятельными.

Один из вариантов легкой степени интеллектуальной недостаточности носит в психиатрии название **салонного слабоумия**. Такие люди умеют держать себя в обществе, с “умным” видом говорить о погоде или о других пустых, банальных вещах, не проявляя никакой оригинальности. Для салонного слабоумия характерны однообразие плоских шуток, шаблонность суждений, предвзятость, отсутствие способности к творчеству и пониманию реальных окружающих явлений, склонность к напыщенной многоречивости, высокопарным рассуждениям. Речь таких людей состоит из избитых, банальных истин, общеизвестных выражений, высказываемых с глубокомысленным видом.

Конституционально глупые личности могут неплохо устроиться в жизни в своих привычных узких рамках при благоприятно сложившихся обстоятельствах и поддержке. Их отличает большая внушаемость, отсутствие собственных взглядов и стремление подчиняться мнению большинства. По выражению П.Б.Ганнушкина, это “люди шаблона, банальности, моды”. Таких людей вокруг нас немало.

Задержка развития в связи с ранним органическим повреждением мозга

Легкая интеллектуальная недостаточность при этом варианте вызвана нарушением функций в связи с остаточны-

ми явлениями заболеваний головного мозга, которые называются органическими. В зависимости от локализации поражения мозга могут наблюдаться неврологические симптомы.

Но в отличие от более выраженных и необратимых нарушений интеллекта при умственной отсталости здесь чаще всего наблюдаются обратимые, так называемые функциональные нарушения.

Эта форма задержки психического развития характеризуется неравномерным недоразвитием интеллекта, причем в наибольшей степени страдают предпосылки интеллекта — внимание, память и психическая активность.

Интеллектуальная недостаточность сочетается с быстрой утомляемостью, истощаемостью, эмоциональной неустойчивостью, расстройствами настроения, повышенной возбудимостью, двигательной расторможенностью и усилением влечений.

Внимание у таких детей неустойчиво, легко рассеивается и с трудом концентрируется. Им быстро приедается однообразное занятие, требующее сосредоточенности, и они забрасывают его, легко переключаясь на детские игры.

При умственной нагрузке возникает быстрая истощаемость. Школьники с трудом сосредоточиваются на уроке, отвлекаются на посторонние разговоры или игры. Учитель должен постоянно делать им замечания, требуя внимания. Все это приводит к плохой успеваемости в школе, затруднениям в усвоении нового материала.

Они не могут самостоятельно выполнять домашние задания, по нескольку раз перечитывают текст, но не в силах его запомнить и пересказать. Готовить уроки дома эти дети способны только под постоянным контролем взрослых. Если родители не занимаются с ними изо дня в день, то возникает педагогическая запущенность, они отстают по всем предметам и могут отстать на второй год из-за неуспеваемости.

Психогенно обусловленные задержки развития

Эти состояния более обратимы, чем другие задержки развития. Чаще всего они являются временными.

Сравнительно легкая временная форма задержки развития наблюдается, когда ребенка отдают в круглосуточные ясли или в детский сад на всю рабочую неделю.

В таких случаях ребенок редко видит родителей. Его воспитанием никто не занимается, или его воспитывают малооб-

разованные воспитатели и няни, на попечении которых более двух десятков детей, и они не успевают уделять должное внимание нормальному психическому развитию своих подопечных, ограничиваясь кормлением, прогулками, укладыванием спать и сменой одежды. Воспитателей и нянечек постоянно не хватает, при болезни одной из воспитательниц другим приходится брать на себя ее нагрузку, и тогда они уделяют еще меньше внимания каждому из подопечных.

В большинстве таких круглосуточных дошкольных учреждений дети предоставлены сами себе. В яслях малыши бесцельно ползают в манеже, их не приучают правильно пользоваться столовыми приборами и самостоятельно есть, более сильные могут обижать слабых. Развитием их речи и других необходимых навыков никто не занимается. Им не читают стихов и сказок (что делает каждая нормальная мать), дети не видят книг.

В круглосуточном детском саду один и тот же коллектив, одни и те же игрушки, одни и те же игры и минимум новой информации. Лишь в элитных садах, где воспитателей достаточно, с детьми проводят музыкальные занятия, им читают книжки. Но в таких садах обычно нет групп для круглосуточного содержания детей.

Круглосуточными яслями и садами чаще всего пользуются малообеспеченные работающие матери. Дети мало видят взрослых, мало слышат грамотной речи, их общение ограничено воспитателями и такими же, как они сами, малоразвитыми сверстниками. В отличие от детей, растущих в нормальных семейных условиях и имеющих возможность каждый день впитывать новую информацию, в круглосуточных детских садах никто не учит их читать, считать и писать.

Все это вызывает отставание в развитии от норм, положенных этому возрасту.

Психогенной такая задержка развития называется потому, что дети разлучены с родителями, испытывают недостаток внимания, любви и заботы, а это является психотравмирующей ситуацией для любого ребенка, особенно для ребенка раннего возраста.

По аналогичным закономерностям происходит задержка психического развития у детей, отданных с младенческих лет в дома ребенка (так называемых "отказников", то есть младенцев; от которых матери отказываются сразу после родов) или позже в детские дома и интернаты.

У таких детей, даже у тех, кто не имел при рождении каких-либо психических заболеваний, психотравмирующая ситуация еще более тяжелая, и помимо отставания в развитии у них могут возникнуть различные психические нарушения, свя-

занные с отсутствием родителей, недостатком любви и ласки, излишней суровостью воспитателей и наказаниями.

У воспитанников домов ребенка задерживается развитие речи и интеллекта, отмечается бедность словарного запаса, недостаточный уровень знаний и ограниченность представлений по сравнению с детьми того же возраста, воспитывающимися в нормальных семьях.

Раньше описывались так называемые приютские дети, дети-сироты, у которых наряду с задержкой развития меняется характер — некоторые из них становятся забитыми, робкими, вялыми, пассивными, а другие — озлобленными, агрессивными, скрытными, лживыми.

Временная психогенная задержка развития наблюдается у детей, находящихся в разлуке с родителями и близкими, при изменении привычной обстановки. При внезапном разлучении с родителями у детей могут возникать шоковые реакции с повышением температуры тела, рвотой, поносом, изменением поведения.

Задержка развития возникает и при так называемом госпитализме, когда ребенок находится длительное время без родителей в больницах и специальных санаториях по поводу тяжелых хронических заболеваний (например, туберкулеза или нарушений опорно-двигательного аппарата).

Такая интеллектуальная недостаточность быстро преодолевается при возвращении ребенка в нормальную обстановку и в семью. Но если дети годами находятся в таких учреждениях, например, в интернатах для хронических больных, то задержка развития может стать более стойкой.

Задержки развития в связи с педагогической запущенностью наблюдаются при безнадзорности, недостаточном внимании к ребенку со стороны родителей, отсутствии нормальных условий для его обучения и воспитания, например, в малообразованных многодетных семьях.

При создании ребенку нормальных условий для обучения и воспитания психогенные задержки развития являются обратимыми, и такой ребенок может догнать своих сверстников по развитию.

Задержки развития при сенсорной депривации

При сенсорной депривации (слепота, глухота, глухонемота) тоже наблюдаются задержки психического развития.

При глухоте задержка психического развития связана с непониманием речи других людей и вследствие этого огра-

ниченностью информации. Интеллектуальная недостаточность сочетается с эмоционально-волевой незрелостью, отсутствием самостоятельности, наивностью, внушаемостью, склонностью к подражательности, необщительностью, невротическими симптомами. Могут быть различные формы нарушения поведения. Нарушения становятся наиболее явными с началом обучения в школе.

При слепоте, наряду с задержкой психического развития, обнаруживаются и нарушения двигательной активности, связанные с дефектом зрения. У таких детей и взрослых наблюдается замедленность движений, двигательная заторможенность, повторение однообразных движений.

Мышление характеризуется обстоятельностью, склонностью к излишней детализации, вязкостью. Все психические процессы тугоподвижны (инертны) и легко истощаются.

Для слепых характерны невротические симптомы, патологическое фантазирование, стремление к одиночеству, повышенная забота о своем здоровье и идеи отношения (убежденность, что окружающие плохо к ним относятся). Это называется депривационным синдромом слепых.

ГЛАВА 7

РАССТРОЙСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Расстройства психологического развития имеют общие черты: начало обязательно в младенческом или детском возрасте, нарушение или задержка развития функций, связанных с созреванием центральной нервной системы, устойчивость проявлений.

Эти расстройства называют специфическими, так как чаще всего нарушение наблюдается в изолированном виде, ему не сопутствует интеллектуальная недостаточность, как при умственной отсталости, и невозможно объяснить эти нарушения каким-либо известным в психиатрии заболеванием. Причина этих расстройств неизвестна.

В большинстве случаев страдают речь, зрительно-пространственные навыки и двигательная координация.

Эти нарушения могут прогрессивно уменьшаться по мере взросления ребенка, но некоторая недостаточность часто сохраняется и в зрелом возрасте.

Расстройства развития речи

Сюда относятся расстройства, при которых нормальный характер приобретения языковых навыков страдает уже на ранних стадиях развития.

Расстройства развития речи часто сопровождаются смежными проблемами, такими, как трудности при чтении, правописании и произнесении слов, нарушения межличностных отношений; эмоциональные и поведенческие нарушения.

Выделяют три категории расстройств:

1. Неспособность обучиться речи.
2. Вторичная, приобретенная в результате травмы или неврологического заболевания неспособность обучиться речи.
3. Задержка в овладении речью (задержка развития речи).

Наиболее частый вид расстройств языковой сферы — расстройство развития речи. Оно подразделяется на расстройство экспрессивной речи и расстройство рецептивной речи.

Расстройство экспрессивной речи

Это специфическое расстройство, связанное с развитием, при котором способность ребенка использовать разговорный язык находится на значительно более низком уровне, чем соответствующий его возрасту, но при котором понимание речи других людей не выходит за пределы нормы. При этом возможны расстройства артикуляции, но они наблюдаются не всегда.

Расстройство экспрессивной речи (расстройство речевого выражения) начинает проявляться примерно в возрасте полутора лет, когда ребенок не произносит отдельные слова и даже звуки. Он не говорит даже таких простых слов как "мама", "папа", "дай", "хочу", а для выражения своих желаний использует жесты, показывая пальцем на предмет.

При этом у ребенка есть потребность общаться, он хорошо относится к матери, улыбается ей и другим людям, если они ему приятны, выражение лица и глаз живое и соответствует его стремлениям.

До двух лет он понимает простые команды и может указать на предметы пальцем, когда их называют. Когда ребенок начинает говорить, выясняется его ограниченный запас слов. В течение 1—2 лет ребенок может произносить только отдельные простые слова, и этих слов всего несколько десятков.

Фразовая речь появляется с большим запаздыванием, и тогда дефицит словарного запаса становится еще более явным.

Чаще всего у таких детей нарушена артикуляция, они плохо произносят звуки, особенно "т", "р", "с", "з", "в" и другие. Трудные для ребенка звуки либо пропускаются, либо заменяются другими.

В возрасте четырех лет дети могут говорить короткими фразами, но по мере выучивания новых слов они иногда забывают старые. Обучение речи у них происходит гораздо медленнее, чем должно быть в их возрасте.

Особенностью этого расстройства является то, что ребенок понимает чужую речь, и у него нет интеллектуальной недостаточности, но уровень его языковых способностей значительно ниже, чем можно было бы ожидать при его интеллектуальных возможностях.

Менее тяжелые формы этого расстройства могут обнаружиться лишь в подростковом возрасте, когда обычно речь значительно усложняется.

Бывает, что расстройство речевого выражения сопровождается колебаниями настроения, гиперактивностью, неустойчивостью внимания, непослушанием и нарушениями поведения. Может иметь место сосание пальца и ночное недержание мочи. У некоторых детей отмечаются легкая неврологическая патология по органическому типу и изменения на электроэнцефалограмме.

Речевая грамматика очень проста, словарный запас мал. Но умственные способности и успехи в других областях, не требующих речевого выражения, находятся в пределах нормы, в то время как при умственной отсталости имеет место полное нарушение интеллекта и низкие показатели коэффициента интеллектуальности.

При психологическом обследовании выявляется следующее. Исследование, при котором обследуемый не говорит, а отвечает на тесты письменно, обнаруживает у таких детей и подростков нормальный коэффициент интеллектуальности (IQ), вполне соответствующий их возрасту. Но при проверке показателей экспрессивной речи, когда обследуемый должен отвечать на ответы устно, показатели существенно ниже, чем положено по его возрасту, и не соответствуют его коэффициенту интеллектуальности.

В речи такие дети и подростки используют ограниченный запас слов, применяют только простые предложения, некоторые из них не могут спрягать глаголы и используют только глаголы в настоящем времени. Качество языка значительно ниже среднего уровня.

В более легких случаях могут быть колебания или ошибки при произнесении сложных слов или ошибки при произнесении длинных и сложных предложений.

Это расстройство может сочетаться с затруднением чтения, особенно чтения вслух, и у детей может быть плохая успеваемость по тем предметам, которые требуют речевого выражения. С письменными заданиями и контрольными такие дети могут справляться без особых затруднений.

Такое расстройство наблюдается у 3—10% детей школьного возраста. У мальчиков оно встречается в 2—3 раза чаще, чем у девочек, и обычно наблюдается у детей, чьи родители тоже используют ограниченный запас слов, имеют расстройства артикуляции или другие расстройства речи и развития.

Это нарушение существенно мешает обучению в школе, особенно в подростковом возрасте, когда появляются сложные предметы, требующие богатой речи, а также препятствует нормальному общению в повседневной жизни, которая требует постоянного языкового выражения.

Из-за затруднений речевого выражения, общения и плохой успеваемости у таких детей может развиваться комплекс неполноценности и депрессия. Некоторые из них стремятся избегать сверстников из опасения их насмешек.

Прогноз расстройства экспрессивной речи в целом благоприятный. Лечение обычно приносит успех. При своевременно начатом лечении речевое выражение нормализуется. Легкие расстройства в 50% случаев проходят самостоятельно.

В тяжелых или нелеченных случаях затруднения речевого выражения остаются и у взрослых.

Расстройство рецептивной речи

Это специфическое расстройство, связанное с развитием, при котором понимание ребенком языка находится на более низком уровне, чем следовало бы ожидать в его возрасте. При этом страдают все стороны использования языка и имеются нарушения артикуляции.

Дети с расстройством рецептивной речи с трудом и с большой задержкой понимают чужую речь, но остальная интеллектуальная деятельность, не связанная с речью, у них в пределах возрастных норм.

Это расстройство встречается у 3—10% детей школьного возраста, и у мальчиков в 2—3 раза чаще, чем у девочек.

Расстройство рецептивной речи средней степени обычно обнаруживается в возрасте четырех лет. Легкие формы расстройства могут не выявляться до 7—9 лет, когда язык ребенка должен усложняться, а при тяжелых формах расстройство обнаруживается уже к двум годам.

В тех случаях, когда затруднение способности понимать чужую речь сочетается с неспособностью или затруднением собственного речевого выражения, говорят о расстройстве рецептивно-экспрессивной речи.

Во внешних проявлениях расстройство рецептивной речи у детей до двух лет напоминает расстройство экспрессивной речи: ребенок не может самостоятельно произносить слова или повторять слова, произнесенные другими людьми.

Но в отличие от расстройства речевого выражения, когда ребенок может указать на предмет, не называя его словами, при расстройстве рецептивной речи ребенок не понимает команд и не в состоянии показать на обычные предметы домашнего обихода, если его об этом просят.

Такой ребенок не произносит слов, хотя у него нет нарушений слуха, и он реагирует на другие звуки (звонки, гудки, погремушки), но не на звуки речи.

Говорить эти дети начинают поздно. В своей речи они допускают много ошибок, пропускают, искажают многие звуки. В целом усвоение языка у них более замедленное, чем у нормальных детей.

В тяжелых случаях они не способны понимать простые слова и предложения, в легких — испытывают затруднения в понимании только сложных слов, терминов или сложных предложений.

У детей с расстройством рецептивной речи наблюдаются и другие нарушения. Они не могут перерабатывать зритель-

ные символы в словесные. Например, на просьбу описать, что нарисовано на картинке, такой ребенок испытывает затруднения. Он не способен определить основные свойства предметов, например, не может отличить легковую машину от грузовой, домашних животных от диких и так далее.

У большинства таких детей обнаруживаются изменения на электроэнцефалограмме. Наблюдается частичный дефект слышания правильных тонов и неспособность определить источник звука, хотя в целом слух у них нормальный.

Расстройство рецептивной речи обычно сопровождается нарушением артикуляции.

Следствием всех этих нарушений является плохая успеваемость в школе, а также затруднения в общении и повседневной жизни, требующей понимания чужой речи.

Прогноз при расстройстве рецептивной речи в целом хуже, чем при расстройстве речевого выражения, особенно в тяжелых случаях. Но при своевременно начатом правильном лечении эффект хороший. В легких случаях прогноз благоприятный.

Расстройство речевой артикуляции

Это расстройство, связанное с развитием, проявляется в том, что употребление ребенком речевых звуков находится на более низком уровне, чем это ожидается по его возрасту, но уровень языковых навыков ребенка нормален.

Такое явление довольно часто встречается у детей младшего возраста. Его называют картавостью, шепелявостью, младенческой речью, лепетаньем, дислалией, ленивой речью, неаккуратной речью.

В большинстве случаев интеллект не нарушен.

В тяжелых случаях расстройство артикуляции обнаруживается в возрасте 3 лет. В более легких случаях нарушение может не выявляться до 6 лет.

Артикуляция у таких детей значительно отличается от артикуляции их ровесников. Особенно трудно даются детям такие звуки (все или некоторые из них), как "в", "л", "р", "ч", "ш", "ф", "ц", "б", "т". Иногда может нарушаться произношение только одного звука.

Ребенок с нарушением артикуляции не может произносить определенные звуки правильно, искажает их, заменяет другими или пропускает.

Искажение — наиболее легкий вариант нарушения артикуляции. При искажении ребенок произносит примерно правильные звуки, но в целом артикуляция неправильная, чтобы облегчить произнесение трудных звуков между согласными,

ребенок может добавлять гласные, например, "палыка" вместо "палка", "вазял" вместо "взял".

При замещении трудные звуки заменяются на неправильные, например, "лабота" вместо "работа", "холосый" вместо "хороший".

Наиболее серьезным нарушением артикуляции являются пропуски трудных звуков и слогов, например, "боно" вместо "больно", "гаовка" вместо "головка", "какотик" вместо "колокольчик". Пропуски чаще всего свойственны детям младшего возраста.

Речь ребенка может быть понятной, частично понятной или непонятной (либо понятной только его родителям). В тяжелых случаях речь ребенка совершенно непонятна и родителям, и окружающим, и требуется длительное лечение.

Частота этого расстройства у детей до 8 лет составляет 10%, а у детей старше 8 лет — 5%. В большинстве легких случаев у детей до 8 лет происходит выздоровление без лечения. Но у детей старше 8 лет само по себе такое расстройство обычно не проходит, и требуется квалифицированное лечение.

Хотя это нарушение артикуляции имеет большее отношение к логопедии, но психиатрам нередко приходится встречаться с последствиями нелеченного расстройства, особенно в подростковом и более старшем возрасте, когда из-за сохранения дефекта речи возникают нарушения поведения и социальная дезадаптация.

Дети и подростки могут стесняться своего недостатка, боятся стать объектом насмешек сверстников, из-за этого у них развивается комплекс неполноценности, иногда они отказываются посещать занятия в школе и общаться с ровесниками, проявляют протестные реакции.

У взрослых дефект речи ограничивает их возможности в профессиональной деятельности.

Расстройство артикуляции надо лечить с малых лет, когда лечение гораздо более успешно, чем у взрослых.

Расстройства развития учебных навыков

Это группа расстройств, при которых нормальные показатели приобретения учебных навыков нарушены, начиная с ранних стадий развития ребенка. Нарушение не является просто следствием утраты возможности обучаться или результатом умственной отсталости и не обусловлено полученной травмой или перенесенной болезнью головного мозга.

Сюда относятся: расстройство чтения, расстройство развития экспрессивного письма, расстройство арифметических навыков и смешанное расстройство учебных навыков.

Расстройство чтения

Основной чертой этого расстройства является специфическая, значительно выраженная недостаточность развития навыков чтения, что не может быть объяснено уровнем интеллекта, проблемами, связанными с дефектом зрения или слуха, наличием неврологического заболевания или педагогической запущенностью.

Расстройство чтения еще называют "отсталым чтением", "отсталостью в чтении", дислексией развития, специфическим отставанием в чтении, развитием "слепоты" на слова.

Частота расстройства развития способности к чтению составляет у детей школьного возраста от 2 до 8%. У мальчиков оно в 2-4 раза чаще, чем у девочек. Это расстройство может сохраниться и у взрослых.

Причинами нарушения обучения чтению считаются осложнения во время беременности матери, а также различные вредные воздействия и заболевания во внутриутробном и раннем детском периоде, недоношенность, малый вес ребенка при рождении.

Предполагается связь нарушений питания с расстройством обучения чтению. У детей, которые в раннем возрасте недостаточно хорошо или неполноценно питаются, часто обнаруживаются различные нарушения познавательной деятельности по сравнению со своими сверстниками и даже со своими братьями или сестрами, которые растут в той же семье, но питаются нормально.

Расстройство навыков чтения может быть не только первичным, когда нет никакого явного неврологического или психического заболевания, вызвавшего это нарушение, но и вторичным, то есть обусловленным каким-либо заболеванием.

Так вторичное нарушение чтения может быть при органическом поражении левого полушария головного мозга, которое считается "языковым", а также при нарушениях в области мозолистого тела головного мозга, в результате чего блокируется передача зрительной информации в левое полушарие.

Нарушение способности к чтению часто наблюдается у детей, перенесших церебральный паралич и имеющих нормальный интеллект. Это нарушение бывает и у детей, страдающих эпилепсией. При многих тяжелых психических нарушениях и заболеваниях у детей выявляется неспособность к чтению.

Могут быть нарушены навыки чтения и узнавания читае-

мого слова, речевой навык чтения и выполнение задач, требующихся при чтении.

Выработка навыков чтения представляет собой комплексный процесс, который включает в себя процесс познания и узнавания читаемых слов, и который требует неповрежденной и сбалансированной деятельности всей центральной нервной системы.

Компоненты развития навыков чтения включают в себя, во-первых, неврологическую основу, которая должна быть зрелой и неповрежденной для интеграции и переработки информации, полученной от органов зрения при чтении.

Во-вторых, для развития навыков чтения необходима эмоциональная зрелость, чтобы ребенок мог отложить свои развлечения и игры для обучения чтению.

В-третьих, настроение и психическое состояние ребенка должно быть нормальным, чтобы это не мешало ему сосредоточиться на выполнении задания.

И, в-четвертых, воспитание в семье должно быть правильным, чтобы ребенок мог выработать правильные социальные и культурные ценности, согласно которым чтение является одной из важнейших функций современного человека.

По сравнению с детьми, у которых навыки чтения развиваются нормально, у таких детей наблюдается отвлекаемость внимания и кратковременные периоды отключения внимания.

Основной особенностью этого расстройства является выраженное снижение способности к чтению, которое нарушено в большей степени, чем можно было бы ожидать на основании общих показателей интеллекта.

Другая характерная особенность заключается в нарушении воспроизведения, извлечения из памяти и составления последовательности из печатных букв и слов, переработки сложных предложений.

Нарушение развития способности к чтению становится наиболее очевидным к 7—8 годам. До школы родители могут пытаться обучить ребенка читать, но обнаружив безуспешность таких попыток, оставляют его в покое, надеясь, что в школе-то уж его научат.

В первом классе школы, когда требования к чтению еще невысоки, расстройство обучения чтению еще не столь явно. Но во втором и третьем классе, когда детям дают большие задания по внеклассному чтению, а на уроках требуется определенная скорость чтения, причем норма прочитанных в минуту печатных знаков прогрессивно увеличивается, неспособность к обучению чтению у таких детей становится явной.

Дети с нарушением способности к чтению обычно делают ошибки в устном чтении. При этом читаемые слова искажаются, пропускаются или добавляются слова, не существующие в тексте. Иногда дети меняют местами буквы в словах и слова в предложениях, так как им трудно следить за последовательностью букв и слов.

Кроме того, дети не распознают заглавные буквы. Это относится и к напечатанному, и к написанному тексту. Нарушения могут касаться только некоторых букв.

Бывает, что ребенок может прочесть одно или несколько слов, но не может правильно прочитать всю фразу, абзац или страницу.

Могут быть и такие ошибки в чтении, когда ребенок начинает читать слово с середины, а также ошибки в последовательности слов — вначале ребенок читает слова, стоящие в конце предложения, а затем начало предложения.

Наблюдается также нарушение воспроизведения слов из памяти.

Скорость чтения невысока. Часто ребенок не понимает прочитанного или понимает не все. Дети могут делать ошибки и при копировании напечатанного или написанного текста.

С расстройством чтения обычно сочетаются трудности правописания, которые часто сохраняются и в подростковом возрасте, даже если налицо определенный прогресс в чтении. Расстройству чтения могут предшествовать или сосуществовать с ним расстройства освоения навыков речи или языковой лексики. Сопутствующим расстройством может быть нарушение распознавания звуков.

При расстройстве чтения дети испытывают чувство стыда и унижения из-за своего недостатка, особенно когда их просят прочитать текст вслух на уроке в школе, а одноклассники смеются над ними из-за их ошибок. Опыт школы и неудач, пережитых там, подтверждает сомнения детей относительно своих способностей. Это чувство со временем становится более сильным.

Дети стараются избегать занятий, связанных с чтением. Их настроение настолько связано с неудачами и чувством собственной несостоятельности, что они неспособны развивать свои положительные качества. У них часты отказы от занятий, пропуски уроков чтения, могут быть эмоциональные срывы, депрессия, чувство собственной неполноценности.

Более старшие дети могут стать злобными и даже агрессивными по отношению к сверстникам, которые над ними насмеяются, агрессия может быть направлена и против общества в це-

лом, и это приводит к нарушениям поведения в период обучения в школе.

Расстройство развития экспрессивного письма

Расстройство развития экспрессивного письма характеризуется затруднениями в овладении навыками письма — правописания слов и выражения мыслей.

При устном психологическом обследовании обнаруживаются нормальные интеллектуальные способности и общее образование, но тесты на способность излагать свои мысли в письменном виде ниже ожидаемых.

Это специфическое расстройство не связано с дефектом слуха или зрения или с каким-либо неврологическим нарушением.

Данные о частоте нарушений способности к грамотному письму отсутствуют. Частота случаев у мужчин и женщин примерно одинакова.

Причина этого расстройства неизвестна. Предполагается возможность некоторых изменений в областях центральной нервной системы, которые перерабатывают информацию. Считается, что может иметь место наследственное предрасположение, поскольку многие люди, страдающие неспособностью к грамотному письму, происходят из семей, где у родителей отмечаются аналогичные нарушения.

Предрасполагают к расстройству экспрессивного письма такие нарушения, как отвлекаемость и кратковременное отключение внимания.

Это расстройство может сочетаться с расстройством экспрессивной и рецептивной речи, а также с нарушением овладения навыками чтения.

Способность трансформировать свои мысли в письменную форму — в слова и предложения — отражает сложный процесс, который формируется с довольно раннего возраста.

Нарушение способности овладения навыками письменного изложения выявляется в младших классах школы.

В первом классе у детей обнаруживается затруднение в правописании слов.

Во втором классе, когда уже требуется писать не только слова, но и создавать из них предложения, нарушения становятся более явными. Такие дети делают ошибки даже в коротких и простых предложениях, где есть только подлежащее, сказуемое и дополнение. Они могут переставлять их местами, забывают начинать предложение с заглавной буквы и ставить в конце простого предложения точку. Следующее предложение

начинается у них без предшествующего знака препинания и тоже не с заглавной, а с маленькой буквы. Они неспособны писать правильно, несмотря на постоянные напоминания и замечания учителей и родителей.

Чем старше становится ребенок, тем больше выявляется у него неспособность правильно писать даже изложение, когда ему предлагается план изложения и образец правильного написания предложений.

Особенно выявляется дефект способности выражения своих мыслей письменно в соответствующих возрасту грамматически правильно построенных предложениях при написании школьных сочинений на заданную тему.

Предложения у детей и подростков, страдающих расстройством экспрессивного письма, содержат много грамматических ошибок и плохо организованы по смыслу не только в письменной, но и в устной форме.

Если таких детей своевременно не лечить, то этот дефект может сохраниться в старших классах школы.

У нормальных сверстников из соответствующего класса обычно уже богатый словарный запас, с использованием сложных абстрактных понятий, в письменной речи они легко используют сложносочиненные и сложноподчиненные предложения, прямую речь и правильно расставляют не только запятые, но и более сложные знаки препинания — двоеточие, тире, точку с запятой, используя их в соответствии со смыслом написанной фразы.

А предложения, которые произносят и пишут подростки с нарушением экспрессивного письма, — короткие, примитивные, и не достигают того уровня, который требуется от школьников их возраста. Выбор слов ошибочный и не всегда подходит по смыслу, в словах множество грамматических ошибок, знаки препинания расставлены неправильно или отсутствуют.

Разбивка письменного текста по абзацам дезорганизована, и абзац не имеет законченного смыслового содержания. Следующий абзац может начинаться с предложения, которое по смыслу относится к предыдущему. Абзацы непоследовательны по смыслу, переставлены, фраза из одного абзаца может оказаться в другом, через несколько страниц или в конце сочинения.

Это значительно влияет на школьную успеваемость, особенно по тем предметам, где требуются достаточные навыки письма, правописания и изложения своих мыслей.

Расстройство экспрессивного письма может привести к нежеланию и отказу выполнять домашние задания в письменном виде, посещать уроки, на которых этот дефект обнаружива-

ется наиболее явно, утрате интереса к занятиям, а затем и к отказу ходить в школу и расстройствам поведения.

У большинства детей их дефект влияет на настроение, может развиваться депрессия, отчаяние, отчуждение от сверстников, стремление к самоизоляции.

Если не проведено своевременное лечение и коррекция обучения, то расстройство способности к письменному изложению может сохраниться и в зрелом возрасте. Это снижает возможности человека по социальной адаптации.

Такие люди не способны заниматься интеллектуальным трудом и достигать успехов в некоторых профессиях, требующих составления текстов в письменной форме, грамотного оформления документов. Они вынуждены ограничиваться определенным кругом деятельности, где навыков правильного письма не требуется, например, торговлей и другими профессиями в сфере обслуживания, физическим трудом.

Некомпетентность в письме вызывает чувство неполноценности, и человек очень страдает от этого. Некоторые люди из-за такого недостатка стараются даже не писать писем или поздравительных открыток, чтобы не обнаружить свою безграмотность.

Расстройство способности к арифметическому счету

Это расстройство заключается в специфической недостаточности навыков счета, которая не может быть объяснена умственной отсталостью или дефектами обучения в школе.

Недостаточность касается умения производить основные арифметические действия (сложение, вычитание, умножение и деление), но в еще большей степени это расстройство выявляется при необходимости выполнения сложных математических действий, которые необходимы в алгебре, геометрии, тригонометрии и сложных вычислениях.

Другие названия этого расстройства — акалькулия, дискалькулия, нарушение способности к арифметическому счету.

Психологическое обследование показывает, что при тестировании на выполнение арифметических действий показатели значительно ниже, чем можно было бы ожидать при нормальном уровне образования пациента, его интеллектуальных возможностей и высокого коэффициента интеллектуальности.

Частота случаев нарушения способности к арифметическому счету неизвестна, но считается, что это более редкое расстройство, чем нарушение способности к овладению навыками чтения. Нет также сведений о различии частоты этого расстройства у мальчиков и девочек.

Известно, что некоторые дети рождаются с исключительными математическими способностями, значительно превосходящими возрастные нормы. Но если существуют дети с высокими способностями, то должны существовать и дети с недостатками этих способностей. Такие дети и рождаются, отличаясь дефектом в области овладения математическими навыками.

Причина этого расстройства неизвестна. Предполагается, что могут быть какие-то изменения в затылочной доле правого полушария мозга, которые считаются "ответственными" за переработку зрительно-пространственных стимулов и математические способности. Однако эта теория является спорной.

Нарушение способности к арифметическому счету может наблюдаться в изолированном виде с сохранением интеллектуальных способностей в других сферах или сочетаться с трудностями обучения чтению и правописанию.

В легких случаях дети справляются с простыми математическими заданиями начальной школы, но обнаруживают несостоятельность в старших классах.

В тяжелых случаях эти нарушения обнаруживаются уже в первом классе школы. Расстройство способности к арифметическому счету сопровождается неспособностью овладеть простейшими арифметическими действиями. Первоклассник не может прибавлять к числу даже по единице, сосчитать предметы. Некоторые дети не могут правильно переписать цифры с доски или из учебника.

К концу первого класса, когда большинство детей уже знают всю таблицу умножения, такие дети не могут выучить таблицу умножения даже на "2".

Все математические действия у детей с этим расстройством ниже положенных норм, в то время как в других областях и по другим школьным предметам они обнаруживают нормальные способности.

При дальнейшем обучении у них обнаруживается неспособность запоминать при арифметических действиях цифры "в уме" и следить за правильной последовательностью выполнения арифметических действий — например, сложение и вычитание производить только после умножения и деления.

Во втором и третьем классах у детей с легким нарушением способности к математическому счету может появиться некоторый прогресс за счет механической памяти. Но когда математика становится более сложной, они вновь обнаруживают свою несостоятельность, например, не могут следить за математическими знаками "+" и "-", не способны правильно решить задачу,

особенно усложненную, на время, скорость и расстояние.

Чем более усложняется программа, тем более явной становится неспособность овладеть высокими уровнями оперирования математическими символами.

В более старших классах у подростков с недостаточной способностью к арифметическому счету обнаруживаются и другие нарушения: затруднены понимание и называние математических терминов, математических операций или концепций и превращение письменных задач в математические символы, способность к распознаванию или чтению цифровых символов или арифметических знаков и объединение их в группы.

Если это нарушение вовремя не распознается и не лечится, то оно может сохраниться и у взрослых. Такие люди не могут работать в областях, где требуются навыки счета, но если у них нет других сопутствующих нарушений, например, неспособности к чтению или письменному изложению, то они могут заниматься интеллектуальными или творческими видами деятельности.

ГЛАВА 8 ОЛИГОФРЕНИЯ (умственная отсталость)

Олигофрения — это врожденное или приобретенное в первые годы жизни слабоумие, которое выражается в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и затруднения социальной адаптации.

Помимо термина “олигофрения” (от греческого “oligos” — малый, незначительный и “phren” — ум, то есть слабоумие) для обозначения сборной группы стойких состояний, сопровождающихся задержкой или неполным умственным развитием, используют и другие названия : психическая ретардация, умственная отсталость, умственный дефицит, психическая субнормальность, общее недоразвитие, умственное недоразвитие.

Согласно определению Американской Ассоциации Умственных Дефектов умственная отсталость характеризуется следующим:

1. Значимое снижение общего уровня интеллектуального развития.
2. Значительный дефицит или отсутствие способности к адаптации.
3. Появление отмеченных изменений в возрасте до 18 лет.

Наиболее рельефное проявление олигофрении — недоразвитие интеллекта. Коэффициент интеллектуальности у больных олигофренией (IQ) ниже 70. Но слабоумие является лишь частью общего психического недоразвития личности, задержки психического развития в целом.

Врожденное слабоумие необходимо отличать от приобретенного (деменции) с признаками распада психической деятельности. Знаменитый врач Д.Эскироль писал, что человек с врожденным слабоумием подобен бедняку, который никогда не имел ни гроша за душой, а больной с деменцией (приобретенным слабоумием) — это разорившийся богач.

Существует более 300 различных наследственно обусловленных заболеваний и нарушений, являющихся причинами развития умственной отсталости.

Все факторы, влияющие на возникновение олигофрении, принято разделять на наследственные (эндогенные) и внешние (экзогенные). Соответственно, выделяют формы олигофрении, преимущественно связанные с наследственными факторами и с внешнесредовыми воздействиями (внутриутробными, родовыми и воздействующими в раннем детском возрасте). Но есть и формы умственной отсталости, вызванные сочетанным влиянием и наследственных (генетических), и внешних факторов.

Наследственно обусловленные формы олигофрении составляют 20—25% случаев тяжелой умственной отсталости. А в целом доля наследственно обусловленных форм среди всех случаев олигофрении составляет от 69,5 до 90%.

Среди детей умственно отсталых лиц процент олигофрений существенно выше, чем среди детей от нормально развитых родителей.

Если умственной отсталостью страдают оба родителя, то процент олигофрений у их детей составляет от 45,9 до 100%.

Если олигофренией болен один из родителей, то умственно отсталых детей у них от 33,3 до 58,1%.

36,1% больных олигофренией имеют одного или обоих умственно отсталых родителей.

Риск рождения умственно отсталого ребенка при браке между двумя олигофренами составляет 42,2%, а при умственной отсталости одного из родителей — 19,9%.

А при браке двух нормальных людей такой риск равен всего 1,3%.

Наследственные заболевания с умственной отсталостью включают болезнь Дауна, микроцефалию, фенилкетонурию, галактоземию, болезнь "кошачьего крика", синдром Шерешевского—Тернера и многие другие. Многие из них связаны с хромосомной патологией или наследственной ферментной недостаточностью.

Стойкая недостаточность психической деятельности наблюдается при врожденных аномалиях развития мозга или вследствие различных заболеваний, поражающих мозг на раннем этапе его развития.

Психическая отсталость ребенка может явиться результатом воздействия на плод во время беременности — расстройства плацентарного кровообращения, тяжелые токсикозы второй половины беременности, нефропатия, повышение артериального давления.

Причиной умственной отсталости бывают такие заболевания беременной, как сердечно-сосудистая недостаточность, болезни почек и печени, сахарный диабет, нарушение функции щитовидной железы и другие эндокринные нарушения.

Вредное воздействие на плод оказывают и многие лекарственные средства, которые беременная женщина должна принимать из-за своих заболеваний. Некоторые успокаивающие средства, которые раньше назначались беременным, например, талидомид (при неукротимой рвоте), приводили к рождению детей с глубоким слабоумием и физическими уродствами. Применение препаратов лития и употребление алкоголя беременной женщиной тоже могут негативно повлиять на развитие плода.

Некоторые инфекционные заболевания у беременной женщины, а особенно вирусные (коровая краснуха, цитомегаллическая инклюзивная болезнь, грипп, острые респираторные заболевания, инфекционный гепатит), а также пневмония иногда становятся причиной умственной отсталости ребенка. Олигофрению могут вызвать сифилис, токсоплазмоз и листериоз.

В настоящее время серьезные опасения вызывает СПИД. Беременность женщины, страдающей СПИДом, нередко оканчивается смертью плода, мертворожденностью, самопроизвольным выкидышем или смертью ребенка в первые годы жизни. Поскольку вирус непосредственно поражает мозг, то у детей может быть различная степень умственной отсталости.

Частой причиной умственной отсталости становится несовместимость плода и матери по резус-фактору. Когда кровь матери резус-отрицательная, а у отца ребенка резус-положительная, то плод в подавляющем большинстве случаев тоже приобретает резус-положительность.

Одной из частых причин умственной отсталости является алкоголизм одного или обоих родителей.

Вследствие многих отрицательных воздействий нарушается развитие головного мозга у плода во внутриутробном периоде.

Кроме того, все эти болезненные состояния матери способствуют рождению недоношенного ребенка и осложнениям во время родов, что само по себе вредно для новорожденного, а тем более, когда он во внутриутробном периоде испытывал недостаток кислорода, питательных веществ и различные вредные воздействия.

Наиболее тяжелые формы врожденного слабоумия обычно возникают в ранние периоды внутриутробного развития. Утяжеляет развитие малоумия интенсивность воздействия вредного фактора и сочетание нескольких факторов.

Причиной умственной отсталости может быть и болезнь ребенка в первые годы его жизни. Большинство тяжелых, изнуряющих заболеваний отрицательно влияют на развитие мозга новорожденного и детей до двух-трех лет. В первую очередь это инфекционные процессы, особенно инфекционные заболе-

вания центральной нервной системы — менингит, энцефалит и менингоэнцефалит.

Отставание в развитии может быть и при тяжелых и длительных инфекционных заболеваниях, протекающих с явлениями токсикоза и дистрофии, — дизентерии, дифтерии, а также если ребенок переносит подряд несколько инфекционных заболеваний, особенно у недоношенных, ослабленных детей.

По данным Всемирной организации здравоохранения умственная отсталость широко распространена во всем мире и составляет до 3% всего населения.

По данным американских психиатров ежегодно в США рождаются 135 000 слабоумных детей, из них от 60 000 до 90 000 — с глубокой умственной отсталостью, что требует серьезного лечения и изоляции.

В США и странах Европы распространенность олигофрении составляет от 7 до 30 человек на 1000 населения.

Приведенные данные говорят о значительной распространенности олигофрений. А поскольку умственная отсталость ведет к значительному снижению трудоспособности, то становится понятным большое социальное значение этого заболевания.

Очень важно, что диагноз "олигофрения" устанавливается преимущественно у молодых людей. Так, из числа больных олигофренией, состоящих на психиатрическом учете, лиц моложе 19 лет до 64%, а старше 40 лет — всего 6,8%.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в последние годы происходит увеличение среди населения умственно отсталых людей. Во многом это обусловлено тем, что акушеры выхаживают детей с явными пороками развития и дефектами центральной нервной системы, а также недоношенных с весом менее 1 килограмма, которые раньше погибали.

Олигофрения — это не болезненный процесс, а патологическое состояние, результат когда-то подействовавшего вредного фактора, давнего болезненного процесса, вызвавшего задержку умственного развития и психики в целом.

Олигофрении не свойственно прогрессирующее развитие, слабоумие не нарастает, как при деменции (приобретенном слабоумии), наоборот, во многих случаях при своевременном лечении и корректировке возможно улучшение интеллектуального развития (за исключением самых тяжелых степеней).

Обычно первыми признаками врожденного слабоумия, если нет явных физических дефектов, являются изменения поведения. Ребенок может быть вялым, пассивным, он не реагирует

ет на появление матери, его взгляд не фиксирует предметы. Или ребенок чрезмерно плаксив, может кричать целыми днями без явной причины. В младенческом возрасте возможны судорожные припадки.

Такие дети поздно начинают держать голову, сидеть, ходить и говорить. Они не интересуются игрушками, бросают их или ломают. Если ребенок все же начинает ходить, то выявляются нарушения координации и неустойчивость походки.

Основная особенность олигофрении — диффузное, “тотальное” недоразвитие, что означает поражение психики в целом. Недоразвитие обнаруживается в интеллекте и мышлении, восприятии, памяти, внимании, речи, координации движений, в эмоциональной и волевой сфере.

При глубокой степени олигофрении (имбецильность, идиотия) больные не способны к интеллектуальной деятельности.

При дебильности наиболее отчетливо проявляется слабость отвлеченного мышления, преобладание конкретных связей, не выходящих за рамки привычных представлений. Высшие формы мышления — способность к анализу, синтезу и абстрагированию — олигофренам недоступны. Логическое мышление у них отсутствует.

Некоторые больные олигофренией в степени дебильности сознают свою недостаточность и стараются избегать ситуаций, где они могут обнаружить свою несостоятельность.

Связи между предметами или явлениями олигофрены способны устанавливать только по внешним признакам, они не могут определить, в чем состоит сходство и различие. Если олигофрену в степени дебильности предложить разделить на две группы картинки с изображением предметов домашней утвари и орудий труда, которые произвольно окрашены в два цвета, он разделит их по цвету.

Они не могут сформулировать понятия, например, ответить, что такое добро, зло, порядочность, благородство, честность, ответственность. Отвлеченные понятия им недоступны.

Олигофрены не в состоянии классифицировать предметы, например, разделить предложенные им картинки на животных и птиц или на млекопитающих и земноводных.

Умственно отсталые люди не постигают переносного смысла пословиц, не понимают метафор. Например, на просьбу объяснить смысл пословицы “Мал золотник, да дорог” дебил ответит, что золотник маленький, но дорого стоит. “Нашла коса на камень” он может объяснить как “коса шла и камень нашла” или “коса на камень наступила” и тому подобное, а в большинстве случаев олигофрен вообще затруднится как-то объяснить пословицу или метафору, а будет тупо повторять ее.

Недостатки их мышления выявляются с самых ранних этапов обучения. Дети с трудом учатся считать, не умеют решать простейшие арифметические задачи, не понимают правила грамматики.

Неспособность осмысления и логического запоминания может подменяться механическим заучиванием. Они не в силах пересказать основной смысл даже простого рассказа и могут лишь дословно передать его содержание, используя те же самые выражения, не будучи в состоянии как-то видоизменить, обобщить, сократить пересказываемое или использовать другие выражения.

Характерна слабость активного, целенаправленного внимания — внимание с трудом привлекается, плохо фиксируется, легко рассеивается. Преобладает пассивное внимание с бездумной регистрацией окружающего по типу "что вижу, о том и говорю".

Память у олигофренов слабая, они плохо запоминают, а заучив, плохо воспроизводят. Чтобы усвоить любой новый материал, олигофрен должен многократно повторять его, "зубрить". Особенно страдает логическое опосредованное запоминание, а механическая память поражается в меньшей степени.

Олигофрены не способны выделить в запоминаемом материале главное и отделить его от второстепенного, составить план, по которому можно легче запомнить новую информацию, не могут установить внутреннюю связь между элементами.

Глубина умственной отсталости отражается и в речи больных олигофренией. В тяжелых случаях больные не способны говорить, могут издавать лишь отдельные звуки. При этом они не понимают обращенную к ним речь и могут реагировать только на интонацию.

В более легких случаях больные могут говорить, но запас слов у них ограничен, они не умеют правильно строить фразы или говорят короткими предложениями. Известные им слова они используют для обозначения конкретных предметов или действий, обобщающее значение слов им недоступно.

Даже при олигофрении в степени дебилности, когда имеется достаточный запас несложных слов, нарушается смысловое значение фразовой речи. Новые определения, не связанные с известной, привычной ситуацией, усваиваются с большим трудом.

Столь же замедленно формируется и способность к грамматически правильной речи. Даже при неглубокой умственной отсталости речь больных маловыразительна, зачастую односложна, с речевыми штампами или короткими, неправильно построенными предложениями. Многие слова олигофрены употребляют неправильно по смыслу.

Поэтому говорят, что речь олигофрена напоминает "речь" попугая. Тем более что олигофренам тоже присуща подражательность. Могут быть и дефекты речи — косноязычие, речь по типу "каши во рту".

В целом развитие речи у детей, больных олигофренией, значительно отстает по срокам и своему качеству от речи нормальных сверстников — и понимание чужой речи, и произношение, и фразовая речь.

Наряду с дефектами развития речи наблюдается недостаточное усвоение навыков чтения и письма.

Все эти нарушения сочетаются с недоразвитием координации и двигательных функций. Особенно это заметно при выполнении точных и дифференцированных движений, координированных действий, требующих быстрого переключения с одних-видов движений на другие. Движения у олигофренов неловкие, угловатые, неритмичные, медлительные.

При глубокой степени умственной отсталости больные совершают множество лишних, ненужных движений, их осанка и походка могут напоминать первобытного человека.

Мимика и жестикуляция у олигофренов бедные, невыразительные, однообразные, жесты скупые и однотипные, выражение лица при глубокой умственной отсталости "тупое".

Эмоциональность у олигофренов различна. Бывают вялые, апатичные, медлительные, а бывают и беспричинно благодушные или с неустойчивым настроением, но могут быть и более или менее уравновешенные олигофрены.

Для эмоциональной сферы больных олигофренией характерно недоразвитие высших эмоций, у них преобладают эмоции низшие. Отсутствуют тонкие оттенки переживаний.

С недостаточностью высших эмоций связано и описанное знаменитым русским психиатром С.С.Корсаковым отсутствие потребности познать окружающее. Детский психиатр Г.Е.Сухарева, изучавшая клинические проявления олигофрении, отмечает, что олигофрены могут проявлять любопытство, но у них нет любознательности.

Эмоции у олигофренов однообразны, мало дифференцированы. При отсутствии высших эмоций сохранены примитивные эмоциональные реакции — обида, злоба, гнев.

Чем сильнее умственное недоразвитие, тем больше удельный вес эмоциональных реакций, не соответствующих раздражителю. Олигофренам свойственно отсутствие способности подавлять свои влечения.

По выражению С.С.Корсакова, у олигофренов недостаточна "направляющая сила ума", что сказывается на их волевой деятельности и поведении. Они склонны к импульсивным, необдуманным поступкам.

Слабость побуждений сопровождается отсутствием целенаправленности и последовательности поведения. Олигофрены не способны предвидеть последствия своих поступков.

Больным олигофренией свойственна повышенная внушаемость, причем она может сочетаться с упрямством и стремлением делать все наоборот.

Они с трудом переключаются на новую деятельность из-за ригидности психики ("рабы привычек"). Инертность и тугоподвижность всех психических процессов сочетается с их неустойчивостью.

При глубокой степени умственной отсталости больные не могут длительное время заниматься даже простым физическим трудом.

Больные олигофренией в степени дебильности могут быть старательными и проявлять усердие, справляясь с простой работой, не требующей быстрого переключения. Но у многих больных продуктивность их деятельности невысока, особенно при вялости, апатичности, или же при неусидчивости и суетливости.

Всем больным олигофренией свойственно отсутствие самостоятельности и инициативы.

Адаптация к окружающему зависит от степени умственной отсталости. При легкой дебильности больные могут неплохо разбираться в привычных житейских ситуациях, у них вырабатываются правильные навыки поведения в обществе.

Знаменитый психиатр Э.Крепелин писал, что олигофренов отличает "способность гораздо лучше ориентироваться в простых обстоятельствах, чем можно было бы ожидать, если судить по скудости запасов представлений и слабости суждения" и "олигофрен может несомненно больше, чем знает".

При некоторых врожденных формах умственной отсталости имеются пороки развития. Они могут быть настолько характерными, что на основании этих признаков уже можно поставить диагноз еще до появления психического недоразвития.

В частности, при болезни Дауна характерный внешний вид: косой посаженные глаза со складкой на верхнем веке (эпикантус), маленький "пуговичный" или курносый нос, утолщенная верхняя губа, увеличенный, с глубокими бороздами язык, румянец на щеках, уменьшенная в размерах голова, сглаженный затылок, толстые и короткие пальцы рук.

При микроцефалии (малоголовости) наблюдаются уменьшенные размеры черепа из-за раннего зарращения черепных швов, вследствие чего мозг не развивается. Если нормальный череп имеет диаметр 50-55 см, то при микроцефалии он не превышает 40 см, лицевой череп преобладает над мозговым.

При мегалоцефалии череп и мозг отличаются большими размерами, что обусловлено водянкой головного мозга.

Часто наблюдаются пороки органов зрения — дефекты век, опущение верхнего века, маленькие глаза (микрофтальмия), пороки развития сетчатки и глазного дна. Пороки органов слуха включают дефект наружного уха, недоразвитие внутреннего уха, что обуславливает врожденную глухоту.

Характерны дефекты развития рук и ног или их врожденное отсутствие, сращение пальцев, шестипалость или отсутствие пальцев, врожденная тугоподвижность или вывихи суставов, аномалии губ и неба (заячья губа, волчья пасть), неправильный рост зубов, неправильный прикус, незаращение дужек позвонков, спинно-мозговые и мозговые грыжи.

Могут быть различные врожденные аномалии внутренних органов — врожденные пороки сердца и крупных сосудов, пороки развития желудочно-кишечного тракта, органов дыхания и мочеполовых путей: у мальчиков — крипторхизм и монорхизм (то есть неопущение яичка или наличие одного яичка), у девочек — атрезия (заращение) влагалища.

В зависимости от глубины умственной отсталости выделяют три ее степени: дебильность, имбецильность и идиотию.

Дебильность

Дебильность (от латинского “debilis” — слабый, немощный) — это легкая степень олигофрении. Коэффициент интеллектуальности (IQ) при дебильности составляет 50—70. Психическое развитие взрослых дебилов соответствует развитию ребенка 8—12 лет. В зависимости от уровня интеллектуального недоразвития выделяют выраженную, среднюю и легкую дебильность.

Дебилы обладают достаточным запасом слов, а при легкой дебильности речь довольно хорошо развита. Они могут учиться в школе, но усвоение материала дается им с большим трудом, особенно трудным предметом для них является математика.

Но они способны окончить вспомогательную школу или первые классы начальной, могут научиться читать и писать. Дебилы в состоянии овладеть несложными трудовыми навыками. Возможно их социальное приспособление в определенных пределах.

Нарушения познавательной деятельности выражаются в неспособности к выработке сложных понятий. Переход от конкретных, простых понятий к отвлеченным у них затруднен или невозможен. Дебилы не могут самостоятельно сформулировать понятия, отделить главное от второстепенного.

Более высокий и сложный уровень обобщения — от познания окружающего с помощью органов чувств до абстрактного мышления, — дебилам недоступен. У них преобладают малопродуктивное мышление конкретно-описательного типа и конкретные ассоциации. Им трудно охватить ситуацию целиком, они способны уловить лишь внешнюю сторону событий. Абстрактное мышление у них развито плохо или отсутствует.

Но некоторые дебилы компенсируют недостаток интеллекта механическим заучиванием, подражанием. В своей речи олигофрены в степени легкой дебилности могут использовать даже отвлеченные понятия и сложные выражения, но сами они не понимают их смысла, а просто дословно подражают где-то услышанным терминам. Эти понятия они используют шаблонно, часто не к месту.

В процессе обучения и трудовой деятельности выявляется отсутствие инициативы и способности принимать самостоятельные решения, медлительность, инертность всех психических процессов.

Не обладая пытливым умом и не имея собственных суждений, дебилы легко перенимают чужое мнение и чужие взгляды, и могут с необыкновенной косностью придерживаться их и навязывать окружающим. Несмотря на свою несостоятельность, они любят поучать других людей.

Дебилы бездумно заучивают различные правила, инструкции и строго придерживаются их, не способные как-то перерабатывать, корректировать и видоизменять их при перемене ситуации.

Основная трудность для умственно отсталого человека состоит в изменении привычного стереотипа. При решении любых проблем он старается использовать известные ему приемы и шаблоны.

У всех дебилов отмечаются нарушения в эмоционально-волевой сфере — слабость самообладания и недостаточная способность подавлять свои влечения, неспособность обдумывать свои поступки и их возможные последствия, импульсивность поведения.

Среди дебилных больных довольно часто встречаются лица с расторможенностью примитивных влечений. Не будучи способными удовлетворять свои повышенные сексуальные потребности естественным путем, многие из них прибегают к сексуальным извращениям — эксгибиционизму, фроттеризму, гомосексуализму и другим.

Темперамент и характер у дебилов различны. Некоторые из них уравновешены, общительны, добродушны и ласковы, послушны и подчиняемы. Другие — вспыльчивы, злобны, мстительны, могут быть агрессивными и склонными к разрушительным действиям.

Дебилы бывают упрямы, патологически настойчивы, у них может наблюдаться нелепая и непоколебимая убежденность в чем-то, у некоторых возникает склонность к сутяжничеству. Большинство из них не критичны к своим низким интеллектуальным способностям и своей несостоятельности.

Одна из характерных черт дебилов — их повышенная внушаемость. Они легко попадают под чужое влияние и могут стать орудием в чьих-то руках.

Это наиболее опасно в случаях, когда дебил попадает под влияние человека с асоциальными или криминальными наклонностями, и, исполняя его волю, но не осмысливая обстановку и не отдавая себе отчета в последствиях своих действий, может совершить уголовно наказуемый поступок.

Много дебилов среди малолетних преступников, малолетних проституток. Но и среди взрослых преступников и проституток дебилы составляют немалое число.

Наиболее заметно отставание в развитии в раннем детском возрасте. Такие дети поздно начинают держать голову, сидеть, ходить и говорить. В детстве речь неразвита, может быть односложной.

Но с годами, особенно при легкой и умеренной дебильности, они многому обучаются и психическое недоразвитие становится менее заметным.

Среди дебилов бывают люди, у которых на фоне общего психического недоразвития выявляются заметные способности в какой-либо области, например, они могут отличаться прекрасной механической памятью без осмысления повторяемого, абсолютным музыкальным слухом, способностями к рисованию, могут запоминать и перемножать в уме большие цифры, не будучи в состоянии объяснить последовательность математических действий, и так далее.

Очень важна для дебильных личностей правильная организация труда и быта. При благоприятной ситуации и разумном руководстве их поведением дебилы могут в достаточной степени приспособиться к окружающему.

Не будучи способными к тонкому анализу и обобщениям, дебилы (особенно при легкой степени) могут довольно ловко ориентироваться в обычных житейских ситуациях, обнаруживая достаточную хитрость, проницательность и практическую осведомленность, и поэтому могут неплохо устроиться в жизни.

Дебилы способны жить самостоятельно, но чаще нуждаются в руководстве и поддержке. Они могут сами себя обслуживать, получить определенную профессиональную подготовку в областях, где не требуется интеллектуальной деятельности, и этим в оп-

ределенной мере маскируют недостатки мышления. Они способны иметь семью, детей. Как уже говорилось ранее, риск рождения умственно отсталого ребенка в таких случаях значительно повышается.

Имбецильность

Имбецильность (от латинского "imbecillus" — слабый, незначительный) — это психическое недоразвитие средней тяжести.

Психическое развитие имбецилов соответствует уровню 3—7-летнего ребенка. Коэффициент интеллектуальности 20—50. При резко выраженной имбецильности коэффициент интеллектуальности составляет 20—35, при более легкой — 35—50.

Все психические процессы у имбецилов отличаются тугоподвижностью и инертностью. Развитие двигательных функций происходит с большой задержкой.

Больные нетрудоспособны, могут лишь элементарно обслуживать себя. Они самостоятельно едят, одеваются, могут приобрести навыки опрятности.

Имбецилы неспособны к обучению. Они понимают простую речь, но их собственная речь развита слабо. Они могут усвоить небольшой запас слов, у некоторых имбецилов словарный запас может составлять 200—300 несложных слов. Речь примитивна, косноязычна, без соблюдения правил грамматики. Имбецилы могут говорить короткими простыми фразами, например, существительное с глаголом или прилагательным.

Логическое мышление, обобщение и образование абстрактных понятий им недоступно. Мышление на очень низком уровне, отличается конкретностью и непоследовательностью.

У части имбецилов бывает хорошая механическая память, благодаря которой, а также пассивному вниманию, они могут усвоить некоторые знания: овладеть порядковым счетом, запомнить ряд букв, но не способны производить арифметические действия, читать и писать.

Имбецилы могут иметь некоторый запас сведений в пределах простых бытовых понятий, ориентироваться в обычной бытовой обстановке. Но усвоение нового дается им с большим трудом. Поэтому их относительная адаптация возможна только в привычной, хорошо знакомой среде.

Они способны приобрести самые простые трудовые навыки: уборка, стирка, мытье посуды и даже освоить простейшие производственные процессы благодаря тренировке раздражительных действий. Например, они могут мести двор, убирать снег, перекапывать землю, перематывать нитки, освоить одну опера-

цию по склеиванию коробок и тому подобное. В работе некоторые из них могут быть старательными, но работают очень медленно и малопродуктивно.

Имбецилы безынициативны, с трудом переключаются, поэтому к самостоятельной трудовой деятельности неспособны.

Несмотря на низкий интеллект, их непосредственные эмоциональные реакции относительно развиты. Многие имбецилы чрезвычайно привязаны к своим близким, охотно подражают хорошему примеру, могут проявить сочувствие. Но в целом их эмоции бедны и однообразны.

Собственные интересы имбецилов крайне примитивны и связаны лишь с утолением физиологических потребностей. Они бывают очень прожорливы и неряшливы в еде. Сексуальное влечение чаще всего снижено, но у некоторых может быть усиленное половое влечение со склонностью к сексуальной распущенности.

Они очень внушаемы, склонны к слепой подражательности, и если попадают под влияние асоциальных лиц, могут совершать противоправные поступки.

По характеру некоторые имбецилы добродушны, покладисты, послушны, а другие упрямы, злобны и агрессивны.

В поведении они могут быть подвижными, непоседливыми, активными, но бывают и вялые, пассивные, равнодушные ко всему, кроме утоления естественных потребностей.

Имбецилы нуждаются в постоянной опеке и квалифицированном надзоре. Они не способны к самостоятельной жизни. Малейшее изменение ситуации ставит имбецила в затруднительное положение. В незнакомой обстановке они могут растеряться и становятся совершенно беспомощными.

Идиотия

Идиотия (от греческого "idiotei" — невежество) — наиболее тяжелая степень олигофрении. Коэффициент интеллектуальности ниже 20. Психическое развитие больных идиотией остается на уровне ребенка, не достигшего 3 лет.

Больные беспомощны, нуждаются в надзоре и уходе.

При **глубокой идиотии** реакции на окружающее извращены — больные либо вовсе не реагируют на окружающее, либо эта реакция не соответствует раздражителю. Ничем не удается привлечь их внимание.

При глубокой идиотии больные не отличают горячее от холодного, съедобное от несъедобного. Они тащат в рот и сосут любые попавшиеся им предметы, одежду, собственные пальцы рук и ног.

У больных идиотией нет представления о высоте, глубине, нет ощущения опасности. Так, например, они могут каждый раз падать с кровати при попытке встать, но так и не обучаются вставать правильно. Дети, больные идиотией, могут постоянно падать с лестницы, но тем не менее, не осознавая опасности, вновь упорно лезут на лестницу, если их оставят без присмотра.

Речь при глубокой идиотии отсутствует или ограничивается нечленораздельными звуками. Больные не понимают обращенную к ним речь, но могут реагировать на интонацию.

Способность сидеть, стоять и ходить может отсутствовать или приобретается очень поздно. Предоставленные самим себе, больные неподвижно лежат или у них наблюдается бессмысленное возбуждение со стереотипными действиями, например, они стучат игрушкой по стене, кровати, хлопают в ладоши, могут монотонно биться головой о стену.

Никакая осмысленная деятельность при глубокой идиотии невозможна. Больные не могут себя обслуживать, не умеют самостоятельно одеваться, пользоваться чашкой, ложкой и вилкой, некоторые не способны жевать и глотают непрожеванную пищу, поэтому их приходится кормить только жидкой пищей. Некоторые неопрятны, не умеют пользоваться туалетом или проситься, ходят под себя, но совершенно не тяготеют этим и могут долго оставаться в мокром и испачканном белье.

Почти полностью отсутствует познавательная деятельность. Больным недоступны даже элементарные умственные операции. Память не развита или очень слаба. Некоторые больные глубокой идиотией даже не отличают своих родных от посторонних, не узнают мать.

Эмоции элементарны и связаны с ощущением удовольствия или неудовольствия, что выражается криками или двигательным возбуждением.

При глубокой идиотии больные не умеют плакать или смеяться, способны лишь к гневливым вспышкам. Легко возникает злоба, слепая ярость и агрессия. В гневе больные могут наносить себе повреждения, кусают, царапают себя, вырывают волосы. Кроме того, у них снижен порог болевой чувствительности, и они никак не реагируют на боль.

У одних злобные реакции постоянны, у других преобладает тупое безразличие ко всему с полным отсутствием каких-либо эмоциональных реакций.

У многих больных глубокой идиотией повышены и извращены влечения — они очень прожорливы, поедают все, что попадется, даже собственные нечистоты. У некоторых усилено по-

ловое влечение, что проявляется в упорном онанизме даже в присутствии других людей.

Глубокому дефекту психики часто сопутствуют дефекты физического развития.

При **идиотии средней и легкой степени** больные могут отличать родных от посторонних людей, привязываться к тем, кто за ними ухаживает, радоваться их появлению. Они могут усвоить некоторые навыки самообслуживания, способны самостоятельно передвигаться. Хотя у большинства больных идиотией движения неуклюжие, некоторые из них отличаются ловкостью, например, они могут довольно быстро залезть на дерево.

Больные идиотией средней и легкой степени в состоянии запомнить некоторые слова из повседневного лексикона и могут односложно попросить: "дай", "хочу", "есть" и некоторые другие слова. Но произносят они их гнусаво или шепеляво, пропускают буквы.

Они понимают, что можно обжечься, порезаться или уколоться острым предметом, и не наносят себе повреждений.

Уход и постоянный надзор за больными идиотией в домашних условиях очень сложен, и их обычно помещают в специальные лечебные учреждения для психохроников.

ГЛАВА 9

НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

В подростковом возрасте могут иметь место многие психические заболевания. Некоторые из них впервые появляются именно в этом возрасте, так как происходит психологическая и гормональная перестройка организма, и многие скрытые заболевания могут обостриться. Некоторые врожденные заболевания существуют уже с раннего детства, а в подростковом возрасте их проявления могут стать более явными.

Психические заболевания у подростков имеют отличия от проявлений болезни у взрослых. Эти особенности описаны в главах, посвященных конкретным заболеваниям.

Кроме того, подростковому возрасту свойственны специфические особенности реагирования на различные внешние воздействия и нарушения поведения, которые могут быть и проявлением имеющегося психического заболевания, но могут наблюдаться и у подростков, не страдающих тяжелыми психическими болезнями. Чаще всего такие нарушения свойственны подросткам с акцентуацией характера.

Акцентуация характера — это индивидуальные особенности, не являющиеся патологией, когда в характере доминируют те или иные черты. Варианты акцентуаций характера в целом те же, что и психопатий (возбудимая, истерическая, психастеническая, астеническая и прочие), но все особенности выражены не столь резко, а главное, при акцентуации нет такой социальной дезадаптации, как при психопатиях.

Проблема нарушений поведения в подростковом возрасте стала наиболее актуальной в последние десятилетия и во многом связана с таким феноменом, как акселерация, то есть ускорение физического развития и полового созревания.

Хотя большинство современных подростков уже в 13—15 лет по своему внешнему виду и сексуальному развитию соответствуют 18—19-летним юношам и девушкам, в своем поведении и эмоциональных проявлениях многие остаются инфантильными. Несмотря на кажущуюся "взрослость" и высокий рост современных подростков, особенности психики, присущие их возрасту, сохраняются.

У многих подростков наблюдается явный диссонанс между физическим и социальным развитием. Некоторые сто-

роны психического развития “не успевают” за ускоренным физическим развитием, и могут сохраняться детские интересы и неустойчивость выражения эмоций, внушаемость, подверженность чужому влиянию, неразвитое чувство ответственности и долга, причудливо переплетающиеся с внешней кажущейся “взрослостью”. В выраженных случаях наблюдается **дисгармоничный инфантилизм**.

Инфантильные подростки не способны критически оценивать себя и свое поведение. Они требуют от взрослых, чтобы к ним перестали относиться как к детям. Им хочется стать самостоятельными, хотя, будучи школьниками, они не имеют возможности зарабатывать и в материальном отношении зависят от родителей, а в школе их поведение контролируется учителями. Поэтому они находят компенсацию своей зависимости вне дома и школьных стен.

Помимо проблем, связанных с диспропорцией физического и психического развития современных подростков, существует и диссонанс между самими подростками одного возраста. У одних физическое и сексуальное созревание происходит быстрее, у других медленнее, и они могут стать предметом насмешек более развитых сверстников. То же самое и в отношении материального достатка: в одном классе или в одном дворе могут быть дети из очень обеспеченных семей и из семей с малым достатком.

Наиболее частые **нарушения поведения в подростковом** возрасте описаны ниже.

Реакция отказа

Реакция отказа от общения, игр, приема пищи, выполнения домашних обязанностей или школьных уроков может быть у подростков, когда родители противодействуют им в общении с привычной компанией сверстников, оказывающих нежелательное влияние на сына или дочь.

В нерезкой форме она может проявиться у подростков, внезапно оторванных от привычного места жительства или общения, например, когда подростка переводят в новую школу или семья переезжает на новое место жительства. В таких случаях подросток может винить в происшедшем родителей и именно с ними отказывается общаться, в то время как на сверстников из нового класса или двора это не распространяется.

Реакция отказа от еды или общения может быть при помещении подростка в детский дом или интернат, например, когда родителей лишают родительских прав или сами родители отдадут ребенка в такое учреждение.

Эта реакция может быть и у детей, лишившихся родителей и взятых на воспитание в другую семью.

Особенно выражена реакция отказа, если ребенок попадает в обстановку, где все разительно отличается от его домашних условий и где с ним чрезмерно строги, он подвергается наказаниям и лишен любви и заботы.

При этом подросток испытывает чувство отчаяния, ему кажется, что в его жизни произошло непоправимое событие. Он не хочет ни с кем разговаривать, не желает ничем заниматься, теряет интерес ко всему окружающему.

Из-за отказа от занятий подросток может серьезно отстать в учебе от одноклассников.

Внешне подростки выглядят подавленными, поникшими, печальными, ходят с опущенной головой, сторонятся сверстников и воспитателей, могут пассивно подчиняться требованиям взрослых, но сами на контакт не идут.

Если ситуация не меняется и такое поведение подростка продолжается, то могут возникнуть подозрения на психическое заболевание или умственную отсталость.

Но если подросток попадает в нормальные условия, где к нему относятся тепло и ласково, или он возвращается в семью, то его поведение нормализуется и никаких психических нарушений не выявляется.

Реакция протеста (оппозиции)

Это одна из наиболее частых реакций в подростковом возрасте. Она непостоянна и преходяща, характеризуется избирательностью и направленностью.

Чаще всего реакция протеста возникает при наличии в семье конфликтной обстановки и направлена против родителей, которые, по мнению подростка, перед ним виноваты.

Протестные формы поведения возникают у подростков в ответ на обиду, ущемленное самолюбие, недовольство предъявляемыми к ним требованиями или взаимоотношениями близких.

Причиной реакции протеста могут быть конфликты между родителями или их равнодушное отношение к подростку, несправедливое или болезненное для его самолюбия наказание, запрещение чего-либо, что значимо для подростка.

Протестные реакции возможны из-за предъявляемых родителями чрезмерных претензий, требований выдающихся успехов, когда из ребенка пытаются сделать "вундеркинда", ставят перед ним непосильную задачу — в совершенстве овладеть иностранным языком или игрой на музыкальном инст-

рументе, добиться рекордов в каком-либо виде спорта и требуют, чтобы подросток примерно вел себя, стал отличником в школе или походил на кого-то из своих сверстников, а он не в состоянии соответствовать тому, чего от него ожидают.

Реакции протеста подростки могут проявить и в школе, если учителя ругают их за плохую успеваемость или какие-то проступки.

Реакции протеста бывают пассивными и активными.

Пассивные реакции протеста — это замаскированная враждебность, недовольство, обида на взрослого, который вызвал такую реакцию подростка, утрата с ним прежнего эмоционального контакта и стремление избегать общения.

Реакции активного протеста проявляются в виде непослушания, грубости, вызывающего и даже агрессивного поведения в ответ на конфликт, неправильные методы воспитания, наказания, упреки, оскорбления.

Возникает психотравмирующая ситуация с отрицательно окрашенными переживаниями подростка. Протестная реакция направлена против тех лиц, которые явились источником переживаний.

Такие реакции сравнительно непродолжительны и свойственны подросткам с возбудимым типом акцентуации характера.

Но у подростков с психопатией или с органическими заболеваниями головного мозга реакции активного протеста могут быть интенсивными, сопровождаться двигательным возбуждением по типу "двигательной бури", когда больной в гневе может проявить агрессию, сломать предметы, разразиться бурной злобной тирадой в адрес тех, кто, по его мнению, виноват в такой ситуации. Наряду с нарушением поведения возникают и вегетативные реакции: лицо краснеет, потоотделение повышено, пульс учащен, дыхание частое и глубокое.

Активные реакции протеста могут выражаться и в стремлении делать назло, причинить вред тому, кто обидел подростка, с помощью оговоров, лжи, кражи, вплоть до жестоких поступков, например, убийства животного, принадлежащего этому человеку. Таким поведением подросток мстит обидчику.

В некоторых случаях реакция протеста может закрепиться и в последующем распространяется на взрослых вообще. Подросток может проявлять протестную реакцию в разной обстановке, и сила его реакции иногда не соответствует раздражителю.

Из-за обиды, после наказания или из-за чрезмерных претензий родителей подросток может убежать из дома. Некоторые подростки с истерическими чертами характера стараются не убежать далеко, желая, чтобы знакомые или родители их заметили и вернули домой. Некоторые после этого требуют к себе

особого внимания или стремятся вернуть прежнее отношение родителей.

Реакция оппозиции бывает и при повторном браке родителей, когда в семье появляется отчим или мачеха и их дети, или если в семье рождается еще один ребенок.

В таких случаях это своеобразная детская ревность, когда в новых условиях подростку уделяется меньше любви, чем раньше, это и соперничество с новым членом семьи за степень внимания матери.

Проявляя такую реакцию, подросток пытается вернуть себе прежнее отношение, избавиться от "соперника", на которого переключилось внимание матери.

В поведении таких подростков может быть нарочитость, демонстративность, стремление шокировать всех своим поведением.

С этой целью они иногда начинают употреблять спиртное, с родителями ведут себя вызывающе, совершают прогулы в школе, могут нелепым образом изменить свою внешность ("назло всем стану панком"), выбривая себе часть волос на голове, и тому подобное.

Такое поведение чаще всего свойственно подросткам с истерическими чертами характера — истерической психопатией или акцентуацией характера.

При этом главная цель неправильного поведения — привлечь к себе внимание любым способом, стараясь вернуть прежнюю любовь родителей. В пьянстве тоже есть элемент нарочитости, они и не стремятся скрывать его, а намеренно выставляют напоказ, бравирюя выпивками и получая от этого удовлетворение: "Вот я им отомстил, так им и надо", особенно если родители негативно относятся к пьянству.

Несмотря на все трудности, которые вызывает у окружающих их поведение, таких подростков очень жалко, всеми своими подчас нелепыми, утрированными поступками они как бы взывают о помощи: "Помогите мне, полюбите меня, я так одинок!" Они не умеют выразить это словами, словесное выражение эмоционального состояния вообще несвойственно подросткам, а тем более не скажут такого родителям, на которых обижены за невнимание, но безмолвный призыв о помощи отчетливо звучит в каждом их поступке.

Реакция имитации

Имитация — это стремление подражать кому-либо во всем.

В детстве ребенок подражает своим родителям, старшим братьям или сестрам и многим другим взрослым. Дети

играют “во взрослые игры”, отражающие ситуации, участниками или свидетелями которых они были: например, после посещения поликлиники или прихода врача на дом они играют в “доктора и больного”, причем стараются копировать интонации и жесты, говорят “взрослым” голосом. Играя “в дочери-матери”, они подражают интонации и поведению своей матери. Школьники играют “в учителя и плохого ученика”. Дети, видевшие, как их родители употребляют спиртное, играют “в гостей”, при этом со всей серьезностью разливают “вино” по бокалам, “чокаются” друг с другом и говорят подслушанные у взрослых фразы.

В подростковом возрасте они обычно избирают себе “кумира” — киногероя, актера, популярного певца или музыканта и стараются копировать его и в одежде, и в прическе, и в поведении. Иногда, подражая популярным спортсменам, они начинают заниматься каратэ, силовыми видами спорта, накачивают себе мышцы, принимают анаболики и хвастаются своей физической силой перед сверстниками.

Когда в качестве кумира они избирают “положительно-го” героя и в своем стремлении к подражанию не доходят до крайностей, то здесь нет никакой патологии. Как правило, с возрастом это проходит.

Но если объектом подражания является “отрицательный” герой, тогда родителям следует заранее быть готовыми и ко всяким неприятностям. Со свойственным этому возрасту максимализмом подросток постарается не только копировать поведение героя, но и “переплюнуть” его во всех его отрицательных поступках.

Самые большие неприятности ждут родителей, когда подросток избирает объектом для подражания реального человека — взрослого или своего сверстника, злоупотребляющего алкоголем, а особенно лицо с криминальным прошлым. Открыв рот, подростки с упоением слушают байки о “подвигах” асоциальных личностей, не имея возможности определить, где правда, а где ложь или вымысел, и те, найдя в их лице благодарных слушателей, еще больше привирают, чтобы заинтересовать и привлечь ребят.

Это уже чревато не только ранним злоупотреблением алкоголем, но и различными криминальными действиями.

И далеко не всегда таких “отрицательных героев” с восторгом слушают только подростки, сами склонные к асоциальному поведению, или дети алкоголиков. Немало случаев, когда вполне послушные мальчики из непьющих семей тоже заслушивались подобными рассказами. Для них это другая жизнь, захватывающая и полная приключений, а именно так преподносят свои “подвиги” не раз судимые лица.

Подросткам льстит внимание взрослого человека, тем более что тот обращается с ним как бы на равных. И довольно часто подростки группируются во дворе вокруг таких асоциальных личностей.

Но уголовнику нужна не только заинтересованная аудитория. Он стремится быть лидером и использовать подростков в своих целях.

Постепенно он начинает вовлекать их в пьянство, вначале покупает спиртное на свои деньги, затем требует, чтобы они просили деньги у родителей или приносили из дома ценные вещи.

Отказать такому “кумиру” подросток не в состоянии — ведь он уже считает его “другом”. Даже многие взрослые не могут отказать, когда их уговаривают выпить приятели, а тем более подростки. А если такой уголовник успел создать вокруг себя группу подростков, то отказать ему не может никто, боясь стать посмешищем, “маменькиным сынком”, “трусом” и так далее.

Собственной нравственной позиции у подростков еще нет. Их этические понятия формируются под влиянием родителей или под влиянием любого человека, которого подростки “уважают”.

В отличие от взрослых, они еще не умеют использовать чужой негативный опыт, не осознают, что такое преступление, закон, тюрьма и все, что с этим связано. Со слов родителей им известно, что воровать нельзя, что пьянство — это плохо, но объяснить, почему нельзя и чем именно плохо, они вряд ли сумеют. Подростки не знают и не боятся социальных последствий правонарушений.

Недаром многие “отрицательные” исторические личности использовали подростков из-за отсутствия у них страха смерти или увечья. Гитлер создал гитлерюгенд, а Мао Цзедун — отряды хунвейбинов, которые могли выполнить любой приказ без раздумий и сокрушить все, что прикажут их кумиры.

Не зная, что такое криминал и как общество за это наказывает, подросток в группе с асоциальным или криминальным лидером может пойти на любой поступок, если требует лидер.

Даже кратковременное пребывание в такой группе заметно сказывается на поведении подростка. Прежде послушный и хороший ученик перестает подчиняться родителям, так как первая задача отрицательного лидера — дискредитировать родителей в глазах подростков, чтобы поднять свой престиж.

Подростку уже скучно в школе и не хочется сидеть дома, потому что в группе все гораздо интереснее: там “настоящая, взрослая” жизнь, свои тайны и секреты — ведь вторая задача отрицательного лидера — добиться, чтобы ребята не рассказывали

родителям, где и с кем они проводят время и чем занимаются. В отличие от подростков такой лидер хорошо знает Уголовный кодекс на собственном опыте и прекрасно понимает, чем ему грозит вовлечение несовершеннолетних в пьянство и криминальную деятельность.

Поэтому подростки становятся скрытными, огрызаются на расспросы родителей, если не умеют соврать убедительно, а в дальнейшем уже обучаются обману — опять-таки по подсказке лидера, и родители могут даже и не подозревать, кто теперь руководит всей жизнью их ребенка.

Обычно группа формируется из мальчиков, так как у девочек в этом возрасте другие проблемы — их внешность, влюбленность, сексуальные связи и прочее. Рассказы бывшего уголовника им чаще всего неинтересны.

Но иногда членами группы становятся и девочки из неблагополучных семей, которые полностью подчиняются всем требованиям лидера и нормам поведения, установленным в группе.

В такие группы часто вовлекаются и внешне непривлекательные девочки, которых другие члены группы и сам лидер используют для сексуальных потребностей, а они, ранее не имевшие успеха у сверстников и завидовавшие своим более красивым подругам, имевшим поклонников, расценивают это как мужское внимание, гордятся этим и хвастаются перед сверстницами.

Если все в группе пьют, то девочки делают то же самое, если вся группа совершает криминальные действия, не отстают и они.

Реакция группирования со сверстниками

Реакция группирования со сверстниками по своим проявлениям при крайних выражениях близка к вышеописанной реакции, за исключением того, что здесь нет взрослого отрицательного лидера.

Таким лидером становится кто-то из членов группы, особенно если он старше других, имеет опыт употребления спиртного, психические отклонения и большую физическую силу. Стремление к группированию со сверстниками вообще присуще подростковому возрасту, даже если это не достигает степени крайних, асоциальных проявлений.

Но если “лидер” имеет криминальные наклонности или опыт, то такая подростковая группа может превратиться в “банду”, тщательно охраняющую свою территорию от подобных ей групп, в “борьбе” с которыми проходит вся их жизнь.

Подростки начинают увлекаться силовыми видами спорта, "качаются", чтобы увеличить свою мышечную массу и физическую силу, овладевают различными приемами самбо, карате, иногда придумывают какое-либо "устрашающее" название для своей группы, заимствованное из зарубежных кинофильмов.

"Лидер" становится для них непререкаемым авторитетом, обычно он бесстрашен, всегда готов вступить с любым в драку и отстаивать свое право управлять группой с позиции силы.

Группа собирается во дворе или в ином месте: в подвале, на чердаке, на пустыре, заброшенной стройке.

"Накачав" мышцы, в дальнейшем они бросают спорт и проводят время в пьянках, картежных играх, сексуальных оргиях — для этого в группу вовлекаются и девочки, хотя вначале группа обычно бывает однополкой.

Могут совершать и криминальные действия — изнасилование, воровство, грабеж, драки и прочее. Такая группа становится грозой своего района и всех сверстников, не входящих в группу. Они называют себя "организацией", придумывают различные лозунги.

Многие подростки из "хороших" семей завидуют им и мечтают стать членами такой "организации". Они заискивают перед сильными, "задабривают" их деньгами, выпрошенными у родителей, оказывают разные услуги и со временем их тоже могут принять в группу.

Так прежние тихони и домоседы приобщаются к пьянкам и асоциальным формам поведения. Родители недоумевают, что произошло с их ребенком — ему уже не интересно дома, он становится грубым, развязным, скрытным, прогуливает занятия в школе, при первой возможности убегает к своим новым приятелям, уносит из дома деньги и вещи и тому подобное.

Подростковая группа может состоять только из мальчиков или в группу вовлекаются и девочки. Но обычно их немного и, как правило, это или девочки с явными психическими отклонениями, или дочери алкоголиков, для которых такая среда привычна, и они без особых колебаний следуют традициям группы и пьют наравне с мальчиками.

Их вполне устраивает роль, которую они играют в группе, большинство из них рано начинают беспорядочную сексуальную жизнь, ничуть не тяготясь частой сменой сексуальных партнеров и тем, что у них нет постоянного поклонника. Обычно девочек в группе никто не обижает, наоборот, мальчики берут их под свое покровительство, ощущая себя "настоящими мужчинами", и они этим чрезвычайно гордятся.

Но даже если к ним относятся пренебрежительно, унижают и придумывают оскорбительные прозвища, они все

равно терпят это и не уходят из группы, потому что только здесь ощущают мужское внимание, пусть даже в своеобразной форме, которого лишены в иных условиях.

Следует сказать, что далеко не всегда подростки создают такую "банду" с асоциальными формами поведения. Реакция группирования может объединять подростков и по интересам — занятия спортом, какое-либо хобби.

Однако практика показывает, что в любой неконтролируемой родителями группе подростков рано или поздно может появиться новый участник, способный вовлечь других членов группы в пьянство. Этому возрасту вообще свойственна подверженность чужому влиянию, причем чаще — отрицательному.

Делинквентное поведение

Термином "делинквентное поведение" обозначают различные проступки, провинности, систематические прогулы школьных занятий, нарушение общественных норм поведения, мелкое хулиганство и мелкое воровство.

От криминальных действий делинквентное поведение отличается незначительностью правонарушений и обычно не влечет за собой уголовного наказания.

Начинается все обычно с прогулов занятий, затем могут быть драки, хулиганство, отнимание денег или вещей у младших детей или более слабых сверстников, угон велосипеда, мотоцикла или машины, чтобы "покататься", выпрашивание денег у незнакомых взрослых, приставание к иностранцам, мелкие кражи спиртного или денег на его приобретение (часто с целью демонстрации сверстникам своей "смелости"), вызывающее поведение в общественных местах, стремление "задирать" прохожих и многое другое.

Причинами такого поведения подростков обычно бывают недостатки воспитания. Безнадзорность, отсутствие семейного контроля и внимания родителей — основа для делинквентного поведения в подростковом возрасте.

Это нарушение часто свойственно ребятам из неполных семей, когда нет отца или матери, или из так называемых "деформированных" семей, когда мать повторно выходит замуж.

Реакция эмансипации

Реакция эмансипации — это борьба подростка за свою самостоятельность, независимость, самоутверждение. Он хочет освободиться от контроля и опеки взрослых любыми способами.

Чем больше подростка контролируют и подавляют, тем больше он стремится избавиться от влияния взрослых. Наперекор им он начинает всегда поступать по-своему, демонстрирует всем, что он уже самостоятельный. Если бы родители не принуждали его к чему-либо, он бы сам мог это сделать, но когда его заставляют, он делает прямо противоположное, чтобы доказать, что он уже “взрослый”.

С таким поведением наверняка сталкивались многие родители, объясняя его упрямством и неподчинением их авторитету. На самом деле это вполне закономерная реакция для этого возраста, и со временем она проходит.

Крайние ее формы возникают именно при неправильном поведении родителей, если они слишком опекают подростка или проявляют деспотизм и требуют беспрекословного подчинения.

Если в младшем возрасте ребенок еще мог подчиняться такому давлению родителей, потому что находился в сильной зависимости от них, то в подростковом возрасте возможны крайние формы протеста — побеги из дома и бродяжничество.

Но у некоторых слабых подростков, имеющих деспотичных родителей, особенно в неполных семьях, когда мать подавляет сына или дочь, эта зависимость остается на всю жизнь. Даже будучи в браке и имея собственных детей, такие мужчины и женщины, как говорится, “держатся за материнскую юбку”, нуждаются в ее опеке, бегают к матери за советом по любому пустяковому поводу, беспрекословно подчиняются ей и шагу не могут ступить без ее одобрения.

Большинству подростков все же свойственна реакция освобождения, причем чем больше родители проявляют свой деспотизм, тем неправильнее ведут себя ребята.

Побеги из дома

Есть много причин побегов детей из дома, например, когда дома с ними плохо обращаются, унижают или бьют, когда родители — алкоголики.

Многие девочки убегают после сексуального насилия со стороны отчима или пьяного отца, когда мать не смогла или не захотела защитить их от этого.

Побег может быть вызван реакцией оппозиции.

Обычно первый побег бывает после какой-то ссоры или психической травмы, а затем эта форма реагирования закрепляется, и в дальнейшем подросток уже на любую не-

приятность отвечает побегом из дома. Побег можно рассматривать как реакцию протеста на недостаточное внимание родителей или на их чрезмерные требования и деспотизм, как решительное возражение против навязываемого детям образа жизни, который они возненавидели.

Многие подростки, воспитывавшиеся во внешне благополучных семьях с материальным достатком, сбежав из дома, расценивают свою новую жизнь как "свободу от семьи и школы", им нравится, что они сами себе добывают средства к существованию, могут пить и употреблять наркотики, не опасаясь наказания родителей, развлекаться так, как они хотят, и приобретать жизненный и сексуальный опыт.

Они считают, что родители не принимают их всерьез, игнорируют их интересы, относятся к ним, как к маленьким детям. Девочки недовольны, что родители запрещают им пользоваться косметикой, носить одежду, которая им нравится, контролируют, с кем они проводят время и как развлекаются, особенно при раннем начале сексуальной жизни. Они считают своих родителей "отсталыми", консерваторами, старыми, не понимающими и не приемлющими образа жизни молодежи.

А убежав из дома, они избавляются от надоевшей опеки и контроля учителей и родителей, от всех обязанностей и принуждений, жизнь кажется им легкой, веселой и свободной.

В некоторых случаях побег из дома происходит после совершенного проступка и из страха перед наказанием взрослыми, особенно часто это бывает у робких, забытых подростков, которых часто и жестоко наказывают родители. Убежав из дома, ребенок старается забыть тяжелую обстановку в семье, отвлечься от своего проступка, который толкнул его на побег.

Иногда подростки совершают побег из дома из-за недостаточного надзора или ради поиска развлечений и новых впечатлений, приключений и свободы. Часто убегают из дома дети и подростки, склонные к фантазерству и мечтательности, начитавшись книг о знаменитых путешественниках и дальних странах.

Если побег был связан с тем, что дома с ребятами плохо обращались, они категорически не хотят возвращаться туда. Для них предпочтительнее детский приемник, куда обычно помещают таких детей, пока не обнаружат родителей, и они намеренно скрывают свой адрес и фамилию, сообщая вымышленные данные, чтобы их не отправили домой.

Дромомания

Дромомания — это склонность к бродяжничеству. Она рассматривается психиатрами как один из вариантов расстрой-

ства контроля над импульсивными побуждениями — обычно это неудержимое влечение к дальним странствиям.

Истинная дромомания встречается сравнительно редко, в основном при психических заболеваниях — шизофрении, эпилепсии. Побег таких больных обычно возникает без какой-либо внешней причины или мотива, им предшествует беспричинно изменившееся настроение, и подростки потом не могут объяснить, что толкнуло их на побег. Нередко они самостоятельно возвращаются домой измученными и голодными. Дромомания — это импульсивное влечение, обусловленное самим психическим заболеванием.

Реакции увлечения

Большинству подростков свойственны различные увлечения и хобби. Они могут быть устойчивыми, например, коллекционирование, занятия спортом, но могут быть и нестойкими, когда подросток увлекается то одним, то другим.

У некоторых подростков их увлечения связаны со стремлением быть в центре внимания. Они участвуют в художественной самодеятельности и в школьных спектаклях, публикуют свои стихи и другие литературные произведения в школьной стенгазете. Некоторые избирают изысканное, необычное хобби, чтобы выделиться среди сверстников.

В большинстве случаев в этом нет никакой патологии, со временем такие увлечения проходят или сохраняются, но отрицательного воздействия на поведение подростка не оказывают.

Патологией являются чрезмерно выраженные увлечения, когда из-за них подросток забрасывает школьные занятия, и все свободное время отдает своему хобби. Бывает, что ради пополнения коллекции или добычи денег для реализации хобби подросток совершает противоправное действие, например, мелкое воровство, может сойтись с асоциальными личностями.

Чрезмерным бывает и увлечение силовыми или боевыми видами спорта для защиты и нападения — самбо, карате, дзюдо и другими.

Причем опасными в этом случае являются не сами по себе занятия такими видами спорта, а те цели, ради которых подростки овладевают приемами самозащиты и нападения. Став значительно крепче и сильнее своих сверстников и зная многие приемы, они начинают задирать не только ровесников, но и взрослых прохожих, намеренно провоцируя драку, чтобы продемонстрировать другим подросткам свою силу и бесстрашие. В группе они стремятся к лидерству, добиваясь подчинения других с помощью физической силы.

Ощущение своей силы и собственного превосходства может стать причиной криминальных действий с применением насилия, когда такой подросток провоцирует всю группу на драку или когда несколько подростков с целью грабежа избивают случайного прохожего.

Некоторые подростки, увлекающиеся силовыми видами спорта, злоупотребляют анаболиками для наращивания мышечной массы, что причиняет значительный вред здоровью.

Реакции компенсации и гиперкомпенсации

Реакции компенсации и гиперкомпенсации — это возникновение личностных проявлений и таких форм поведения, с помощью которых подросток старается скрыть или замаскировать свои слабые стороны. Иногда они являются средствами психологической защиты, например, когда подросток переживает чувство собственной неполноценности из-за своего физического или психического недостатка.

При реакции гиперкомпенсации поведение может приобрести карикатурный характер, из-за чего возможно ухудшение отношений с окружающими и возникновение дезадаптации.

Примером реакции гиперкомпенсации может быть позорная бравада, стремление занимать общественные посты, нелепое изменение своего внешнего вида, раннее начало курения и употребления спиртного у неуверенных в себе, робких подростков.

Иногда реакция компенсации проявляется лишь в мечтах и фантазиях подростка.

Например, застенчивая или внешне непривлекательная девочка в своих фантазиях видит себя роковой красавицей, в которую влюблены все ее одноклассники и даже взрослые мужчины. Физически слабый подросток в мечтах может представлять себя атлетом, подобным Шварценеггеру, и этим как бы компенсирует свое собственное чувство неполноценности. Если ребенка подавляют деспотичные родители, добиваясь беспрекословного послушания, он может компенсироваться в играх с младшими детьми, становясь их лидером и требуя от них безоговорочного подчинения. Ребенок, страдающий заиканием, воображает себя великолепным и красноречивым оратором и так далее.

Реакции компенсации и гиперкомпенсации чаще всего свойственны подросткам, которым родители уделяют мало внимания и любви, сиротам, детям, растущим в неполных или

деформированных семьях, а также страдающим комплексом неполноценности из-за физического дефекта, дефекта речи, подросткам-инвалидам и страдающим неврозами.

Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением

Здесь относятся различные виды онанизма (мастурбации) у подростков, включая групповую и совместную мастурбацию, раннее начало половой жизни, беспорядочные половые связи, например, в подростковой группе.

Вовлечение подростка в группу бывает вызвано именно рано пробудившимся сексуальным влечением, реализовать которое в иных условиях он не может. Доступность девочек — членов группы кажется весьма привлекательной для подростка, и именно по этой причине он стремится в такую группу.

Формирующееся сексуальное влечение еще не дифференцировано, поэтому для его удовлетворения могут использоваться и сексуальные извращения — транзиторный подростковый гомосексуализм, фроттеризм, эксгибиционизм, педофилия, садизм и мазохизм.

Проституция малолетних

Многие девочки становятся малолетними проститутками после побега из дома. Убежав из дома и не имея возможности зарабатывать на жизнь, чаще всего они попадают под влияние асоциальных личностей, которые приобщают их к пьянству и проституции.

Бывает, что психически больных девочек или девочек из неблагополучных семей, где родители — алкоголики, взрослый отрицательный лидер вовлекает в подростковую группу, затем "пускает по рукам", а когда они ему надоедают, "продает" сутенерам или сам становится их сутенером, и девочки безропотно соглашаются на это, не требуя ни денег, ни хорошего отношения.

Такие девочки не видят для себя никакого выхода, да и не ищут его, подчас сожалея лишь о том, что их изгнали из группы, где они чувствовали хоть какое-то мужское внимание. Они согласились бы вернуться и снова всех "обслуживать". Некоторые утешаются тем, что теперь им оказывают "внимание" взрослые клиенты, и не представляют себе иной жизни.

Сами девочки не испытывают сексуального влечения ни к своим сверстникам, ни к взрослым мужчинам. Раннее начало сексуальной жизни, в отличие от мальчиков, не связано у них с рано пробудившимся влечением.

Некоторые из таких девочек подверглись изнасилованию в подростковой группе, но сами они не считают это изнасилованием, рассказывают, как они пили спиртное с другими подростками, а потом “ребята стали приставать и заставили”, но никаких сожалений по этому поводу не испытывают. Некоторые и не помнят своего первого сексуального партнера, объясняя, что “давно это было”.

Их ранняя сексуальная жизнь для них — обыденное явление. Они не связывают ее с возможным материнством, хотя многие сделали по несколько аборт и самопроизвольных выкидышей. Ни отвращения, ни удовольствия от сексуальных контактов они не испытывают.

Большинство малолетних проституток злоупотребляют и алкоголем, и наркотиками, если они им попадаются. У некоторых есть все признаки алкоголизма.

Они совершенно не тягостятся своей ролью, не протестуют, когда их унижают и бьют, смиряются со всеми трудностями своей “профессии”, разделяют клиентов и сутенеров на “плохих” и “хороших”, полностью зависят от своего сутенера, а иногда даже влюбляются в него. Их обычно не интересуют заработки. Если сутенер дает им немного денег или кормит, одевает и покупает спиртное, они считают, что он хороший, добрый, “не бьет”, “заботится”.

Их внешняя “взрослость” и “опыт” сочетаются с психической инфантильностью (детскостью) и примитивностью интересов. Как правило, у всех есть психические отклонения или заболевания — психопатия, олигофрения в степени дебильности, органические заболевания головного мозга, реже — шизофрения.

Многие крайние нарушения поведения подростков (за исключением тяжелых психических заболеваний) вызваны неправильным поведением родителей. Бывает, что родители не только некритичны к своим “методам” воспитания детей, но чаще всего винят в этом самого ребенка или его сверстников, которые втянули его в плохую компанию. Виноваты все, кроме самих родителей — и школа плохо воспитывает, и ребенок трудный, и друзья плохие.

Большинство вышеописанных поведенческих реакций — компенсации, увлечений, эмансипации, группирования со сверстниками, имитации — свойственны подавляющему большинству подростков и могут не проявляться в вышеописанных крайних формах.

ГЛАВА 10

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ И НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ

Нервная анорексия — это расстройство, характеризующееся преднамеренной потерей массы тела, вызванной и поддерживаемой самим пациентом.

Такое расстройство чаще всего встречается у девочек подросткового возраста и молодых женщин, но иногда может наблюдаться и у юношей и молодых мужчин.

Расстройство вызвано патологической боязнью ожирения и дряблости фигуры. Эта боязнь становится доминирующей идеей, и больные устанавливают для себя низкий предел массы тела: Имеются значительные нарушения в представлении о своем теле, о его массе, пропорциях и формах, например, больные анорексией считают себя "жирными" даже будучи истощенными или полагают, что какая-то часть тела "слишком жирная" и из-за этого уродливая, хотя на самом деле это вовсе не так.

Исследованиями американских психиатров установлено, что нервная анорексия встречается с частотой в 0,37% на 100 000 населения в год. Но сами по себе эти цифры еще не свидетельствуют о распространенности этого заболевания, так как здесь имеется в виду все население, включая младенцев и стариков.

Этими же исследованиями установлено, что возрастной группой повышенного риска в отношении нервной анорексии является диапазон от 10 до 30 лет, особенно среди социальных слоев со средним уровнем достатка. Но чаще всего нервная анорексия встречается в подростковом возрасте.

Лишь 4—6% среди больных анорексией составляют мальчики. То есть в подавляющем большинстве случаев нервная анорексия свойственна девочкам подросткового возраста. Это расстройство встречается примерно у одной девочки (девушки) из 100 в возрасте от 12 до 18 лет.

Нервная анорексия выражается в упорном стремлении похудеть с помощью самоограничения в еде.

Такие девочки и девушки, выбрав в качестве идеала какую-нибудь знаменитую манекенщицу или киноактрису со стройной фигурой, постоянно соблюдают строжайшую диету. Они стараются принимать только низкокалорийную пищу (овощи, фрукты), тщательно изучают калорийность всех продук-

тов, не едят гарниров, мучных и кондитерских изделий, так как считают, что от этого они “растолстеют”, и регулярно взвешиваются.

Многие психиатры отмечают, что термин “анорексия” для определения этого расстройства неверен, так как **анорексия** — это отсутствие аппетита.

Но при нервной анорексии изначально нет нарушений аппетита, наоборот, больные говорят о хорошем аппетите и чувстве голода.

Есть множество фактов, свидетельствующих о том, что пища является страстью таких больных. Некоторые из них терпят днем, а ночью не выдерживают и наедаются. Потом их мучают “угрызения совести”, из-за боязни поправиться они принимают большие количества слабительного или вызывают у себя рвоту.

Аппетит у больных нервной анорексией снижается только на тяжелых стадиях.

Особое отношение к пище проявляется и в том, что некоторые больные прячут ее по всему дому, постоянно носят в кармане печенье, сладости или что-то другое, но не едят.

За едой они иногда ведут себя странно, например, режут мясо на мелкие кусочки и располагают их на тарелке особым образом, проводя за этим занятием много времени, вместо того чтобы есть.

Многие из них постоянно думают о еде. Их страсть к пище проявляется в том, что они интересуются рецептами приготовления блюд, кухней разных народов, любят готовить изысканные блюда, собирают книги по кулинарии. При этом они стремятся перекармливать младших детей в семье.

К нервной анорексии не относятся случаи, когда у детей и подростков с детства плохой аппетит, и они мало едят из-за этого, а не с целью похудения.

Подростки, больные нервной анорексией, тщательно скрывают от своих родителей основное нарушение поведения, направленное на потерю массы тела, причину самоограничения в еде и методы, которыми они этого достигают.

Для этого они хитрят и используют различные уловки, например, питаются в другое время, а не тогда, когда вся семья обедает или ужинает, говорят, что они поели у подруги, в школе, по дороге домой и так далее.

Если их все же усаживают за стол вместе со всеми, они стараются незаметно переложить еду со своей тарелки на чужую или прячут еду, когда никто не видит, а потом выбрасывают. Если есть возможность, они заводят собаку и незаметно сбрасывают ей пищу со своей тарелки.

Если они не могут выдержать длительного голодания, то после еды вызывают у себя искусственную рвоту, регулярно пользуются слабительными средствами, клизмами и мочегонными.

Они активно занимаются физическими упражнениями (бег, ходьба, езда на велосипеде), иногда сами разрабатывают целую систему упражнений.

Больные нервной анорексией быстро теряют вес из-за катастрофического отказа от пищи в целом, причем возникает диспропорция, так как прежде всего из пищевого рациона исключаются углеводы и жиры.

Потеря массы тела при нервной анорексии составляет не менее 15% от нормального веса, который должен иметь человек в этом возрасте. Больные отказываются поддерживать вес даже на уровне минимальной нормы для своего роста и возраста.

Но это не просто желание похудеть, свойственное многим психически здоровым женщинам, которые действительно имеют лишний вес и поэтому прибегают к различным диетам, а болезненная убежденность в собственной "излишней полноте", которая чаще всего не соответствует действительности. Эта убежденность носит навязчивый, сверхценный или даже бредовый характер и не поддается переубеждению.

Нервная анорексия рассматривается в структуре синдрома **дисморфомании (дисморфофобии)**, то есть болезненной убежденности в наличии у себя физического недостатка, чаще всего мнимого или чрезмерно преувеличенного.

Нервная анорексия может быть одним из наиболее ранних проявлений шизофрении, но иногда бывает самостоятельным заболеванием из круга пограничных расстройств подросткового периода. Нервная анорексия может наблюдаться также при истерической или психастенической психопатии.

Наиболее характерным проявлением нервной анорексии является то, что больные не критичны к своему заболеванию. Даже будучи истощенными и имея вес тела намного ниже возрастных норм, такие подростки продолжают ограничивать себя в еде, и их никому не удается убедить, что они уже настолько худы, что о красивой фигуре не может быть и речи, и даже их "идеал", на который они так стремились походить, имеет гораздо больший вес, чем тот, которого они достигли в результате жесточайших самоограничений.

Ни родители, ни врачи не в состоянии их переубедить даже когда у них возникают тяжелые последствия, опасные для здоровья.

Нервная анорексия — это одна из немногих психических болезней, которая может привести к смерти, и в этом состоит ее главная опасность.

Данные о смертности в результате анорексии по наблюдениям американских психиатров составляют от 5 до 18%. Это очень высокие цифры, а тем более для столь юного возраста, когда у девочки нет никакой предшествовавшей патологии внутренних органов. Это высокие цифры не только для психиатрии, но и вообще для медицины — даже при многих тяжелых заболеваниях внутренних органов смертность больных гораздо ниже.

Но даже в тех случаях, когда болезнь не заканчивается столь трагически, девочки могут причинить непоправимый ущерб своему здоровью. Ограничение необходимых для нормального роста и развития организма белков, жиров и других компонентов пищи приводит ко многим нарушениям в его деятельности, и эти нарушения могут стать необратимыми.

Злоупотребление слабительными и мочегонными средствами нарушает нормальный баланс солей и жидкости в организме и отрицательно влияет на обмен веществ.

Из-за постоянного использования клизм и слабительных нарушается работа кишечника, возникает его атония (слабость гладкой мускулатуры кишечника).

Регулярная искусственно вызываемая рвота влечет за собой нарушение выделения желудочного сока и как следствие этого — гастрит.

Крайне отрицательно влияет такое патологическое голодание на эндокринную систему подростка, организм которого еще растет и развивается. Снижается уровень половых гормонов. Возникают сексуальные затруднения и снижение интереса к сексу. Нарушения менструального цикла, вплоть до полного прекращения менструаций, наблюдаются почти во всех случаях. В последующем это может привести ко многим гинекологическим заболеваниям и даже к бесплодию. Нарушается функция щитовидной железы. Изменяется уровень гормона роста.

Такие больные теряют в весе от 20 до 50%, и у них наступает кахексия, то есть истощение. Некоторые девочки — просто "ходячие скелеты", кости, обтянутые кожей, без грамма подкожной жировой клетчатки.

Даже когда у девочек и девушек прекращаются менструации, это их не останавливает, и они по-прежнему едят одни овощи или поглощают слабительные в огромных количествах — и с целью ускорить эвакуацию пищи из кишечника, и из-за того, что у них в результате голодания развиваются упорные запоры.

У большинства таких девочек возникает множество нарушений внутренних органов — дистрофия миокарда, урежение числа сердечных сокращений, изменения на электрокардиограмме, гастрит, атония кишечника, понижение температуры тела, пониженное артериальное давление.

Нарушается обмен веществ. Истончаются мышцы, кожа с синюшным оттенком, сухая и шелушащаяся, могут быть трофические язвы и пролежни, отеки, зубы поражаются кариесом, волосы и зубы выпадают, ногти становятся ломкими, на коже появляются пушковые волосы, как у младенцев. Больные слабы, не в состоянии учиться или заниматься какой-либо продуктивной деятельностью.

Но даже подобное не убеждает девочек, что их самоограничение в еде причиняет вред не только здоровью, но и их внешности. Некоторые, поступив в больницу, по-прежнему остаются не критичными к своему заболеванию и просят врачей только "чтобы были месячные".

Поскольку большинство из них скрывает от родителей свое голодание, то родители теряются в догадках, что произошло, почему ребенок так катастрофически худеет. Подростков обследуют у эндокринологов, терапевтов, педиатров, а поскольку у них действительно развиваются заболевания многих внутренних органов и эндокринная патология, то их долго и безуспешно лечат врачи общемедицинской практики.

Поэтому родителям необходимо знать об этом нарушении, и в случае, если наблюдается значительная потеря веса тела, проконсультировать подростка у психиатра.

Нервная анорексия — нередкое расстройство подросткового возраста, которое может быть проявлением более тяжелого психического заболевания. Если вовремя не распознать это нарушение, оно может привести к вышеописанным последствиям, вплоть до угрозы смертельного исхода.

Обычно наблюдается единичный эпизод анорексии. Если родители вовремя обращаются к психиатру, то болезнь успешно лечится с полным выздоровлением в дальнейшем и больше такие эпизоды не повторяются.

Нервная булимия

Нервная булимия — это расстройство, характеризующееся повторными приступами переедания и выраженным беспокойством по поводу массы тела. Так, например, нервную булимию приписывают английской принцессе Диане и некоторым знаменитым певицам и актрисам.

Нервная булимия проявляется быстрым поглощением пищи за короткий промежуток времени, причем сам человек не может контролировать свое поведение, связанное с едой, поэтому такие эпизоды возникают регулярно.

Во время приступа булимии больные едят сладкую, высококалорийную пищу, легкоперевариваемую и мягкую, например, торт, пирожное, печенье. Лица съедается тайно, быстро и иногда даже не прожевывается.

После таких эпизодов утоления “волчьего голода” (**булимия** — в переводе с греческого означает обжорство) у больного нервной булимией может возникать чувство физического дискомфорта — тошнота, боли в животе, а также чувство вины, пониженное настроение, депрессия и даже ненависть к самому себе за невоздержанность в еде. Такое эмоциональное состояние носит название “мука после обжорства”.

Наряду с этим существует страх, что приступ приведет к увеличению массы тела.

Приступы переедания при нервной булимии сопровождаются регулярным вызовом искусственной рвоты, использованием слабительных средств, клизм, мочегонных и других чрезвычайных искусственных мер для скорейшего удаления пищи из желудка и кишечника.

Но после искусственной рвоты, ослабления чувства переполненности желудка и болей в животе большие снова могут есть и снова испытывают “муки после обжорства”.

У большинства больных нервной булимией вес тела остается в пределах нормального, но у некоторых может быть слегка повышен или понижен. Такие больные озабочены своей фигурой и внешностью, переживают, что думают окружающие об их наружности и сексуальной привлекательности. Страдающие нервной булимией сексуально более активны, чем больные нервной анорексией, которые не интересуются сексом.

Булимия обычно встречается в подростковом и раннем юношеском возрасте, чаще у женщин, чем у мужчин. По данным американских авторов, нервная булимия наблюдается у 4% женщин и у 0,5% мужчин. Ожирение в подростковом возрасте может быть предрасполагающим фактором для возникновения этого расстройства во взрослом периоде.

В зарубежной психиатрии принято разграничивать нервную анорексию и нервную булимию как два разных варианта заболевания.

Отечественные психиатры считают, что это не варианты, а стадии одного заболевания. При этом самоограничение в еде продолжается недолго (несколько дней), а затем сменяется периодом “обжорства”.

Иногда нервная анорексия и нервная булимия сосуществуют — в течение какого-то периода больные голодают, а затем не могут удержаться и поглощают большое количество пищи.

Течение нервной булимии — хроническое с чередованием периодов учащения эпизодов “обжорства” и относительно нормальных периодов.

Стремление “заедать” неприятности свойственно некоторым женщинам, не страдающим нервной булимией, например,

в период пониженного настроения, вызванного какими-либо психотравмирующими факторами, женщины находят своеобразное утешение в еде, и чем хуже их настроение, тем больше они едят.

Булимия обычно не приводит к тяжелым заболеваниям внутренних органов и нетрудоспособности, за исключением довольно редких тяжелых случаев, когда больные проводят весь день, поглощая пищу, а затем вызывая у себя рвоту, что влечет за собой нарушение баланса солей и жидкости в организме и нарушение обмена веществ.

ГЛАВА 11

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Психические нарушения при атеросклерозе сосудов мозга

Атеросклероз — заболевание с хроническим течением, при котором многие сосуды, в том числе и церебральные (то есть мозговые), поражаются так называемыми атеросклеротическими бляшками, которые суживают внутренний просвет артерий, из-за чего ухудшается кровоснабжение органов, что вызывает различные нарушения. Кроме того, сосуды при атеросклерозе становятся хрупкими, может произойти разрыв сосуда и кровоизлияние.

Чаще всего атеросклероз возникает у пожилых людей, хотя может наблюдаться и в сравнительно молодом возрасте.

Атеросклероз сосудов головного мозга (другое название — церебральный атеросклероз) сопровождается нервно-психическими изменениями, а при неблагоприятном течении может привести к изменениям личности, выраженному слабоумию и даже к смерти.

Психические нарушения при церебральном атеросклерозе начинаются с раздражительности, неустойчивости эмоциональных проявлений, повышенной утомляемости, снижения активности и работоспособности. Особенно ухудшается интеллектуальная деятельность.

Больные атеросклерозом становятся рассеянными, активное внимание у них снижается, темп мышления замедляется. Трудность сосредоточения внимания сочетается с затруднением воспроизведения недавних событий. Им приходится тратить много времени на различного рода поиски (документов, служебных материалов), повторять то, что было уже сделано. Из-за этого падает продуктивность умственного труда. Больные вынуждены избегать спешки, использовать прочно зафиксированные стереотипы.

Они с трудом переключаются с одного вида работы на другой, от любой умственной работы быстро устают. Уже с утра они ощущают вялость, общую слабость и недомогание, а к вечеру состояние еще больше ухудшается.

Больные церебральным атеросклерозом очень чувствительны к изменениям погоды, болезненно реагируют на колебания атмосферного давления. При его резких колебаниях раздражительность, головная боль и общее недомогание усиливаются.

Периодически возникают приступы сердцебиения и боли в сердце, потливость. Больных постоянно мучают головные боли, чувство тяжести в голове, шум в ушах. Часто возникает головокружение. Ухудшается аппетит и нарушается сон.

Больные с трудом засыпают, часто просыпаются среди ночи и больше уснуть не могут, утром встают вялыми, не испытывая чувства бодрости. Днем может возникать сонливость.

У некоторых появляется грустное, тоскливое настроение, еще больше ухудшающееся к вечеру или под влиянием даже незначительных психотравмирующих событий. В таких случаях появляются ноющие или давящие боли в области сердца, усиливается головная боль и ухудшается общее самочувствие.

Пониженное настроение сочетается с чувством безнадежности и бесперспективности. Больные пессимистически относятся к своему будущему и прогнозу своего состояния.

У некоторых больных возникает беспричинная тревога, особенно при ухудшении самочувствия.

Могут появиться чрезмерные опасения за свое здоровье и за свою жизнь, мнительность, фиксация на своих ощущениях, переоценка имеющихся проявлений болезни. Такие больные постоянно посещают поликлинику с просьбой обследовать их, жалуются на плохое самочувствие, заявляют, что их болезнь неизлечима и жить им осталось недолго.

По мере прогрессирования заболевания у больных меняется характер. Вначале усиливаются (заостряются) черты личности, которые раньше были компенсированы и незаметны. Могут быть истерические проявления, капризность, требование повышенного внимания к себе, так как они тяжело больны. Затем происходит гротескное изменение прежних черт характера. Мнительные и недоверчивые люди становятся подозрительными, им кажется, что их права постоянно ущемляются, и они ищут жалобы во всевозможные инстанции. Расточительные еще более легкомысленно относятся к деньгам и тратят их попусту, экономные становятся скупыми, беспечные — совершенно беззаботными, недоброжелательные — злобными, склонные к опасениям — тревожными и так далее.

Психиатры называют такие явления "карикатурным изменением личности", "шаржированием прежних черт личности".

Наиболее частыми нарушениями при атеросклерозе мозговых артерий являются **нарушения памяти**.

Больные забывают, куда положили ту или иную вещь, подолгу ищут ее дома, а впоследствии она может оказаться в совершенно неожиданном месте.

На работе они не могут найти нужные документы, так как нередко забывают их на столе начальника или коллеги, или уже передав документ тому, кому он предназначался, не помнят об этом и долго безуспешно опрашивают своих сослуживцев, не видел ли кто этих бумаг.

Они не способны запомнить, что должны сделать, и вынуждены все записывать в записную книжку или в еженедельник, но и эти необходимые предметы тоже могут куда-то положить и забыть, а без них становятся совершенно беспомощными.

Особенно заметно снижение памяти на текущие события, имена, даты, цифры и номера телефонов. События давних лет больные помнят гораздо лучше.

Закономерность такого нарушения памяти, когда вначале забываются недавние события, а факты 20—30-летней давности помнятся хорошо, но постепенно происходит опустошение памяти в направлении от хронологически более поздних событий к более ранним, называется законом Рибо и наблюдается при многих органических заболеваниях головного мозга.

По мере развития заболевания у больных меняется и мышление, которое теряет прежнюю гибкость и подвижность. Это проявляется в речи больных атеросклерозом. Мышление и речь становятся чрезмерно обстоятельными. Больные многословны, в беседе или пересказе какого-то события перечисляют мелкие, несущественные детали, застревают на этих деталях, не могут отделить главное от второстепенного. Начав одну тему, они с трудом переключаются на другую.

Такие нарушения мышления называются **тугоподвижностью**, или **“окостенением” мышления**.

Одной из характерных черт атеросклероза мозговых артерий является **слабодушие**. Это проявление эмоциональной лабильности (неустойчивости эмоций).

Больные становятся слезливыми по пустякам и сентиментальными. Они плачут, если смотрят “душещипательную” мелодраму или читают трогательную историю, плачут и от радости, и от малейших огорчений, легко умиляются. Но от слез они могут быстро перейти к улыбке и наоборот.

Психиатры говорят, что на чувствах больных атеросклерозом можно “играть как на клавишах” — любое незначительное событие, ласковое или грубое слово способно вызвать или радость, или слезы.

В процессе болезни усиливается раздражительность, доходящая до степени гневливых вспышек по пустякам. Больные делают эгоистичными, требовательными, нетерпеливыми, мнительными и крайне обидчивыми. Окружающим людям, а особенно их близким становится трудно с ними ладить.

Выраженные нарушения памяти и мышления, эмоциональная несдержанность и нарушения поведения свидетельствуют об **атеросклеротической деменции**, то есть **приобретенном слабоумии**.

Тяжелым нарушением при атеросклерозе мозговых артерий является **инсульт**. При этом повреждается сосуд и питание участка мозга прекращается, что вызывает некроз (гибель, омертвление) нервных клеток и дистрофические процессы в тканях мозга (нарушение питания нервных клеток). Кроме того, излившаяся из поврежденного сосуда кровь вызывает сдавление мозговой ткани.

Инсульт — крайне тяжелое состояние, представляющее опасность для жизни. При разрыве сосуда происходит внезапное помрачение или потеря сознания. Тяжесть состояния зависит от величины поврежденной артерии и от места поражения. Если поражение захватывает жизненно важные центры (дыхательный, сосудодвигательный), наступает смерть.

В период выхода из коматозного состояния после перенесенного инсульта могут наблюдаться беспокойство, речевое и двигательное возбуждение, тревога, страхи, спутанность сознания и дезориентировка (больной не знает, где он находится, какой сейчас день недели, час, какое число). В этом периоде возможны судорожные припадки.

Последствиями инсульта бывают **параличи** — обычно обездвиженность захватывает одну половину тела и лица. Сюда же относится утрата больным способности говорить, это называется **афазией**, и утрата приобретенных навыков — **апраксия**.

Иногда инсульту предшествует **предынсультное состояние**. Оно проявляется головокружением, приливом крови к голове, шумом в ушах, потемнением в глазах или мельканием мушек. Может быть кратковременное снижение способности к движениям в одной половине тела, нарушение речи, слуха или зрения.

Не всегда предынсультное состояние переходит в инсульт, симптомы могут этим и ограничиться.

Провоцирующими факторами, которые могут вызвать инсульт, являются алкогольное опьянение, отрицательные эмоции — страх, гнев, обида или психотравмирующая ситуация, состояние психического напряжения, половой акт, переполнение желудка, запоры и многие другие.

Психические нарушения при гипертонической болезни

Гипертоническая болезнь характеризуется не только нарушениями со стороны внутренних органов, но и психическими нарушениями.

Наиболее частыми жалобами больных являются раздражительность, головные боли, вялость, повышенная утомляемость. Больные становятся рассеянными, мнительными, слабодушными и плаксивыми, крайне обидчивыми.

У одних преобладает раздражительность и вспыльчивость, у других — вялость и повышенная утомляемость.

Самочувствие ухудшается при колебаниях артериального давления и при гипертонических кризах. Усиливаются головные боли, преимущественно в области затылка, возникают приступы головокружения, могут быть обмороки.

При гипертонической болезни нарушается память. Начинаются нарушения с легкой забывчивости, но в некоторых случаях могут быть и значительные расстройства памяти. Однако в целом нарушения памяти менее тяжелые, чем при атеросклерозе мозговых артерий.

Частыми нарушениями являются навязчивые состояния — навязчивые сомнения или воспоминания. Но наиболее тягостны для больных **навязчивые страхи (фобии)**, которых до болезни у них не наблюдалось.

Самая частая из фобий — кардиофобия — страх неизлечимого заболевания сердца. Одновременно с кардиофобией может быть страх смерти. Из других фобий возможен страх высоты, большой толпы, ограниченного пространства.

Как и при атеросклерозе мозговых артерий, при гипертонической болезни изменяется характер больных — возникает карикатурное, шаржированное искажение личности, когда прежние черты характера усиливаются, принимая гротескные формы.

Больные гипертонической болезнью становятся все более трудными в общении, особенно для членов своей семьи. Они легко вспыхивают по незначительному поводу, не терпят возражений, обижаются и плачут по пустякам, винят своих детей, что те не понимают их состояния и недостаточно внимательны к ним.

Одним из наиболее частых нарушений является пониженное настроение. У некоторых больных подавленность сочетается с беспричинной тоской, у других возникают немотивированные тревожность и беспокойство. Внезапный и ничем не обоснованный страх тоже частый симптом при гипертонической болезни. Тревога и страх могут возникать не только днем, но и ночью.

У больных гипертонической болезнью могут возникать и более тяжелые психические нарушения. **Бредовые идеи** могут быть ипохондрического содержания — патологическая и не корригируемая убежденность в наличии у себя неизлечимой болезни, а также бредовые идеи отношения — патологическая убежденность, что окружающие стали плохо относиться к больному. Нередко встречается и бред ревности. Могут быть бредовые идеи осуждения, преследования, самообвинения.

При гипертонической болезни возможны так называемые гипертонические психозы.

Чем тяжелее проявления гипертонической болезни, тем выраженнее психические расстройства. В 3-й стадии гипертонической болезни возможно развитие слабоумия (деменции). Деменция может возникнуть как после перенесенного инсульта (постинсультная деменция, от старого названия инсульта — апоплексия, апоплексический удар), так и при безынсультном течении болезни.

При утяжелении гипертонической болезни и гипертонических кризах может быть помрачение сознания — от сравнительно легких, например, обнубиляции, когда сознание неясное, нечетливое, как будто его заволочло легкое облачко, и до тяжелых форм — прекоматозного состояния и комы.

Нарушения мозгового кровообращения могут быть при тяжелых гипертонических кризах. Самое тяжелое поражение — инсульт.

Среди случаев смерти при гипертонической болезни смерть в результате расстройства мозгового кровообращения стоит на втором месте после поражения сердца.

ГЛАВА 12

СТАРЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ

Старческое слабоумие обычно развивается в возрасте 65-85 лет, хотя начало может быть и более ранним, и более поздним. Другое название старческого слабоумия — **сенильная деменция**.

Начало болезни обычно постепенное, медленное. Начинается она с изменения характера. На первый взгляд изменения характера напоминают те, которые свойственны естественному старению, но они более выраженные и быстрее прогрессируют.

Вначале личностные черты заостряются, выступают в утрированном виде. Аккуратность и любовь к порядку превращается в мелочную педантичность, бережливость — в скупость, твердость характера — в тупое упрямство. Затем все личностные черты сглаживаются (нивелируются).

Происходит **патологическое изменение личности**, которое свойственно именно старческому слабоумию (это называется сенильной психопатизацией личности), и все больные сенильной деменцией по характеру становятся похожими друг на друга.

Всем больным старческим слабоумием свойственны эгоцентризм и черствость по отношению к своим близким, утрата отзывчивости, сочувствия и прежней способности эмоционально откликаться на события, придирчивость, сужение кругозора и интересов, шаблонность взглядов и высказываний, бестактность.

Преобладает угрюмо-раздражительный фон настроения. Больные постоянно ворчат и брюзжат, всем и всеми недовольны — их дочь или сын плохо за ними ухаживают и неблагодарны, внуки — бездельники и лоботрясы, заняты только своими развлечениями, молодежь — распущенная, пенсия маленькая, погода плохая и так далее.

Они становятся упрямыми, недоверчивыми, скупыми, считают каждую копейку, попрекают близких расточительством, пытаются контролировать семейные расходы.

Больные сенильной деменцией собирают и накапливают старые и уже никому не нужные вещи. Они не позволяют членам семьи выбрасывать старую одежду и обувь, даже если

она прохудилась и не годится для носки, не выбрасывают даже треснувшие чашки или иную кухонную утварь, которая пришла в негодность.

Если их детям не удастся потихоньку выбрасывать накопленный ими хлам, они могут превратить квартиру в склад бесполезного старья. Причем сами больные этими вещами не пользуются и могут забыть, куда они их положили.

Они предпочитают старую, потерявшую вид и вылинявшую одежду, донашивают одежду своих детей, хотя у них может быть полный гардероб вполне добротных и приличных вещей.

Некоторые ходят одетыми, как "огородное пугало", например, одна больная сенильной деменцией носила старый пиджак и ботинки своего сына, которые были ей велики на 4 размера, она шаркала ими по полу, раздражая этим всех членов семьи, но упорно не хотела надевать собственные новые вещи, которых у нее было достаточно, заявляя, что их нужно беречь. Когда сноха спрятала этот пиджак и ботинки, так как ей было неловко перед знакомыми за столь странный вид свекрови, та устроила скандал, что ее хотят "пустить по миру", не умеют бережно относиться к вещам, и так бушевала, что пришлось их ей вернуть. В дальнейшем она стала спать в пиджаке сына, а ботинки клала на ночь под подушку.

В этом отношении больные очень напоминают Плюшкина из гоголевских "Мертвых душ".

Все прежние интересы и увлечения у больных сенильной деменцией пропадают. Наряду с этим возрастают элементарные биологические потребности.

Повышается аппетит, и больные становятся прожорливыми. Нередко они неряшливы в еде, торопливо заглатывают плохо прожеванную пищу, как будто кто-то ее отнимает или их долго морили голодом, просыпая на пол крошки и пачкаясь, что производит отталкивающее впечатление на окружающих.

Когда их пытаются убедить не есть так быстро и неаккуратно, они, ничуть не смущаясь, могут заявить, что их не кормят или держат впроголодь. На самом деле из-за повышенного аппетита они постоянно испытывают чувство голода, и как бы хорошо их ни кормили, они никогда не бывают довольны.

Исчезают стыдливость и прежние нравственные установки. Появляется гиперсексуальность. Обычно она сочетается с половым бессилием, поэтому чаще всего принимает извращенные формы.

Больные старческим слабоумием проявляют повышенный интерес к молодым людям противоположного пола, заводят с ними разговоры на эротические темы, сопровождая их непристойными комментариями и намеками, что всегда производит отталкивающее впечатление.

У многих больных сенильной деменцией возникает сексуальное влечение к детям (педофилия). Объектом своего влечения они могут выбрать ребенка своих знакомых или из своего двора (бывает, что и собственных внучатых племянников или племянниц). Они показывают ребенку порнографические открытки, заводят разговоры на эротические темы.

Иногда они ограничиваются объятиями, поцелуями или шлепками, даже если ребенку это явно неприятно, в других случаях они совершают развратные действия с малолетними.

Помимо педофилии, им часто свойственно такое сексуальное извращение, как эксгибиционизм, который иногда сочетается с педофилией, но может быть и в изолированном виде. Некоторые старики упорно онанируют.

Больные старческим слабоумием бывают упрямыми и подозрительными со своими детьми, но крайне легковверными в отношениях с посторонними. Они легко поддаются чужому влиянию, часто во вред своим интересам. Из-за повышенной сексуальности они могут увлечься молодым человеком или девушкой и отдать им все свои сбережения, хотя раньше считали каждую копейку и своим детям не давали ничего.

Душевная жизнь становится все более примитивной и однообразной. С самого начала заболевания возникают интеллектуальная недостаточность и нарушения памяти. Эти нарушения неуклонно нарастают и со временем приводят к глубокому слабоумию и распаду всей психической деятельности.

В первую очередь страдает механическая память. Больные не могут удержать в памяти новую информацию.

Затем возникает так называемая фиксационная амнезия — больные не могут запомнить происходящего. Например, они не помнят, обедали сегодня или нет, с кем виделись и о чем говорили. В разговоре они тут же забывают тему беседы.

Когда фиксационная амнезия становится выраженной, больные не помнят, какое сегодня число, день недели (**дезориентировка во времени**), не помнят своего адреса, не знают, где они в данный момент находятся (**дезориентировка в окружающей обстановке**).

Из-за этого, выйдя на улицу, они не могут самостоятельно вернуться домой. Но в начале болезни они еще помнят собственное имя, отчество и фамилию, поэтому их возвращают с помощью милиции.

В дальнейшем они уже не помнят даже собственных паспортных данных (**дезориентировка в собственной личности**), поэтому, выйдя из дома, могут потеряться. По телевизору мы нередко видим фотографии людей, которые ушли из дома и не вернулись. Многие из них страдают старческим слабоумием.

Дезориентировка в собственной личности может доходить до степени, когда больные не узнают своего отражения в зеркале.

Дальше память опустошается по закономерностям прогрессирующей амнезии — то есть запасы памяти утрачиваются в направлении, обратном приобретенным знаниям — от недавно приобретенных и менее прочных к более давним.

Со временем память опустошается настолько, что больные не знают, сколько у них детей и как их зовут, не помнят своего возраста и профессии. Эти пробелы памяти они замещают ложными воспоминаниями о мнимых событиях своей жизни (это называется **замещающими конфабуляциями**).

У некоторых больных старческим слабоумием возникает так называемый **сдвиг ситуации в прошлое**. Они совершенно не помнят своей жизни за несколько последних десятилетий, но помнят, что с ними было в юности и молодости. Больные утверждают, что им 20 или 25 лет, и у них еще маленькие дети, окружающих принимают за давно умерших родственников, а место, где они в данный момент находятся — за квартиру, в которой жили в тот период.

Нарушения мышления начинаются с утраты самых высших его форм — способности к обобщению и абстрагированию. Больные не способны к умозаключениям, образованию понятий и установлению причинно-следственных связей между явлениями. Нарушения мышления прогрессивно нарастают и при выраженном слабоумии больные не понимают простейших вопросов, неспособны осмыслить окружающую обстановку.

Довольно долго сохраняется речь, но со временем она превращается в бессмысленную болтливость.

У больных сенильной деменцией наблюдается так называемое **извращение формулы сна** — днем они дремлют, клюют носом, даже если ненадолго присели в кресло перед телевизором, а ночью не спят, бродят по дому. У некоторых больных ночью наблюдаются эпизоды спутанного сознания — они начинают суетиться, собираются куда-то, говорят, что им срочно нужно ехать, что они опаздывают на поезд и тому подобное.

Если больные ночью спят, то утром часто жалуются, что всю ночь не могли уснуть.

По этому поводу есть известная психиатрическая байка: свекровь жалуется, что целую ночь глаз не сомкнула, а "бессердечная" сноха ей заявляет: "Мамаша, вы не только крепко спали всю ночь, но еще и храпели на весь дом, так что это я из-за вас не спала ни минуты".

Этот симптом называется **отсутствием чувства сна**. Он бывает при многих заболеваниях позднего возраста.

Примерно у 10% больных старческим слабоумием развиваются **психозы**. Обычно бывает бред ущерба (больные считают, что окружающие стремятся причинить им материальный ущерб, портят их имущество), бред отравления (убежденность, что им что-то подсыпают в пищу, желая отравить), бред ограбления (убежденность, что их намереваются ограбить или грабят их родственники) и бред преследования (за ними следят, на улице все смотрят подозрительно). Бывает и бред фантастического содержания. Иногда возникают галлюцинации или сочетание бреда и галлюцинаций.

Психозы у больных сенильной деменцией чаще всего затяжные. По мере нарастания симптомов слабоумия проявления психоза уменьшаются и со временем исчезают.

С течением заболевания прежнее ворчливо-угрюмое настроение сменяется беспечностью и беспричинным благодушием. Больные ведут себя все более бестолково и суетливо. Они путаются у всех под ногами, всем мешают, во все вмешиваются, дают нелепые советы.

В житейских делах они становятся совершенно беспомощными, они могут открыть газовый вентиль, но забыть поднести спичку, оставить включенными газ или электроприборы и уйти из дома. Или включить воду, заткнув раковину или ванну пробкой и уснуть. По их вине нередки пожары, взрывы из-за наполнения квартиры газом, затопления квартиры водой и более мелкие бытовые неприятности.

На поздних этапах они даже не могут себя обслуживать, становятся неряшливыми, могут ходить под себя.

Некоторые больные доживают до стадии **маразма**. В этом состоянии сохранены только биологические потребности. Больные молча и неподвижно лежат в кровати, чаще всего в позе эмбриона, безучастные ко всему окружающему.

От появления начальных признаков сенильной деменции до смерти больных может пройти от двух до десяти лет. Умирают больные от имеющихся заболеваний внутренних органов.

ГЛАВА 13

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения — психическое заболевание, которое протекает хронически в виде приступов или непрерывно и приводит к характерным однотипным изменениям личности (**дефекту**) с дезорганизацией психических функций (мышления, эмоций и поведения).

Шизофрении посвящены объемные книги, поэтому описать все ее сложные и многообразные проявления на нескольких страницах популярного издания без использования специфической психиатрической терминологии, чтобы понял непосвященный читатель, просто невозможно.

Поэтому здесь будут даны самые общие сведения об этом заболевании.

Слово “шизофрения” происходит от греческого “schizo” — расщепляю, раскалываю и “phren” — душа. То есть психические функции как бы расщепляются — память и приобретенные ранее знания сохраняются, а остальная психическая деятельность нарушается.

Это расстройство в качестве единого заболевания было выделено в 1896 году немецким психиатром Э.Крепелином. Он установил, что начинающаяся в подростковом и юношеском возрасте группа наиболее злокачественных психических заболеваний быстро приводит к одинаковому состоянию, глубокому дефекту личности, и назвал эту болезнь “dementia praecox” — раннее слабоумие.

Известный русский психиатр В.Х.Кандинский в 1887 году описал подобное заболевание под названием идеофрениа, а С.С.Корсаков в 1891 году — под названием дизнойя. Уже в то время знаменитые отечественные психиатры отмечали у больных симптомы, которые относятся к основным симптомам шизофрении — эмоциональные и волевые нарушения, бессвязность речи.

Само название “шизофрения” было дано в 1911 году знаменитым швейцарским психиатром Э.Блейлером, который описал под этим названием группу психозов. В отличие от Э.Крепелина, он считал, что шизофрения не обязательно возникает в молодые годы, а может развиваться и в зрелом воз-

расте. Э.Блейлер отметил, что при шизофрении возможны стойкие улучшения и благоприятный исход даже без лечения.

Если Э.Крепелин сузил рамки шизофрении, описав лишь наиболее злокачественные ее формы (в психиатрии они называются "ядерными"), то Э.Блейлер, наоборот, чрезмерно расширил границы заболевания и отнес к шизофрении хронический алкогольный галлюциноз, старческий бред ущерба, маниакально-депрессивный психоз и даже невротические синдромы.

Все эти исследования положили начало учению о шизофрении, а название Э.Блейлера сохранилось до наших дней, и иногда шизофрению называют болезнью Блейлера.

У психиатров разных стран до сих пор нет единой точки зрения на шизофрению. В некоторых странах к шизофрении относят только самые злокачественные формы, в некоторых вообще отрицают ее как единое заболевание. Наиболее полное учение о шизофрении создано отечественными психиатрами.

Шизофрения относится к **эндогенным заболеваниям** ("эндо" в переводе с греческого — изнутри, внутренний, "экзо" — внешний, наружный).

В отличие от так называемых экзогенных заболеваний, которые вызваны внешними отрицательными воздействиями, например, черепно-мозговой травмой, инфекционным заболеванием, интоксикацией и прочими, при шизофрении таких явных внешних факторов нет. Отсюда и название "эндогенное заболевание", то есть развивающееся как бы изнутри, **аутохтонно**, без внешнего воздействия.

Хотя иногда первый приступ шизофрении может развиваться после какой-либо психической травмы (в таких случаях в народе говорят, что человек сошел с ума от горя), но "после этого" еще не значит "вследствие этого". Это может быть простым совпадением, и в клинической картине шизофрении психотравмирующая ситуация совершенно "не звучит", то есть нет связи между психической травмой и болезненными переживаниями. Бывает, что психическая травма как бы спровоцировала скрытый шизофренический процесс, который даже без такой психотравмы рано или поздно проявился бы и был ею лишь ускорен.

Клинические проявления шизофрении очень разнообразны. При ней могут наблюдаться почти все известные в психиатрии симптомы и синдромы.

Но несмотря на многообразие симптомов и синдромов шизофрении, при этом заболевании всегда есть типичные проявления, общие для всех больных. Эти нарушения встречаются при всех формах шизофрении, но степень их выраженности различна. Их называют **"негативными" симптомами**, поскольку они

отражают тот ущерб для психики больного, который наносит болезнь.

В наибольшей степени при шизофрении поражаются эмоциональная и волевая сферы.

Эмоциональное снижение

Оно начинается с нарастающей эмоциональной холодности больных к своим родным и другим близким людям, безразличия к окружающему, безучастности к тому, что непосредственно относится к больному, утраты прежних интересов и увлечений.

В начале заболевания может быть ничем не мотивированная неприязнь больного к кому-либо из родных (часто к матери), хотя родные его любят и заботятся.

Безразличие к окружающему и мнению других людей может проявиться неряшливостью и нечистоплотностью в одежде и в быту.

Некоторые больные осознают свою измененность. Они жалуются на потерю способности радоваться жизни, любить, сопереживать, волноваться и страдать, как раньше, но не в силах ничего сделать, чтобы что-то изменить и по-другому относиться к своим близким, так как управлять ни своими эмоциями, ни поведением больные шизофренией не могут.

У некоторых наблюдается **эмоциональная амбивалентность** — то есть одновременное существование двух противоположных эмоций — например, любви и ненависти, интереса и отвращения.

Амбитендентность — расстройство, аналогичное амбивалентности, проявляющееся двойственностью стремлений, побуждений, действий, тенденций. Например, человек считает себя одновременно и больным, и здоровым, хочет услышать слова одобрения, но все делает для того, чтобы его ругали, протягивает руку за каким-то предметом и тут же отдергивает ее и тому подобное.

Это может сказываться и на поведении — больной шизофренией ласкает своего ребенка или подругу и одновременно причиняет боль, после нежных слов может без всякого повода дать пощечину, целует и щиплет или кусает.

Может быть **диссоциация эмоциональной сферы** — больной смеется, когда произошло печальное событие или плачет при радостном событии.

Больные могут быть равнодушны к горю своих родных, тяжелой утрате и печалиться, увидев растоптанный цветок или больное животное.

Все эмоциональные проявления ослабевают. Вначале бывает **уплощение, притупление эмоций**, а затем развивается **эмоциональная тупость**.

Эмоциональная тупость — это недостаточность (бедность) эмоциональных проявлений, равнодушие, безразличие к своим близким, утрата способности эмоционально откликаться на горе, печаль и неприятности других людей; в том числе и родных, огрубление чувств. Утрачивается интерес и к самому себе, своему состоянию и положению в обществе, отсутствуют планы на будущее. Это состояние необратимо.

Эмоциональное снижение сказывается на всем облике больного, его мимике и поведении.

Лицо утрачивает выразительность и становится неподвижным, иногда, вместо нормальных мимических реакций, могут быть нелепые гримасы или несоответствие мимики словам больного и его поведению. В совершенно неподходящей ситуации больной может нелепо хихикать и посмеиваться.

Голос больных делается монотонным, невыразительным. С одной и той же интонацией больной может говорить и о смерти близкого человека, и о радостных событиях своей жизни.

Нарушения волевой деятельности

Одновременно с эмоциональным может происходить и волевое оскудение. В самых выраженных случаях волевые нарушения называются абулией.

Абулия (от греческого "bule" — воля, "a" — отсутствие, отрицание) — частичное или полное отсутствие побуждений к деятельности, утрата желаний, в выраженных случаях — полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения с окружающими.

На начальных этапах абулия проявляется спадом активности, бездеятельностью, утратой интереса ко всему. Вначале происходит "падение энергетического потенциала" и утрата побуждений к действиям. Больные забрасывают учебу или работу, запускают все домашние дела, никак не могут собраться, чтобы выполнить хотя бы самое неотложное.

При утяжелении абулии больных ничто не волнует и не интересует, у них отсутствуют реальные планы на будущее, они не проявляют интереса к своей дальнейшей судьбе, им все безразлично. Окружающее тоже не привлекает их внимания, больные целыми днями молча и безучастно лежат в постели или сидят в одной позе. Они перестают элементарно обслуживать себя, не моются, естественные надобности справляют под себя или где попало.

При сочетании абулии с апатией говорят об **апато-абулическом синдроме**, при сочетании с обездвиженностью — об **абулически-акинетическом синдроме**.

Аутизм — (от греческого "autos" — сам) — утрата контактов с окружающими, уход от действительности в свой внутренний мир, в свои переживания.

Аутизм проявляется уходом больного в себя, отгороженностью от внешнего мира, изменением отношения больного к людям, утратой эмоционального контакта с окружающими.

Это не просто замкнутость, которая бывает при шизоидной психопатии и некоторых других личностных расстройствах. Аутистичным на ранних этапах шизофрении может быть и человек, формально контактирующий с окружающими, но в свой внутренний мир он никого не допускает, этот мир закрыт для всех, включая самых близких больному людей.

При выраженном аутизме теряются все прежние связи с друзьями, знакомыми и родными.

В тяжелых случаях возникает **недоступность** — невозможность контакта с больным, обусловленная наличием у него психических расстройств (негативизма, бреда, галлюцинаций, расстройств сознания).

Негативизм (от латинского "negativus" — отрицательный) — бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от любого действия, движения или сопротивление его осуществлению.

В широком понимании негативизм — это отрицательное отношение к воздействиям внешней среды, отгораживание от внешних впечатлений и противодействие идущим извне стимулам.

Негативизм бывает пассивный, когда больной не выполняет то, о чем его просят, или сопротивляется попытке изменить позу, положение тела, например, врач хочет взять прижатую к телу руку больного, а он еще сильнее прижимает ее к телу. Или больной пассивно сопротивляется попытке накормить его, крепко сжимая зубы и губы.

Пассивный негативизм может сочетаться с пассивной подчиняемостью.

При активном негативизме любые просьбы или указания вызывают противодействие — например, больному протягивают руку для рукопожатия, а он прячет свою руку за спину, но как только врач убирает руку, больной протягивает свою. Когда к нему обращаются, больной натягивает одеяло на голову.

При парадоксальном негативизме действия больного противоположны просьбам. Например, врач просит его подойти поближе, а он выходит из кабинета.

Речевой негативизм проявляется мутизмом.

Мутизм (от латинского “mutus” — немой) — это нарушение волевой сферы, проявляющееся в отсутствии ответной и спонтанной (то есть произвольной) речи при сохранении способности больного разговаривать и понимать обращенную к нему речь.

Формальные нарушения мышления

Нарушения мышления при шизофрении называются формальными, так как они касаются не содержания мыслей, а самого мыслительного процесса. Прежде всего это затрагивает логическую связь между мыслями.

На поздних этапах логическая связь утрачивается даже в пределах одной фразы. В самых тяжелых случаях наблюдается **разорванность мышления**, что проявляется и в **разорванности речи** — речь больных состоит из сумбурного набора отрывков фраз, совершенно не связанных между собой (“словесная крошка”).

В менее выраженных случаях наблюдается **“соскальзывание” мыслей** — лишенный логики переход от одной мысли к другой, его сам больной не замечает.

Нарушения мышления выражаются и в **неологизмах** (от греческого “neos” — новый, “logos” — речь, учение) — новообразованиях, выдумывании новых вычурных слов, которые понятны только самому больному, но непонятны окружающим.

Диапазон неологизма может быть от нескольких придуманных слов до создания больным шизофренией собственного языка.

Неологизмы бывают пассивные, несистематизированные, состоящие из бессмысленных звукосочетаний и конгломератов из частей разных слов, и активные, возникающие вследствие искаженной мыслительной переработки слов и всегда что-то значащие для больного. Активные неологизмы бывают основой для создания больным своего языка, который понятен только ему одному.

Нарушением мышления при шизофрении является и **резонерство** — бесплодные рассуждения на посторонние темы, которые могут не иметь никакого отношения к больному. Здесь чаще используют термин **рассудательство**, которое, в отличие от рассуждения, непродуктивно, пространно, зачастую лишено логики, но логично с точки зрения больного.

Объект рассудательства выбирается произвольно либо в процессе беседы в ответ на конкретный вопрос врача больной может пуститься в пространное рассудательство со сверхобщениями по пустячному поводу, задавая сам себе вопросы

и сам на них отвечая или что-то доказывая и устанавливая собственные закономерности, причем рассуждения и доказательства могут быть весьма далеки по смыслу от заданного вопроса, на который можно было бы ответить одной простой фразой.

Больной шизофренией может резонерствовать и совершенно не в плане заданного вопроса — это бывает при соскальзывании мышления, когда человек развивает одну мысль, затем без всякой внутренней связи переходит к другой, начиная рассуждать уже на новую тему.

Частыми темами бесплодных рассуждений являются философские или еще какие-либо глобальные темы, которые не имеют к больному ни малейшего отношения. Но больные могут резонерствовать и на совершенно пустяковую тему, которая вовсе не стоит того, чтобы о ней так долго и пространно говорили.

Нарушение мышления проявляется и в искажении процесса обобщения, которое осуществляется по несущественным признакам.

Могут быть и такие нарушения, как неуправляемый поток или два параллельно текущих потока мыслей, внезапные перерывы или “обрыв” в процессе мышления.

На начальных этапах нарушения мышления еще не заметны, и их можно установить только с помощью специальных тестов.

Помимо этих, наиболее общих для всех больных шизофренией негативных симптомов, наблюдается и так называемая **продуктивная симптоматика** — то есть продукция болезненных проявлений — бред, галлюцинации, псевдогаллюцинации и многие другие нарушения, а также помрачение сознания. Но эта область — лишь для специалистов, а не для популярной литературы.

Сочетание продуктивной симптоматики с негативной приводит к образованию характерных для шизофрении синдромов с закономерной динамикой.

Шизофрении свойственна **прогредиентность** — то есть неуклонное нарастание, прогрессирование и усложнение симптоматики. Степень прогредиентности может быть различной — от вялотекущего процесса до злокачественно-прогредиентных форм.

Шизофрению называют процессуальным заболеванием, **шизофреническим процессом**, так как налицо постоянная динамика, развитие симптомов шизофрении, последовательная смена состояний.

Развитие шизофренического процесса, особенно выраженных, прогредиентных форм, приводит к искажению или

утрате прежних социальных связей, снижению психической активности, нарушениям поведения. Из-за этого наступает значительная дезадаптация (нарушение приспособления) больных в обществе.

Исход шизофрении раньше был один — **дефект, дефектное состояние** с выраженным апато-абулическим синдромом, поскольку лечить это заболевание в прошлом веке было нечем.

Но современная психиатрия располагает широким спектром психофармакологических средств, которые оказывают влияние на все психические нарушения при шизофрении.

Поэтому у психиатров сейчас большие возможности по лечению, реабилитации и реадaptации больных шизофренией.

Немало случаев, когда после перенесенного приступа у больных наблюдались **ремиссии** (послабление болезни, когда продуктивная симптоматика исчезает) по 10-25 лет, и они могли успешно работать, занимаясь высокопрофессиональной, в том числе и творческой, деятельностью.

Помимо прогрессивных форм шизофрении, есть и другие, менее прогрессивные (малопрогрессивные, мягкие), когда больные даже не нуждаются в помещении в психиатрическую больницу, а могут принимать лекарственные препараты в амбулаторных условиях, то есть находясь дома, под контролем участкового психиатра.

Поэтому мнение, что шизофрения — это фатальное, неизлечимое заболевание — глубоко ошибочно. Любой психиатр скажет, что шизофрения лечится, не в том смысле, что она полностью излечима, а в том, что с помощью правильно подобранного лечения можно достичь послабления болезни, исчисляемого годами и десятилетиями.

Даже терапевты и невропатологи вряд ли могут похвастаться такими успехами, так как от гастрита, колита, язвенной болезни, стенокардии, гипертонической болезни и десятков других заболеваний многие люди лечатся годами без особого результата.

А шизофренический процесс, как и любое другое хроническое заболевание, может протекать с обострениями и послаблениями (ремиссиями). Причем во многих случаях во время ремиссии нет никаких психических нарушений, больной трудоспособен и хорошо адаптирован.

В повседневной жизни каждый из вас имеет дело с больными шизофренией, но вы даже не подозреваете, что они больны и регулярно принимают так называемое поддерживающее лечение, которое больным всегда назначают после перенесенного приступа для предотвращения возникновения нового.

ГЛАВА 14

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз — психическое заболевание, протекающее в форме депрессивных и маниакальных приступов (**фаз**), разделенных светлыми промежутками (**интермиссиями**), с полным восстановлением психического здоровья. Независимо от тяжести и количества перенесенных приступов (**фаз**), изменения личности отсутствуют.

Как и шизофрения, маниакально-депрессивный психоз относится к **эндогенным заболеваниям** — то есть возникающим аутохтонно, без воздействия внешних факторов.

Другие его названия — циркулярный психоз, МДП, циркулярное помешательство, маниакально-депрессивное заболевание, циклофрения, циклотимия.

Выраженная форма маниакально-депрессивного психоза называется **циклофренией**. Облегченная, мягкая форма называется **циклотимией**.

Термин “маниакально-депрессивный психоз” ввел в 1889 году Э.Крепелин. Термин “циклотимия” впервые применил К.Кальбаум.

Заболевание может начаться в любом возрасте, но чаще в зрелом и позднем (30-60 лет). Женщины болеют маниакально-депрессивным психозом примерно вдвое чаще мужчин.

Применительно к этому заболеванию обычно пользуются термином “**фаза**”, подразумевающим ограниченное во времени болезненное состояние. Длительность фазы без лечения может быть от нескольких дней до нескольких лет. В среднем, фаза длится 3-6 месяцев.

По прошествии фазы возникает **светлый промежуток**, то есть состояние с полным исчезновением психических расстройств, восстановлением психического здоровья и с сохранением всех черт личности.

Для маниакально-депрессивного психоза характерно чередование фаз и светлых промежутков. Может быть чередование депрессивных и маниакальных фаз, при этом одна фаза непосредственно переходит в другую (двухфазный, биполяр-

ный психоз), или чередование депрессивных фаз и светлых промежутков (монополярный депрессивный психоз), или чередование маниакальных фаз и светлых промежутков (монополярный маниакальный психоз).

Если за маниакальной или депрессивной фазой следует светлый промежуток, а затем возникает новая фаза, противоположная первоначальной, — это называется альтернирующим течением.

Число фаз у разных больных различно — может быть единственная фаза в течение жизни, но бывают случаи, когда фазы возникают ежегодно и даже несколько раз в году. Депрессивные фазы наблюдаются чаще, чем маниакальные.

Есть определенное влияние сезонности — фазы чаще возникают весной и осенью. У некоторых больных фазы могут возникать в определенные месяцы.

Депрессивное состояние (депрессивная фаза)

Депрессивная фаза (депрессивное состояние) имеет классическую клиническую картину. Она характеризуется триадой психических расстройств — пониженным настроением, замедлением мыслительных процессов и двигательной заторможенностью.

Наиболее характерный признак депрессивной фазы — **угнетенное, подавленное, тоскливое настроение.**

Выраженность депрессивных нарушений может быть различной — от легкой степени — подавленности, безрадостности — до глубокой депрессии, так называемой "витальной тоски" с ощущением безысходности и отчаяния.

Бывает так называемая "**предсердечная тоска**" — сочетание тоскливого настроения с тягостными, мучительными ощущениями, с чувством сжимания, тяжести и жгучей боли в области сердца.

В тяжелых случаях мучительная, гнетущая тоска нарастает, и моральные страдания депрессивных больных по своей тяжести не сопоставимы даже с ощущением горя, которое переживает психически здоровый человек после тяжелой утраты. В таком состоянии многие больные совершают самоубийство.

Особенно мучительной бывает тоска по утрам. К вечеру самочувствие больных немного улучшается. Однако даже радостные события не могут вывести их из этого состояния, отвлечь от тоски и самобичевания.

Наиболее тяжелой формой проявления депрессивных расстройств является "**взрыв тоски**" ("raptus melancholicus") — внезапный взрыв отчаяния с возбуждением, рыданиями, стоном

ми, стремлением нанести себе повреждения и попытками самоубийства.

Внешний вид депрессивных больных соответствует их переживаниям. Мимика и выражение глаз печальные, страдальческие, глаза сухие, тусклые. Брови сдвинуты, на переносице образуются продольные складки. Углы рта скорбно опущены, губы сухие, плотно сжаты.

Характерный признак тяжелой депрессии — **складка Верагута** — на верхнем веке в средней его трети, ближе к носу образуется искривленная угловатая кожная складка, что придает лицу скорбное выражение.

Голос тихий, монотонный, больные жалуются, что им трудно и не хочется говорить.

Двигательная заторможенность может быть различной степени выраженности. В сравнительно легких случаях движения замедленные и однообразные. Больные жалуются, что им трудно двигаться. Они неподвижно сидят часами в одной позе, опустив плечи и голову, подперев щеку рукой или уронив руки на колени.

В тяжелых случаях возникает **депрессивный ступор** — полная обездвиженность, когда больные как бы застывают в одной позе и могут так лежать сутками без пищи и воды.

Замедление мышления проявляется в том, что мысли текут медленно, ассоциации бедные. Больные с трудом переключаются с одной темы на другую. Они жалуются на отсутствие мыслей или на одни и те же мысли о собственной никчемности и желании умереть.

Замедление мышления проявляется и в речи больных. Речь с паузами, на вопросы больные отвечают с большой задержкой, односложно.

Внимание сосредоточивается с трудом. Хотя память и не страдает, но больные с трудом могут сосредоточиться, чтобы что-то вспомнить и ответить на вопрос врача.

Больные не способны к интеллектуальному напряжению, поэтому говорят о себе, что они “тупицы” и испытывают чувство собственной неполноценности. Часты идеи самообвинения и самоуничужения.

Могут быть мысли о том, что окружающие презирают их, считают никчемными, ничтожными и не приспособленными к реальной жизни.

Будущее кажется больным беспросветным, безысходным и мрачным. Никакой перспективы для себя они не видят, не строят никаких планов на будущее, их ничто не интересует, есть только одно желание — умереть.

Мысли о смерти и самоубийстве у депрессивных больных почти постоянны, и именно поэтому это очень опасное состояние.

Как известно, самоубийства в состоянии депрессии очень часты, но при тяжелой форме эндогенной депрессии, в отличие от реактивной (то есть возникающей после психической травмы), мысль о самоубийстве возникает не внезапно, по типу "короткого замыкания", а присутствует постоянно.

Больным с тяжелой эндогенной депрессией действительно не хочется жить. Их состояние настолько тягостно и мучительно, а будущее кажется таким беспросветным, что смерть они считают избавлением от своих страданий. Больные могут говорить о своем желании умереть, но бывает, что они молчат об этом, однако про себя обдумывают способы совершения самоубийства и могут покончить с собой.

Самоубийство они совершают внезапно в момент взрыва тоски или заранее подготавливают его.

В более легких случаях мысли о смерти и самоубийстве могут возникать периодически, особенно по утрам, когда состояние наиболее тяжелое.

В депрессивном состоянии больные нуждаются в постоянном надзоре и контроле за их действиями. Поэтому оставлять таких больных дома ни в коем случае нельзя. Депрессивные больные должны обязательно лечиться в психиатрической больнице, иначе может случиться непоправимое.

Даже в условиях больницы депрессивные больные постоянно находятся в надзорной палате, где есть пост медицинской сестры. Оставленные на непродолжительное время без присмотра, они могут предпринять попытку самоубийства. Нельзя позволять больным даже укрываться одеялом с головой. Известны случаи крайне мучительных самоубийств, — например, один больной погиб от удушья, накрывшись с головой и затолкав в рот свое белье, при этом он не издал ни звука, так что его обнаружили мертвым не сразу. Другой под одеялом поджег себя и постельное белье, и хотя пожар потушили, он скончался от ожогов дыхательных путей.

Поэтому следует еще раз подчеркнуть, что из-за возможности самоубийства — депрессия — крайне опасное для жизни больного состояние, и лечение должно проводиться только в условиях психиатрической больницы. А кроме того, бывают и так называемые расширенные самоубийства, когда больной вначале убивает своих детей и всех родных, а потом кончает с собой.

Мрачным и ужасным больные считают не только будущее и настоящее, но и прошлое. На фоне ощущения собственной неполноценности в памяти всплывают ошибки, якобы совершенные ими в прошлом, и они обвиняют себя во всем, даже в ситуациях, в которых нет никакой их вины.

В состоянии депрессии могут быть сверхценные и бредовые идеи. Наиболее часты идеи самообвинения, когда мало-значущие поступки переоцениваются и воспринимаются как преступления. Прошлое кажется больным чередой бесконечных ошибок и преступлений, они винят себя в том, чего не совершали — убийстве близких, измене, растрате.

При идеях самоуничтожения больные считают себя ничтожными людьми, а происходящее с ними расценивают как наказание за их "преступления".

В тяжелых случаях может быть **скорбное бесчувствие, болезненное психическое бесчувствие, психическая анестезия** (*anaesthesia psychica dolorosa*). Больные жалуются, что они стали бесчувственными и безразличными к своим близким как "деревяшки", что когда они видят своих детей, то никаких чувств к ним не испытывают.

Больные считают, что бесчувствие — гораздо тяжелее, чем депрессия, и сами очень страдают от этого. Но они сохраняют критическую оценку своего состояния, хотя ничего поделать с собой не могут.

В более легких случаях могут быть навязчивые сомнения, опасения, страхи, ипохондрические идеи (болезненное внимание к своему здоровью).

В депрессивном состоянии больные не верят, что оно пройдет. Даже если в прошлом у них были неоднократные депрессивные фазы, они считают, что именно эта самая тяжелая и невозможно убедить их в благоприятном исходе.

Депрессивный эпизод возникает не сразу. Ему предшествуют нарушения сна и аппетита, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, повышение артериального давления, сухость во рту, чувство распирания в области желудка, запоры, у женщин — задержка менструации. Больные могут похудеть, иногда довольно значительно. Такое состояние иногда ошибочно расценивается как какое-то заболевание внутренних органов.

В легких случаях депрессивное состояние не разворачивается во всей полноте. Наблюдается подавленное настроение, неуверенность в будущем, плохое самочувствие, повышенная утомляемость.

При состояниях **субдепрессии** (то есть не достигающей уровня глубокой депрессии) говорят о **циклотимии**. Ее

приступы не требуют лечения в больнице и лечатся амбулаторно, а в некоторых случаях проходят самостоятельно.

Циклотимия наблюдается у очень многих людей, возможно, и у вас, уважаемый читатель, бывают периоды беспричинно пониженного настроения, когда все валится из рук, все кажется окрашенным в мрачные тона и ничего не хочется делать.

Но все это проходит без следа, и нормализация состояния после субдепрессии воспринимается как нечто само собой разумеющееся. Горевать по этому поводу не стоит, так как циклотимия хороша тем, что помимо субдепрессивных периодов, возникают и гипоманиакальные состояния, когда настроение беспричинно повышено, хочется радоваться жизни и испытать ее во всей полноте, все вокруг замечательно, все легко удается, активность высока, и в это время человек может сделать гораздо больше, чем обычно.

Следовательно, при циклотимии изменения настроения хоть и эндогенные, но плохое как бы уравновешивается хорошим.

Бывает циклотимия и без гипоманиакальных фаз, но субдепрессивные периоды чаще всего непродолжительны и проходят сами собой.

Маниакальное состояние (маниакальная фаза)

Маниакальное состояние характеризуется противоположными депрессии симптомами — повышенным настроением, ускорением мыслительных процессов и двигательной активностью, доходящей до степени маниакального возбуждения.

Маниакальные состояния могут быть различной степени выраженности. Легкие состояния называются гипоманией, средней выраженности — типичными маниакальными состояниями, а тяжелые — манией с бредом величия и манией со спутанностью.

Развитие маниакального состояния обычно происходит постепенно. Вначале больные испытывают прилив бодрости, улучшается настроение, появляется чувство повышения физической и умственной силы. Окружающее воспринимается в радужных красках, все психические процессы протекают легко, без задержек, интеллектуальная деятельность продуктивна.

Спят больные мало, но утром просыпаются бодрыми и полными сил, легко встают, быстро делают все дела, и все им удается. При выполнении своих обязанностей они не испытывают ни сомнений, ни колебаний.

Самооценка повышенная, настроение веселое, мимика живая. Никакие неприятности на настроение не влияют, ко всему больные относятся легко.

Аппетит повышен. Артериальное давление повышается. пульс учащается.

При дальнейшем развитии маниакального состояния настроение становится неадекватным — то есть не соответствующим ситуации. Несмотря на неприятности, больные находятся в прекрасном настроении, жизнерадостны. Энергия неиссякаема, жажда деятельности повышена.

При маниакальной фазе наблюдается **симптом повышенной отвлекаемости**. Больной реагирует на любые события, слова или поступки окружающих.

Но если в начальном периоде деятельность была продуктивной, то на этой стадии из-за повышенной отвлекаемости больные постоянно переключают внимание и реагируют на любой внешний раздражитель. Поэтому они могут делать какое-то дело, но услышав чье-то замечание или совет, тут же начинают заниматься другим, затем отвлекаются на следующее и ни одно не способны довести до конца.

Темп мышления ускоряется, ассоциации возникают по поверхностным признакам.

У больных вдруг обнаруживаются способности, которых раньше не было. Они начинают писать стихи или прозу, рисуют. Но чем больше нарастает маниакальное состояние, тем более беспорядочным становится их творчество.

Усиливается сексуальность, и больные делаются расторможенными, легко заводят случайные знакомства, вступают в беспорядочные сексуальные связи. В выраженных случаях больные могут проявить грубую сексуальность по отношению к посторонним людям.

Некоторые становятся циничными, могут нецензурно браниться, хотя в обычном состоянии это воспитанные, интеллигентные люди.

Женщины начинают броско одеваться, неумеренно пользоваться косметикой, считают себя красавицами и ведут себя соответственно. Они рассказывают о своих любовных победах совершенно посторонним людям, громко разговаривают, громко хохочут. Их не смущает, что в общественном месте на их поведение обращают внимание окружающие, они уверены, что все мужчины в них влюблены или могут влюбиться.

У них утрачивается чувство такта и дистанции, появляется фамильярность в общении с малознакомыми людьми.

Из-за повышенного настроения и расторможенности сексуального влечения тематика разговоров может быть преимущественно эротического содержания.

Повышенное настроение отражается и в мимике, и в поведении больных. Они выглядят беспечными и радостными, с лица не сходит улыбка, они оживленно жестикулируют, говорят всем, что жизнь прекрасна, что жизнь — это бесконечный праздник души.

При нарастании маниакального состояния больные становятся возбужденными, говорят без умолку, во все вмешиваются, всем дают советы. Ни с того ни с сего они могут пуститься в пляс или запеть в неподходящем месте.

Мышление настолько ускоряется, что речь за ним не успевает, и больные не успевают полностью сказать всю фразу, а произносят только ее часть, иногда выкрикивают отдельные слова. Это называется "**скачкой идей**". Внешне речь кажется совершенно бессвязной, но при тщательном исследовании выясняется, что ассоциативная связь существует, просто больные не успевают высказать свои мысли.

Из-за постоянного речевого возбуждения, когда больные говорят без остановки, голос у них становится хриплым.

У больных появляется множество планов, которые они не успевают не только осуществить, но и рассказать о них.

Маниакальные состояния часто сопровождаются обострением памяти. Это называется **гипермнезией**. Больные могут прочесть стихи, которые знали много лет назад, но в обычном состоянии никогда не вспоминали, или вспомнить информацию, которая казалась им давно забытой.

В выраженных случаях возникает **бред величия**. Больные преувеличивают свои таланты, заслуги и достижения, считают, что они все могут, например, вылечить всех больных раком в мире, сделать величайшее открытие, переустроить политическую или экономическую жизнь страны, занимать крупные руководящие посты.

Нелепых бредовых идей, как при шизофрении, здесь не бывает. Больные легко высказывают свои идеи, но так же легко могут от них и отказаться.

Выделяют несколько вариантов маний. Для **веселой мании** характерно радостное настроение — эйфория, прекрасное физическое самочувствие и переоценка собственных возможностей. При **экспансивной мании** повышенное настроение сочетается с идеями величия и гиперактивной деятельностью. **Гневливая мания** характеризуется не эйфорией, а гневливостью, озлобленностью, раздражительностью и постоянными конфликтами с окружающими.

При маниакально-депрессивном психозе отсутствуют какие-либо остаточные психические нарушения после окончания фазы, нет существенных изменений личности больного и признаков психического дефекта или слабоумия даже при многократных рецидивах и при многолетнем течении, во время интервалов между фазами человек полностью трудоспособен, психическое здоровье восстанавливается, поэтому это заболевание расценивается как имеющее благоприятный прогноз.

ГЛАВА 15

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия — хроническое психическое заболевание, проявляющееся в судорожных припадках и психических нарушениях.

Термин “эпилепсия” был введен врачом Авиценной в XI веке. До него эту болезнь называли “падучей” — из-за того, что в момент припадка больные теряли сознание и падали. Также ее называли “священной”, “лунной” (из-за снохождения — лунатизма).

Эпилептические припадки

Припадки при эпилепсии бывают большими и малыми.

При **большом эпилептическом припадке** за несколько часов или суток возникают предвестники припадка — беспокойство, раздражительность, ощущение подергивания отдельных мышц лица и тела. Могут быть сердцебиение, чувство тяжести в голове, светобоязнь, ухудшения слуха, обоняния и вкуса.

Примерно у половины больных эпилепсией перед припадком возникает **аура** (“Aura” по-гречески означает дуновение). Аура бывает различной. Могут возникать различные ощущения в органах чувств — сенсорная аура.

Например, при зрительной ауре возникают вспышки света или предметы становятся необычайно ярко окрашенными.

При слуховой ауре больные слышат звуки, которых на самом деле нет.

При обонятельной ауре больные ощущают странные запахи — дыма, разлагающихся отбросов.

Может быть и такая аура, когда у больного возникают неприятные ощущения в животе, тошнота, рвота и сердцебиение.

При психической ауре возможны переживания чего-то страшного, ужасного. Но бывают и приятные переживания. Например, у Ф.М.Достоевского, который страдал эпилепсией, психическая аура выражалась в переживании необыкновенного, возвышенного состояния.

Обычно у одного и того же больного аура бывает постоянной. Больные не помнят самого припадка, но помнят ауру.

Длится аура несколько секунд. Обычно опытные больные уже знают, что за ней последует припадок, и могут даже подавить его развитие, нанося себе резкие болевые раздражения, сильно напрягая все мышцы тела, глубоко вдохнув и задержав дыхание.

После ауры возникает **тоническая фаза** эпилептического припадка, которая проявляется резким напряжением всей мускулатуры. Больной может издавать характерный крик из-за выталкивания воздуха через судорожно суженную голосовую щель.

Больной падает — на пол, на землю, на предметы, чаще всего лицом вперед. Во время припадка возможны переломы, вывихи и ушибы. Обычно глаза у больных открыты, зрачки расширены, дыхание останавливается, возникает синюшность лица и кожных покровов, непроизвольное мочеиспускание.

Тоническая фаза продолжается около 30 секунд. Затем наступает **фаза клонических судорог**. Происходят судорожные сокращения попеременно то сгибательной, то разгибательной мускулатуры туловища, рук и ног.

Дыхание хриплое, kloкочущее, синюшность постепенно проходит. Глаза больного закатываются. Возникает прикус языка и слизистой оболочки рта, из-за этого на губах появляется кровавая пена.

Через 1-2 минуты судороги ослабевают, а затем проходят.

Постприпадочное состояние длится от нескольких минут до 1-2 часов. Взгляд больного блуждающий, сознание неясное, и он плохо осознает окружающее, речь бессвязная.

Чаще всего затем наступает сон, но некоторые больные после припадка могут встать.

Если при вас у больного эпилепсией произойдет припадок, то нужно знать, что во время припадка больного нельзя удерживать — во-первых, это бесполезно, во-вторых, можно нанести ему дополнительные повреждения. Нужно постараться, чтобы он не получил ушибы головы — быстро подложить под голову что-нибудь мягкое, например, свернутую одежду, убрать все близлежащие твердые или острые предметы. Больше ничем помочь больному вы не сможете.

В тех случаях, когда припадки следуют один за другим, и в промежутках между ними больной не приходит в сознание, развивается опасное состояние, которое называется **эпилептическим статусом**.

Малые припадки — это кратковременная, не более десяти секунд, потеря сознания, судорожные расстройства

незначительны. Больной при этом не падает, и окружающие могут даже не заметить припадка.

Разновидностью малого припадка является **абсанс** (от французского "absence" — отсутствие). При этом больной на несколько секунд как бы выключается, замолкает или невнятно бормочет, а потом продолжает прерванный разговор.

Психические нарушения при эпилепсии

Психические нарушения при эпилепсии могут быть в виде **психических эквивалентов**, которые как бы являются заменой припадков, а также в виде постепенно нарастающих хронических изменений психической деятельности — изменений личности больного, его характера и интеллекта.

Дисфория — тоскливо-злое настроение, возникающее без всякой причины. Больной мрачен, угрюм, всем недоволен, может быть агрессивен. Дисфория может длиться несколько часов или дней и заканчивается так же внезапно, как и возникла.

В период дисфории может возникнуть неуправляемое влечение к алкоголю — дипсомания, периодический запой.

Сумеречное расстройство сознания — нарушение сознания, при котором окружающее воспринимается в искаженном виде. Появляются страх, злоба, агрессивность, стремление куда-то бежать. Возникают бред и галлюцинации. Из-за этих переживаний больные могут совершить общественно опасные действия, вплоть до убийства.

Классический пример, описанный в литературе, когда у больной эпилепсией сумеречное состояние сознания возникло во время стирки белья. Она убила своих детей, вспорола им животы и развесила кишки на веревку, как белье для просушки. Придя в себя, она ничего не помнила.

Амнезия на весь период сумеречного состояния сознания характерна для этого тяжелого нарушения. Амнезия наблюдается и при других психических эквивалентах по выходе из состояния нарушенного сознания.

Амбулаторный автоматизм — сопровождается сумеречным расстройством сознания, но внешне поведение больного может выглядеть целенаправленным и упорядоченным, и окружающие могут ничего не заметить. В таком состоянии больной способен совершать длительные путешествия, — он покупает билет и садится в поезд, а приехав в другой город и очнувшись, не понимает, как туда попал.

Сомнамбулизм (снохождение, лунатизм) — чаще всего бывает у детей и подростков и рассматривается как эквивалент припадка. Больные ночью встают, ходят, могут выйти на балкон, пройти по карнизу, взобраться на крышу. Потом они возвращаются в постель или засыпают на улице. Проснувшись, они ничего не помнят.

Хронические психические нарушения проявляются в виде нарушений характера, нарушений процесса мышления и развития эпилептического слабоумия.

При длительном течении заболевания у больных появляются ранее несвойственные им черты, формируется так называемый **эпилептический характер**

Изменения характера нарастают постепенно. Круг интересов больных сужается. Они становятся все более эгоистичными. Больше всего их волнует собственное здоровье и собственные мелочные интересы. Эпилептики становятся придирчивыми, педантичными. Они любят поучать других людей, ратуют за справедливость, но понимают ее в основном в аспекте своих эгоистических интересов.

Внешне больные могут быть любезными, приветливыми, но чаще всего они слащавы и навязчивы, а иногда вдруг становятся злобными и агрессивными. Склонность к внезапным приступам гнева — одна из наиболее характерных черт эпилептического характера. Агрессия и ярость у больного эпилепсией может возникнуть без всякого повода.

Больным эпилепсией свойственна **тугоподвижность, инертность всех психических процессов**, в первую очередь, эмоций и мышления. Если отрицательные эмоции возникают, то они становятся застойными, не могут переключиться даже при благоприятных событиях. Из-за этого эпилептики крайне злопамятны, “застревают” на мелких обидах и очень мстительны.

Изменения мышления у больных эпилепсией типичны. На первый план выступает крайняя **вязкость, обстоятельность мыслительного процесса**, трудность переключения с одной темы на другую.

Больные детализируют все малозначимые подробности, застревают на ненужных мелочах. Начав что-то рассказывать, эпилептик мучает собеседника ненужными подробностями, уходит от главной темы к случайным, попутно возникшим обстоятельствам и никак не может добраться до главного, что он хотел сказать. Темп мышления и речи медленный.

Чрезмерная детализация, скрупулезность больных эпилепсией проявляется в любой деятельности — в письме, ручном труде, выполнении профессиональных обязанностей.

При длительном течении заболевания развивается **эпилептическое слабоумие**. Больной теряет способность отделять существенное от второстепенного, главное от мелких деталей, все ему кажется важным и нужным, он увязает в мелочах. Переключиться на другую тему ему удастся с большим трудом.

Мышление становится конкретно-описательным, снижается способность к обобщениям, отмечается узость суждений, ригидность. Наряду с этим снижается память, обедняется словарный запас, и в выраженных случаях развивается **олигофазия** — крайняя малословность, скудность речи. Больной способен использовать очень небольшое количество слов и стандартных выражений. В речи много уменьшительно-ласкательных слов — “одеяльце”, “кроваточка”, “головка”, “сестричка” и так далее.

ГЛАВА 16

БЫТОВОЕ ПЬЯНСТВО И АЛКОГОЛИЗМ

Умеренным употреблением алкоголя считается такое, когда спиртное принимается редко, не более 1–2 раз в месяц, по общепринятым традиционным поводам или в связи с семейными праздниками, в основном в виде небольших количеств слабоалкогольных или маленьких доз крепких спиртных напитков, без внешне заметного опьянения, и поведение остается в рамках общепринятых норм.

Умеренное употребление спиртного может наблюдаться на протяжении всей жизни человека или быть этапом, предшествующим злоупотреблению алкоголем.

Злоупотребление алкоголем (или **бытовое пьянство**) — это неумеренное (чрезмерное) употребление спиртных напитков, чаще всего ситуационное, традиционное или основанное на неверных предубеждениях. При этом спиртные напитки принимаются с разной частотой и в разных дозах — в виде систематического приема небольших доз или несистематического приема больших количеств. Тяга к алкоголю, поиски поводов для выпивки и какие-либо иные признаки алкоголизма отсутствуют. Сохранен контроль за потребляемой дозой и своим поведением в опьянении.

Бытовое пьянство (злоупотребление алкоголем) может быть в следующих вариантах:

1. Регулярный (или ежедневный) прием небольших доз спиртных напитков (например, вечером после работы, перед ужином “для аппетита” или при пониженном давлении). При этом человек не превышает эту дозу даже во время праздничного застолья. Так пьет большинство людей в Европе и США, но в нашей стране такой вариант бытового пьянства встречается сравнительно редко, в основном, у людей пожилого возраста.

2. Эпизодический прием сравнительно больших доз, например, по праздникам, в связи с каким-либо важным семейным или иным событием, на коллективных банкетах в профессиональном кругу.

Такой вариант бытового пьянства свойствен большинству наших соотечественников. Иногда первый и второй вари-

ант могут сочетаться — в будни спиртное принимается понемногу, в основном, вечером, а в выходные или праздники — потребляется большее количество спиртных напитков.

3. Регулярный прием больших доз спиртных напитков, например, в компании с "питейными" традициями.

При первом варианте потребление спиртного не приводит к опьянению, алкоголь употребляется с иной целью — расслабиться после работы, снять психическое напряжение, повысить артериальное давление, улучшить сон и прочее. Вариант не очень опасный с точки зрения формирования алкоголизма при условии сохранения неизменных дозировок алкоголя. Настораживающим здесь является фактор частоты, регулярности. При превышении привычных дозировок алкоголя может перейти в другой вариант бытового пьянства, и здесь риск уже увеличивается.

При втором варианте опасным обстоятельством в аспекте будущего формирования алкоголизма является не частота, а интенсивность употребления, прием больших доз. Может перейти в третий вариант бытового пьянства, а затем в алкоголизм.

Третий вариант — самый опасный в плане возможности возникновения алкоголизма, и при продолжении такой степени злоупотребления в большинстве случаев формируется алкоголизм.

Бытовое пьянство (злоупотребление алкоголем) — хотя и довольно распространенное явление, особенно в некоторых социальных группах, но с медицинской точки зрения это еще не болезнь, а следствие дурных привычек, традиций и неверных предубеждений. Бытовое пьянство — скорее социальное явление, образ жизни, когда нет других интересов и увлечений.

Но поскольку алкоголизм никогда не возникает внезапно, а формируется постепенно и вырастает именно из бытового пьянства, наркологи расценивают злоупотребление алкоголем как предболезнь, преддверие алкоголизма, — то есть алкоголизма еще нет, но он неминуемо сформируется, если пьянство будет продолжаться, а тем более, утяжеляться.

На внешне кажущийся таким простым вопрос, почему тот или иной человек от умеренного употребления алкоголя переходит к злоупотреблению им или сразу начинает свое знакомство с алкоголем со злоупотребления, — можно получить совершенно разные ответы в зависимости от того, кому он задан. Мать или жена скажут, что сын (муж) пьет потому, что попал в "дурную" компанию, он "слабовольный", на него плохо влияют и спаивают его друзья-собутельники. Сам пьющий уверенно ответит: "Потому, что все пьют!". Врач-нарколог оценивает причину злоупотребления с совершенно иных позиций.

Влияние “дурной” компании и друзей-собутельников, безусловно, имеет значение для начала злоупотребления алкоголем. Однако надо задаться вопросом, почему же человек не покидает такую компанию и не сменит друзей-собутельников на непьющих? Что здесь причина и что следствие?

Известно, что каждый избирает тот уровень и тот круг общения, в котором чувствует себя комфортно. Если человеку нечем занять свое свободное время, у него нет стойких привязанностей и увлечений, склонности к целенаправленному и продуктивному времяпрепровождению, все ему неинтересно, скучно, и не о чем говорить, пока он не выпил, если в любой другой непьющей компании или среди людей более высокого интеллектуального и социального статуса он чувствует себя “не в своей тарелке”, то ему проще и комфортней находиться в кругу таких же, как и он сам, людей с ограниченными интересами, и, выпив с ними, ощущать себя равным среди равных, со значением вести пустые разговоры об обыденных вещах или о том, кто сколько выпил и что потом натворил.

В среде с низким социальным и интеллектуальным уровнем пьянство — это образ жизни, способ времяпрепровождения. Работа низкопрофессиональная, однообразная и неинтересная, с женой не о чем говорить, нечем занять свое свободное время, поэтому возникающая пустота заполняется частыми выпивками; когда все равны и появляются общие темы для разговоров. Достаточно прислушаться к таким разговорам в сильно подвыпившей компании, чтобы понять, насколько они бессодержательны и сумбурны, однако сами участники застолья этого не замечают, для них все их беседы наполнены глубоким смыслом, они обсуждают проблемы, в которых совершенно не разбираются, но уверенно и безапелляционно судят обо всем, хвастаются своими мнимыми заслугами, не терпят споров и возражений, могут сказать то, что никогда не позволил бы себе трезвый человек. Организация выпивки, сама выпивка и разговоры о ней занимают свободное время, и человек вроде бы “при деле”, у него есть постоянный круг общения, есть с кем поговорить и где провести досуг.

Регулярно пьющая постоянная компания — это чаще всего люди одного социального круга и интеллектуального уровня. Рабочий не будет регулярно выпивать с кинорежиссером, потому что они неинтересны друг другу — не только кинорежиссеру не о чем говорить с человеком иного социального уровня, но и тому неинтересны духовные метания и проблемы творческой личности. Правда, бывают редкие исключения, но как временное явление, если нет своего постоянного круга общения.

Поэтому психиатры-наркологи, не умаляя значения влияния "питейных", алкогольных традиций в той или иной микросоциальной среде, не оставляют без внимания и личность самого пьющего.

Здравомыслящий человек, осознав пагубное воздействие подобных традиций, рано или поздно покинет такую компанию и найдет себе более подходящее занятие, чем бессмысленное поглощение спиртного. А бездеятельный, ограниченный, с примитивными интересами человек, не имеющий твердых жизненных принципов, попав в такую компанию, почувствует свою близость к ней и будет пить наравне с другими.

Но проблема пьянства затрагивает не только людей с низким социальным и интеллектуальным статусом, но и все слои общества, в том числе и тех, кто занят интеллектуальным трудом.

В некоторых случаях пьянство обусловлено не столько влиянием микросоциальной среды, сколько проблемами самого человека. Например, неуверенные в себе люди пьют, чтобы казаться более решительными, человек с неустойчивым настроением и неприятности "гасит" спиртным, и радостное событие отмечает приемом алкоголя, творческие личности пьют "для вдохновения", а в дальнейшем эта связь иногда закрепляется, и ничего создать без спиртного они не могут. Люди с высокой психической нагрузкой пьют, чтобы отключиться от своих профессиональных проблем и так далее.

Пьянство затрагивает и высшие слои общества, социальную элиту. Здесь мотивировки иные. Первоначальное употребление алкоголя у этих людей такое же, как и у миллионов других, и длительное время оно может оставаться умеренным. Однако при постепенном повышении в должности умеренное употребление может перейти в злоупотребление алкоголем.

В этом кругу существуют свои традиции — отмечать важные деловые события банкетом. Если человек такого социального статуса без явных причин (пожилой возраст, плохое состояние здоровья, недавно перенесенная тяжелая болезнь, наличие заболеваний сердца, гипертонии, стенокардии или прочих) будет постоянно избегать коллективных выпивок или пить значительно меньше других, — это может не понравиться его коллегам или начальникам, если те сами любители выпить. Пьянство, не выходящее за принятые в этом кругу рамки, не только не осуждается, но в пределах своего коллектива считается нормой.

Многие высокопоставленные начальники сделали себе карьеру благодаря совместным выпивкам с нужными для их продвижения по службе людьми. Если нет больших связей или высокого покровителя, который бы продвигал по служеб-

ной лестнице, а есть непосредственный начальник, любящий выпить, то молодой карьерист с готовностью поможет ему в этом — сбегает за выпивкой, организует незапланированную вечеринку, сам при случае выпьет с начальником. А во время душевной беседы, хорошо выпив, можно и намекнуть руководителю о новой желаемой должности. Если начальник пьет помногу, то и его подчиненный не отстает от него.

И даже если до этого молодой сотрудник употреблял алкоголь умеренно, так как это ему не нравилось или мешало заниматься делом, то теперь он без особых раздумий начинает злоупотреблять спиртным, как и его начальник, говоря себе, что это нужно для карьеры. Действительно, выпивки в немалой степени способствуют его продвижению по службе. Нередко пьющий начальник выделяет молодого сотрудника из остальных членов коллектива и приближает к себе не за его профессиональные качества, а за готовность услужить, всегда быть полезным и во всем походить на свое начальство.

Это вызвано тем, что у многих неумеренно пьющих людей со временем происходит переоценка личностных и нравственных установок — к трезвенникам отношение подозрительное, считается, что с ними труднее договориться, чем с человеком пьющим, которого легче уломать, распив с ним пару бутылок. А уж тот, с кем было выпито немало и неоднократно, — тот “свой в доску”, не проболтается и всегда составит компанию.

И такой руководитель предпочтет приблизить к себе человека, хотя и посредственного, но на которого можно положиться, в том числе и по части выпивки. Так ступенька за ступенькой, выпивая вместе с начальством, карьерист поднимается вверх по служебной лестнице. Чем выше эта “ступенька”, тем шире круг людей, которые могут пригодиться в будущем, а если они тоже не прочь выпить, то дело еще проще.

Человек может и сам не заметить, как он втянулся в пьянство. Хотя употребление спиртного не является смыслом его жизни, карьера важнее, но выпивки все чаще и спиртного потребляется все больше и больше — то с одним “нужным” человеком надо выпить, то с другим.

В среде высокопоставленных руководителей и деловых людей приняты коллективные мероприятия с совместным употреблением спиртного — на современном жаргоне они называются “тусовками” — различные презентации, банкеты, приемы, празднования юбилеев должностных лиц или каких-либо важных событий.

Чем выше социальное положение человека, тем чаще его приглашают на светские “тусовки”, не только деловые, но

и в кругу представителей творческих профессий. Отказываться от участия в "тусовочных" мероприятиях — значит повредить своему имиджу.

Чем более знаменит человек, тем больше ему хочется постоянно быть в центре внимания, напоминать о себе. Участие в таких "тусовках" льстит самолюбию, удовлетворяет тщеславие и прибавляет популярности, поскольку там обычно много журналистов, которые создают определенный имидж человека в средствах массовой информации, лишний раз упомянув в светских новостях, а это дополнительная реклама для того, кто желает оставаться знаменитым.

Кроме того, участие в "тусовочных" мероприятиях расширяет круг нужных знакомств, и человек, с которым пили в дружеской обстановке, может пригодиться на будущее и помочь, когда в этом возникнет необходимость.

На официальных "тусовках" обычно никто не напивается, но нередко за официальной частью, в которой участвуют журналисты, следует неофициальное продолжение уже в узком кругу, где каждый пьет так, как он привык.

А если кто-то выпьет больше других, позволив себе "расслабиться" в неофициальной дружеской обстановке, за пределы круга избранных это не выйдет, другие участники застолья отнесутся к этому снисходительно, поскольку и с ними такое бывало или может случиться.

Надо отдать должное этой социальной группе знаменитых и деловых людей, — хотя многие из них пьют не меньше, а некоторые даже больше, чем низкооплачиваемые слои населения, — алкоголиками большинство из них не становится, несмотря на длительный стаж злоупотребления алкоголем — 25-40 лет.

А в тех редких случаях, когда человек такого уровня заболевает алкоголизмом, болезнь формируется гораздо позже, чем обычно принято считать, и существенно отличается от общепринятого представления об алкоголизме.

В отличие от большинства алкоголиков, они никогда не спиваются, а остаются на своих высоких постах и даже повышаются по службе.

У них совершенно иные цели и задачи в жизни, чем у людей с низким интеллектуальным и социальным уровнем, они честолюбивы и тщеславны, больше всего на свете ценят свое высокое социальное положение и стремятся достичь еще большего. Из-за пьянства они никогда не пожертвуют своей карьерой, а если грозит огласка, и их репутация и карьера находятся в опасности, они скорее откажутся от употребления спиртного

или значительно снизят интенсивность пьянства, чем человек, у которого нет никаких других интересов и целей.

Некоторые люди начинают злоупотреблять алкоголем уже в зрелом возрасте, хотя смолоду они не увлекались спиртным или выпивали весьма умеренно. Одни начинают выпивать в экстремальных условиях или после какой-то стрессовой ситуации (например, после участия в боевых действиях в Афганистане, Чечне, после утраты близкого человека, после стихийных бедствий, потери всего имущества и жилья, оказавшись в статусе беженца и многих других стрессовых событий). Другие начинают выпивать в зрелом возрасте без каких-либо явных причин.

Возникает вопрос, почему в пьянство вовлекается человек, устоявший перед таким соблазном в более молодом, а следовательно, более уязвимом возрасте? Во-первых, потому, что раньше такого "соблазна" не было, а во-вторых, потому, что со временем изменились нравственные установки и цели самого человека.

Если раньше перед ним стояла определенная задача — овладеть престижной профессией, получить высшее образование, достичь определенного служебного положения, профессионализма, иметь незапятнанную репутацию, и к этой цели он стремился, отменяя все другие, малозначимые для него соблазны (в том числе и алкоголь), то в 40-45 лет такая цель уже во многом достигнута, а дальнейший служебный рост происходит уже как бы по инерции — человек за это время обзавелся нужными связями, знакомствами, имеет репутацию высококлассного специалиста, что позволяет ему занять достаточно высокое положение в обществе.

Люди определенного социального круга, на каком бы поприще они ни работали, стараются поддерживать "своих" и всячески способствовать их продвижению по службе, предполагая ответные услуги от своего протезе. В молодости они употребляли алкоголь умеренно, поскольку это мешало их работе, а именно она была главной целью их жизни — далеко не все они отчаянные карьеристы, готовые на все ради повышения по службе, многие из-за своих выдающихся профессиональных качеств, высокого интеллекта и безупречной репутации вполне заслуживают своих постов.

В расцвете творческих сил, когда благодаря своим способностям они достигли довольно высокого социального и материального положения, и им есть чем гордиться, — степень самоконтроля и самоограничений уже не такая, как в молодости. Они считают, что теперь можно "расслабиться" и пожить в свое удовольствие, воспользовавшись достигнутым. И уже

не отказываются ходить в гости, на вечеринки, собирают дома гостей, ездят отдыхать на престижные курорты, где выпивают с другими отдыхающими, принимают участие в банкетах и ту-совках.

Для некоторых из них существует и своего рода "служебная" необходимость. Это тот круг деловых людей, коммерсантов и бизнесменов, среди которых принято отмечать контракт, сделку, договор, окончание проекта или завершение объекта банкетом в узком кругу. Человек, занятый серьезным и ответственным делом, приносящим немалую прибыль, не станет пить с кем попало, но в кругу своих деловых партнеров и единомышленников выпить не откажется.

Тем более, что в неформальной обстановке, за банкетным столом легче и проще обсудить какие-то детали сделки и добиться уступок от партнера, чем в стенах официального учреждения.

В любой компании обычно есть как минимум один человек, проявляющий по части выпивки большую инициативу, чем другие. Он произносит много тостов, следит за наполненностью бокалов, обращает внимание, если кто-то не допивает свою рюмку, предлагает всем "пить до дна" и сам пьет немало. Бывает, что это всего лишь черта характера "профессионального тамады", и нередко такие люди являются "душой компании", организуют все вечеринки, проявляя собственную инициативу, если нет официального повода для застолья, с удовольствием принимают приглашения на любую презентацию или банкет, и их охотно приглашают.

Но чаще всего такие люди — алкоголики, хотя никто об этом даже не подозревает, поскольку у них хорошая репутация, а их собственное стремление выпить маскируется активным участием в коллективных вечеринках.

Безусловно, не все пойдут на поводу у такого тамады и будут пить каждую рюмку до дна, но если это всеми уважаемый человек, — то отказать ему труднее, чем, например, известному пьянице.

Если кто-то стремится установить деловые контакты, связи, неформальные отношения с нужными для дела людьми, то это обычно происходит вне стен служебного кабинета и офиса — в ресторане, на загородной вилле, где употребление спиртного — как бы необходимый атрибут застолья.

Совместное употребление алкоголя сопровождает и облегчает многие формы человеческого общения. И если в такой ситуации тот, кто заинтересован в установлении контактов, будет отказываться от спиртного или пить меньше других, это даст по-

вод негативно выделиться среди остальных и не только не поможет упрочить неформальные отношения с интересующим его человеком, — если он относится к категории пьющих, — но и наоборот, вызовет неодобрение.

Любителям выпить очень не нравится, когда рядом с ними сидит трезвый или пьющий гораздо меньше других и наблюдает за поведением подвыпившей компании. Если пьяница частенько позволяет себе выпить лишнего, то такой сторонний наблюдатель его раздражает. Одно дело, когда “все свои” и все пьют наравне, а потом можно со смехом обсуждать, кто что натворил, и другое, — когда поведение пьяного осуждает человек, который сам был трезв и объективен. Пьющие члены компании начинают настороженно относиться к такому трезвеннику, не приглашают его и избегают.

Поэтому человек, ранее имевший иные нравственные установки в отношении дозволенности пьянства, вынужден приспособливаться к таким традициям, если он заинтересован в этой компании и хочет войти в этот круг, или если его руководитель или партнер регулярно участвует в таких вечеринках. Если раньше он отказывался от спиртного, то теперь начинает выпивать в тех же количествах и с той же частотой, что и другие. Это начальный мотив перехода от прежнего умеренного употребления к злоупотреблению алкоголем. А дальше — больше, по известным закономерностям.

Переход от умеренного употребления алкоголя к злоупотреблению в зрелом возрасте может происходить не только в своем профессиональном или деловом кругу, но и в компании старых друзей, с которыми учились в школе, в институте или начинали работать и продолжают поддерживать дружеские отношения, хотя их жизненные пути разошлись и область применения способностей различна. На протяжении многих лет они поддерживают друг друга, в какой бы области ни работали.

Постоянную компанию обычно составляют люди с одинаковыми интересами. Здесь — это коллектив из сходных по основным чертам характера людей, целеустремленных и деловых, добившихся успехов в своей профессиональной деятельности, а в новых условиях — в предпринимательстве, большом бизнесе, политике. В молодости они общались и без спиртного. В зрелом возрасте они уже встречаются не для совместных турпоходов или спортивных игр, а ради общения.

Поскольку служебная и профессиональная занятость не позволяет им собираться в будни, они встречаются в выходные или праздничные дни, во время отпуска, ходят вместе в баню, ездят на охоту или рыбалку. Встречи проходят у

кого-либо дома или на даче, где вступают в силу законы гостеприимства. Со временем присоединяются друзья друзей, и компания может увеличиться.

В этом кругу "все свои". И никто не осудит приятеля, если он "переберет". Поначалу все участники застолья пьют примерно одинаково. Но опыт употребления спиртного у каждого взрослого человека индивидуален, и если один член компании пьет больше других, то постепенно за ним "подтягиваются" и другие.

Со временем растет общее количество потребляемого спиртного, все большую дозу позволяет себе каждый, и все чаще то один, то другой "напивается". У одних эпизоды тяжелого опьянения случайны, связаны с переутомлением, недавней болезнью, неприятностями, и это позволяет им узнать свою максимальную дозу и впредь избегать повторения таких случаев или покинуть пьющих друзей, либо значительно снизить количество потребляемого алкоголя. У других такие случаи возникают все чаще и чаще, затем становятся регулярными, и злоупотребление может перейти в алкоголизм.

У некоторых людей, перегруженных работой, причиной злоупотребления алкоголем является не стремление к опьянению, а желание снять психическое напряжение и переключиться. Они начинают регулярно выпивать дома после работы — с женой, с соседом или без собутыльника, если никто не хочет составить компанию. Начаться может с относительно небольших количеств, а дальше все уже зависит от самого человека, станет ли он увеличивать дозу или ограничится количеством алкоголя, достаточным, чтобы расслабиться и заснуть.

Регулярно употребляют алкогольные напитки и мужчины, которые в трезвом состоянии испытывают недостаточное, на их взгляд, сексуальное возбуждение. И нередко возникает замкнутый круг — чем больше они пьют, тем больше у них проблем с потенцией, а чем больше проблем, тем большие дозы спиртного они употребляют.

У женщин злоупотребление алкоголем чаще всего вызвано неустроенностью или крахом их семейной жизни. Большинство женщин, заболевших алкоголизмом, начали выпивать под влиянием пьющего мужа или сожителя. В среде с низким социальным и интеллектуальным уровнем многие женщины пьют наравне с мужчинами, "стакан в стакан". Мотивы злоупотребления те же, что и у мужчин — скука, отсутствие интересов. Злоупотребляют алкоголем и разведенные или одинокие женщины — некоторые в компаниях, в надежде найти постоянного спутника или просто провести время, некоторые с сожителем или партнером по сексу.

Но есть и вариант одиночного пьянства у женщин, не имеющих семьи и постоянной компании. Они выпивают в одиночку, тайком от окружающих и тщательно скрывают от всех свое пьянство. Об их пьянстве мало кто знает, они сами не обращаются за лечением и тихо спиваются.

Женщин, больных алкоголизмом, значительно меньше, чем мужчин. И это понятно. Женщину ограждают и биологические, и психиологические барьеры. Но уж если эти барьеры ломаются, то нравственное падение женщины-алкоголички происходит с катастрофической быстротой, намного опережающей алкогольную деградацию мужчин. Подавляющее большинство женщин, заболевших алкоголизмом, происходит из пьющих семей, где отец или оба родителя являются алкоголиками или злоупотребляют алкоголем. И у самих женщин, и у их родителей низкий образовательный и профессиональный уровень. У большинства женщин выявляются различные психические аномалии и заболевания, предшествующие злоупотреблению алкоголем (психическая незрелость, задержка умственного развития, умственная отсталость легкой и средней степени, психопатии, неврозы, органические заболевания центральной нервной системы и другие). У 80% отмечаются различные нарушения семейных взаимоотношений.

Пьянство и алкоголизм женщин приобретают все большую актуальность не только в нашей стране, но и за рубежом. Все наркологи отмечают трудности лечения этого контингента больных алкоголизмом.

Важное значение имеет возраст, в котором начинается злоупотребление. Чем раньше человек начинает употреблять спиртное, тем больше шансов, что он станет алкоголиком.

Употребление спиртного подростками обычно уже с самого начала бывает в форме злоупотребления. Подростковая среда — это особая среда, в ней свои законы, отличающиеся от взаимоотношений взрослых людей. Основные принципы поведения — имитация и группирование со сверстниками. Это означает, что подростки стараются подражать не только взрослым (причем далеко не лучшим их качествам), но и своим сверстникам из подростковой группы. И если хотя бы один из членов группы имеет опыт употребления спиртного (а как правило, это дети из неблагополучных семей, где один или оба родителя алкоголики), то алкоголь начинает употреблять вся группа. Если подросток не будет пить вместе с другими членами группы, он станет предметом насмешек, а это для подросткового возраста очень болезненно. Поэтому пьют все.

Поскольку выносливость к спиртному в этом возрасте невысока, опьянение даже от небольших доз может быть

сильным. Подростки обычно не знают пределов своей выносливости к спиртному и пьют помногу, стараясь походить на взрослых. Рвота, которая при этом возникает, считается признаком слабости, и чтобы не прослыть “слабаком”, подросток старается “приучать” себя к спиртному до тех пор, пока рвотная реакция не исчезнет.

В настоящее время подростковый алкоголизм — очень актуальная проблема, тем более, что спиртное стало всем доступно и нет ограничений на его продажу по возрасту. Подросток может купить алкоголь, заработав деньги на мытье машин, продаже газет или каким-либо другим способом.

Всех людей, которые злоупотребляют спиртными напитками регулярно и помногу, можно считать группой риска в аспекте алкоголизма.

Последствия злоупотребления алкоголем (бытового пьянства)

Само слово “злоупотребление” означает, что это “употребление во зло”, то есть причиняющее вред. При некоторых вариантах бытового пьянства частые приемы больших количеств спиртного сказываются и на здоровье пьющего, и на его семейных взаимоотношениях, и на семейном бюджете.

Наутро после массивной выпивки возникают симптомы, которые в целом называются астеническим синдромом: повышенная утомляемость, раздражительность, вялость, слабость, трудность сосредоточения, чувство общего недомогания, головная боль. Если у человека есть какие-либо заболевания органов пищеварения или сердечно-сосудистой системы, то они могут обостриться, а если их раньше не было, то могут появиться (гастрит, язва желудка, гипертония, стенокардия и другие). После выпивки у многих людей возникает естественное чувство вины перед близкими, недовольство собой, плохое настроение. Все это влияет на общее самочувствие и снижает работоспособность.

Частые выпивки не могут оставить равнодушными членов семьи пьющего. Жена упрекает мужа за пьянство, возникают скандалы. Особенно явный вред причиняется психике детей, которые видят нетрезвого отца и наблюдают скандалы родителей. Из-за этого семья может распасться.

Затраты на покупку спиртного могут сказаться на семейном бюджете, особенно если он и так невелик. Возможны случаи управления автомобилем в нетрезвом состоянии и как следствие этого — авария, в которой может пострадать

и сам пьющий, и его автомобиль, а также ни в чем не повинные пешеходы и водители других автомашин. Из-за пьянства возможны драки, различные травмы, переломы, сотрясение головного мозга и даже криминальные ситуации.

Таким образом, человек, который заявляет, что пьянство его личное дело, — глубоко ошибается, поскольку этим он наносит вред не только самому себе, но и своей семье и обществу в целом.

Ранние симптомы алкоголизма

Ранние симптомы алкоголизма позволяют разграничить бытовое пьянство (злоупотребление алкоголем), которое еще не является болезнью с точки зрения наркологии, от алкоголизма как заболевания.

Этап бытового пьянства может продолжаться от 2–3 до 10 лет и более. У разных людей длительность периода злоупотребления алкоголем, предшествующего алкоголизму, различна и зависит от многих факторов — от частоты употребления спиртного и его дозы (это называется массивностью злоупотребления), вида спиртного напитка, особенностей характера самого пьющего человека (они называются особенностями личности), от общего состояния здоровья (например, при заболеваниях печени алкоголизм может сформироваться быстрее, чем у здорового человека), а также национальных особенностей (например, жители Крайнего Севера невыносливы к спиртному, и у них алкоголизм развивается быстрее) и других факторов.

Важно знать, что алкоголизм возникает не сразу, а формируется постепенно, в течение многих лет, и бытовое пьянство может незаметно для самого человека перейти в алкоголизм.

Самым первым симптомом алкоголизма является **тяга к спиртному** (она называется **патологическим влечением к алкоголю**). Тяга к алкоголю — не только ранний, но и самый стойкий симптом алкоголизма, она существует на всем протяжении заболевания, изменяется и утяжеляется. Влечение к алкоголю возникает не внезапно, а появляется постепенно.

Пьющий человек может долгое время не осознавать своей тяги к алкоголю, объясняя свои выпивки ситуацией, неприятностями и прочими отговорками. Но ситуационное злоупотребление не может происходить бесконечно, неприятности рано или поздно проходят, а пьянство тем не менее продолжается.

Тяга к алкоголю — симптом психологический, трудно-уловимый и субъективный, его нельзя измерить количественно (как, например, дозу и частоту приема спиртного), а сами пациенты ее или не осознают, или скрывают и от окружающих, и от врача. За свою многолетнюю практику врач может встретить лишь нескольких больных, которые честно признаются: “Да, доктор, у меня есть тяга к алкоголю, и именно поэтому я пью”.

Но наличие тяги к спиртному можно выявить по многим косвенным признакам, опросив родственников пьющего человека, если он сам это скрывает или не осознает.

На начальном этапе формирования влечения к алкоголю его проявлением служит множество “уважительных” поводов для употребления спиртного.

На этапе бытового пьянства поводы были ситуационными или традиционными, а теперь человек сам становится инициатором выпивок, и они учащаются. Если раньше он встречался с друзьями ради общения, то теперь он не представляет себе такой встречи без выпивки. Идя в гости, непременно берет с собой спиртное, приглашая гостей к себе, ставит им то же условие. Если в гостях его потчуют чаем, он уходит раздосадованным, что его плохо угостили, “не уважают”.

Число приятелей увеличивается, но в основном это люди, с которыми можно выпить. Он предпочитает пьющих приятелей непьющим, с последними ему уже неинтересно, и он уклоняется от встреч с ними, придумывая различные причины в свое оправдание, зато в своих новых пьющих приятелях он находит массу достоинств.

Он не только никогда не отказывается от предложенного угощения, но уже сам становится организатором застолья по любому поводу, проявляет инициативу в покупке спиртного или контролирует количество заготавливаемых напитков. Подсчитывая, кто из гостей сколько выпьет, всегда завышает это количество, исходя из мнения, что “лучше останется, чем не хватит”. Но, как правило, ничего не остается, а еще и не хватает, и тогда он предлагает кому-либо “сбежать” за спиртным или сам отправляется на его поиски к соседям либо в ближайший магазин.

Дома такой человек старается постоянно иметь запас спиртного, мотивируя покупку алкогольных напитков тем, что могут неожиданно прийти гости и неудобно их не угостить. Но обычно спиртное долго не задерживается, так как он не может оставаться спокойным, когда оно так близко и так доступно. Предлагает членам семьи, соседям выпить “по чуть-чуть”, “для аппетита” — это один из предлогов для собственной выпивки, и если они составляют ему компанию, сам выпивает больше всех.

Он зазывает к себе домой людей, с которыми раньше не был знаком, если они могут стать собутыльниками. Радует-ся приходу любого гостя, поскольку это повод для выпивки, и тут же выставляет на стол спиртное, настойчиво уговаривает всех пить и сам не остается в стороне.

В оправдание своего пьянства он приводит те мотивы, которые имели значение при бытовом употреблении алкоголя: "Так принято", "Неудобно отказаться", не замечая, что поводов стало чересчур много.

Пьющий еще не осознает появившейся тяги к алкоголю и уверен, что пьет так же, как и все, кого он не считает алкоголиками. Он может осуждать других алкоголиков, пьющих больше и чаще, чем он, но себя к ним не причисляет. Он пьет дома или в компании, и поводы для употребления спиртного как бы завуалированы под общепринятые и традиционные, а прием алкоголя объясняется желанием повеселиться, развлечься, а не стремлением к самому состоянию опьянения, хотя в действительности именно в этом все дело.

Одним из характерных признаков, свидетельствующих о влечении к опьянению, является изменение поведения в ожидании предстоящей выпивки — человек заметно оживляется, веселее с глазами, начинает суетиться, чтобы побыстрее разделаться с делами и заняться приготовлениями, поторапливает других, активно обсуждает, сколько и чего надо закупить, интересуется, кто будет принимать участие в мероприятии, и все его поведение, мимика и жестикация свидетельствуют о том, что он находится в предвкушении радостного события.

Поводов для выпивки становится все больше. Значительные и малозначимые события завершаются застольем, любая покупка или выполнение какого-то домашнего дела (например, починка неисправного электроприбора) сопровождаются предложением "обмыть" дело или заранее "поставить" за него, на любую просьбу он заявляет: "С тебя причитается" или "Стакан нальешь?" и обижается, если ему не налили. Причем предпочитает брать "натурой", то есть спиртным, а не деньгами (хотя на эти деньги тоже можно купить спиртное, но ведь за ним еще надо идти, а тут можно выпить сразу после дела). Эта, очень своеобразная, психология алкоголика наверняка знакома многим людям, которым приходилось раньше иметь дело с работниками коммунальных служб. Теперь-то купить спиртное не проблема, так что они возьмут и деньгами, но "натурой" все же предпочтительнее — когда бутылка уже в кармане, алкоголик чувствует себя увереннее.

Человек начинает выпивать и после радостных событий, и после неприятностей, в дни зарплаты, после бани и после работы. Если гости не приходят или его в гости не приглашают, он сам начинает активно искать, с кем бы выпить — с соседями по дому, в гараже, с сослуживцами, — или заводит новых знакомых, которые с готовностью составят ему компанию.

Теперь традиционных оправданий пьянства уже недостаточно, и он оправдывает свои выпивки тем, что уговорили новые друзья.

Одним из косвенных признаков тяги к спиртному является положительное отношение ко всему, что связано с выпивкой: пьющий человек защищает своих собутыльников, не только не считает их алкоголиками, но и находит у них массу положительных качеств, которыми объясняет, почему ему интересно общаться именно с ними.

Положительно оценивается и обстановка, в которой проходят выпивки, и разговоры, которые ведутся в пьяной компании.

В оправдание своего пьянства он приводит якобы благотворное воздействие алкоголя на его организм — спиртное придает сил и повышает работоспособность, снимает усталость или боль и многое другое.

Алкоголик упрямо отстаивает свое право на употребление спиртного, даже если есть явные негативные последствия, не соглашается с тем, что из-за пьянства его образ жизни и поведение значительно изменились в худшую сторону — этот симптом называется отсутствием критического отношения к своему заболеванию.

Положительно оценивается и само состояние опьянения, и все, что связано с приемом спиртного, а все, что ему препятствует, оценивается отрицательно. Работа, жена, семейные обязанности — все, что мешает выпить, начинает тяготить и раздражать.

Алкоголик не любит разговоров о собственном пьянстве, бурно реагирует на упреки жены, не признает чрезмерность злоупотребления алкоголем. Если жена пытается противодействовать его пьянству, может устроить скандал и, ничуть не считая себя виноватым, уходит к своим приятелям-собутыльникам. Вместо того чтобы признать себя неправым, он обвиняет во всем жену и в дальнейшем находит еще одно оправдание — жена “плохая”, ругает его и скандалит, ему невыносимо дома и поэтому он предпочитает ей общество своих приятелей.

Трудно найти типичного алкоголика, который признал бы: “У меня жена — просто ангел, сколько она натерпелась от

моего пьянства и до сих пор меня не бросила!». Как раз наоборот — у алкоголика, с его слов, жена “никудашняя”, пилит его и ругает, требует денег и не дает ему общаться с друзьями. А если терпению жены приходит конец, и она уходит от мужа-алкоголика, то это, по его мнению, лишний раз подтверждает его правоту, и теперь есть уважительный повод пить “с горя”, поскольку жена “разлучила” его с детьми (а того, что он не уделял своим детям должного внимания, и они неоднократно видели его пьяным и скандалящим с матерью, — он признавать не желает). Хорошая жена в понимании алкоголика — это та, которая не возражает против его пьянства, дает ему денег или пьет вместе с ним.

Влечение к алкоголю проявляется и в том, что у человека периодически или в определенных ситуациях, например, когда он огорчен, расстроен, голоден или встретил друзей, с которыми обычно выпивает, — появляется желание выпить или приятные воспоминания о прошлых выпивках. Мысли о выпивке занимают все большее место, чем бы человек ни занимался, он постоянно думает, что неплохо бы выпить и как бы это осуществить, начинает искать поводы, обдумывает, где и с кем можно выпить, где взять денег, как бы побыстрее освободиться от всех дел и заняться организацией выпивки.

Желание выпить возникает независимо от его воли и поэтому называется навязчивым (или психическим) влечением. Оно сопровождается борьбой мотивов “за” и “против” выпивки. Если аргументов “против” употребления спиртного больше (например, когда обстоятельства никак не позволяют выпить — предстоит важное дело или встреча с непьющим человеком), то он может преодолеть искушение и отказаться от выпивки.

Это бывает нелегким для него решением, нереализованное влечение оставляет чувство неудовлетворенности, и мысли о желательности выпивки назойливо всплывают в сознании (именно поэтому влечение и называют навязчивым — то есть возникающим помимо воли).

Чем ниже интеллектуальный уровень человека, тем менее он склонен к самоанализу, оценке своих поступков и действий и их возможных последствий, и тем меньше времени занимает борьба мотивов “за” и “против” пьянства.

Для наличия этапа борьбы мотивов прежде всего необходимо осознанное представление человека о допустимых нормах потребления спиртного, то есть наличие нравственно-этической позиции в отношении пьянства как негативного явления и его возможных последствий.

Поэтому этап борьбы мотивов свойствен в основном людям зрелым, с достаточно высоким интеллектуальным раз-

витиём и устойчивой нравственной позицией. Этот важный фактор помогает человеку справиться с влечением, и у таких людей все симптомы алкоголизма развиваются гораздо медленнее.

А у людей незрелых, подверженных чужому влиянию, не имеющих этических понятий, привитых воспитанием, в среде с низким уровнем развития или криминальной среде этап борьбы мотивов "выпить" или "не выпить" обычно непродолжителен или вообще отсутствует, и как только желание выпить возникает, оно тут же без особых раздумий реализуется.

В целом развитие влечения к алкоголю (тяги), его интенсивность и реализация (удовлетворение желания выпить) зависят от многих факторов: особенностей характера пьющего человека, уровня его развития, условий воспитания, наличия нравственно-этических понятий о допустимых нормах потребления спиртного и последствиях пьянства, влияния ближайшего окружения, возраста, в котором человек начал злоупотребление, состояния центральной нервной системы, индивидуальной реактивности организма, а также от частоты приема, количества и крепости спиртных напитков.

Влечение к алкоголю считается стержневым симптомом алкоголизма, поэтому все вышеперечисленные факторы, влияющие на тягу к спиртному, оказывают влияние и на дальнейшее развитие заболевания.

На вопрос, почему тот или иной человек пьет, нарколог ответит так: на этапе бытового пьянства под влиянием внешних факторов ("питейные" традиции ближайшего окружения) или из-за некоторых особенностей его характера (нерешительность, подверженность чужому влиянию, отсутствие нравственных установок в отношении пьянства, психическая незрелость и многие другие), а при сформированном алкоголизме — потому что существует влечение (тяга) к алкоголю.

Как правило, большинство больных алкоголизмом своей тяги к спиртному не осознает (или не признает) и обычно преуменьшает свое пьянство, заявляя "Я пью как все" или "Другие пьют еще больше". В качестве оправдания человек приводит случаи с еще более тяжелыми проявлениями заболевания, чем у него самого. Такие аргументы, как: "Я же не всю зарплату пропиваю, вещи из дома не уношу и под забором не валяюсь"—типичны именно для больных алкоголизмом.

Влечение к алкоголю могут осознавать только люди, склонные к самоанализу и самокритике, особенно когда борьба мотивов "за" и "против" выпивки занимает продолжительное время и тягостна для самого пьющего, когда он способен отказать-

ся от употребления спиртного, но это решение дается ему с большим трудом. Тогда влечение осознается как нечто чуждое, независимое от его воли, нуждающееся в преодолении.

Чем успешнее человек борется со своей тягой к спиртному, тем больше шансов, что он сможет уменьшить интенсивность своего пьянства или прекратить употреблять спиртное на какое-то время, а в целом это замедляет дальнейшее развитие алкоголизма.

В начальной стадии алкоголизма тяга к спиртному непостоянна, она как бы волнообразна. Влечение может ослабевать и угасать при длительном воздержании от употребления спиртного и вновь возникать под влиянием воспоминаний, ситуаций, связанных с прежним пьянством, или когда у человека крупные неприятности, когда он плохо себя чувствует, устал или голоден.

Это называется актуализацией влечения и может привести к возобновлению злоупотребления алкоголем даже после длительного перерыва. Причиной того, что человек "сорвался" и вновь запил после периода воздержания (это называется рецидивом заболевания), чаще всего является именно актуализация влечения, хотя сам больной этого не осознает и может оправдывать возобновление пьянства какими-то ситуационными или стрессовыми факторами. Даже если такая ситуация действительно имела место, не это само по себе обусловило рецидив.

Большинство здоровых людей, не больных алкоголизмом, не будет "заливать вином" свои проблемы и постарается преодолеть неприятности без спиртного, но даже если такое и случится, то лишь как кратковременный этап, а после благополучного разрешения стрессовой ситуации здоровый человек способен прекратить употреблять спиртное.

Топить свои горести в вине (чаще всего мнимые или явно преувеличенные) свойственно именно больным алкоголизмом, и это служит "оправданием" их пьянству, даже если все неприятности давно позади. Возобновление пьянства после стрессов связано с обострением влечения — то есть тяга к алкоголю существовала как бы в скрытом состоянии, а потом, подобно сжатой пружине, развернулась, и дальше человек идет по уже известному кругу, степень его пьянства несоизмерима со степенью стрессового воздействия ни по его интенсивности, ни по продолжительности.

Влечение к алкоголю подразумевает влечение именно к состоянию опьянения, поскольку не сам по себе алкоголь является объектом влечения, а эффект, который он вызывает — то есть опьянение.

Вторым важным признаком начала алкоголизма является **симптом утраты количественного контроля.**

Потеря контроля над количеством выпиваемого спиртного подразумевает трудность или невозможность для больного остановиться на определенных дозах выпитого, неспособность сознательно ограничивать начавшийся прием спиртного. После того как алкоголик выпьет, он уже не в силах отказаться от дальнейшего потребления спиртного. Перед выпивкой он может обещать жене или самому себе, что не будет напиваться, но после первых доз спиртного теряет контроль над своим поведением и забывает обо всех обещаниях.

Количественный контроль в широком смысле — это представление человека о допустимых дозах спиртного, которые он может себе позволить. Такое представление складывается из общепринятых норм в обществе в целом и в ближайшем окружении человека и из убеждения его самого, что превышение какой-то дозы недопустимо. То есть для существования количественного контроля необходима индивидуальная этическая позиция в отношении пьянства — осуждает ли человек пьянство как негативное явление, неприемлемое для него, или считает допустимым и общепринятым.

Понятие о количественном контроле изначально отсутствует в среде с низким интеллектуальным развитием, в криминальной среде, где пьянство — дозволенное и частое явление, которое никем не осуждается, в то время как даже поощряется, а трезвый образ жизни вызывает насмешки. Попав в такую среду, незрелый, легко поддающийся под чужое влияние человек не может сформировать собственную этическую позицию и принимает традиции этой микросреды.

Считается, что алкоголик — это человек, который меры в питье не знает. И это верно, поскольку здоровый (с точки зрения нарколога) человек осознает свои возможности потребления алкогольных напитков, предпочитает такую степень опьянения, которая дает ощущение веселья, приятного самочувствия и расслабленности, и не будет пить до тех пор, пока не упадет. Это говорит о сохранности количественного контроля — то есть способности по собственной воле контролировать меру выпитого.

А у больного алкоголизмом количественный контроль утрачивается, он может пить до глубокого опьянения, которое с точки зрения здоровых людей малопривлекательное состояние, и вызывает недоумение у окружающих, почему человек регулярно напивается “в стельку”, почему он не может вовремя остановиться.

Ответить на этот вопрос может только нарколог, сам алкоголик обычно оправдывается обстоятельствами или тем, что друзья уговорили (хотя друзья уговаривали его выпить, а не напиваться).

Утрата количественного контроля вызвана следующими причинами.

Во-первых, субъективной неудовлетворенностью самого пьющего степенью своего опьянения. Ведь алкоголик пьет не потому, что его кто-то заставляет (хотя сам он может приводить массу "уважительных" причин для оправдания своего пьянства), а потому что он сам, осознанно или неосознанно, стремится достичь желательной для него степени опьянения.

Отсюда и стремление пить натошак, не закусывать первые порции спиртного, чтобы быстрее и сильнее "взяло" (известно, что если желудок наполнен пищей, то всасывание алкоголя замедляется), выпивать подряд несколько рюмок, "опередить" круг собутыльников, выпив больше остальных — например, он быстро выпивает свою рюмку и тут же вновь наполняет ее, чтобы успеть выпить до следующего тоста, и всегда пьет до дна — это называется "жадностью" к спиртному и нередко бросается в глаза другим участникам застолья. Он произносит много тостов или иным образом стимулирует других участников выпивки, если видит, что рюмки опустели, а ему хочется еще. Алкоголику известно, какая доза спиртного требуется ему, чтобы опьянение наступило сразу и было желательной для него глубины.

Во-вторых, каждый пьющий знает на собственном опыте, что принятая доза спиртного действует определенное время, затем эффект опьянения ослабевает, а ему хотелось бы удержать желательную для него степень опьянения, и он "вдогонку" принимает еще и так далее.

В отличие от здоровых людей и гурманов, алкоголика не интересуют вкусовые качества алкогольного напитка и культура питья, гораздо привлекательнее для него крепость спиртного и степень его очистки, поэтому он предпочтет водку легкому вину или ликеру.

И в-третьих, в состоянии опьянения возникает другой вариант влечения к алкоголю, который называется вторичным влечением (то влечение, которое появляется в трезвом состоянии, называется первичным).

В отличие от первичной тяги, которую человек способен преодолеть усилием воли (однако то, что он способен ее преодолеть, отнюдь не означает, что он это сделает), вторичное влечение гораздо более интенсивно, и алкоголик преодолеть его уже не способен, поэтому его еще называют neodолимым влечением.

Оно возникает в состоянии опьянения после превышения определенной "пороговой" дозы, индивидуальной для каждого человека — у одних это 100–150 г крепких спиртных напитков, у других больше.

Интенсивное влечение вынуждает алкоголика пить еще и еще уже не ради приятного комфортного состояния, а с целью достижения искомой глубины опьянения. Только тогда наступает насыщение.

Будучи уже нетрезв, он может не осознавать, что его опьянение заметно для окружающих, так как способность анализировать свое поведение и критически относиться к себе в опьянении снижается. Чем больше он выпивает, тем меньше способен контролировать количество поглощаемого спиртного, то есть возникает утрата количественного контроля, и человек может напиться до глубокого опьянения.

Как правило, многие больные алкоголизмом не осознают и не признают утрату контроля за мерой выпитого, а случаи тяжелого опьянения объясняют различными обстоятельствами — усталостью, неприятностями или тем, что уговорили друзья.

Однократные или эпизодические передозировки (то есть прием такого количества спиртного, которое превышает индивидуальные возможности организма) возможны и у человека, не больного алкоголизмом, на этапе бытового пьянства, например, из-за ухудшения здоровья, недавно перенесенной тяжелой болезни, но это может быть единичный случай. Здавомыслящий человек сделает из этого правильные выводы, и передозировка больше не повторится.

Но если передозировки становятся регулярными, то здесь бесполезно оправдываться какими-то внешними обстоятельствами или плохим самочувствием. Частые передозировки у взрослого человека (у подростков передозировки могут быть с самых первых попыток приема спиртного из-за незнания ими своих возможностей и стремления подражать взрослым и другим пьющим членам подростковой группы) — проявление утраты количественного контроля и явное свидетельство алкоголизма. Этот симптом не считается ранним признаком алкоголизма, поскольку может возникнуть уже во 2-й стадии заболевания и более подробно будет рассмотрен в соответствующем разделе.

Третий ранний симптом алкоголизма — **утрата защитного рвотного рефлекса.**

Обычно на любое вредное внешнее воздействие организм реагирует защитной реакцией. В данном случае чрезмерные дозы спиртного для человека, еще не больного алкоголиз-

мом, являются токсическими, а алкоголь — ядом, от воздействия которого организм пытается защититься, исторгая этот яд в виде рвотной реакции.

Пока этот защитный механизм действует, он ограждает организм от токсического агента, способного причинить ему вред (известны случаи смерти после приема больших доз алкоголя).

Но чем чаще человек напивается “до рвоты”, тем быстрее этот защитный механизм ломается. Организм перестраивается (это называется измененной реактивностью — то есть организм уже по-иному реагирует на алкоголь, чем раньше, когда не было алкоголизма), приспособляется к постоянному токсическому воздействию, и дальше рвотная реакция не наступает даже при приеме больших доз алкоголя.

Наличие рвотной реакции свойственно бытовому пьянству и показывает предел переносимости алкоголя — то есть ту дозу, которая уже является чрезмерной, вредной, токсичной для организма.

Рвотный рефлекс может быть нестабильным и зависеть от степени наполнения желудка, общего состояния здоровья, утомления, перенапряжения и других условий.

Если спиртное принимается натошак, или вместо обычных слабых спиртных напитков человек выпивает крепкие, если он недавно болел, устал, не выспался, чем-то огорчен, — то рвота может возникнуть даже если доза не превышает обычную. Рвотной реакцией организм как бы сигнализирует о своем неблагополучии. Наличие рвоты зависит и от скорости всасывания алкоголя, времени возникновения максимальной концентрации алкоголя в крови. Здесь имеют значение и предшествующая приему спиртного сытость или достаточное закусывание спиртного, качество пищи (жиры замедляют всасывание алкоголя из желудка), крепость напитка, а также, как именно происходит прием спиртного, — сидит ли человек за столом или активно двигается, сколько одновременно принимается алкоголя и с какой частотой в определенный промежуток времени. Если спиртное принимается малыми дозами, с продолжительными интервалами между приемами, то часть алкоголя за это время подвергается изменениям в печени, и человек может в течение всего вечера выпить относительно большое количество спиртного без возникновения рвотной реакции. А если тот же человек (пока еще не алкоголик, а бытовой пьяница) выпьет ту же дозу, но уже в других условиях, например, без хорошей закусочки или за более короткий промежуток времени, то у него вновь возникнет рвотная реакция.

При утрате защитного рвотного рефлекса можно с уверенностью утверждать, что сформировался алкоголизм, поскольку здесь организм переходит на иной уровень реагирования, и уже говорят о появлении измененной реактивности организма.

Но симптомом алкоголизма является не само отсутствие рвот в опьянении, а именно утрата ранее имевшейся рвотной реакции. Если рвоты и раньше были, и сейчас есть, то об алкоголизме говорить рано, это пока бытовое пьянство. Но если ранее рвоты при приеме больших доз спиртного возникали, а с какого-то времени они исчезли, — вот с этого момента можно отсчитывать начало заболевания (алкоголизма).

Само по себе отсутствие рвот не является симптомом алкоголизма. В редких случаях рвоты при приеме больших доз могут изначально отсутствовать из-за того, что этот механизм защиты не свойствен организму данного человека. А иногда у физически очень крепких мужчин сильного телосложения предел переносимости спиртного бывает очень высоким изначально, и дозы, являющиеся чрезмерными для человека обычного телосложения, не вызывают у них рвотной реакции. Или же отсутствие рвот обусловлено очень постепенным, растянутым во времени наращиванием доз спиртного.

В предыдущем разделе говорилось о том, что существует несколько вариантов бытового пьянства, и не все они сопровождаются приемом больших доз алкоголя, способных вызвать рвотную реакцию. Есть вариант, когда регулярно употребляются сравнительно небольшие количества спиртного.

Отсутствие рвот возможно и при замедленном формировании алкоголизма, когда этап бытового пьянства продолжается 10-15 лет и более, потому что велика роль факторов, сдерживающих пьянство, и оно может сознательно ограничиваться человеком, с периодами длительного воздержания от употребления спиртного или значительного снижения дозировок. Если на этапе бытового пьянства у человека не было передозировок, то, соответственно, не возникали и рвоты в опьянении. А при переходе бытового пьянства в алкоголизм включаются уже другие механизмы (измененная реактивность организма), и этап, когда рвоты были возможны, остается в прошлом.

Утрата рвотного рефлекса, как и утрата количественного контроля, тесно связана с влечением к алкоголю и состоянию опьянения.

Здоровый человек, у которого нет тяги к алкоголю, случайно передозировав спиртное, постарается впредь пить меньшее количество, чтобы вновь не было тяжелого опьянения с

рвотной реакцией. Здесь можно исключить людей с низким уровнем развития или криминальных личностей, у которых представление о допустимых дозах спиртного и культуре питья изначально отсутствует, а также людей, намеренно “тренирующих” себя большими дозами алкоголя, чтобы рвоты исчезли — это свойственно подросткам и асоциальным личностям.

Если рвоты постоянны, то это свидетельствует о появившемся влечении к алкоголю. Обычно влечение опережает симптом утраты количественного контроля — то есть влечение первично, а утрата количественного контроля вторична по отношению к нему.

Но в некоторых случаях бывает и наоборот — рвотный рефлекс может утратиться в результате длительного злоупотребления большими дозами алкоголя, например, у подростков, попавших в асоциальную компанию, или у внушаемых, подверженных чужому влиянию людей, когда они попадают в среду, где принято пить часто и помногу, а они не способны противостоять этому влиянию и тоже начинают пить большими дозами “из солидарности”. При этом вначале сам пьющий не испытывает влечения к алкоголю, а пьет, чтобы не отстать от других, из-за этого со временем рвотный рефлекс утрачивается, а тяга к спиртному возникает немного позже.

Те рвоты, которые возникают наутро после выпивки, не имеют отношения к этому симптому и свидетельствуют о заболевании желудка или о нарушении обмена веществ в организме.

Всем известно, что чем дольше и чаще человек потребляет спиртное, тем больше он может выпить, поскольку его организм приобретает способность переносить увеличивающиеся дозы алкоголя. Этот симптом называют толерантностью.

Толерантность — это способность человека переносить определенные дозы спиртного. В отношении здоровых людей (то-есть не больных алкоголизмом) говорят о физиологической толерантности — или способность выпить определенное количество алкоголя без каких-либо явных нарушений.

Физиологическая толерантность индивидуальна для каждого человека и зависит от возраста, пола, веса тела, телосложения, конституциональных особенностей, особенностей обмена веществ, состояния центральной нервной системы и общего состояния здоровья и в среднем составляет 100–150 г крепких спиртных напитков. Подросток или молодая женщина могут опьянеть от дозы, которая у взрослого здорового мужчины не вызовет никаких внешне заметных изменений.

Физиологическая толерантность бывает изначально — это выносливость к спиртному до начала употребления спирт-

ных напитков. Когда человек начинает употреблять спиртное, а тем более злоупотреблять им, переносимость алкоголя возрастает — это приобретенная толерантность. На этапе бытового пьянства она может в 2-3 раза превышать изначальную толерантность.

Рост толерантности зависит от массивности злоупотребления (от доз и частоты приема алкоголя), особенностей организма пьющего и некоторых других факторов. Соответственно, чем интенсивнее злоупотребление, тем быстрее растет переносимость спиртного. Но росту толерантности на этапе бытового пьянства препятствует сохранный рвотный рефлекс, который избавляет организм от излишков спиртного и не дает пьющему наращивать дозы алкоголя. Поэтому предел переносимости при бытовом пьянстве ограничен, а показателем предела толерантности служит рвотная реакция.

При переходе бытового пьянства в алкоголизм, когда утрачен рвотный рефлекс, способный ограничивать рост толерантности, она увеличивается ускоренными темпами и в дальнейшем изменяется уже по иным закономерностям, свойственным алкогольной болезнью.

Само по себе наличие высокой толерантности у данного человека еще не свидетельствует о сформированном заболевании, так как она может быть изначально высокой. В литературе описываются случаи, когда здоровые мужчины (не больные алкоголизмом) могли выпивать до 1 литра крепких спиртных напитков (случаи, конечно, исключительные). В аспекте алкоголизма имеет значение именно кратность приобретенной толерантности по отношению к изначальной.

Одним из признаков перехода бытового пьянства в алкоголизм является **увеличение толерантности в 3-5 раз по сравнению с изначальной.**

Толерантность — это не только количество спиртного, которое может выпить человек, но и эффект, который этой дозой вызывается. При дальнейшем росте толерантности те дозы, которые на этапе бытового пьянства вызывали тяжелое опьянение с рвотной реакцией, теперь вызывают лишь легкую или среднюю степень опьянения. О росте переносимости спиртного говорит и то, что человек переходит с более слабых алкогольных напитков на более крепкие, причем это в свою очередь приводит к еще большему росту толерантности.

Следующий симптом алкоголизма называется изменением формы потребления алкоголя — систематическим приемом алкоголя.

При бытовом пьянстве форма потребления алкоголя

еще может быть эпизодической, и частота выпивок зависит не от самого человека, а от внешних обстоятельств, например, от того, как часто принято собираться в их компании для совместного употребления спиртного. С началом алкоголизма прием спиртного становится систематическим, и эта систематичность происходит по воле самого пьющего, даже если он этого не осознает.

Систематическая форма потребления алкоголя — не обязательно ежедневная. Ежедневной она становится уже во 2-й стадии алкоголизма. А в 1-й стадии под систематичностью подразумевается определенная регулярность, система в потреблении спиртного — после каждой зарплаты, любого значимого и малозначимого события, при встрече с друзьями и приятелями (а такие встречи могут быть регулярными по инициативе самого пьющего), совместном походе в баню, на футбол или иные спортивные зрелища, при выезде за город на пикник, рыбалку или охоту, при каждой поездке на дачу и прочее, — то есть регулярное употребление спиртного по множеству поводов, по которым нормальный человек, не имеющий влечения к алкоголю, пить не станет.

Под влиянием каких-либо внешних факторов возможны перерывы, но обычно непродолжительные. При некоторых вариантах алкоголизма с замедленным развитием периоды воздержания возможны и по воле самого человека, если он начинает понимать чрезмерность потребления алкоголя. Но после определенного промежутка времени прием спиртного вновь возобновляется — причиной этого обычно является актуализация влечения к алкоголю.

Систематический прием алкоголя, на фоне которого человек чувствует себя вполне комфортно, так же, как и утрата рвотного рефлекса, свидетельствует об изменившейся реактивности организма, поскольку у здорового человека при такой частоте приема спиртного обязательно возникнут различные дисфункции, которые заставят его прекратить употребление алкоголя и тем самым оградят организм от дальнейшего вредного воздействия. А то, что алкоголик может продолжать пить, говорит о том, что в его организме произошли определенные изменения.

Таким образом, признаками перехода бытового пьянства в алкоголизм являются:

- а) тяга (патологическое влечение) к алкоголю;
- б) потеря контроля за мерой выпитого (утрата количественного контроля);
- в) исчезновение защитного рвотного рефлекса при приеме чрезмерных доз;

г) увеличение переносимости спиртного (толерантности) в 3-5 раз по сравнению с изначальной;

д) систематический характер потребления алкоголя.

Но если появились первые симптомы алкоголизма, то неминуемо возникнут и другие. Такова закономерность любого заболевания, а то, что алкоголизм является болезнью, а не дурной привычкой — это бесспорный факт.

Стадии алкоголизма

Началом алкоголизма можно считать появление ранних признаков, описанных в предыдущем разделе, они также называются диагностическими критериями алкоголизма.

Но важно знать, что наркологи никогда не ставят диагноз по одному симптому, всегда рассматривается совокупность симптомов. Не бывает такого, чтобы вчера человек еще был бытовым пьяницей, а сегодня проснулся уже алкоголиком. Все симптомы развиваются постепенно. И вместе с тем все они взаимосвязаны — возникновение одного симптома влечет за собой появление следующего, а тот в свою очередь обуславливает появление новой симптоматики и так далее. Влечение к алкоголю (тяга) приводит к утрате контроля за мерой выпитого и утрате защитного рвотного рефлекса, а эти симптомы вызывают еще больший рост переносимости спиртного, влечение приводит и к учащению выпивок, и систематической форме потребления, а та, соответственно, еще больше изменяет реактивность организма и так далее.

Но на первой стадии алкоголизма порой бывает трудно решить, что это — бытовое пьянство или уже алкоголизм, потому что пьющий человек, как правило, скрывает или значительно преуменьшает степень своего злоупотребления алкоголем.

Этот симптом называется **диссимуляцией**. При диссимуляции — наоборот, утаиваются имеющиеся симптомы существующей болезни (в отличие от симуляции, когда придумываются несуществующие проявления мнимой болезни).

Обычно больные алкоголизмом преуменьшают или скрывают все, что имеет отношение к пьянству, и от членов своей семьи, и от врача. Это не просто лживость (хотя она тоже присуща больным алкоголизмом, но чаще на более поздних стадиях как свидетельство алкогольного изменения личности), это узконаправленный симптом — утаивается именно то, что относится к пьянству, — а лживые пациенты могут приврать по любому поводу,

если им это выгодно, а подчас и без явной выгоды, чтобы казаться более значительными, присваивают себе несуществующие заслуги.

Во-первых, алкоголики обычно преуменьшают дозы и частоту приема. На вопрос, сколько и как часто он пьет, пациент отвечает: "Что вы, доктор, я не пью, а выпиваю" (слово "пью" ассоциируется у него с алкоголизмом, а выпивать, в его понимании, может каждый) или "Я много не употребляю, выпью чуть-чуть по праздникам и выходным и мне хватает," — хотя со слов его жены известно, что это далеко не так. Причем пациента ничуть не смущает явное несоответствие сказанного им действительному положению вещей, и он не задумывается о том, что его слова легко проверить и опровергнуть.

Во-вторых, больные алкоголизмом диссимилируют свою тягу (влечение) к алкоголю. Ответ на этот вопрос помогает врачу установить, осознает ли пациент свое влечение. Есть очень небольшое число больных, которые его осознают — это люди, имеющие привитые с детства нравственные установки о допустимых нормах потребления алкоголя и понимающие, что их собственное потребление выходит за эти рамки. Обычно это люди интеллигентные и хорошо осведомленные о симптомах алкоголизма, способные сравнить свое пьянство с известными признаками алкоголизма и решить, что уже есть основание беспокоиться. Они чаще всего сами (а не по просьбе жены) обращаются к наркологу и могут честно признаться, что тяга к алкоголю у них есть. Но таких пациентов единицы, и некоторые справляются с этой проблемой сами, приостанавливая злоупотребление алкоголем, и лишь иногда прибегают к помощи нарколога, если обеспечена анонимность и не грозит постанова на наркологический учет.

А подавляющее большинство больных алкоголизмом не осознает своего влечения (или сознательно скрывает его) и категорически отрицают тягу к спиртному, мотивируя свои выпивки различными обстоятельствами. Но существование влечения можно установить по косвенным признакам (в предыдущем разделе они подробно описаны), получив сведения от членов семьи пациента, а также в процессе самой беседы — разговоры о спиртных напитках, их разновидностях, качестве, о том, какие именно напитки он предпочитает и почему сопровождаются заметным оживлением больного. Не считая такие вопросы "опасными", он с удовольствием и подробно будет обсуждать эту приятную для себя тему.

В-третьих, больные алкоголизмом категорически отрицают утрату контроля за мерой выпитого, поскольку этот симптом в их понимании точно свидетельствует об алкоголизме. И не-

смотря на регулярные передозировки и случаи тяжелого опьянения, они заявляют, что "меру знают" и пьяными не бывают. На упреки жены, почему он вновь напился, алкоголик заявляет: "Разве я напился? Просто выпил немного с приятелями" и упорно будет стоять на своем, говоря жене, что она преувеличивает и просто к нему придирается. То же самое он будет повторять и врачу.

Стремление переключать ответственность за свое пьянство вообще свойственна большому алкоголизмом — он пьет якобы потому, что жена его не понимает и не сочувствует ему, а на работе его не ценят и ущемляют его интересы, вокруг одни недоброжелатели, черствые и бездушные люди. Он проводит и множество других мотивировок, подчас с большой изобретательностью. Переубедить его невозможно, не стоит даже и пытаться, поскольку тогда в число "недоброжелателей" он включит и врача, и любого человека, который попытается указать ему на чрезмерность его потребления алкоголя. Недоброжелателями он считает всех, кто пытается противодействовать его пьянству, а положительной оценки удостоиваются только собутыльники.

Любому здравомыслящему собеседнику, знающему о действительном положении вещей, такое поведение может показаться нелепым — как может алкоголик отрицать очевидное, когда все окружающие видят явные доказательства алкоголизма. Однако сам больной на это заявляет, что все остальные врут и наговаривают на него.

Это тоже один из симптомов алкоголизма — он называется **алкогольной анозогнозией** — то есть отрицание болезни, несмотря на ее очевидность для всех, кроме самого алкоголика. Причем это не просто отрицание на словах, которое можно было бы расценить как лживость или диссимуляцию, — это стойкая убежденность в том, что алкоголизма у него нет, с игнорированием явных проявлений заболевания и попытками доказать, что он не алкоголик. Эти "доказательства" сводятся к заявлениям "Все пьют", "Я пью как все", "Мой дед пил и прожил до 80 лет" и стремлением сравнивать себя с другими алкоголиками с еще более тяжелыми проявлениями болезни, чем у него самого.

Они отрицают и факт существования болезни, и ее отдельные симптомы, для оправдания своего пьянства создают целую систему психологической "защиты" и твердо убеждены, что в любой момент могут бросить пить.

Причем непризнание болезни алкоголик распространяет и на своих собутыльников — они тоже, по его мнению, пьют не больше других, а жена на них зря наговаривает.

Симптомом, который больные алкоголизмом обычно не считают нужным скрывать, является утрата рвотного рефлекса, и то только потому, что они не знают о его диагностическом значении.

Поставить диагноз алкоголизма на поздних стадиях не составляет труда, а на начальной, первой, стадии заболевания выявление симптома утраты рвотного рефлекса может помочь в диагностике. А если установлен один симптом, то выявить остальные уже проще, поскольку они все взаимосвязаны.

Как и при любой другой болезни, симптомы алкоголизма меняются с течением времени и самого заболевания. При алкоголизме выделяют три последовательные стадии.

Первая стадия алкоголизма

На 1-й, начальной, стадии алкоголизма происходят и количественные, и качественные изменения. Учащаются выпивки, и употребление спиртного становится систематическим. Увеличивается количество спиртного, которое человек может выпить — в 5-10 раз и более по сравнению с изначальной дозой. Здесь переносимость алкоголя (толерантность) возрастает гораздо быстрее, чем на этапе бытового пьянства, поскольку уже нет защитного рвотного рефлекса, который бы защищал организм от чрезмерных доз. Появляется устойчивость не только к дозе, но и к частоте употребления спиртного, потому что организм приспособливается (адаптируется) к действию алкоголя.

У здорового человека ежедневное употребление спиртного вызывает различные нарушения, свидетельствующие, что здоровью причиняется вред, а само по себе алкогольное опьянение не является нормой для этого человека и влечет за собой дисфункции (нарушение работоспособности, невозможность концентрировать внимание, принимать быстрые решения в экстремальных ситуациях, выполнять сложные действия и многое другое).

А алкоголик, выпивший свою "норму", находится в самом оптимальном состоянии, и если он не "переберет" эту норму, то может даже работать. Некоторые алкоголики считают, что они лучше работают, когда выпьют, чем когда они трезвы. И это действительно так, особенно на 2-й стадии заболевания — в трезвом виде все их мысли заняты проблемой, как бы выпить, а выпив, они успокаиваются, и некоторые, выпив "свою" дозу, даже могут водить автомобиль или выполнять другие сложные действия, причем их реакция даже лучше, чем в трезвом состоянии. Это убеждает многих алкоголиков в том, что алко-

голь оказывает на них "благоприятное" действие, хотя здесь они путают причину со следствием: в результате длительного злоупотребления происходят такие изменения в организме, которые требуют постоянной "подпитки" алкоголем, а если организм не получает того, в чем уже имеется потребность, — его функции нарушаются.

Это же относится и к многодневному приему алкоголя, который у алкоголика, в отличие от здорового человека, не вызывает нарушения деятельности организма. Здесь имеется в виду не запой, запои возникают на 2-й и 3-й стадии алкоголизма, а эпизоды многодневного пьянства без утреннего приема спиртного, поскольку похмельного синдрома на 1-й стадии еще нет.

Но даже в 1-й стадии алкоголизма человек может выпить спиртное и с утра — не потому, что испытывает похмелье, а чаще всего после уговоров собутыльников, которые сами в похмелье. И в этом еще одно проявление измененной реактивности организма больного алкоголизмом.

Здоровый человек, выпив накануне, утром испытывает отвращение к спиртному, даже его запах может вызвать позыв к рвоте. Таким образом его организм защищает себя от продолжения употребления спиртного, то есть утреннее отвращение к спиртному — это такая же защитная реакция организма, как и рвотный рефлекс.

А у больного алкоголизмом чувство отвращения к спиртному исчезает, и уже в 1-й стадии больной может позволить себе выпить не только вечером, но и утром. Чем больше он будет "насиловать" свой организм, ломая механизмы его защиты, тем быстрее развивается заболевание.

Из-за того, что организм приспосабливается (адаптируется) к постоянному воздействию алкоголя, эффект прежней дозы угасает; чтобы достичь желаемой степени опьянения, алкоголик наращивает дозы спиртного, и толерантность (выносливость к спиртному) быстро нарастает. 1-ю стадию алкоголизма еще называют стадией возрастающей толерантности, она достигает своего максимума к концу 1-й стадии и во 2-й стадии стабилизируется.

Уже в 1-й стадии меняется картина опьянения.

Нормальное (физиологическое) действие небольших доз алкоголя на здорового человека успокаивающее (релаксирующее, седативное) — мышцы расслаблены, человек испытывает чувство общего успокоения, настроение приятно-благодушное, ничто не раздражает, все хорошо.

А у алкоголика седативный (успокаивающий) эффект исчезает и проявляется активирующее, стимулирующее действие алкоголя, больной делается активным, не может уси-

деть на месте, проявляет инициативу, стремится чем-то заняться.

В опьянении становятся более заметными и рельефными черты характера пьющего. Вспыльчивый человек делается еще более возбудимым, не терпит замечаний, все принимает на свой счет, по малейшему поводу дает бурную реакцию, может затеять драку. Человек, склонный к рассуждательству, — становится чрезвычайно многословным, его речь — бессмысленное мудрствование о проблемах, которые его совершенно не касаются. Избегая шумного общества, он выбирает одного собеседника и в течение всего вечера донимает его нудными рассуждениями. Необщительные люди в опьянении становятся угрюмыми, мрачными, еще более замкнутыми и немногословными, не принимают участия в общем веселье, уединяются и предпочитают пить в одиночестве. Человек, любящий привлекать к себе всеобщее внимание, — еще больше "играет на публику", хвастается мнимыми успехами. Он может весь вечер развлекать собеседников, не замолкая ни на минуту и не давая и слова вставить другим, привирает и на все готов, лишь бы быть в центре внимания. У людей с неустойчивым настроением проявления эмоций делаются еще более бурными, утрированными, по ничтожному поводу они то рыдают, то громко хохочут.

Провалы в памяти — один из характерных симптомов алкоголизма. На 1-й стадии они проявляются в легкой форме — человек не может отчетливо и последовательно рассказать о периоде опьянения, не может вспомнить отдельные детали, нюансы, эпизоды, но основные события этого периода помнит. Или воспоминания о периоде опьянения смутные, неотчетливые, все происходившее как бы "в тумане". Этот симптом называется **палимпсестом**, он возникает после опьянения средней глубины.

При глубоком опьянении возникает более тяжелый симптом — он называется **амнезией**. Человек не может вспомнить целый период, порой довольно продолжительный. Он помнит, где и с кем начал выпивать, а с какого-то периода ничего не может вспомнить — ни что он говорил или делал, ни что "натворил" в пьяном состоянии, ни как добрался домой или оказался в незнакомом месте. Если собеседники ему подскажут, как было дело, он может кое-что припомнить, хотя и не всегда. Это и есть провалы в памяти, амнезии, или блэкауты.

Амнезия — уже грозный симптом, который указывает на то, что алкоголь разрушающе действует на центральную нервную систему.

Раннее появление провалов в памяти — плохой признак в аспекте прогноза заболевания и чаще всего свидетельствует о злокачественном течении алкоголизма. На 1-й стадии амнезии (блэкауты) обычно возникают только после тяжелого опьянения, а дальше они становятся постоянными, и на 2-й и 3-й стадиях возникают после каждого опьянения.

Иногда пьющий человек сознательно лжет, что не помнит того, что с ним было, особенно если в опьянении он совершил какой-то недостойный или криминальный поступок. Это не амнезия. Проверить это легко — при провалах в памяти человек не помнит ничего, что происходило в определенный период времени, а при сознательном обмане — только свои дурные поступки, а об остальном может рассказать.

При сформированном алкоголизме симптомы объединяются в комплексы. Комплекс взаимосвязанных симптомов называется синдромом. Выше уже говорилось об измененной реактивности организма — это синдром, который включает несколько симптомов, а именно:

- а) утрату защитного рвотного рефлекса;
- б) утрату чувства отвращения к спиртному по утрам;
- в) изменение формы потребления алкоголя — переход от эпизодического к систематическому потреблению;
- г) способность организма нормально функционировать при многодневном потреблении спиртного;
- д) изменение проявлений опьянения (исчезновение успокаивающего действия алкоголя и появление активирующего, стимулирующего эффекта, утрированное проявление черт характера в опьянении).

Второй важный синдром, который появляется на 1-й стадии алкоголизма, — это синдром психической зависимости, то есть зависимость психического состояния человека от присутствия или отсутствия в его организме алкоголя. Сформировавшись в начальной стадии алкоголизма, этот синдром в дальнейшем существует на всем протяжении заболевания.

Синдром психической зависимости включает два симптома:

- а) психическое влечение к алкоголю (первичное патологическое влечение);
- б) способность ощущать психический комфорт только в состоянии опьянения.

Все проявления алкоголизма (они называются клинической картиной заболевания) на 1-й стадии определяются этими двумя синдромами. На следующих стадиях возникают новые симп-

томы и синдромы, и клиническая картина алкоголизма усложняется и утяжеляется.

Рассмотрим более подробно проявления психической зависимости.

Интенсивность психического влечения (тяги) прогрессивно нарастает. В трезвом состоянии все мысли сконцентрированы на том, как бы выпить. Человек сам активно ищет поводы для выпивки, придумывает массу уловок, не пропускает ни одной вечеринки со спиртным. Сам напрашивается в гости или приглашает гостей. Если в гости не приглашают, а жена пить дома не разрешает, сам организует выпивку в любом другом месте.

Все больше времени занимает сама выпивка и подготовка к ней. Если намечается вечеринка, то он может пренебречь своими обязанностями в семье или на работе, старается поскорее закончить все дела, чтобы заняться организацией выпивки.

Если служебное положение позволяет и никто на работе его не контролирует, то он может выпить и в рабочее время, придумывая для этого "уважительный" повод — например, после деловой встречи предлагает "отметить" ее в ресторане или в своем служебном кабинете, даже если рабочий день еще не закончен, а "отмечаемое" событие незначительно. Для этого он держит в своем кабинете постоянный запас спиртного и часто по поводу и без всякого повода предлагает выпить всем желающим. Но с кем попало он пить не станет — безошибочным чутьем алкоголика он чувствует "своих", единомышленников по пьянству и предложит выпить только тому, в ком надеется не встретить отказа.

На 1-й стадии алкоголизма ситуационный контроль (то есть способность правильно решить, в какой ситуации можно выпить, а в какой нельзя) еще сохранен, поэтому он не будет пить на работе, если об этом может узнать начальство или если предстоит важная встреча.

Свое влечение к спиртному в 1-й стадии заболевания алкоголик способен преодолеть, и если ситуация складывается не в пользу выпивки, он может от нее отказаться или перенести на вечер.

На этой стадии этап борьбы мотивов "выпить" или "не выпить" у некоторых людей может быть довольно продолжительным — влечению к выпивке противопоставляются аргументы о невозможности этого, особенно если у человека существует нравственная установка о допустимости приема спиртного в той или иной ситуации.

Эта борьба со своим влечением может быть довольно мучительной, тягостной для человека. Сознывая, что выпить сейчас никак нельзя, он в то же время выискивает предлоги, как бы все же устроить так, чтобы ситуация сложилась по-иному, идет на компромиссы со своими убеждениями и нравственными представлениями. На этом этапе некоторые больные алкоголизмом уже осознают свою зависимость от алкоголя, и она начинает их тяготить.

Если алкоголику удастся преодолеть (подавить) свое влечение к спиртному, то это вызывает у него недовольство, чувство неудовлетворенности, настроение у него портится, ничто не радует, все раздражает, ему чего-то не хватает — это состояние называется **психическим дискомфортом**.

Только состояние опьянения оценивается положительно, а все остальное становится неинтересным, пресным, скучным. Он не может ничем заниматься, пока не выпьет, все валится у него из рук, и нет желания работать. Но если намечается выпивка, он сразу оживляется, приободряется, настроение повышается, все окружающее воспринимается в радостном свете. Он устраняет все препятствия, мешающие выпивке, торопливо заканчивает свои дела или бросает их незаконченными, оживленно обсуждает количество и качество заготавливаемых напитков, уговаривает закупить побольше "на всякий случай".

В этом и проявляется психическая зависимость алкоголика от алкоголя — в трезвом состоянии он чувствует себя дискомфортно, оно его не удовлетворяет, а в опьянении ощущает полный **психический комфорт** — жизнь прекрасна и удивительна, все окружающие (собутельники) хорошие люди, и все замечательно.

Постепенно перестраивается система его личностных ценностей — прежние увлечения перестают интересовать, если они не сопровождаются выпивкой, семья — тоже, если жена не способствует выпивкам, служебные и профессиональные обязанности начинают его тяготить, даже если он раньше увлеченно работал, прежние цели в жизни теряют свою актуальность и уже не привлекают. Положительно оценивается лишь само состояние опьянения и все, что связано с выпивкой, а остальное или неинтересно, или раздражает.

Если жена устраивает скандалы по поводу частых выпивок или на работе начальник сделал ему замечание, на этой стадии алкоголизма человек способен на какое-то время прекратить употребление спиртного или сократить число выпивок и уменьшить дозы. Но после некоторого периода, когда он сочтет, что все уже успокоилось, все возвращается сно-

ва. Если алкоголик дорожит своей работой, он может прекратить прием спиртного в рабочее время и перенести выпивки на вечер, и тогда уже наверстает упущенное.

На этапе бытового пьянства контроль за мерой выпитого двойной — и психологический, и физиологический.

Психологический контроль подразумевает, во-первых, способность отказаться от выпивки по собственной воле, если обстоятельства не благоприятствуют выпивке, и во-вторых, возможность вовремя остановиться, начав употребление спиртного.

А физиологический контроль осуществляется самим организмом, помимо воли человека. Сохраненный рвотный рефлекс защищает организм от чрезмерного количества алкоголя, исторгая его из желудка. Переносимость алкоголя имеет свои пределы, превышать которые организм не позволяет, избавляясь от излишков спиртного, и как бы человек ни хотел, он не в состоянии выпить больше своих возможностей. А чувство отвращения к алкоголю наутро после выпивки защищает организм от повторения употребления спиртного и предохраняет от многодневного пьянства.

Оба вида контроля взаимосвязаны — зная пределы своей переносимости спиртного и последствия его превышения (рвота, тяжелая степень опьянения), человек в состоянии сознательно ограничивать дозу потребляемого спиртного.

С началом алкоголизма механизмы, обеспечивающие физиологический контроль за мерой выпитого, уже нарушены — рвотный рефлекс утрачен, чувства отвращения к спиртному наутро нет, и переносимость алкоголя начинает быстро возрастать.

Способность переносить большие дозы спиртного без явных нарушений (а похмелья на этой стадии еще нет) создает у человека ложную уверенность, что его пьянство остается без последствий.

Алкоголик может позволить себе принимать большие дозы, поскольку его организм уже не протестует против этого, и наконец рано или поздно он превышает "критическую" дозу, после которой появляется вторичное, неодолимое влечение к алкоголю, и пьющий уже не в состоянии контролировать дальнейшее потребление спиртного. Но как бы ни возросла переносимость спиртного, и она тоже имеет свои пределы. И когда алкоголик превышает предел собственной переносимости спиртного, возникает передозировка. Это тяжелое опьянение с выраженными нарушениями сознания (сопор, прекоматозное состояние, алкогольная кома) без своевременного

оказанной медицинской помощи может закончиться трагически. Но если дело до этого не доходит, то на определенной дозе алкоголик "отключается" и засыпает тяжелым беспробудным сном. Чем чаще такие передозировки, тем быстрее нарастает переносимость спиртного, появляются новые симптомы заболевания, и оно развивается ускоренными темпами.

На 1-й стадии алкоголизма похмелья наутро еще нет. Но утром алкоголик уже не так бодр и свеж, как раньше. Он с трудом просыпается, ощущает себя вялым, разбитым, любая работа его утомляет, настроение снижено и неустойчиво, он раздражителен и нетерпелив, нарушается сон. Этот комплекс симптомов называется астеническим синдромом. Длительность его может быть от нескольких дней до 3-4 недель после прекращения употребления спиртного.

Потребности в опохмелении у него еще нет (она возникает во 2-й стадии), но если он утром немного выпьет, его общее состояние улучшится и все неприятные симптомы исчезнут. Однако на этой стадии многие больные стараются не пить по утрам, так как уверены, что это свойственно алкоголикам, а они себя таковыми не считают. Причем и окружающие тоже пока не считают их алкоголиками, потому что большинство придерживается неверного мнения, что алкоголик только тот, кто похмеляется по утрам.

Если у человека существует положительная нравственно-этическая позиция в отношении дозволенности пьянства, то утрата количественного контроля может быть частичной. Поскольку ситуационный контроль на этой стадии, как правило, сохранен (за исключением криминальных, асоциальных личностей, у которых понятие о нравственно-этических нормах и ситуациях, когда прием спиртного недопустим, изначально отсутствует), то в определенных ситуациях, когда нельзя выпить столько, сколько хотелось бы, например, в служебном коллективе, на официальном приеме, алкоголик пока еще способен сознательно ограничить дозу и выпивает со своими коллегами и официальными лицами 1-2 рюмки, а дальше пить отказывается, даже если застолье продолжается. Он знает, что количество выпитого не должно превышать определенной "пороговой" дозы, после которой он будет уже не в состоянии контролировать дальнейшее потребление спиртного. Поэтому, чтобы не уронить себя в глазах окружающих, он сознательно выпивает гораздо меньше пороговой дозы, и длительное время сослуживцы считают его человеком, пьющим весьма умеренно. Зато уж в своей привычной компании он выпьет вволю, не оглядываясь на остальных, и здесь утрата количественного контроля проявляется во всей полноте.

От того, насколько сформирована у человека положительная нравственно-этическая установка в отношении пьянства, насколько он способен контролировать свое потребление алкоголя в зависимости от ситуации, во многом зависит дальнейшее развитие алкоголизма. Чем больше факторов, сдерживающих пьянство, чем выше способность человека критически относиться к себе, своему поведению и пьянству, тем медленнее развивается алкоголизм.

Длительность 1-й стадии различна при разных вариантах алкоголизма. При типичном, наиболее частом варианте она составляет 3-5 лет. При ускоренном темпе развития алкоголизма ее продолжительность сокращается до 1-2 лет, а при замедленном — наоборот, растягивается на 10-15 лет и более.

Вторая стадия алкоголизма

Началом 2-й стадии алкоголизма является возникновение **неодолимого влечения к алкоголю**. Если на 1-й стадии такое влечение может возникнуть только в состоянии опьянения при превышении "пороговой" дозы, то во 2-й стадии **неодолимое влечение** (его еще называют **компульсивным**) возникает и в трезвом состоянии.

Влечение к алкоголю уже не зависит от ситуации. Оно существует постоянно. Борьбы мотивов "выпить" или "не выпить" уже нет, алкоголик не в состоянии преодолеть влечение, да и не стремится это делать.

Если на предыдущей стадии он еще пытался замаскировать свои частые выпивки разными благовидными предложениями, предпочитал выпивать в своей постоянной компании, в профессиональном коллективе или с друзьями, то на 2-й стадии алкоголизма больного уже не удовлетворяет та частота и дозы спиртного, которые приняты в его кругу (если это не компания алкоголиков). Ему мало этого, и он ищет новых собутыльников, которых ему не нужно стесняться и ограничивать себя. Алкоголик находит партнеров, которые пьют столько же, сколько он сам, или еще больше. Он уже может пить со случайными собутыльниками у винного магазина или в пивном баре, если не хватает денег на спиртное, уносит из дома и продает личные и семейные вещи, берет деньги в долг, выпрашивает у малознакомых людей и может пойти на противозаконные действия.

Количество потребляемого спиртного, достигнув максимума в конце 1-й стадии, во 2-й стадии остается стабильным и больше не повышается. Поэтому эту стадию еще называют стадией устойчивой толерантности.

Во 2-й стадии заболевания **изменяется состояние опьянения** — седативный (успокаивающий) эффект исчезает, и алкоголь оказывает стимулирующее действие. Сон наступает лишь после приема большой дозы спиртного. Вместо веселья и благодушия в опьянении возникает раздражительность, недовольство, беспричинная злобность (такое опьянение называется дисфорическим в отличие от эйфорического — то есть состояния беспечного благодушия, которое свойственно больным с 1-й стадией алкоголизма) и агрессивность. По незначительному поводу алкоголик может наброситься с кулаками на членов своей семьи, избивает жену и детей, может подраться и со своим собутыльником, но обычно его агрессивность направлена на более слабых людей, которые не могут дать ему сдачи. Иногда в пьяном виде он может вступить в драку и с человеком намного сильнее себя или оказать бессмысленное сопротивление сотрудникам правоохранительных органов. Амнезии (провалы в памяти) становятся регулярными и возникают практически после каждого опьянения не только глубокой, но и средней степени.

Выпив значительное количество спиртного, большинство больных алкоголизмом **не осознает степени своего опьянения**. Даже в состоянии сильного опьянения, качаясь, падая и еле ворочая языком, алкоголики заявляют, что абсолютно трезвы.

На этой стадии больного устраивает только глубокая степень опьянения. Способность переносить высокие дозы и отсутствие защитных реакций приводят к тому, что если у него достаточно спиртного или денег на его приобретение, — то практически каждый раз он напивается до тяжелого опьянения. Если денег недостаточно, то он переходит на более дешевые спиртные напитки, а иногда сознательно пьет спиртное с плохой степенью очистки, содержащее большое количество сивушных масел, поскольку это вызывает более глубокое опьянение, или же “мешает” крепкие спиртные напитки и слабые, например, водку с пивом или дешевым вином, — “чтобы быстрее и крепче взяло”. То, что наутро он проснется в тяжком похмелье, его не очень беспокоит, поскольку это будет завтра, а выпить хочется сегодня. В этой стадии, если нет возможности достать спиртное, он может пить суррогаты, любые спиртосодержащие технические жидкости, нисколько не беспокоясь о последствиях. Из-за употребления суррогатов могут возникнуть тяжелые отравления, которые без помощи врача-реаниматолога и токсиколога могут закончиться смертью.

На этой стадии алкоголизма возникает похмельный синдром и потребность в опохмелении.

Похмельный синдром — один из наиболее рельефных симптомов алкоголизма, его еще называют **алкогольным абстинентным синдромом** или **алкогольной абстиненцией**.

Суть его состоит в том, что организм, перестроившись под влиянием длительного и массивного употребления алкоголя, уже не может без него нормально функционировать и возникает физическая (а не только психическая, как в 1-й стадии) потребность в алкоголе. Если прием спиртного резко прекращается, организм алкоголика бурно реагирует, не получая того, что уже является насущной необходимостью.

Во 2-й стадии алкоголизма к уже имеющимся синдромам измененной реактивности и психической зависимости присоединяется и синдром физической зависимости. Синдром физической зависимости означает зависимость физического (а не только психического, как на 1-й стадии) состояния от присутствия или отсутствия в организме алкоголя. Он служит проявлением объективной потребности организма в приеме алкоголя.

В синдром физической зависимости входят следующие симптомы и синдромы:

- а) непреодолимое (компульсивное) влечение к алкоголю;
- б) потребность в физическом комфорте;
- в) алкогольный абстинентный синдром (синдром похмелья).

Влечение к алкоголю столь интенсивно, что полностью определяет весь образ жизни больного. Поведение алкоголика становится вынужденным, зависимым от влечения. Непреодолимое (компульсивное) влечение возникает и в опьянении, и в состоянии похмелья, и в трезвом состоянии.

Из-за этого полностью утрачивается не только количественный, но и ситуационный контроль. Вследствие утраты ситуационного контроля алкоголик неспособен отказаться от употребления спиртного даже в неподобающей ситуации. Он может появиться в нетрезвом виде на работе, в обществе непьющих людей, может пить на своем рабочем месте.

Потребность в физическом комфорте выражается в том, что только в состоянии опьянения организм алкоголика функционирует нормально — вне опьянения он ощущает вялость, разбитость, физическое (то есть телесное) неблагополучие, а когда выпьет, его физическое состояние приходит "в норму".

Похмельный синдром проявляется в следующем. После приема больших доз спиртного (а при дальнейшем раз-

витии заболевания уже и после любой выпивки) человек засыпает тяжелым сном, и его в таком состоянии трудно разбудить. Но ближе к утру сон становится поверхностным, с кошмарными сновидениями.

Рано утром (обычно в 5-6 часов утра) алкоголик просыпается от чувства тревоги и страха. Все вокруг пугает и настораживает, в темноте ему страшно, но и при свете не лучше, тени от предметов он принимает за "черного человека", который пришел за ним. Сердце бешено колотится в груди, стучит в голове, он весь в липком горячем поту, руки и ноги, как ватные, нет сил, голова болит и кружится, перед глазами черные круги, и он с большим трудом встает. Его качает, пол уходит из-под ног, ему кажется, что он вот-вот упадет, движения неуверенные и замедленные. Он ощущает вялость, сильную слабость, трясутся руки, голова, и иногда мелкая дрожь сотрясает все тело. Во рту неприятный привкус и сухость, язык шершавый, как терка, сильная жажда, тошнота, может быть неоднократная рвота. Аппетит снижен или отсутствует, еда и даже мысли о ней вызывают отвращение и позыв к рвоте, единственное, чего хочется, — это холодного и кислого питья (кваса, рассола, минеральной воды). Могут быть боли в сердце, в желудке, артериальное давление повышено, пульс учащен. Психическое состояние тяжелое — настроение пониженное до степени депрессии, тревога, страх, пугливость, беспокойство, раздражительность, могут быть галлюцинации. Работоспособность значительно снижена, или он вообще не может работать. Может быть чувство вины, раскаяния (но только на период похмелья). Все мысли сконцентрированы на том, что надо немедленно опохмелиться, иначе случится непоправимое, он умрет. Тяга к спиртному неодолима, никакими доводами рассудка победить ее он не в состоянии. Весь его организм бунтует и настойчиво требует спиртного. Если оно есть под рукой, алкоголик немедленно опохмелится, если же его нет — предпримет настойчивые поиски спиртного, только на это у него есть силы, и для приобретения спиртного он готов на все. Жена, дети, работа — все по боку, ничто не может остановить его, и, сметая все препятствия, он ринется добывать спиртное, а если не получится, выпьет все, что подвернется под руку, вплоть до суррогатов. Его волнует не качество, а только крепость напитка. Если нет привычного крепкого напитка, он не откажется от пива, вина или любого другого спиртного.

Большинство больных опохмеляется уже с утра, так как дотерпеть до вечера они не в состоянии. Если нет возможности опохмелиться, алкоголик не может работать, он думает

только о том, где достать спиртное. Выпив, он чувствует облегчение, все симптомы смягчаются или исчезают. Доза спиртного индивидуальна и составляет от 100 до 250 г крепких спиртных напитков или вдвое большее количество слабых. Если алкоголик выпивает минимальную для опохмеления дозу, то похмельные симптомы лишь ослабевают, но полностью не исчезают. Если он выпьет больше, чем нужно для опохмеления, то опьянеет, станет благодушным, все тревоги и раскаяние останутся позади.

Доза, которая требуется для опохмеления, зависит от количества выпитого накануне спиртного, его качества, смешения крепких и слабых напитков, от стадии алкоголизма и тяжести похмелья (алкогольного абстинентного синдрома).

Но выпитая доза действует лишь определенное время, несколько часов (чем длительнее заболевание, тем короче этот период), затем все симптомы похмелья возвращаются, и алкоголик должен выпить еще, через несколько часов еще, и так за день набирается значительное количество, больше, чем выпито накануне. А наутро все возобновляется в еще более тяжелой степени, и так далее. Возникает эпизод многодневного пьянства, который называется запоем.

Запой — это уже тяжелое проявление алкоголизма, когда полностью отсутствует не только количественный, но и ситуационный контроль — даже если у алкоголика есть важные дела, его ждут на работе, это его не волнует, он озабочен только проблемой выпивки и может совершить длительный прогул, пока запой не прервется. В редких случаях он может, опохмелившись, явиться на работу и, кое-как выполнив самые необходимые дела, при первой же возможности сбежит с работы, чтобы выпить, или будет пить на работе, чем бы ему это ни грозило. Контролировать потребление алкоголя он уже не в состоянии.

В течение запоя возникают многие психические нарушения и расстройства деятельности внутренних органов. При резком обрыве тяжелого и длительного запоя могут возникнуть тяжелые психические расстройства — галлюцинации и белая горячка (алкогольный делирий), что может привести к смерти.

Во 2-й стадии обрыв запоя обычно происходит в связи с внешними причинами (кончились деньги, грозит увольнение с работы, жена угрожает разводом), а возможность пить дальше есть (в 3-й стадии обрыв запоя возникает потому, что сам алкоголик больше пить не в состоянии).

Алкогольный делирий (белая горячка) — острый алкогольный психоз ("delirium" в переводе с латинского означает безумие, помешательство), характеризующийся помрачением со-

знания, нарушением ориентировки в месте и времени, зрительными галлюцинациями, бредом, страхом и возбуждением. Он наблюдается примерно у 13 % больных 2-й стадии.

Алкогольный делирий обычно возникает через 2-4 дня после обрыва запоя (реже – во время запоя). Первому приступу делирия обычно предшествует продолжительный запой, в последующем делирий может возникать повторно, уже после периодов непродолжительного запоя.

Предвестники алкогольного делирия длятся несколько часов, иногда несколько дней. Обычно к вечеру возникает тоска, тревога, депрессия, страх, настроение неустойчиво — страх и тревога чередуются то с благодушно-беспечным настроением, то с апатией. Больные взбудоражены, беспокожны, непоседливы, болтливы. Появляются зрительные иллюзии — обманы восприятия, когда тень от предмета или висящая в углу одежда принимаются за человека, в узорах обоев на стене видятся чьи-то лица. Сон кратковременный, поверхностный, с кошмарными сновидениями.

Затем наступает полная бессонница. Усиливаются беспокойство, тревога и страх. Появляется самый яркий симптом делирия — зрительные галлюцинации (обманы восприятия). Видения отражают то, что когда-то пугало больного — в старину во время делирия верующие люди видели чертей, теперь видят бандитов, террористов, грозящих оружием. Видения самые разнообразные — полчища насекомых, которые лезут на больного, крысы, мыши, змеи, рыбы, мертвецы, отвратительные чудовища, фантастические животные, человекоподобные существа, мерзкие лица, которые корчат алкоголику рожи и дразнят его. Иногда зрительные галлюцинации лишены объемности и напоминают — “кино на стене”, могут быть галлюцинаций в виде проволоки, нитей, паутины. Видения множественные, подвижные. Они то приближаются, то удаляются, меняются в размерах, могут калейдоскопически сменять друг друга, или одно превращается в другое на глазах больного. Возможны сценopodobные галлюцинации, отражающие определенную ситуацию (вечеринку, застолье). Характерны движения и мимика больных, отражающие их переживания, — они стряхивают с себя “мерзких насекомых”, давят их, сбивают с предметов, отталкивают от себя мелких животных, выпутываются из паутины, защищаются от устрашающих видений руками, забиваются в угол кровати, пытаются спрятаться, к чему-то присматриваются, прислушиваются, заглядывают под кровать, что-то ловят на себе или на одеяле. Характерный симптом — ощущение инородного тела во рту — больные пытаются выплюнуть его, вынуть пальца-

ми, тянут бесконечный волос изо рта (это называется тактильными галлюцинациями). Одновременно возникают и слуховые галлюцинации, по тематике связанные со зрительными, — больные слышат шорох лапок мелких животных, шипение змей, крики и угрозы бандитов. Все галлюцинации больные принимают за реальность, мимика и поведение отражают их переживания — на лице растерянность, страх, ужас, они могут внезапно броситься бежать, спасаясь от опасности, выпрыгнуть из окна, могут сами нападать на окружающих, защищаясь от “бандитов”. Возможен бред преследования или физического уничтожения. Речь отрывистая, в виде коротких фраз или отдельных слов, выкрики связаны с характером видений и переживаний, больные обращаются к мнимым или реальным собеседникам. Они не знают, где находятся и сколько сейчас времени (дезориентировка в месте и времени), но правильно называют свое имя, фамилию и прочие данные о себе (ориентировка в собственной личности сохранена).

Состояние больных заметно ухудшается к вечеру и ночью, особенно в неосвещенном помещении. Утром и днем состояние несколько улучшается, но без лечения к вечеру симптомы возобновляются. Возможны периоды, когда все симптомы ослабевают или полностью исчезают (их называют люцидными промежутками), и больной может рассказать о своих галлюцинациях. В течение всего периода делирия у больных нарушен сон.

Алкогольный делирий сопровождается дрожанием мышц (поэтому раньше его называли дрожательным делирием), чередованием озноба и потливости, учащенным сердцебиением, повышением температуры тела и артериального давления, увеличением печени, желтушностью глазных склер, бледностью кожи (поэтому делирий раньше называли “белой горячкой”). Но иногда может быть и покраснение кожи лица. Характерна потливость со специфическим запахом — как от давно не мытых ног.

Делирий — крайне тяжелое состояние, требующее неотложной психиатрической и реанимационной помощи. В тяжелых случаях температура тела достигает 40°C и выше, нарастает обезвоживание организма, наблюдается ацидоз, повышение уровня азота в крови, лейкоцитоз и увеличенная СОЭ. Больные не могут передвигаться, и возбуждение происходит в пределах постели. Они ощупывают что-то, стряхивают, разглаживают. Тяжелые варианты делирия — мусситирующий (бормочущий), когда речь состоит из маловнятного бормотания, и профессиональный, — когда больной имитирует свою профессиональную деятельность.

Без своевременной медицинской помощи делирий может закончиться смертью. При благоприятном исходе длитель-

ность делирия составляет от 2 до 5 дней, но может затянуться и на 2-3 недели. Выздоровление наступает, если удастся нормализовать сон. После глубокого, продолжительного сна больной может проснуться в ясном сознании. В течение длительного времени после окончания психоза больные ощущают вялость, слабость, разбитость, настроение у них подавленное.

Период психоза больные помнят избирательно — хорошо помнят свои галлюцинации и переживания, хуже — реальные события, происходившие вокруг, и свое поведение.

Выше описан наиболее тяжелый вариант похмельного синдрома и запоя, который наблюдается уже в конце 2-й стадии алкоголизма. В начале этой стадии наблюдаются не все вышеописанные симптомы, а только часть их и в более легкой форме. Однако с течением времени все симптомы похмелья утяжеляются.

При варианте алкбголизма с замедленным течением похмельный синдром проявляется в легкой форме. У таких больных влияние факторов, сдерживающих пьянство, все еще велико. Человек дорожит своей репутацией, и никто на его работе не подозревает, что он болен алкоголизмом. Поэтому в будни такой алкоголик старается выпивать меньше своей "критической" дозы, после которой, как он знает, не сможет контролировать дальнейшее потребление спиртного, и похмельный синдром проявляется в легкой форме.

Но если такой больной выпил много в воскресенье или в праздник, а в понедельник надо идти на работу, он никогда не похмеляется перед работой, стараясь смягчить симптомы похмелья холодным душем, физическими упражнениями и комплексом лекарств (различные успокаивающие средства — седуксен, реланиум, феназепам и другие, большие дозы витаминов, ноотропил, сердечные средства и многое другое, что обычно используют наркологи для лечения состояния похмелья).

Если есть возможность под благовидным предлогом выпить на работе, он предложит своему деловому партнеру "обмыть" завершённое дело в ресторане или в своем кабинете и таким образом сам опохмелится, но если такой возможности нет, то будет терпеть до окончания рабочего дня и выпьет вечером.

В последующем многие такие больные, особенно если они занимают крупный руководящий пост, стараются не пить в будни, чтобы не мучиться похмельем на работе, а пьют в выходные дни, в отпуске, и тогда уже похмеляются с утра. При возвращении к своим профессиональным обязанностям они опять стараются ограничивать свое пьянство в будни.

Поэтому развитие похмельного синдрома, как и всех остальных проявлений алкоголизма, у них происходит замедленно, и во всей своей полноте похмельный синдром проявляется лишь при пьянстве во время длительного перерыва в работе.

При наличии у человека тяжелого похмельного синдрома скрыть заболевание уже невозможно, и даже если раньше окружающие не подозревали об алкоголизме, то теперь это всем становится ясно.

Диагностика алкоголизма при наличии алкогольного абстинентного синдрома (синдрома похмелья) не представляет трудностей.

Во 2-й стадии алкоголизма появляются заметные изменения характера больного, которые называются **алкогольным изменением личности**. Больные алкоголизмом становятся лживыми, мелочно придирчивыми, эгоистичными, черствыми, грубыми, а иногда и жестокими, не заботятся о семье, игнорируют интересы детей, уносят из дома последние деньги, даже если семье не на что жить, пропивают вещи. Все прежние интересы и привязанности угасают. Но перед людьми, от которых зависит выпивка, они заискивают, становятся слащавыми, называют их уменьшительными именами, рассказывают душеспасительные истории, чтобы выпросить спиртное.

На словах раскаиваются они легко, дают клятвенные обещания бросить пить, но без всяких угрызений совести нарушают эти обещания, как только представится возможность выпить, находя массу оправдательных объяснений.

Проявления их эмоций становятся утрированными — они бурно выражают радость, горе и сочувствие (на словах), легко умиляются и плачут. Из-за этого им снова верят, хотя они уже много раз нарушали свои клятвы. Но они так искренне обещают, бьют себя в грудь, становятся на колени, плача и вымаливая прощение, что вновь убеждают окружающих в своих добрых намерениях.

Больные легко осваиваются в новом коллективе, проявляя внешнее дружелюбие, переходящее в фамильярность. Явную ложь они произносят с подкупающей искренностью. Они излишне откровенны в беседе с малознакомым человеком и в любой обстановке ведут себя непринужденно, ничуть не смущаясь от своего непрезентабельного вида в приличном обществе.

Некоторые становятся апатичными, ко всему безразличными, и оживляются лишь при предстоящей выпивке.

Еще больше **заостряются черты характера**. То, что раньше проявлялось лишь в состоянии опьянения, теперь ста-

новится заметным и в трезвом состоянии. Алкоголики, которые раньше были веселыми, компанейскими, становятся неразборчивыми в знакомствах, ведут безалаберный образ жизни, бесшабашно рискуют. Замкнутые люди делаются еще более угрюмыми, ни с кем не общаются, предпочитают пить в одиночку. Легко возбудимые становятся совершенно невыносимыми, по малейшему поводу набрасываются с кулаками на своих близких или собутыльников, терроризируют свою семью.

Одним из проявлений изменения личности является **алкогольная анозогнозия** (непризнание себя больным алкоголизмом), которая на этой стадии становится особенно наглядной. Примечательно, что даже испытывая тяжелое похмелье и регулярно опохмеляясь, алкоголики не признают себя больными, и по-прежнему убеждены, что алкоголизма у них нет, игнорируя очевидные факты.

На 1-й стадии алкоголизма многие больные не признают себя алкоголиками, ссылаясь на более тяжелые проявления заболевания, свойственные 2-й стадии алкоголизма. Их невозможно убедить, что со временем при продолжении злоупотребления у них неминуемо возникнут те же самые нарушения, которые, по их мнению, свойственны больным алкоголизмом, но не свойственны им.

Во 2-й стадии алкоголизма любая логика убеждения тем более бессильна. Алкоголик упрямо, наперекор фактам, отрицает и болезнь в целом, и ее отдельные проявления. Система самооправданий не отличается разнообразием, и все больные алкоголизмом говорят примерно одно и то же. Виноваты все вокруг, кроме него самого, все плохие и наговаривают на него, он несчастный и никем не оцененный человек, его никто не понимает и не жалеет и прочее. Развод с женой и потерю семьи он объясняет отсутствием взаимопонимания с женой – “Ну о чем с ней можно говорить!”. Частую смену работы, увольнения по статье мотивирует тем, что к нему постоянно придираются, или тем, что работа не устраивала его самого, хотя его выгнали за прогулы и пьянство в рабочее время. Приводы в милицию — тем, что оговорили соседи или жена и так далее.

Пытаясь разжалобить врача или любого другого собеседника, алкоголик может рассказывать множество душеспасительных историй, как его постоянно обижают все вокруг, как это его огорчает, и он “с горя” должен выпить, чтобы успокоиться. При этом будет по-прежнему упорно повторять, что пьет как все, или уточнит: “выпиваю, а не пью”, утверждая, что может сам бросить пить, когда захочет.

Алкогольную анозогнозию не следует путать с обыкновенной лживостью, присущей больным алкоголизмом. В отличие от лживости, — это стойкая убежденность больного, что алкоголизма у него нет. Она не корригируется, не поддается переубеждению. Лживость и стремление скрыть свое заболевание от врача можно понять и объяснить. Но анозогнозия проявляется не только в отношении врачей, но и в отношении любого человека, даже если больной от него не зависит. Он не признает свою болезнь даже в разговорах с собутыльниками. Самих собутыльников он тоже не считает алкоголиками. Он может признать, что алкоголики существуют, и привести примеры, но никогда не назовет в качестве примера своего партнера по выпивке. Отличить алкогольную лживость от анозогнозии легко, и опытный нарколог всегда без труда установит это.

Алкогольная анозогнозия распространится не только на непосредственные проявления алкоголизма, но и на другие заболевания, косвенно связанные со злоупотреблением алкоголем (гепатит, гастрит, язвенная болезнь, заболевания сердца, гипертония). Алкоголик игнорирует тяжелые проявления этих заболеваний, отрицает их наличие у себя и не соблюдает никакого предписанного терапевтом режима. А некоторые, наоборот, узнав, что у них есть какое-либо заболевание внутренних органов, начинают эксплуатировать это, высказывая множество несуществующих жалоб, требуя у врача-терапевта больничный лист. Они требуют от членов своей семьи особого внимания к себе или находят новое оправдание своим выпивкам — теперь они пьют, чтобы избавиться от боли в сердце или желудке, из-за плохого самочувствия, заявляя, что у них все болит, а когда они выпьют — все нормально.

Еще одним проявлением алкогольного снижения личности является так называемый **алкогольный юмор** — это плоский юмор, с использованием шаблонных, избитых выражений, стремление шутить по любому, даже неподходящему, поводу, рассказывать старые анекдоты, бесконечно повторять всем надоевшие рассказы о своих "подвигах", причем обычно смешно бывает только самому алкоголику, у окружающих такой юмор вызывает недоумение и раздражение.

Постепенно нарастает **алкогольная деградация личности**. Ухудшается память, интеллектуальные способности резко ослабевают, больные неспособны к интеллектуальным видам деятельности. Профессиональные навыки низкоквалифицированного труда сохраняются дольше, но со временем и они утрачиваются. Больные теряют семью и работу, становятся тунеядцами и постепенно скатываются все ниже и ниже. Происходит **социальная декомпенсация**.

Длительность 2-й стадии зависит от темпа развития заболевания — при типичном течении она продолжается 8-13 лет, при ускоренном — 3-5 лет и при замедленном — 15-25 лет и более.

Смерть больных может наступить уже на этой стадии — в состоянии тяжелой абстиненции (похмелья), при длительном запое (так называемая "смерть от опоя"), при тяжелом алкогольном делирии (белой горячке) — из-за самих тяжелых нарушений, свойственных этому психозу, или из-за травм, полученных при попытке бегства от мнимых преследователей, когда больные выпрыгивают из окна с высокого этажа или попадают под движущийся транспорт, а также из-за различных травм, полученных в состоянии алкогольного опьянения, из-за тяжелых заболеваний внутренних органов (как следствие злоупотребления алкоголем) и из-за самоубийств, чаще всего в состоянии похмелья или во время запоев, а также при длительной алкогольной депрессии.

Третья стадия алкоголизма

Эту стадию также называют конечной, или энцефалопатической. Началом этой стадии является снижение переносимости спиртного (толерантности).

Сначала снижается разовая доза, которую алкоголик может выпить, и выраженное опьянение наступает от все уменьшающихся доз спиртного. Как говорят, "старый алкоголик пьянеет, понюхав пробку".

Но суточная доза остается прежней, поскольку больной пьет малыми дробными дозами в течение всего дня, а иногда и ночью. Затем снижается и суточная доза. Многие больные в этой стадии из-за снижения выносливости к спиртному переходят с крепких спиртных напитков на крепленые вина. Часты случаи употребления суррогатов с последующим тяжелым опьянением.

Утрата количественного контроля в опьянении наступает уже от самых малых доз спиртного.

Полная утрата ситуационного контроля обуславливает выпивки в любой обстановке. Это связано и с прогрессирующей деградацией личности.

Форма потребления систематическая, но чаще запойная. В промежутках между запоями больной испытывает слабость, разбитость, настроение сниженное с преобладанием беспричинно злобного или тоскливого. Предзапойный период характеризуется сновидениями, тематика которых связана с употреблением спиртного.

Во 2-й стадии во многих случаях запои бывают обусловлены какой-либо ситуацией.

В 3-й стадии запои вызваны изменением психического и физического состояния больного.

В первые дни запоя алкоголик может выпить меньше, чем во 2-й стадии, но все же сравнительно большое количество спиртного. В течение всего запоя он находится в состоянии почти непрерывного тяжелого опьянения. Но с каждым последующим днем тяжелое опьянение наступает от все меньших доз алкоголя. Все больше утяжеляется его общее состояние — нарастает слабость, головокружение, одышка, аппетит отсутствует, часты рвоты и общее истощение. Нарушается сердечный ритм и ритм дыхания, артериальное давление снижено, постоянны потливость и дрожание рук и головы, походка неуверенная, мышечная сила снижена, часты судороги мышц рук и ног.

В течение запоя нарастает непереносимость алкоголя и отвращение к нему. Попытки выпить вызывают рвоту и еще большее ухудшение общего состояния. Алкоголик может принимать лишь очень небольшие количества спиртного, чтобы как-то смягчить проявления похмелья. В этом периоде часты припадки по типу судорожных припадков при эпилепсии, а также алкогольные психозы.

Если во 2-й стадии запои обрываются под влиянием внешних причин (угроза потери работы или семьи, отсутствие денег на спиртное), то в 3-й стадии запой обрывается из-за того, что наступает непереносимость спиртного, и больной больше не может пить.

Длительность запоев в начале 3-й стадии, когда переносимость спиртного (толерантность) еще довольно высокая, может составлять от нескольких недель до нескольких месяцев.

После обрыва запоя в течение определенного периода времени больной "выхаживается", и интенсивность влечения (тяги) к алкоголю невелика. Когда его состояние становится немного лучше и отвращение к спиртному исчезает, влечение может вновь актуализироваться, приобрести характер компульсивного (непреодолимого), и вновь возникает запой. Перед новым запоем опять нарастают расстройства настроения, появляются сновидения с алкогольной тематикой, ухудшается сон и общее состояние.

Чем больше снижается переносимость спиртного, тем короче становятся запои и больше времени требуется для восстановления в межзапойный период.

Похмельный синдром (алкогольная абстиненция) гораздо более тяжелый, чем во 2-й стадии.

В 3-й стадии алкоголизма усиливаются прежние изменения личности и появляются новые. Нравственное огрубение — наиболее рельефный признак. Утрачиваются эмоциональные привязанности. Больные безразличны к близким, пренебрегают самыми элементарными моральными и этическими нормами, общепринятыми принципами. Грубость, цинизм, безудержная злобность и агрессивность — обычные черты для алкоголиков этой стадии. Полностью утрачивается интерес ко всему, что не связано с выпивкой. Одновременно стираются прежние черты характера, которые заострились во 2-й стадии, и все больные с 3-й стадией алкоголизма со временем становятся похожими друг на друга.

Все больше нарастает алкогольная деградация личности. Еще больше, чем во 2-й стадии, снижается способность критически оценивать себя и свое пьянство. Беспечность и благодушные сочетаются с грубым цинизмом и плоским "алкогольным" юмором. Настроение крайне неустойчиво — умиление со слезливостью может тут же смениться раздражительностью, злобностью и агрессивностью.

Наряду с этим появляются и усиливаются признаки **алкогольной энцефалопатии** — то есть органического поражения головного мозга, характеризующегося дистрофическими изменениями и стойкими, необратимыми психическими нарушениями. Прогрессируют расстройства памяти и интеллектуальных функций, интеллект снижается. Нарастает пассивность, вялость, безразличие ко всему, кроме выпивки.

Утрачивается профессиональная квалификация, и подавляющее большинство больных может лишь кратковременно заниматься неквалифицированным трудом. Однако длительные запои, во время которых больные лежат в абсолютной прострации дома, вставая лишь затем, чтобы выпить, приводят к полной профессиональной непригодности и нетрудоспособности. Такие больные ведут паразитический образ жизни.

Алкогольные психозы в этой стадии значительно учащаются. Алкогольный делирий возникает повторно, может наблюдаться и на высоте запоя, и после его обрыва. Наряду с острыми алкогольными психозами возникают и хронические алкогольные психозы.

Прогноз неблагоприятный. Смертность больных 3-й стадией высока — и из-за прогрессирующего истощения всех органов и систем организма, и из-за множества заболеваний внутренних органов, и из-за тяжести похмелья и запоев, во время которых происходит декомпенсация и обострение всех имеющихся заболеваний, а также тяжелых депрессий и самоубийств.

Ускоренное и замедленное течение алкоголизма

Как и любое другое заболевание, алкоголизм может иметь различное течение. Течение — это темп и динамика появления и дальнейшего развития всех симптомов и заболевания в целом. Алкоголизм — это динамический (развивающийся) процесс. В его формировании и дальнейшем течении принимают участие многие факторы — конституциональные, биологические, психологические, микросоциальные и социальные.

В зависимости от сочетания этих факторов течение алкоголизма может быть различным — типичным (“классическим”), ускоренным или замедленным. Для обозначения темпа развития заболевания используется термин “прогредиентность” — то есть скорость появления отдельных симптомов болезни и наступления соответствующих этапов и стадий заболевания, а также сроки появления последствий и осложнений, изменений личности больного алкоголизмом и социального снижения. Типичное течение алкоголизма описано в предыдущей главе.

Напомним основные этапы **типичной динамики алкоголизма**, чтобы можно было сопоставить их с ускоренным (его еще называют злокачественным, злокачественно прогредиентным или галопирующим) и замедленным (его называют вялым, доброкачественным или малопрогредиентным) вариантами течения заболевания.

Начало заболевания — появление влечения к опьянению (тяги к алкоголю), проявляющегося в мыслях о желательности выпивки и в появлении собственных мотивов для употребления спиртного. Затем возникают симптомы утраты количественного контроля (неспособность контролировать меру выпитого) и утраты защитного рвотного рефлекса. На 1-й стадии алкоголизма переносимость спиртного увеличивается до 5-7-кратной по отношению к изначальной. За счет увеличения доз и учащения выпивок нарастает интенсивность потребления спиртного. Форма потребления алкоголя, имеющая вначале хаотический характер, приобретает тенденцию к регулярности и систематичности. Продолжает развиваться синдром психической зависимости. Влечение к опьянению постепенно начинает оказывать влияние на систему личностных ценностей с перевесом в сторону всего, что способствует выпивкам. Появляется второй симптом синдрома психической зависимости — способность испытывать психический комфорт только в состоянии опьянения. Опьянение постепенно меняется — исче-

зает седативный (успокаивающий) эффект алкоголя и появляется стимулирующий эффект. Опыняющее действие прежней дозы уменьшается. В опынении заостряются, становятся более рельефными или утрированными черты характера пьющего человека. Появляются палимпсесты (самые легкие признаки провалов в памяти). Из-за нарастания интенсивности влечения к алкоголю, снижения опыняющего эффекта прежнего количества спиртного, отсутствия физиологических защитных механизмов (рвотной реакции, чувства отвращения к спиртному наутро после выпивки) больной способен принимать большие количества спиртного и могут возникать передозировки (прием чрезмерной дозы, превышающей возможности организма). После передозировок появляется амнезия — провалы в памяти. Наутро возникают астенические нарушения — слабость, вялость, разбитость. Похмельного синдрома еще нет. Последствия и осложнения имеют обратимый (преходящий) характер. Социальной декомпенсации пока нет, но возможны семейные и служебные конфликты из-за пьянства. Длительность 1-й стадии при типичном течении алкоголизма составляет 3-5 лет.

При переходе болезни во 2-ю стадию прежние симптомы не исчезают, а продолжают развиваться и вместе с тем формируются качественно новые симптомы. Начинается 2-я стадия с появления неодолимого (компульсивного) влечения к опынению. Примерно через 3-5 лет появляется второй синдром, входящий в структуру синдрома физической зависимости — похмельный (абстинентный) синдром. Для полного формирования синдрома похмелья — от первых его признаков, появляющихся лишь после приема максимальных доз спиртного, до полностью развернутой картины абстиненции, возникающей уже от меньших доз алкоголя, — требуется в среднем 1-3 года. И третий симптом — способность испытывать физический (а не только психический) комфорт только в состоянии опынения — на 1-2 года отстает от синдрома похмелья или возникает одновременно с ним. Влечение к опынению в этой стадии алкоголизма наиболее интенсивно по сравнению с другими стадиями заболевания. Оно возникает и в состоянии опынения, и в похмелье, и в промежутках между выпивками и становится неодолимым. Психический комфорт возможен только в состоянии опынения, в трезвом состоянии больной испытывает психический дискомфорт. Переносимость спиртного достигает максимума и может в 8-12 раз превышать изначальную. В течение 2-й стадии переносимость алкоголя стабильна. Форма потребления алкоголя систематическая или запойная. Еще больше изменяется картина опынения. Седативный (успокаивающий) эф-

фект отсутствует, его сменяет стимулирующий. Опынение — единственное состояние, в котором больной алкоголизмом испытывает психический и физический комфорт. Больной стремится не к легкой или средней, а к тяжелой степени опынения. Часто возникают передозировки. Провалы в памяти (амнезии) становятся регулярными. В опынении не только еще больше, чем на 1-й стадии, в утрированном виде проявляются черты характера алкоголика, но и независимо от особенностей личности, появляются общие для всех больных черты — раздражительность, злобность, конфликтность, неуправляемое поведение. Прежние личностные черты стираются, происходит патологическое развитие личности. Ситуационный контроль утрачивается. Становятся систематическими конфликты в семье и на работе, происходит социальное снижение. Характерны многочисленные заболевания внутренних органов. Возможны острые алкогольные психозы (алкогольный делирий, галлюциноз). Длительность 2-й стадии 8-13 лет.

В 3-й стадии типичного течения алкоголизма снижается переносимость спиртного — сначала разовая доза, а затем и суточная. Форма потребления систематическая или в виде запоев. Запой еще более тяжелые, чем во 2-й стадии. В динамике запоя постепенно снижается переносимость алкоголя, и запой обрывается из-за того, что больной не может больше пить, наступает отвращение к спиртному. Еще больше изменяется опынение. Ему свойственна дисфория, то есть раздраженно-злобное настроение. Действие алкоголя уже не стимулирующее, как во 2-й стадии, а лишь тонизирующее. Полностью отсутствует ситуационный контроль. Похмельный синдром тяжелый и более длительный, чем во 2-й стадии. В перерывах между запоями характерна апатия, безразличие ко всему, кроме выпивки. Нарастает истощение всех систем организма. В этой стадии часты хронические алкогольные психозы, но могут быть и острые (алкогольный делирий), а также судорожные припадки. Прогрессирует алкогольная энцефалопатия (необратимые изменения головного мозга). Исчезают (нивелируются) прежние черты характера, и преобладают черты, общие для всех больных алкоголизмом. Выражена социальная декомпенсация со всеми неизбежными последствиями алкоголизма.

При **ускоренном (злокачественном)** течении алкоголизма начальная, 1-я, стадия очень коротка, не более 1-2 лет, 2-я продолжается 3-5 лет и очень рано наступает социальная декомпенсация.

Признаки злокачественного течения алкоголизма — стремительное формирование патологического влечения к алко-

лю (в некоторых случаях даже после одно-двукратного приема спиртного), отсутствие этапа борьбы мотивов “выпить” или “не выпить” (возникшее влечение сразу, без раздумий реализуется), изначальное отсутствие контроля над питьем (то есть человек с самого начала злоупотребления не контролирует количество потребляемого алкоголя и пьет до состояния тяжелого опьянения) или ранняя утрата количественного контроля, быстрое формирование неодолимого (компульсивного) влечения, систематические передозировки алкоголя и последующие провалы в памяти (амнезии), появление неуправляемого поведения уже на начальной стадии алкоголизма и социальные конфликты.

Злокачественное (ускоренное) течение алкоголизма свойственно больным, у которых еще до начала злоупотребления алкоголем существуют психические заболевания — психопатия, эпилепсия, последствия черепно-мозговых травм и других заболеваний головного мозга. Ускоренное течение заболевания наблюдается и при раннем начале злоупотребления алкоголем.

Ускоренное течение алкоголизма всегда сопровождается выраженными нарушениями поведения. Это сразу замечают окружающие. Вокруг таких больных всегда конфликтная обстановка — они пренебрегают общепринятыми правилами поведения, нравственно-этическими нормами и ни с кем не считаются. У многих нравственно-этические понятия отсутствуют изначально, они не привиты воспитанием. Как правило, это люди из среды с низким интеллектуальным и социальным развитием, родители многих больных (один или оба) являются алкоголиками и с детства приобщают ребенка к спиртному.

Даже в своей среде, где многие злоупотребляют алкоголем или являются алкоголиками, такие больные выделяются молодым возрастом и неконтролируемым поведением.

Некоторые из них начинают злоупотреблять спиртными напитками уже в подростковом возрасте — в 12-15 лет. Их притягивают асоциальные компании из людей значительно более старшего возраста, они с удовольствием слушают рассказы “бывалых” алкоголиков и личностей с криминальным прошлым. Их “кумирами” становятся взрослые с явно асоциальными наклонностями, и они подражают им во всем — и своим внешним видом, и поведением, и неумеренностью в потреблении спиртного.

Уже с самого начала злоупотребления алкоголем эти больные стараются пить помногу, как взрослые члены асоциальной компании, и через некоторое время поражают даже их своей “жадностью” к спиртному. Они абсолютно неразборчивы в выборе напитка,

пьют все, что им доступно, допивают остатки за взрослыми или кланчат у них "оставить допить". Они могут пить и водку, и вино, и пиво одновременно или любой из этих напитков, если он есть в достаточном количестве. Иногда они сознательно "мешают" алкогольные напитки различной крепости, чтобы опьянение было более глубоким.

Некоторые больные со злокачественным течением алкоголизма начинают злоупотреблять спиртным в юношеском возрасте — в 17-20 лет. Многие начинают выпивать после возвращения со службы в армии или даже во время прохождения службы. Как правило, эти пациенты имеют ограниченную годность к военной службе, и их направляют в строительные батальоны, где они без особых проблем достают спиртное, продавая строительные материалы или иным способом. Их не останавливают взыскания, которые командиры накладывают на них за пьянство и нарушения армейской дисциплины. Они даже не стремятся скрывать свое пьянство. А после возвращения со службы их пьянство еще более утяжеляется.

Установить точное время появления первых признаков заболевания у больных со злокачественным вариантом алкоголизма сложно. Почти все симптомы появляются практически одновременно — и влечение, и утрата количественного контроля, и утрата защитного рвотного рефлекса.

Вместе с тем многие из них недостаточно выносливы к спиртному, особенно больные молодого возраста и те, которые перенесли в прошлом черепно-мозговые травмы или какие-либо другие заболевания центральной нервной системы (они называются органическими заболеваниями головного мозга). Поэтому тяжелое опьянение у них наступает от сравнительно небольших доз алкоголя.

Установить кратность приобретенной толерантности тоже бывает трудно, потому что они не знают ни своей первоначальной дозы, ни теперешней — и с самого начала злоупотребления, и в последующем они пьют столько, сколько есть спиртного или "до полной отключки". Какое количество они выпили, пока не наступило тяжелое опьянение, им неизвестно.

Передозировки возникают с самых первых попыток приема спиртного и уже на самых ранних этапах сопровождаются полными провалами в памяти (амнезиями) на весь период опьянения. Но это их ничуть не пугает и не влияет на их дальнейшее потребление алкоголя — они неоднократно попадают в медвытрезвитель и в токсикологические отделения больниц с тяжелым алкогольным отравлением. Порой врачам с трудом удается спасти им жизнь. А выписавшись из больницы, они вновь напивают-

ся, и бывает так, что в тот же день вновь попадают в тот же самый токсикологический стационар с еще более тяжелым отравлением.

Даже при небольшой длительности заболевания обращает на себя внимание наличие тяжелых проявлений алкоголизма. При сопоставлении возраста больных, времени начала злоупотребления и симптомов болезни выявляется явная диссоциация (несоответствие) между имеющейся симптоматикой, ее тяжестью и малой продолжительностью алкоголизма. Тяжелые психические нарушения превалируют над другими проявлениями и последствиями алкоголизма. Поэтому его и называют злокачественным.

Тяжелые проявления алкоголизма и нарушения поведения при злокачественном течении заболевания вынуждают родственников больных уже через 2-3 года от начала злоупотребления обращаться за помощью к наркологу. Но даже в условиях типового наркологического отделения эти больные резко выделяются среди остального контингента пациентов. Они не подчиняются медицинскому персоналу и врачам, нарушают режим, отказываются от лечения. Если медицинские сестры настаивают, чтобы они принимали лекарства, они прячут таблетки за щеку или под язык, а потом в туалете выплевывают их или вызывают искусственную рвоту.

Они умудряются пить даже находясь в стационаре (спиртное им приносят в передачах их приятели или родственники). Из-за нарушений режима их часто выписывают из психиатрической больницы до окончания срока лечения. После неоднократного безуспешного лечения в психиатрических или наркологических больницах их раньше направляли на принудительное лечение в ЛТП, но они умудрялись пить и там. Многие по несколько раз побывали на принудительном лечении, но тоже безрезультатно.

Больные со злокачественным течением алкоголизма обращают на себя внимание не только тяжестью основной симптоматики алкоголизма, но и большой частотой алкогольных психозов и алкогольных судорожных припадков. У многих неоднократно возникает алкогольный делирий, реже — алкогольный галлюциноз. Причем помимо острых алкогольных психозов уже на 5-7 году заболевания возникают и хронические психозы, которые при типичном течении алкоголизма обычно наблюдаются в последней, 3-й, стадии болезни. Судорожные припадки возникают у них в состоянии похмелья. В отличие от припадков при эпилепсии, при алкогольных припадках не наблюдается прикуса языка и непроизвольного мочеиспускания.

У многих больных алкогольные психозы сочетаются с судорожными припадками.

Социальная декомпенсация у таких больных происходит стремительно и во многих случаях даже опережает по срокам возникновения основные симптомы алкоголизма. Они не удерживаются ни на одной работе: везде нарушают трудовую дисциплину и пьянствуют. Даже на самой низкоквалифицированной работе они способны продержаться не более 1-2 месяцев. Впоследствии они вообще не пытаются устроиться на работу, попрошайничают, тунеядствуют. Многие имеют неоднократные судимости. Их поведение и безудержное пьянство не выдерживают даже их пьющие родственники, их выгоняют из дома и они становятся БОМЖами.

А при варианте **алкоголизма с замедленным течением** все симптомы по времени их возникновения значительно отличаются от типичного, а тем более от злокачественного варианта заболевания. Поэтому его и называют доброкачественным вариантом алкоголизма.

В замедлении формирования алкоголизма существенную роль играют многие факторы.

Одним из наиболее важных факторов, влияющих на развитие алкоголизма и определяющих скорость его развития, являются особенности характера человека (особенности личности).

У многих пациентов со злокачественным и типичным течением алкоголизма существуют различные психические отклонения еще до начала злоупотребления алкоголем. Они негативно влияют на темп формирования алкоголизма. Чем более выражены психические расстройства, предшествующие злоупотреблению алкоголем, тем тяжелее протекает алкоголизм.

А при варианте с замедленным течением процент психопатий невысок, и каких-либо явных психических заболеваний, предшествующих алкоголизму, как правило, не наблюдается. В целом можно охарактеризовать этот контингент пациентов как изначально психически здоровых людей, хотя у них могут быть индивидуальные особенности личности, которые называются акцентуацией характера (то есть преобладание тех или иных черт характера) и не являются патологией с точки зрения психиатрии.

У таких людей есть общие стержневые черты — высокие волевые качества, адаптационные (приспособительные) возможности и повышенное чувство социальной ответственности.

Они обладают честолюбием, целеустремленностью и настойчивостью в достижении цели. Безделье, бесцельное времяпрепровождение, жизненный дрейф им несвойственны. Их

можно охарактеризовать как зрелых, волевых людей, а многих — как “личность” в самом положительном смысле этого слова, имея в виду ярко выраженную индивидуальность данного человека и сильный тип нервной системы.

Среди них есть незаурядные люди, обладающие не только высоким интеллектом, но и деловыми и организаторскими способностями, что позволяет им уже в сравнительно молодом возрасте добиваться высокого социального статуса, занимать руководящие посты и не только сохранять достигнутое положение в обществе, но и неуклонно подниматься по “социальной лестнице”, несмотря на длительное злоупотребление алкоголем.

При многолетнем наблюдении за этим контингентом создается впечатление, что такие люди относятся к категории, изначально выносливых ко многим неблагоприятным воздействиям — не только к высокой служебной загруженности и психическому перенапряжению, стрессам, но даже к длительному воздействию алкоголя.

Им свойственны самоконтроль в широком понимании этого слова и сформированные нравственно-этические установки, чему во многом способствуют условия воспитания, развитие этических навыков поведения с детских лет. В детстве у подавляющего большинства из них не было дурного влияния ближайшего окружения, их родители не злоупотребляли алкоголем и соответственно воспитывали у детей отношение к пьянству как к неприемлемому и осуждаемому явлению. Поэтому у них изначально формировалось представление о допустимых нормах потребления спиртного и нормах поведения в обществе.

Имеет значение и отсутствие гедонистических установок (то есть направленных на получение удовольствия, развлечений). С детских и юношеских лет их интересы социально позитивные (а не асоциальные, как при ускоренном течении). Их жизнь насыщена событиями, они активны и не выносят безделья. Большинство имеет широкий круг друзей и знакомых со сходными чертами характера.

Вместе с тем, в течение всей жизни они сохраняют способность к самоанализу, критической оценке своего поведения и возможность соотносить свои поступки с общепринятыми нормами поведения в обществе.

Уже с юности они имеют четко поставленную цель в жизни — овладеть профессией, отвечающей их интересам, и добиться в ней значительных успехов. И это им удается. Большинство из них имеет высшее образование, и не одно, ученую степень. Они настоящие профессионалы в своей области. Некоторые из них не ставят перед собой карьерных целей, они

настоящие "трудоголики", много и плодотворно работающие, и занимаемые ими высокие служебные посты вполне заслужены.

Но есть среди них и тщеславные, честолюбивые люди, главная цель которых — сделать карьеру, выделиться, стать знаменитыми, — неважно, в какой области. Если не получилась профессиональная карьера, они легко находят другую область для применения своих способностей. А поскольку они люди неординарные, то это им удается. В прежние годы они уходили на партийную и комсомольскую работу и благодаря своим личностным качествам и организаторским способностям быстро становились лидерами, занимали важные посты в партийных или комсомольских структурах.

Их общительность и умение легко приспособливаться к любым обстоятельствам позволяли им быстро обзаводиться необходимыми связями и знакомствами. Они легко устанавливали контакты с нужными для дела людьми, особенно с теми, кто был способен значительно повлиять на их судьбу. Если у них с самого начала не было покровителя, занимающего высокий пост, то они безошибочно находили его.

Начиная свою трудовую деятельность, они проявляли достаточную гибкость во взаимоотношениях, умели оказать нужные услуги частного характера высокопоставленным чиновникам и своему начальнику, быть полезным во всех отношениях, не страдая излишней щепетильностью.

На начальных этапах они старались всячески выделиться среди остальных членов коллектива, проявляли инициативу, активно участвовали в общественной жизни, устраивали различные мероприятия, соглашались на любой пост, который позволит им заниматься руководящей работой — в первичных профсоюзных или комсомольских организациях. В прежние годы, когда без членства в партии невозможно было сделать никакой карьеры, они уже в институте или после его окончания при первой же возможности подавали заявление в партию, заручившись рекомендациями солидных начальников. При этом их личные убеждения не имели значения, для них всегда были важнее интересы дела — если надо, — значит, надо. И в дальнейшем они принимали активное участие в партийной жизни, расширяя и укрепляя свои связи. Своему покровителю они демонстрировали личную преданность и солидарность во всем. Если у начальника были какие-то слабости, они умело играли на них, умели польстить и составить компанию. Если начальник увлекался спортом, то и они начинали заниматься тем же, если начальник любил выпить, то и в этом они не отставали от своего руководителя.

Таких честолюбцев начальники уже смолоду замечают и выделяют из коллектива, ценят за их личную преданность, безотказность и усердие. Они к месту могут вставить нелестное слово о сопернике, искусно интригуют, чтобы добиться своей цели. Они быстро устанавливают неформальные отношения со своим руководителем, становятся его правой рукой, и в дальнейшем их служебный рост идет параллельно с ростом начальника — переходя с одного поста на другой, руководитель находит хорошую должность рядом с собой и для своего верного помощника.

В новых условиях так называемых рыночных отношений их комсомольско-партийная и чиновничья закалка и обширные связи позволяют им успешно применять свои способности и ранее приобретенные навыки в бизнесе, предпринимательской деятельности или в политике, и результат этого всем очевиден.

В молодости большинство из них отрицательно относилось к пьянству, так как это отношение было привито им воспитанием. Они вообще избегали употреблять спиртное, считая что это отнимает слишком много времени, "отупляет" и мешает делу. Некоторые употребляли спиртное лишь эпизодически — по праздникам, на семейных торжествах или служебных банкетах из солидарности с кругом общения. Количество потребляемого спиртного было небольшим, хотя, будучи физически здоровыми и крепкими людьми, они вполне могли бы позволить себе и большее количество. Но таковы были их убеждения на том этапе.

В период становления карьеры и при последующем служебном росте их убеждения менялись под влиянием ближайшего окружения. Хотя они изначально и имели сформированную нравственно-этическую позицию по отношению к пьянству как неприемлемому и осуждаемому явлению, но в том кругу, в который они попали, сделав начальную карьеру, отношение к пьянству было иным, потребление спиртного среди "своих" там не осуждалось и считалось вполне приемлемым явлением.

Если человек пил столько же, сколько и остальные (а многие из них пили и пьют немало), и при этом не было никаких явных последствий, сказывающихся на работе и его репутации, — это не вызывало возражений. Частые банкеты, приемы и презентации, сопровождающиеся совместным употреблением спиртного, тоже считались нормальным явлением.

Пьянство, если оно происходило вне привычного круга, тщательно скрывалось. Пить следовало не больше, чем остальные, а если больше, — то так, чтобы об этом не узнало руководство.

Самоконтроль, дисциплина и социальный тренинг, выработанные годами работы в партийных и государственных структурах, позволяют этим людям длительное время контролировать свое пьянство.

Их высокие адаптационные способности и умение приспособливаться к любой среде способствуют принятию традиций своего круга. Если там употребление спиртного считается неприемлемым и осуждается, они подчиняются этим требованиям. Но, как известно, и в высших кругах прием спиртного — явление распространенное и дозволенное. Осуждается только то, что считается чрезмерным, выходящим за общепринятые рамки. Поэтому, даже имея в прошлом четкую нравственно-этическую позицию, человек, попавший в такой круг и желающий в нем закрепиться, без особых сомнений и колебаний принимает существующие традиции.

Пьянством они считают то, чему подвержены все остальные. А собственное потребление спиртного в рамках своего коллектива считается нормальным явлением. Таким образом меняются этические установки личности в отношении дозволенности пьянства. А изменение прежней позиции — это уже уступка пьянству и шаг на пути к увеличению массивности потребления алкоголя.

Употребление спиртного в такой среде считается не только возможным, но и нужным, чтобы “не выделяться” и “соответствовать” существующим традициям. Пьянство из солидарности со своим начальником и кругом общения позволяет сблизиться не только со своим непосредственным руководством, но и значительно расширить сферу нужных знакомств. В результате частых совместных вечеринок устанавливаются приятельские отношения с друзьями начальника. Это позволяет впоследствии неофициально обращаться к нужному человеку с просьбой или самому оказывать услуги и тем самым укреплять неформальные отношения. Таким образом человек быстро обрастает нужными связями. А связи лучше всего закрепляются в неофициальной обстановке. Все большее число людей вовлекается в этот круг, и все чаще приходится выпивать то с одним человеком, нужным для дела, то с другим. Если в своем коллективе нет вакантной должности, то нужный человек, с кем выпито немало, поможет перейти на престижную должность в другое учреждение. А там возможностей для дальнейшего расширения связей еще больше, и так далее.

При этом употребление алкоголя, а впоследствии злоупотребление им — вовсе не самоцель. Оперировав понятиями делового человека, сам пьющий расценивает их как способ расширения и упрочения связей с людьми своего уровня.

Стремление к идентификации себя с людьми своего круга затрагивает даже зрелую личность, имевшую в прошлом иные установки. Идентификация (тождественность) — подразумевает стремление походить на кого-либо, соответствующего нравственным критериям личности.

Если в коллективе единомышленников существуют определенные нормы в отношении потребления спиртного, то все следует этим нормам. Если в более узком кругу, в неофициальной обстановке принято "расслабляться" и превышать нормы потребления алкоголя, установленные в официальной обстановке, — то все люди, входящие в этот круг, делают то же самое, опять же, чтобы не выделяться и быть как все.

Человек, который не желает следовать таким традициям, просто избегает таких коллективных выпивок, но возможностей для расширения неформальных дружеских связей у него гораздо меньше, чем у человека, регулярно пьющего в компании единомышленников.

То есть здесь пьянство тоже социально детерминировано (предопределено) и происходит под влиянием ближайшего окружения.

Регулярное пьянство в своем кругу снижает степень самоконтроля и со временем меняет установки личности. Это происходит постепенно, в течение многих лет. Жизненные установки человека остаются неизменными, а употребление спиртного расценивается как необходимость, следствие образа жизни людей определенного социального уровня.

В среде с низким социальным и интеллектуальным уровнем пьянство — тоже социально детерминированное явление. Но цели и задачи там иные — это образ жизни, способ провести время, когда нет других интересов и увлечений, своеобразная компенсация бедности своей духовной жизни и стремление к общению на том уровне, который доступен и приемлем для человека. Поиски спиртного, организация выпивки и сама выпивка заполняют эту пустоту, и человек вроде бы "при деле", у него есть круг общения, который его устраивает и где он чувствует себя своим, равноправным членом. У всех примерно одинаковые проблемы, и есть о чем поговорить, выпив столько, сколько он считает нужным или сколько ему требуется, если он уже алкоголик.

Пьянство — явление коллективное, даже алкоголики предпочитают пить в компании, в одиночку пьют лишь больные алкоголизмом на поздней стадии болезни, когда они растеряли все свои связи и их потребление спиртного выходит за рамки даже сильно пьющего коллектива.

Но потребление спиртного — это не статический, а динамический процесс, и если уж он начался, то продолжает развиваться.

Со временем потребление спиртного переходит в злоупотребление, чаще всего незаметно для самого пьющего. Меняется его отношение к проблеме пьянства, меняется и его отношение к допустимой частоте и дозам потребляемого спиртного. Если все люди этого круга позволяют себе периодически потреблять алкоголь в значительных количествах, и это никак не сказывается на их служебном и социальном статусе, то человек со временем начинает склоняться к мнению, что это не только не причиняет вреда, но даже и полезно, так как у него все прибавляется друзей и приятелей, которые помогают ему повышаться по службе, оказывают различные услуги, выручают и помогают в любой ситуации.

Начало злоупотребления алкоголем при замедленном течении алкоголизма довольно позднее — в 25-35 лет, когда человек уже сформировался как личность и профессионал и достиг на своем поприще определенных результатов.

При замедленном течении алкоголизма этап, предшествующий заболеванию, — злоупотребление алкоголем (бытовое пьянство) имеет три варианта.

При первом варианте форма потребления спиртного — эпизодическая — на различных приемах, банкетах, презентациях и в узком кругу коллег по работе или старых друзей. Интенсивность потребления алкоголя зависит от ситуации и коллектива, в котором происходит прием спиртного, — в официальном кругу это сравнительно небольшое количество, не больше, чем пьют остальные, а в своем узком кругу обычно принимаются значительно большие количества спиртного, но это тоже зависит от ситуации — будни это или выходной день, нужно ли завтра идти на работу, велика ли профессиональная загруженность на данный момент, как чувствует себя сам человек, и многого другого.

При втором варианте мотивировка употребления спиртного — желание снять психическое напряжение после рабочего дня. Человек начинает употреблять спиртное достаточно часто, когда, по его мнению, в этом есть необходимость: при бессоннице, служебных неприятностях, усталости. Некоторые употребляют спиртное ежедневно. Дозы алкоголя обычно стабильны и сравнительно невелики — 50-150 г крепких спиртных напитков не вызывают опьянения и каких-либо внешне заметных изменений в поведении. Человек может придерживаться этой дозы даже во время коллективных выпивок.

Третий вариант может сочетать два предыдущих — в обычные дни человек выпивает свою привычную дозу, а во время коллективных выпивок пьет так, как это принято в его кругу.

Многим больным с замедленным течением алкоголизма свойственна изначально высокая переносимость спиртного. Как правило, это физически крепкие, выносливые люди, не имеющие каких-либо серьезных заболеваний, что позволяет им достаточно легко выдерживать все нагрузки, связанные с их напряженной жизнью.

Регулярно принимая участие в коллективных вечеринках в кругу своих единомышленников, на этом этапе человек может вполне обходиться без спиртного в иных ситуациях. В выходные дни, на отдыхе, во время отпуска или в командировках многие не употребляют алкоголь, не испытывая никаких неприятных ощущений от воздержания. Отдых не ассоциируется у них с выпивкой, как у людей иного социального уровня, они умеют развлекаться и отдыхать и без спиртного. Многие, устав от высокой психической нагрузки, связанной с их профессиональной деятельностью, с удовольствием переключаются на физический труд, например, строят или ремонтируют свою дачу, работают на садовом участке, мастерят что-то по дому, занимаются починкой инвентаря или электроприборов и так далее.

На этапе злоупотребления алкоголем происходят пока еще количественные изменения — увеличение частоты потребления и доз алкоголя. Но тем не менее, основы будущих качественных изменений уже закладываются. Учащение приема спиртного и рост дозировок создают предпосылки для формирования в последующем синдрома измененной реактивности. А изменение отношения человека к дозволенности пьянства и использование алкоголя как средства для успокоения и снятия психического напряжения создают положительную оценку состояния опьянения и закладывают основы будущего влечения (тяги) к спиртному.

Развитие основных симптомов заболевания при непрекращающемся злоупотреблении — лишь вопрос времени, поскольку продолжительное и массивное воздействие алкоголя на организм человека не может не привести к нарастанию симптомов.

Длительность этапа злоупотребления алкоголем (бытового пьянства) при замедленном течении алкоголизма значительно превышает таковую при типичном течении алкоголизма и составляет 10-15 лет и более.

Начало заболевания, как и при любом варианте алкоголизма, — появление влечения к алкоголю. Одной из важных особенностей этого варианта является замедленное формирование влечения. А чем быстрее возникает тяга к алкоголю, тем скорее бытовое пьянство переходит в алкоголизм.

Влечение к алкоголю — это сложный психический феномен. Оно возникает не внезапно, а формируется в течение определенного времени. От момента появления его первых признаков до полного клинического оформления могут пройти многие годы.

При злокачественном варианте алкоголизма влечение к алкоголю возникает столь стремительно, что уловить его первые признаки практически невозможно.

При типичном течении алкоголизма период формирования влечения может продолжаться от нескольких месяцев до 1-2 лет, и чаще всего устанавливается ретроспективно.

А при замедленном течении алкоголизма этот период продлжается 5-10 лет. Это является одним из факторов, влияющих на скорость формирования заболевания в целом.

В динамике формирования влечения вначале появляется положительная оценка опьянения как состояния приятно-го самочувствия, расслабленности. Затем положительно оценивается и сама обстановка, в которой происходит прием алкоголя, и компаньоны по выпивке.

Прием спиртного пока еще не самоцель. Больше ценится возможность отвлечься, переключиться с повседневных забот на легкие разговоры и общение с приятелями. Затем формируется определенное позитивное отношение к самому алкоголю как средству, дающему возможность расслабиться, упростить отношения с незнакомыми людьми или наоборот, дать ощущение бодрости, тонуса при усталости. При этом человек может осуждать других неумеренно пьющих людей, противопоставляя им себя.

Со временем возникает целая система оправдательных аргументов, основанная на сравнении собственного пьянства и потребления спиртного явными алкоголиками, причем последним противопоставляется не только собственное пьянство, но и примеры, когда у людей его круга многолетнее злоупотребление алкоголем не приводит к каким-либо явным последствиям.

Перестраивается система взглядов на всю проблему пьянства — осуждается то, которое приводит к деградации личности и социальному снижению, а собственное пьянство и пьянство людей своего круга таковым не считается.

Со временем человек приобретает уверенность, что пить он умеет, интенсивность потребления алкоголя вреда ему не причиняет и стать алкоголиком ему не грозит. После такой перестройки взглядов человека снижается (но не исчезает) самоконтроль и как бы отпускается тормоз, сдерживающий развитие влечения.

А дальше влечение к алкоголю начинает сказываться на настроении и поведении человека. Он уже сам активно ищет поводы для выпивки, а при возникновении препятствий испытывает недовольство, психический дискомфорт. Затем влечение занимает доминирующее положение в сознании, и человек пытается с ним бороться — желанию выпить противопоставляются аргументы против этого.

При типичном течении алкоголизма этап борьбы мотивов обычно непродолжителен, и если нет внешних обстоятельств, препятствующих этому, то актуализированное влечение чаще всего реализуется. При злокачественном алкоголизме этап борьбы мотивов вообще отсутствует.

А при замедленном течении алкоголизма борьба мотивов "выпить" или "не выпить" существует не только в 1-й, но и во 2-й стадии. Чем продолжительнее этот этап, тем больше шансов, что желание выпить не будет реализовано.

В отличие от типичного, а тем более, злокачественного алкоголизма, при этом варианте уже в 1-й стадии многие больные начинают частично осознавать свое влечение. Особенно если раньше имелось иное отношение к пьянству, а также при длительной и зачастую тягостной для больного борьбе между желанием выпить и невозможностью реализовать это желание. Больные пытаются переключиться на какие-то дела, но желание выпить навязчиво всплывает в сознании, мешает сосредоточиться и продуктивно работать.

При условии сохранения анонимности такие пациенты могут откровенно и достаточно подробно рассказать об этом врачу, просят помочь им преодолеть тягу к спиртному, воспринимая ее как новое, ранее несвойственное им явление. Они сознают изменение своего отношения к алкоголю, состоянию опьянения и всему, что с этим связано и имеют четкие установки на лечение.

В этом состоит одно из важных отличий такого варианта течения алкоголизма от типичного и злокачественного в аспекте его лечения и дальнейшего прогноза. Именно поэтому вариант алкоголизма с замедленным течением расценивается как доброкачественный по сравнению с другими вариантами.

Но независимо от того, осознают ли больные свое влечение к алкоголю или нет, даже при большой давности заболевания сохраняется способность преодолевать желание выпить, если оно возникает в неподобающих ситуациях. Это обусловлено наличием самоконтроля и социального контроля, а также особенностями личности самих больных.

Контроль за мерой выпитого тоже отличается от такового при типичном алкоголизме. При последнем утрата коли-

чественного контроля возникает или одновременно с влечением к алкоголю, или на 1-2 года позже. А при варианте с замедленным течением способность контролировать выпитое сохраняется на протяжении десятилетий, причем не только в 1-й, но даже во 2-й стадии болезни. Индивидуальная "критическая" доза, после которой человек уже не может контролировать дальнейшее потребление спиртного, выше, чем при типичном алкоголизме, составляет 500-600 г крепких спиртных напитков, и далеко не все больные принимают такие количества.

Важнейшей особенностью замедленного течения алкоголизма является высокая значимость социальных и психологических факторов, оказывающих влияние на интенсивность потребления спиртного и в целом — на развитие заболевания.

При изменении ситуации и увеличении влияния сдерживающих факторов (повышенная служебная загруженность, новая ответственная должность, изменение взаимоотношений в семье) потребление алкоголя сознательно резко ограничивается, и наоборот.

Из-за этого интенсивность потребления спиртного имеет волнообразный характер — с периодами полного воздержания и возобновления после изменения ситуации. Форма потребления алкоголя не имеет такой закономерной динамики — эпизодическая — систематическая — запойная, — как при типичном течении алкоголизма, и во многом зависит от степени влияния сдерживающих факторов.

При этом варианте изначальная переносимость спиртного высокая, а рост дозировок алкоголя замедлен, растянут во времени. Поэтому передозировок с возникновением тяжелой степени опьянения обычно не наблюдается. Соответственно, и рвотный рефлекс, утрата которого является одним из ранних признаков типичного алкоголизма, — не проявляется. Однако диагностически значимым является не сам факт отсутствия рвотного рефлекса, а именно потеря ранее имевшейся, но с определенного времени утраченной рвотной реакции.

Не наблюдается и той степени утраты контроля — за своим поведением в опьянении, как при типичном, а особенно злокачественном, течении алкоголизма. Это можно объяснить двояко — и наличием самоконтроля, и редкостью случаев выраженного опьянения.

Палимпсесты в опьянении (легкие формы провалов в памяти) возникают на 8-12 году заболевания, а при типичном алкоголизме — на 2-3-м году. Амнезии опьянения (полные провалы в памяти) наблюдаются на 15-25-м году болезни, при типичном же алкоголизме значительно раньше — на 5-8-м году.

Есть отличия и в регулярности амнезий — при типичном алкоголизме вначале они возникают на максимальных дозах спиртного, а затем становятся систематическими, сопровождая почти каждое опьянение, а при замедленном течении они не имеют систематического характера и наблюдаются только при тяжелом опьянении, а это редкое явление при этом варианте.

При замедленном течении алкоголизма бывает и такой вариант, когда симптомы ограничиваются проявлениями измененной реактивности и психической зависимости в течение 15-25 лет, а физическая зависимость, несмотря на большую давность болезни, не развивается.

Важной особенностью алкоголизма с замедленным течением является и то, что, несмотря на большую давность заболевания, ни коллеги, ни члены семьи не считают таких людей больными алкоголизмом.

2-я стадия алкоголизма при замедленном его течении формируется гораздо позже, чем при типичном, а тем более злокачественном течении — через 15-25 лет. Как и 1-я стадия, она существенно отличается по своей клинической картине от типичного течения алкоголизма.

Существенной особенностью является сохранение этапа борьбы мотивов “выпить” или “не выпить”. Борьба мотивов особенно отчетливо проявляется в трезвом состоянии, но может быть даже в похмелье. И если ситуация не допускает употребления спиртного, то человек может преодолеть влечение к алкоголю.

В отличие от типичного алкоголизма, при котором в этой стадии алкоголик способен испытывать состояние удовлетворения и психического комфорта только в опьянении, а все остальные интересы угасают, при замедленном течении значимость прежних жизненных ценностей не утрачивается. Увлеченность любимым делом, работой может надолго вытеснить потребность в выпивке.

Даже во 2-й стадии не наблюдается столь четкой систематичности приема алкоголя, которая свойственна аналогичной стадии типичного алкоголизма. Частота приема спиртного и его регулярность по-прежнему зависят от степени влияния сдерживающих факторов, — если увеличивается нагрузка на работе, предстоит важное дело или о пьянстве могут узнать люди, в которых человек заинтересован, — то потребление спиртного сознательно резко ограничивается. Такие больные, поехав в служебную командировку в составе делегации, стараются избегать ситуаций, предполагающих употребление спиртного.

Ситуационный контроль на этой стадии типичного алкоголизма утрачивается. А при варианте алкоголизма с замед-

ленным течением ситуационный контроль и самоконтроль сохраняются очень долго. Такие больные никогда не пьют в неподобающей ситуации, не предлагают выпить малознакомым людям, не употребляют спиртное на работе, если предстоит важная встреча или дело.

Вместе с тем характер работы многих больных с замедленным течением алкоголизма связан с частым употреблением спиртного во время рабочего дня. В деловых кругах часто бывает принято отмечать заключение контракта, сделки, принятие важного решения банкетом или небольшим застольем в служебном кабинете. Некоторые постоянно держат спиртное в своем кабинете для так называемых представительских целей. И не считается чем-то из ряда вон выходящим, если деловые партнеры после заключения сделки выпьют пару рюмок. А крупные мероприятия завершаются презентациями, приемами и прочими разновидностями совместного употребления спиртного. Эти традиции легко прижились потому, что у многих деловых людей уже сформирован алкоголизм с замедленным течением.

Сохранение ситуационного контроля позволяет пьющему человеку ограничиться в подобной ситуации минимальным количеством спиртного. Ситуационный контроль позволяет сохраняться и количественному контролю. Зная свою "критическую" дозу, после которой он уже не способен контролировать дальнейшее потребление спиртного, на официальных тусовках человек сознательно выпивает значительно меньшее количество. А в неофициальной обстановке со старыми друзьями и командой единомышленников самоконтроль снижается, он уже может выпить гораздо больше, и здесь утрата количественного контроля проявляется наглядно.

При отсутствии сдерживающих факторов интенсивность потребления спиртного возрастает, увеличиваются и дозы алкоголя, и частота его приема. В ряде случаев возможны эпизоды многодневного пьянства. Обычно они ситуационно спровоцированы, например, когда человек едет в командировку со своим давним собутыльником или на отдыхе со старыми приятелями. Но при возвращении к трудовой деятельности интенсивность пьянства вновь сознательно ограничивается.

Для типичного алкоголизма характерно поступательное, прогрессирующее развитие, без колебаний в течении, а приостановка потребления алкоголя вызвана внешним воздействием или наркологическим лечением.

А при замедленном течении алкоголизма наблюдается волнообразный характер (он называется ремиттирующим).

Возможны спонтанные ремиссии, то есть длительные периоды воздержания от употребления спиртного, возникающие по воле самого человека без какого-либо наркологического лечения. Спонтанные ремиссии могут возникнуть из-за увеличения степени влияния сдерживающих факторов или при ухудшении здоровья.

Важным фактором, сдерживающим развитие алкоголизма, являются семейные взаимоотношения. Семейные связи при этом варианте алкоголизма обычно сохранены. Для такого контингента больных большое значение имеет мнение эмоционально значимых людей. Умная, настойчивая и требовательная жена способна многие годы подогреть честолюбие мужа и заставлять его ограничивать пьянство. Строгий семейный контроль, наличие культуры досуга и требования родных заставляют многих больных находить компромиссные решения, например; ограничивать употребление спиртного семейными стенами, выпивая ежедневно дома после работы или во время отпуска.

При этом варианте нет нарушений поведения в опьянении, а пьянство не сказывается на материальном достатке семьи и социальном статусе больного, поэтому семейные скандалы из-за пьянства редки. Если потребление спиртного, даже регулярное, не влечет каких-либо явных последствий, то оно не вызывает озабоченности жены. Семейные конфликты возникают только после передозировок, а они при этом варианте редки.

Особенностью синдрома физической зависимости при этом варианте течения алкоголизма является меньшая степень компульсивности (неодолимости) влечения к алкоголю в светлых промежутках между выпивками и даже в похмелье. Больной способен отказаться и от выпивки, и от утреннего опохмеления в такой ситуации, которая не позволяет этого. Влечение становится неодолимым (компульсивным) в опьянении после превышения "критической" дозы алкоголя. При этом варианте она довольно высока, и в ряде случаев больные сознательно стараются не превышать ее.

Бывают случаи, когда при большой давности болезни (20-30 лет) и наличии первого признака синдрома физической зависимости (компульсивного влечения к алкоголю) второго признака физической зависимости — похмельного синдрома — нет. Или же он формируется значительно позже, через 5-10 лет после появления компульсивного влечения.

Особенностью похмельного (абстинентного) синдрома при алкоголизме с замедленным течением является в целом меньшая выраженность его симптоматики. Характерны со-

матические (то есть телесные) проявления похмелья, а психические нарушения не выражены. Тревоги, страхов, острых алкогольных психозов, как при типичном алкоголизме, не наблюдается.

В условиях постоянной трудовой занятости больные никогда не похмеляются в будни утром перед работой, стараются смягчить явления похмелья различными тонизирующими средствами или с помощью "коктейлей" из лекарств, в которые входят сердечные, успокаивающие, обезболивающие, стимулирующие средства и поливитамины. На работе они объясняют свое плохое самочувствие переутомлением, бессонницей, болезнью или берут больничный лист в связи с повышенным давлением либо обострением какого-нибудь заболевания.

Те, у которых на работе нет контроля со стороны вышестоящего руководства, поскольку они сами являются руководителями предприятий или учреждений, могут позволить себе не выйти на работу, объяснив это необходимостью поработать дома с документами или болезнью. Если это невозможно, они используют позднее опохмеление — вечером после работы.

Если есть "официальный" повод выпить на работе, они предложат выпить деловому партнеру, чтобы самим опохмелиться. Но эта доза тоже контролируется — человек выпьет только то количество спиртного, которое снимет явления похмелья.

Но в неслужебных условиях, например, во время отдыха или в командировке с давним партнером по выпивке, возможно и утреннее опохмеление. Однако, как правило, такие больные скрывают свою потребность в опохмелении даже от своих давних знакомых и членов семьи, придумывая различные благовидные предлоги, чтобы выпили другие, а вместе с ними выпьют и они сами. Если же такой возможности нет, они опохмеляются тайком, маскируя компрометирующий запах спиртного различными освежающими средствами, ментоловыми пастилками или жвачкой. Но при возврате на работу они вновь исключают для себя возможность утреннего опохмеления.

Поэтому многие из них, зная, что утром будут испытывать похмелье, в будни сознательно ограничивают количество потребляемого спиртного, чтобы не мучиться похмельем на работе.

Коллеги таких больных, их деловые партнеры и другие члены их круга даже не подозревают, что этот человек болен алкоголизмом, поскольку он старается не выделяться чрезмерностью своего потребления спиртного.

А многих даже считают умеренно пьющими, потому что в официальной обстановке они позволяют себе лишь 2-3 рюмки

спиртного и отказываются от дальнейшего продолжения, даже если все остальные участники выпивки продолжают пить. В этом состоит еще одно существенное отличие такого варианта алкоголизма от типичного, при котором алкоголик во 2-й стадии никогда не откажется от дармовой и дозволенной выпивки.

Имеет особенности и анозогнозия (непризнание себя больным). Истинной тотальной анозогнозии, свойственной большинству больных с типичным алкоголизмом, проявляющейся в стойкой, не поддающейся коррекции убежденности в отсутствии у себя заболевания, как правило, не наблюдается.

У части больных уже в 1-й стадии возникает осознанное отношение к своему заболеванию. Наедине с собой они признают, что их психическое и физическое благополучие во многом зависит от употребления алкоголя.

В ряде случаев больные начинают осознавать свою болезнь при появлении похмельного синдрома и потребности в опохмелении. Анозогнозия при этом варианте алкоголизма чаще всего частична — часть больных признает не болезнь в целом, а некоторое излишество потребления спиртного, другие осознают болезненность лишь некоторых проявлений, но не считают, что алкоголизм у них уже сформировался, и уверены, что в любой момент могут прекратить злоупотребление алкоголем.

А некоторые больные, полностью сознавая наличие сформированного алкоголизма, отрицают его лишь на словах. Такой феномен можно назвать псевдоанозогнозией (ложной анозогнозией). Псевдоанозогнозия имеет целенаправленный характер и служит проявлением диссимуляции (сокрытия) болезни для предотвращения выявления пьянства и изменения из-за этого отношения окружающих.

Диссимуляция и осознание болезни взаимосвязаны. Понимание болезненного характера многих проявлений алкоголизма побуждает больных скрывать свое заболевание и от врачей, и от членов семьи, а в первую очередь — от людей своего круга — сослуживцев, руководства, деловых партнеров и от общественности.

Такие больные прилагают немало усилий, чтобы замаскировать свою болезнь, чему во многом способствует сохранение чувства социальной ответственности. Они очень дорожат мнением и уважением окружающих и своей репутацией. Этот факт позволяет им постоянно контролировать свое потребление алкоголя и ограничивать пьянство, что является еще одним фактором, сдерживающим скорость развития алкоголизма.

Демаскировка болезни в своем кругу чревата крайне нежелательными последствиями. Даже если там существу-

ют традиции постоянных коллективных выпивок, никто из членов этого круга не считает ни себя, ни других алкоголиками. Официальное признание человека большим алкоголизмом неизбежно приводит к потере репутации. Даже длительное воздержание от употребления спиртного никогда не вернет ему прежнего отношения окружающих.

В тех редких случаях, когда алкоголизм демаскируется, то есть ближайшее окружение узнает, что этот человек является алкоголиком, больной лишается важного фактора, сдерживающего темп развития болезни. Это вызывает психологическую перестройку, пессимистическое отношение к будущему и утрату прежнего стремления ограничивать потребление алкоголя, если болезнь уже стала для всех очевидной.

Существенной особенностью этого варианта алкоголизма является длительная сохранность больных, то есть сохранение прежних индивидуальных черт характера, нравственно-этических установок и жизненных целей.

В отличие от типичного течения алкоголизма, при котором происходит вначале заострение черт характера, затем психопатизация личности (то есть приобретение психических отклонений, подобных психопатии), а в поздней стадии — нивелировка, стирание прежних черт личности и появление общих для всех больных алкоголизмом черт характера, при этом варианте нет такой динамики, даже при стаже болезни 40-45 лет.

Так называемое ядро личности, — то есть ее основные характеристики, — сохраняется, особенности характера меняются незначительно, человек остается индивидуальностью с достаточной гибкостью и пластичностью в отношениях с другими людьми и в адаптации (приспособлении) к изменению ситуации. Основная, социально позитивная, цель в жизни сохраняется. Этих людей невозможно представить себе тунеядцами, безработными или БОМЖами. При заметном течении такого не бывает никогда.

Больные продолжают работать, причем весьма успешно, на протяжении всей своей активной жизни, подчас до глубокой старости. Они отказываются уходить на пенсию даже в преклонном возрасте, потому что не представляют себе жизни без работы. Работа, репутация, положение в обществе и семья — вот их главные приоритеты в жизни, а потребление алкоголя не входит в число приоритетов, в отличие от банального, типичного алкоголизма, при котором пьянство вытесняет все другие значимые для нормального человека ценности.

Круг интересов таких больных отнюдь не ограничивается проблемами, связанными с употреблением спиртного, а

остается достаточно широким. Нет заметного интеллектуального снижения, сохраняются высокие профессиональные навыки, приобретенный запас знаний и социальный статус. Этому контингенту несвойственны деквалификация и типичные для алкоголизма нарушения трудовой дисциплины.

Отсутствует тотальная нравственно-этическая деградация и социальные последствия алкоголизма. Все социальные связи сохраняются, укрепляются, и большинство больных прогрессивно повышается в должности, несмотря на столь длительный стаж заболевания. Поэтому этот вариант алкоголизма можно назвать социально компенсированным.

Прежние партийные руководители и высокопоставленные чиновники легко нашли свое место и в новых условиях, стали руководителями крупных банков, совместных предприятий, акционерных обществ, по-прежнему занимают руководящие посты в государственных структурах. Жесткие условия деловой и предпринимательской деятельности заставили многих из них отказаться от употребления алкоголя или значительно снизить его потребление.

Несмотря на отсутствие социальной декомпенсации, этот вариант, в целом более благоприятный по сравнению с типичным алкоголизмом, далеко не так "безвреден", потому что возникают серьезные заболевания внутренних органов — гипертония, стенокардия, инфаркт миокарда, острая сердечно-сосудистая недостаточность, гепатит, цирроз печени, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и многие другие.

Эти болезни связаны и с возрастным фактором (при большой давности алкоголизма), и с высокой профессиональной нагрузкой, но они имеют тесную связь и с массивностью потребления спиртного — в периоды систематического употребления алкоголя они обостряются, а при длительном воздержании от употребления алкоголя общее состояние больного значительно улучшается. В периоды обострений заболеваний внутренних органов отчетливо видны их отличия от типичных проявлений тех же самых заболеваний, характерных для людей, не злоупотребляющих алкоголем. Ухудшение общего самочувствия и обострение заболеваний внутренних органов вынуждает многих больных отказаться от употребления спиртного.

3-я стадия алкоголизма при замедленном его течении не наступает.

Алкоголизм у подростков

Проблема пьянства и алкоголизма в подростковом возрасте в последние годы стала очень актуальной. Это вызва-

но, во-первых, экстраординарностью потребления спиртного в столь уязвимом возрасте, а во-вторых, тем, что при столь раннем начале злоупотребления алкоголизм сопровождается выраженными психическими расстройствами и чаще всего приобретает ускоренное, а иногда и злокачественное течение.

По статистическим данным, до 80% взрослых, больных алкоголизмом, начали злоупотреблять алкоголем именно в этом возрасте.

Потреблению алкоголя в подростковом возрасте, как правило, предшествуют нарушения поведения. Чаще всего здесь сочетаются многие факторы, в числе которых наследственная отягощенность (алкоголизм родителей или наличие у них психического заболевания), влияние пьющих родителей, психические заболевания самого подростка, недостатки воспитания — безнадзорность, отсутствие контроля, недостаточное внимание родителей или наоборот, чрезмерная опека либо деспотизм родителей и многие другие.

Вследствие этого у подростка возникают различные психические отклонения, нарушения поведения, которые приводят его в группу пьющих сверстников с асоциальным поведением. И здесь вступают в силу "законы" этой группы, которые обычно не встречают сопротивления самого подростка из-за присущей этому возрасту реакции имитации (подражания). Поведение подростка целиком определяется нормами поведения своей группы.

В большинстве подростковых групп совместное употребление алкоголя рано или поздно становится "нормой" для данной группы, даже если вначале она складывалась с иными целями.

Находясь дома один или с другом, психически здоровый подросток может найти себе занятие по душе и с увлечением играть в какую-либо игру, заниматься коллекционированием и т.п. Но общение подростка не ограничивается пределами семьи. Это ребенка дошкольного возраста можно "за ручку" отвести в детский сад, привести его домой, позволять гулять только в сопровождении взрослых и так далее.

А с подростком этого сделать уже нельзя. Он самостоятельно ходит в школу, может задержаться после занятий, пойти со своими сверстниками в кино или к кому-то домой и тому подобное. Его свободное после школы время совпадает со временем, когда родители заняты на работе, а бабушки и дедушки не способны полностью контролировать, как их внук или внучка проводят свой досуг.

В прежние годы были популярны занятия детей и подростков в различных секциях и кружках при Домах пионеров, и

многие из них были заняты интересным для них делом. Сейчас большинство спортивных и прочих секций стали платными, и далеко не каждая семья может позволить себе такие расходы.

Одновременно с этим спиртное стало всем доступно. Если раньше несовершеннолетним обычно не продавали алкогольных напитков, то сейчас, хотя эти запреты никто не отменял, большинству продавцов коммерческих ларьков абсолютно безразлично, кому они продают свой товар, взрослому или подростку. В любое время дня и ночи кто угодно может купить любой спиртной напиток.

Собираясь в группе (обычно такие группы организуются по территориальному признаку — живут в одном дворе, в одном районе, учатся в одной школе), подростки не могут придумать себе какое-то интересное занятие. Они сидят во дворе, бренча на гитаре или слушая музыку, катаются на мотоциклах, если они у них есть, или бесцельно бродят по улицам в надежде на какое-то "приключение", которое разнообразит их жизнь. Со временем они сами находят себе такие "приключения", и чаще всего — асоциальной направленности.

Редко встретишь в современных условиях группу подростков, увлеченно подметающих собственный двор или благоустраивающих спортивную площадку. Даже спортом многие из них не хотят заниматься, поскольку это уже не считается престижным, за исключением тех видов спорта, которые предназначены для самообороны или нападения. К тому же любые занятия спортом требуют упорства и труда, а сидеть во дворе или болтаться по улицам — гораздо проще, и никаких усилий не требует.

Безусловно, такое бесцельное времяпрепровождение свойственно далеко не всем подросткам, ибо если бы это было так, то наше общество в будущем ожидала бы катастрофа. Но здесь мы говорим не о психически здоровых подростках, а именно о тех, которым требуется помощь психиатра.

Как уже говорилось, причиной "жизненного дрейфа" без интересов и увлечений в подавляющем большинстве случаев является неправильное воспитание в семье, а также личностные аномалии самого подростка и психические заболевания — психопатии и акцентуации характера, задержка психического развития, умственная отсталость и другие.

Рано или поздно такая подростковая группа, которой нечем себя занять, "для настроения" или "для смелости" начинает употреблять спиртное. Обычно инициатором является подросток, уже имеющий индивидуальный опыт употребления алкоголя. Он предлагает выпить другим, и те, как правило, не

отказываются. Одни — из любопытства, другие, — чтобы пообщаться к “взрослой жизни”, третьи, — чтобы не оставаться от других членов группы.

Если кто-либо из подростков отказывается пить со всеми, он всегда становится предметом насмешек других — его называют “слабаком”, “трусом”, придумывают ему обидные прозвища. Это очень болезненно для этого уязвимого возраста, в котором и так много проблем. Тем более, что из-за акселерации многие выглядят и считают себя уже “взрослыми”, а недостаточное психическое развитие обуславливает их подверженность чужому влиянию, влиянию своих сверстников, авторитет которых в этом возрасте начинает доминировать над авторитетом взрослых.

Причем они боятся не того, что их избыют другие пьющие сверстники (такие случаи тоже бывают), а именно насмешек своих товарищей. В этом возрасте подростки еще не уверены в себе и своих силах, не могут на словах дать достойный отпор, а насмешки и обидные прозвища их очень травмируют.

Психиатрам нередко приходится сталкиваться с такими, затравленными насмешками и издевательствами сверстников, ребятами, особенно в коллективе, который подросток не может по собственной воле покинуть, — в детских домах и интернатах, в прежние годы — в пионерских лагерях, в настоящее время — в различных летних лагерях отдыха. В такой критической ситуации многие даже предпринимают попытку самоубийства.

В этом возрасте некоторые проявляют поразительную жестокость к более слабым или не похожим на них сверстникам. Причем сам по себе подросток может и не быть жестоким изначально, но в группе, где есть лидер с садистскими чертами характера, все остальные подростки тоже “заражаются” от него жестокостью, издеваются над теми, кто “не умеет пить”, или избирают “козла отпущения” в своей среде и постоянно унижают его, расценивая свое поведение как признак силы и превосходства над другими. Если такое поведение вовремя не пресечь и не скорректировать, этот стереотип может закрепиться на всю жизнь, и в дальнейшем вырастет человек, от которого будут очень страдать его родители и все окружающие.

Подростки обычно невыносливы к спиртному. Даже банки пива или 100 г вина достаточно, чтобы подросток, ранее не пробовавший спиртного, опьянел. Некоторые пьянеют и от меньших количеств алкоголя. Но это тоже расценивается в их среде как признак слабости и становится предметом насмешек со стороны тех, кто уже имеет опыт неоднократного употребления спиртного и может выпить больше.

Начиная употребление спиртного, большинство подростков не знает о своей малой выносливости к алкоголю. Ребята видят, как пьют взрослые, даже если их родители не выпивают, они имеют возможность наблюдать это в иных ситуациях или в фильмах, когда бравый герой, которому они симпатизируют, лихо "опрокидывает" стакан крепкого спиртного напитка. И они, из стремления подражать взрослым или киногероям, поступают так же. Употребление спиртного подростками с самого начала можно назвать злоупотреблением. Даже сам факт приема спиртного в этом возрасте — уже патология, независимо от количества принятого алкоголя. А стремление к подражанию и прием доз, незначительных для взрослого человека, является чрезмерным для подростка и приводит к передозировке.

У многих подростков с самых первых попыток приема спиртного возникают регулярные передозировки с тяжелым отравлением и рвотой:

Стремясь избежать насмешек других членов группы, подростки начинают "тренировать" себя спиртным, чтобы избавиться от рвоты в опьянении. Они пьют, как все в группе, а при появлении тошноты и позыва к рвоте убегают подальше, чтобы их не увидели, сказав, что идут в туалет или куда-либо еще, и после прекращения рвоты снова присоединяются к сверстникам и продолжают пить с ними. В течение выпивки рвоты могут быть неоднократно, и иногда они заранее уходят и вызывают рвоту искусственно, чтобы иметь возможность пить дальше.

Чем чаще возникают передозировки с рвотной реакцией, тем скорее этот защитный рефлекс утрачивается. А после прекращения рвоты в опьянении переносимость спиртного начинает возрастать быстрее.

Но как бы ни нарастала переносимость, у подростков она имеет свои пределы, значительно отличающиеся от переносимости спиртного взрослыми людьми.

Передозировки с возникновением тяжелой степени опьянения часто сопровождаются нарушением сознания в виде оглушения, сопора или комы. Это тяжелые состояния, требующие медицинской помощи, и нередко такие подростки попадают в токсикологические отделения больниц в состоянии алкогольного отравления. Без медицинской помощи возможен смертельный исход. В более легких случаях тяжелое опьянение может пройти самостоятельно.

После передозировок с тяжелыми формами нарушения сознания возникают амнезии — больные не могут вспомнить весь период опьянения или помнят лишь самое начало выпивки.

Раннее появление амнезий — плохой признак в плане будущего прогноза. Амнезии — это всегда следствие нарушения сознания и, соответственно, повреждения головного мозга. Даже однократная амнезия — это грозный симптом, который свидетельствует о неблагопучии центральной нервной системы. А если это частое явление и амнезии охватывают большой период времени, — тем более.

Такие тяжелые нарушения в столь юном возрасте, когда подросток должен учиться, — неизбежно сказываются на его интеллекте и дальнейшем психическом развитии.

В отличие от психически здоровых взрослых, подростков не пугают случаи передозировок с последующей амнезией, и это, как правило, не служит препятствием для дальнейшего приема спиртного.

У взрослых, больных типичным алкоголизмом, регулярные передозировки возникают на поздних стадиях и при достаточном количестве спиртного могут наблюдаться практически при каждом потреблении из-за компульсивного влечения к алкоголю и стремления к желательной для больного степени опьянения (а желательной на поздних стадиях становится именно глубокая степень).

У подростков на этапе злоупотребления влечения к алкоголю еще нет. Поэтому передозировки имеют иную причину. Подростки регулярно напиваются “до рвоты” и тяжелого опьянения не из-за того, что сознательно хотят достичь именно этого эффекта, а из стремления не отставать от других членов группы, среди которых всегда есть более опытные и более выносливые к спиртному, чем они сами. Хотя их, как правило, не пугает тяжелое опьянение и его последствия, но им такое состояние не нравится, они ждут от алкоголя другого эффекта.

Если бы это зависело от их собственной воли, а не от требований других членов группы, на этом этапе подростки вполне могли бы обойтись той степенью опьянения, которая вызывает у них веселье и активность. Они не испытывают желания напиться до “рвоты” и “полной отключки” и обычно говорят: “Так получилось, я не знал, все пили, и я пил”. И даже когда такие передозировки регулярны, это происходит не по их воле, а из-за стремления следовать традициям своей группы.

Психиатров не удивляет такое поведение подростков, потому что они знают все особенности психологии их возраста. Но поведение родителей не может не вызвать удивления и психиатрического анализа.

Многие подростки рассказывают, что родители ничего не знали об их пьянстве и передозировках. Ребенок приходит

домой поздно, его одежда перепачкана рвотными массами, от него пахнет, как из "винной бочки", а родители ни о чем не догадываются.

С позиции психиатра можно объяснить безразличное отношение к своему ребенку у алкоголиков — это обусловлено алкогольной деградацией личности.

Но безразличие родителей, не злоупотребляющих алкоголем и не страдающих психическими заболеваниями, к тому, как подросток проводит время, особенно в случаях, когда родители должны были бы уже бить тревогу, когда подросток выпивает практически ежедневно и каждый раз до глубокого опьянения, — необъяснимо.

На вопрос психиатра, как же родители не замечают их опьянения и последствий регулярного пьянства, подростки обычно отвечают: "А я поздно прихожу домой, они уже спят. А утром они уходят на работу, и я их не вижу".

Примерно так же мотивируют бесконтрольность поведения подростка и родители. На вопрос, почему же они не пытались выяснить, где и как проводит время ребенок, они заявляют: "А он мне не докладывается. Я спрашивала, а он говорит: "Не твоё дело". На вопрос, почему мама спокойно легла спать, когда ребенок еще не вернулся домой, они обычно отвечают: "А мне рано вставать на работу. Он каждый день приходит поздно, что ж, мне каждый день караулить его?" и так далее в том же духе. Поэтому неудивительно, что алкоголизм в подростковом возрасте принимает угрожающие размеры.

Примечательно, что то же самое мамы говорят и о своих дочерях. Средства массовой информации постоянно сообщают о детской проституции, детской преступности, алкоголизме, наркомании, венерических заболеваниях, сексуальной распушенности и абортах у 12-15-летних девочек, а маму волнует лишь то, встанет ли она утром вовремя на работу. Причем, именно такие передачи по телевизору эта мама не смотрит, полагая, что подобное может произойти только с чужими детьми, и со спокойной совестью переключает телевизор на свой любимый сериал в то время, как ее ребенок валяется "в отключке" в каком-нибудь подвале.

Когда мамы пациентов начинают рассказывать, как они заняты, как много они работают, можно спросить их о том, какой из телесериалов им больше всего нравится, и скорее всего выяснится, что они не пропускают ни одного. И при этом у них нет времени, чтобы проконтролировать собственного ребенка!

В результате регулярного потребления алкоголя, утраты рвотного рефлекса и возрастания переносимости спиртного начинает формироваться влечение к алкоголю.

У подростков формирование всех симптомов алкоголизма происходит очень быстро, и отрезки времени между появлением новых симптомов непродолжительны. Многие симптомы возникают гораздо раньше, чем при типичном алкоголизме взрослых.

Влечение к алкоголю проявляется в том, что подростку начинает нравиться само состояние опьянения — как веселое состояние, связанное с интересными “приключениями”. Подростки редко сидят и напиваются, как взрослые алкоголики. Выпив, они становятся активными, их “тянет на подвиги”, и именно это их особенно привлекает.

Подростки и в трезвом состоянии не очень способны контролировать свое поведение, если нет давления взрослых, а уж в состоянии опьянения — тем более. И здесь можно ожидать любых чрезвычайных происшествий. Драки, беспорядочные половые связи, изнасилование, кражи, грабежи и другие криминальные действия в состоянии опьянения подростки совершают ничуть не реже, если не чаще, чем взрослые.

Практически во всех случаях раннего начала злоупотребления алкоголем возникают выраженные нарушения поведения.

Делинквентное поведение (то есть совершение мелких проступков и правонарушений) практически всегда связано с употреблением спиртного. Подростки начинают прогуливать школу, грубят учителям и родителям, задирают более слабых, зная, что за их спиной стоит вся группа и ощущая себя сильными и непобедимыми, начинают изыскивать всевозможные средства для добывания денег на спиртное.

Поскольку легальным способом подростки могут заработать далеко не всегда, в ход идут любые другие средства. Рано или поздно они совершают криминальные действия, а совершив преступление и оставшись безнаказанными, еще больше смеются и без всяких опасений вновь совершают противоправные поступки.

И только тогда многие родители “прозревают” и узнают о своем ребенке то, чего не знали и чем не хотели интересоваться. Многие узнают о поведении сына или дочери только после его задержания работниками правоохранительных органов. И тогда начинается заламывание рук и причитания, как же это могло случиться, ведь ребенок из “хорошей” семьи, и никто его не учил воровать и грабить.

В целом проявления алкоголизма у подростков отличаются от алкоголизма взрослых и ускоренным развитием, и атипичностью многих проявлений.

Психиатры считают, что между возрастом начала злоупотребления алкоголем и тяжестью алкоголизма существует пропорциональная зависимость, — чем раньше начинается потребление алкоголя, тем тяжелее протекает заболевание, и алкоголизм у подростков формируется в 2-4 раза быстрее, чем у взрослых.

Если у взрослых запои возникают обычно во 2-й, а иногда в 3-й стадии алкоголизма, то при алкоголизме подростков многодневное пьянство обычно бывает уже в 1-й стадии. Регулярные передозировки с тяжелым опьянением тоже свойственны уже 1-й стадии.

Похмельный синдром возникает через 1-3 года систематического пьянства. Если у взрослых алкоголиков похмельный синдром формируется в течение нескольких лет и вначале проявляется соматическими (телесными), а уже потом психическими нарушениями, то у подростков формирование абстинентного синдрома занимает несколько месяцев, и с самого начала появляются психические нарушения — раздражительность, вспыльчивость, злоба, депрессия, тоскливо-злобное настроение, мрачность, угрюмость, тревога, ночные кошмары и страхи, галлюцинации, судорожные припадки. Похмельный синдром у подростков более длительный, чем у взрослых.

Гораздо быстрее, чем у взрослых, наступает и прогрессирует психическая деградация. Подростки "тупеют", их интеллектуальное развитие значительно ниже соответствующего их возрасту, они неспособны концентрировать внимание и усваивать новый материал, быстро нарастают нарушения памяти, подростки становятся апатичными, ко всему безразличными, кроме выпивки, как взрослые алкоголики 3-й стадии.

Настроение их крайне неустойчиво — от грубости и злобы — к плаксивости. Они отстают от сверстников в общем физическом развитии и росте, многие худеют, кожа их серовато-бледного цвета, вялая, могут появиться преждевременные признаки одряхления — некоторые выглядят как маленькие старички. У большинства из них развивается малокровие, гастрит, различные эндокринные нарушения и заболевания внутренних органов.

В целом прогноз болезни неблагоприятный. Подростки-алкоголики очень трудно поддаются лечению, большинство не хочет лечиться и постоянно нарушает лечебный режим, при малейшей возможности они снова пьют или переходят на прием наркотически действующих средств. Чаще, чем взрослые алкоголики, они погибают от несчастных случаев, в драках, бывают и самоубийства.

Алкоголизм у женщин

Статистика показывает, что в последние годы число женщин, больных алкоголизмом, значительно увеличивается во всех экономически развитых странах. Растет и абсолютное число больных алкоголизмом женщин, и их процент среди всех больных алкоголизмом. В некоторых странах даже отмечается, что число женщин, больных алкоголизмом, растет быстрее, чем число мужчин-алкоголиков.

Но надо учитывать и тот факт, что официальные статистические данные всегда занижены, и существует мнение, что эти данные нужно умножать на 10, чтобы получить истинное число больных.

То, что статистические данные не отражают действительного положения вещей, вызвано тем, что они основаны на обращаемости самих больных за медицинской помощью. А многие больные алкоголизмом не обращаются в наркологические учреждения даже на поздних стадиях болезни, а на ранней тем более.

Кроме того, в последние годы появилось много платных наркологических учреждений и частнопрактикующих врачей, которые не занимаются статистикой, а лечат больных анонимно. И такие пациенты тоже не охватываются статистическими исследованиями.

Большинство женщин, больных алкоголизмом, в наркологические учреждения не обращается, потому что при этом заболевании, независимо от пола больного, обращение к врачу происходит под давлением членов семьи. Мужчину-алкоголика заставляет пойти к наркологу жена (реже родители), а практически у всех женщин, больных алкоголизмом, муж тоже алкоголик или семьи нет, а есть сожитель-алкоголик, либо она одинока.

Поэтому статистические данные о числе больных алкоголизмом женщин еще более искажены, чем в отношении мужчин.

Пьянство и алкоголизм женщин — актуальнейшая проблема, имеющая большое социальное значение, потому что это не только проблема самой пьющей женщины, но в первую очередь это трагедия ее детей.

На детей оказывает влияние не только наличие сформированного алкоголизма у кого-либо из родителей, но даже их потребление алкоголя в рамках бытового пьянства.

Причину увеличения числа пьющих женщин многие зарубежные ученые видят в изменении экономических условий и социального положения женщины — она стала эмансипирован-

ной, материально независимой, может сделать профессиональную карьеру наравне с мужчиной, способна содержать себя и детей без мужа и так далее.

В нашей стране причины пьянства женщин иные. Важнейшими факторами, способствующими злоупотреблению алкоголем женщин, наших соотечественниц, являются не макросоциальные (то есть экономические условия и эмансипация), а психологические и микросоциальные (влияние ближайшего окружения).

Корни алкоголизма у подавляющего большинства женщин тянутся в их детство. У многих из них имеется совокупность неблагоприятных факторов — наследственная отягощенность алкоголизмом, влияние примера пьющих родителей и недостатки воспитания, что в целом создает деформированную, психически нездоровую личность.

Рассмотрим каждый из этих неблагоприятных факторов.

Родители большинства женщин, страдающих алкоголизмом, злоупотребляли алкоголем, а у некоторых — отец или оба родителя были алкоголиками.

С детства они росли, постоянно наблюдая выпивки родителей или поведение отца-алкоголика. Мать уделяла им мало внимания, потому что сама выпивала, а если нет, то занималась проблемами пьющего мужа и больше была озабочена не воспитанием детей, а тем, как найти денег или утаить их от мужа, чтобы прокормить детей.

Даже если мать не была пьющей женщиной, как и у любой жены алкоголика, у нее неизбежно существуют личные отклонения, негативно повлиявшие на развитие дочери.

У многих жен алкоголиков в процессе пьянства мужа возникают неврозы, невротическое или психопатическое развитие личности. В первых двух случаях женщины постоянно подавлены, пессимистичны в отношении будущего, не видят выхода из существующего положения вещей да и не стремятся его искать, пассивно подчиняясь обстоятельствам и смирясь с ними. Общий фон настроения почти всегда подавленный, они все время ожидают очередных неприятностей от мужа, терпимо относятся даже к побоям и к тому, что он бьет детей. Они постоянно озабочены проблемами поисков денег и борьбой с мужем, когда он пытается их отнять или пропить вещи. У многих из них происходят психологические изменения — так, например, жены алкоголиков говорят: "Когда он трезвый, он хороший, а ругается и дерется только когда выпьет".

А при психопатическом развитии личности мать, привыкнув скандалить с пьяным мужем, переносит эту манеру общения и на детей, кричит на них, ругает, может даже ударить.

Многие женщины, больные алкоголизмом, происходят из семей с низким интеллектуальным, образовательным и социальным уровнем. Будучи сама примитивной и ограниченной, мать не может воспитать у своей дочери четкую нравственно-этическую позицию в отношении пьянства как негативного и недопустимого явления.

У большинства женщин, заболевших алкоголизмом, в детстве не было полноценного контакта с матерью. У матери нет ни настроения, ни желания поговорить с дочерью о ее проблемах, объяснить ей, какие физиологические изменения ожидают девочку в подростковом возрасте, заняться ее сексуальным воспитанием и объяснить азы правильного сексуального поведения, и дочь, как правило, постигает эту "науку" с помощью совсем других людей.

Мать может жаловаться детям на пьющего отца, но те одновременно являются постоянными свидетелями того, как отец унижает мать, а она ему все прощает, даже побои.

Дети могут жалеть мать, но некоторые со временем начинают ее презирать. Не имея возможности и способности влиять на пьющего мужа, она не является авторитетом и для детей.

Даже видя пример отца-алкоголика, многие дочери не способны выработать собственную нравственную позицию по отношению к пьянству и осуждать его, а наоборот, полагают, что раз взрослым пить можно, то это дозволенное явление, даже если в школе или от других людей они могли слышать осуждение пьянства.

Некоторые продолжают тепло относиться к пьющему отцу, жалеют его, считают слабохарактерным, но добрым человеком. У многих отцов-алкоголиков иногда бывают "всплески" отцовских чувств, они могут принести дешевую безделушку дочери, проявить какие-то эмоции (а у всех алкоголиков эмоции проявляются в утрированном виде), расчувствоваться, прослезиться, пожалеть ее и даже пообещать, что все изменится к лучшему, он заработает и купит ей подарок, и так далее.

И девочки, обделенные лаской обоих родителей, трогательно хранят в памяти именно эти редкие минуты, а не негативные проявления отцовского пьянства, вытесняя плохое и лелея положительные воспоминания, и живут надеждой на будущее.

Многие женщины, ставшие алкоголичками, рассказывают, что они не только не осуждали пьющего отца, но даже прини-

мали его сторону, потому что мать, постоянно угрюмая, подавленная, ссорится с отцом из-за его пьянства, а отец старается "задобрить" дочь и привлечь ее на свою сторону.

Примитивная и ограниченная мать, сама вышедшая из среды с низким развитием, не может научить дочь правильному поведению в обществе, поскольку это неизвестно ей самой. Умение вести себя с достоинством и добиваться уважения к себе, стремления быть привлекательной и ощущать себя женщиной она тоже привить не может, так как сама себя не уважает, безропотно терпит унижения и давно перестала заботиться о своей внешности и привлекательности.

Дочь перестает уважать мать, не считается с ее мнением, вырабатывая собственные способы казаться привлекательной и собственную манеру поведения с мальчиками. В подростковом возрасте вкусы девочек определяются тем кругом сверстников, с которыми они общаются. Они внушаемы, легко поддаются чужому влиянию, чаще плохому, чем хорошему, и беспрекословно выполняют все требования своей группы.

Многие девочки из неблагополучных семей выбирают подруг со сходными проблемами, так как более обеспеченные и более интеллектуально развитые сверстницы презируют плохо одетых и отстающих по всем предметам дочерей алкоголиков и не хотят с ними общаться.

Эта ущербность может сохраниться у женщины на всю жизнь. Иногда девочка избирает другой путь, чтобы привлечь к себе внимание, — нарушает общепринятые нормы поведения, общается преимущественно с мальчиками асоциального поведения и для доказательства своей привлекательности рано начинает сексуальную жизнь. Многие становятся членами подростковых групп и регулярно выпивают, как и мальчики.

В целом можно сказать, что в любой семье алкоголиков можно выявить множество искажений нормальной психологии и многие психические отклонения и заболевания.

Подавляющее большинство детей воспитывается на примере родителей, причем именно их поведения, а не слов, и стремится подражать такому поведению.

Известно, что жены алкоголиков редко бывают абсолютными трезвенницами, при случае они тоже могут выпить, даже с мужем-алкоголиком. И дочь с детства видит то скандалы и драки родителей, то их совместное пьянство. Поэтому к самой возможности выпивать такие девочки относятся терпимо, как к нормальному явлению, и могут осуждать только крайние формы, когда пьянство приводит к негативным последствиям.

А уж если мать сама выпивает немало, даже не будучи алкоголичкой, то в этом случае тем более у дочери не может сложиться нравственная позиция с осуждением пьянства, что бы ни говорили об этом другие люди.

Авторитет родителей, какими бы они ни были, в детстве имеет огромное влияние на ребенка, и он полностью копирует стереотип их поведения. Лишь в подростковом возрасте появляются другие авторитеты и кумиры (их сверстники, кто-либо из взрослых или киногерой), и тем не менее, подсознательно подростки по-прежнему подражают поведению родителей, даже если внешне вступают с ними в конфронтацию.

Заложенный в детстве стереотип поведения может сохраниться на всю жизнь. В пьющих семьях редко бывают психически здоровые дети.

В развитии алкоголизма у женщин принимают участие и неправильное воспитание, и наследственность, и их собственная психическая неполноценность.

Сколько было написано, что у алкоголиков в подавляющем большинстве случаев рождаются неполноценные дети! Но наших женщин это не останавливает, и они рожают таких неполноценных детей.

Парадоксально, что в интеллигентных непьющих семьях и семьях с хорошим материальным достатком обычно меньше детей, чем суммарно в семьях алкоголиков, многие из которых являются многодетными. Причем алкоголик может быть женат дважды, трижды, и в каждом браке у него есть ребенок, и не один.

Это почва для вырастания нового поколения алкоголиков, так как чем более выражены у ребенка психические отклонения, тем больше шансов на раннее начало злоупотребления алкоголем и, соответственно, на алкоголизм, во многих случаях приобретающий злокачественное течение.

Мало того, что алкоголик калечит жизнь собственных детей, но опосредованно он влияет и на судьбу других детей — его неполноценный ребенок не сидит дома, а общается со сверстниками и их тоже вовлекает в пьянство.

Еще до начала употребления спиртного у большинства девочек из пьющих семей выявляются психические заболевания — невротическое развитие, неврозы, психопатии, задержка психического развития и умственная отсталость — от легкой степени до олигофрении в степени дебильности и имбецильности, органические заболевания центральной нервной системы и многие другие.

Но не только в семьях алкоголиков вырастают девочки, впоследствии сами начинающие злоупотреблять спиртными

ми напитками, но и в любых пьющих семьях. Бытовое пьянство в нашей стране — очень распространенное явление, особенно в среде с низким интеллектуальным и социальным статусом.

В женских наркологических отделениях есть женщины разного возраста — и 40-50-летние, и еще совсем молодые — в возрасте 20-25 лет. Эта группа больных с ранним началом злоупотребления алкоголем — в подростковом и даже детском возрасте. У многих из них налицо все признаки алкоголизма поздних стадий. Раннее начало злоупотребления — всегда прогностически неблагоприятный признак, и алкоголизм в этих случаях, как правило, имеет ускоренное течение.

Помимо возраста, негативную роль в раннем начале злоупотребления алкоголем у женщин играют все вышеперечисленные факторы. Некоторым впервые "наливают" спиртное их пьющие родители. Другие начинают выпивать в компании сверстников. Не имея дома возможности для спокойных занятий, такие девочки бегут на улицу и предпочитают все свое время проводить в компаниях таких же обездоленных сверстников.

Попав в такую компанию, девочки начинают еще хуже учиться, хотя и до начала злоупотребления алкоголем они не отличаются хорошей успеваемостью и примерным поведением, так как родители не приучают их ни к усидчивости, ни к стремлению получать знания. Сами будучи людьми малообразованными и работая на неквалифицированной работе, они готовят такую же участь и своим детям.

Подавляющее большинство женщин, больных алкоголизмом, имеют низкий образовательный уровень и низкую профессиональную квалификацию, как и их родители. До 65% имеют лишь начальное и неполное среднее образование. Это связано и с малым материальным достатком родителей, и с нежеланием самих девочек продолжить образование, и с отсутствием у них способностей даже для того, чтобы закончить среднюю школу, не говоря уже о высшем образовании.

В пьющих семьях подчас даже не обсуждается вопрос о возможности продолжения образования, а тем более поступления дочери в институт. Некоторые матери с нетерпением ждут, когда дети смогут самостоятельно зарабатывать себе на жизнь, настаивают на переходе из школы в ПТУ.

Сами девочки, плохо успевая в школе, не возражают против этого, поскольку в училище у них большая степень свободы и никто не будет требовать от них выдающихся успехов. Получив малоквалифицированную специальность, они рано начинают работать, и имея собственные деньги, уже могут распо-

ряться ими по своему усмотрению. Многие именно поэтому бросают школу или переходят в профессионально-техническое училище, где есть возможность получать стипендию.

А в ПТУ даже прежде не употреблявшие спиртного девочки встречаются и с пьянством, и с наркотиками, и с сексуальной распущенностью. Там собраны подростки одного социального уровня, большинство из неблагополучных семей, с психическими отклонениями и заболеваниями. Там свои "законы" и свои группировки. Все это сказывается на поведении любого подростка. Даже если девочки до этого не выпивали и были "тихонями", здесь они перенимают все негативные проявления поведения своих сверстников и сверстниц.

Многие женщины, заболевшие алкоголизмом, рано начинают сексуальную жизнь, неоднократно беременеют и нередко выходят замуж несовершеннолетними. Им негде выбрать спутника жизни, кроме своего привычного круга, в котором проходит все их свободное время, и они выходят замуж за пьющих сверстников или пьющих мужчин более старшего возраста, если такие есть в их компании.

В оправдание своего поспешного замужества они приводят наивные и неубедительные аргументы – "хотелось замуж", "больше не за кого было", "я забеременела" и так далее. Их психическую патологию можно охарактеризовать в самых легких случаях как психическую незрелость или явление, которое психиатры обозначают понятием как "примитивная личность" — эта патология проявляется примитивностью и неразвитостью интересов, узким кругозором, низким интеллектом, неспособностью анализировать свои поступки и их возможные последствия, недостаточно развитой нравственной позицией и многим другим.

Поэтому вместо того, чтобы продолжить образование (а большинство из них и неспособно к этому из-за низкого интеллекта и нежелания учиться), они сразу после школы, ПТУ или еще будучи учащимися, выходят замуж за первого, кто им это предложит, будучи неспособными оценить все возможные последствия такого шага.

Многие слишком рано выходят замуж за пьющего мужчину, когда забеременеют от него, потому что в отличие от своих более развитых сверстниц они не знают, как предохраняться. Мотивируют они это так: "стеснялась", "не у кого было спросить", "не было подруг", "боялась матери сказать" и так далее. Контакта с матерью и доверительных отношений нет, мать ничего не объясняла им в аспекте полового воспитания. И это лишнее подтверждение недостатков воспитания, неразвитости этических понятий и личностных отклонений.

Всю свою жизнь они бездумно плывут по течению, не задумываясь, к чему это приведет. Появление детей прибавляет им хлопот, но от этого они не становятся более зрелыми. Став матерью и женой в столь юном возрасте, такая женщина не справляется со своими обязанностями, у многих из них чувство долга и ответственности вообще не развито с детства, не проявляется ответственность и в материнстве. Многих оно тяготит, они не испытывают никаких чувств к ребенку, он раздражает их своим плачем и необходимостью за ним ухаживать. Их по-прежнему тянет на улицу, в компанию своих сверстников, и многие бросают ребенка или передают на попечение собственной матери.

Ранние браки, как известно, непродолжительны. Два юных существа, сами еще нуждающиеся в опеке взрослых, не умеют наладить нормальные взаимоотношения в своей молодой семье, и часто такие браки распадаются. А дальше все идет по нарастающей.

Но некоторые из девочек, рано вышедших замуж, продолжают жить с мужем-пьяницей. Личностная патология такой женщины еще более выражена, чем у ее матери. Она не только повторяет путь своей матери, становясь женой пьющего человека, но и попадает под влияние мужа. И его негативное влияние, наслаиваясь на все недостатки ее воспитания, отсутствие нравственной позиции в отношении пьянства создают основу для ее собственного тяжелого пьянства и формирования в будущем алкоголизма.

В своих отношениях с пьющим мужем она бессознательно копирует стереотип поведения матери, поскольку у нее нет иного примера для подражания, а ее собственная психическая незрелость не позволяет выработать правильную тактику в семейных взаимоотношениях: Она так же безропотно терпит унижения и побои пьяного мужа, испытывает такие же финансовые трудности, но, несмотря на это, так же, как ее мать, рождает еще и так же безразлично относится к своим детям, как ее мать относилась к ней самой.

В том, что из пьяницы муж становится алкоголиком, есть немалая доля и ее вины, хотя она этого никогда не осознает и не признает. Не имея никакого влияния на мужа и не пользуясь у него уважением, постоянно прощая ему обиды, она лишь способствует усилению его пьянства. Если она скандалит с ним и противодействует в его пьянстве, то действует столь неправильно, что еще больше озлобляет его. Муж не привык считаться с мнением жены с самого начала, не собирается считаться с нею и впредь.

У многих жен алкоголиков нет сформированного представления, какими должны быть взаимоотношения в нормальной семье, как жена должна реагировать на поведение мужа и какими методами надо корректировать его поведение.

Имея в качестве примера для подражания лишь поведение своей матери с пьющим отцом, они повторяют ее ошибки и доходят до двух крайностей — либо терпят все, что вытворяет муж, бесконечно прощая ему его выходки, либо устраивают скандалы каждый раз, когда он является домой пьяным.

Многие, оказывая противодействие мужу на начальных этапах совместной жизни, впоследствии сами начинают пить вместе с ним.

Такие женщины — самая большая группа риска в отношении будущего формирования у них алкоголизма. Большинство женщин-алкоголичек имеют или имели мужей — алкоголиков. Некоторые продолжают жить и пьянствовать с мужем и после того, как сами стали алкоголичками, ведут асоциальный образ жизни, что неминуемо сказывается на детях.

Другие разводятся с мужем-алкоголиком и пьют с сожителями или случайными собутыльниками, а это еще худший вариант в аспекте их нравственной деградации и негативного влияния на детей.

Семейная неустроенность в самых различных формах отмечается почти у 80 % женщин, больных алкоголизмом.

Второй возрастной пик у женщин, заболевших алкоголизмом, — 30-40 лет. Крах супружеской жизни тоже тесно связан с возникновением этого заболевания. Некоторые начинают выпивать после развода с мужем, даже если он не был алкоголиком.

Они не хотят оставаться одинокими и ищут спутника, если не на всю жизнь, то хотя бы способного временно избавиться от одиночества. И далеко не всегда такими спутниками бывают трезвенники.

Распространенность и дозволенность приема спиртного касается и взаимоотношений между мужчиной и женщиной. При опросах подавляющее большинство женщин отвечает, что не может представить себе сексуальных отношений с новым партнером без совместной выпивки.

Этот стереотип совместного употребления спиртного может закрепиться, и в будущем, когда они уже достаточно хорошо знают друг друга, их встречи неизменно сопровождаются приемом алкоголя. Многие женщины начинают выпивать в компании со своим сожителем.

Есть вариант одиночного пьянства женщин, которые никогда не были замужем и не имеют детей. Это редкое явление, но оно существует. У таких женщин или изначально имеется психическая патология, из-за которой они не могут найти спутника жизни, или они приобретают ее в процессе своей одинокой и унылой жизни. Утешение от одиночества они находят в спиртном. Они тщательно скрывают свое пьянство от окружающих, пьют обычно понемногу, никогда не напиваются (или это происходит крайне редко), у них есть своя постоянная доза, которую они не стремятся увеличивать. На работе долгое время могут не знать об их пьянстве, а наоборот, считать их трезвенницами, потому что многие из них становятся ханжами и активно порицают распущенность других. Лечение их, как правило, безуспешно, и они тихо спиваются.

Одиночное пьянство может быть и у разведенных или потерявших мужа женщин.

В некоторых случаях пьянство и алкоголизм женщин связаны с их профессией. Это женщины, работающие в сфере обслуживания и торговли, — буфетчицы, официантки, продавщицы винных отделов и коммерческих палаток и так далее. Из них почти 50 % злоупотребляют спиртными напитками. Процент женщин, работающих в этих сферах и злоупотребляющих алкоголем, вдвое выше, чем среди остального населения.

Количество пьющих женщин увеличилось и за счет тех, которые в целях заработка приехали из сельской местности в города (раньше был популярен набор таких женщин "по лимиту"). Но они могли рассчитывать только на низкоквалифицированную работу, которая не устраивала коренных жителей этих городов.

Такие женщины теряют привычные связи, зарабатывают мало, не имеют нормального жилья, а чаще всего получают место в комнате общежития, где проживает еще несколько женщин с аналогичными проблемами, к которым они вынуждены приспособливаться.

Их круг общения ограничен только соседками и своим профессиональным коллективом, их презирают коренные жители города, и у них очень мало шансов выйти замуж. Если удастся, они выходят замуж за такого же "лимитчика" или рожают детей "для себя" от кого угодно. Но даже выходя замуж, самое большее, на что они могут рассчитывать, — это отдельная комната в общежитии. Чтобы получить квартиру, многие в прежние времена рожали не менее троих детей, становились многодетными матерями и могли рассчитывать на некоторые льготы. Но этого, безусловно, не хватало, чтобы нормально содержать своих детей.

Большинство этих женщин находились в состоянии депрессии, испытывали ностальгию по родным местам, так и не найдя в городе своего места, а их бытовая неустроенность и невозможность вернуться к родным или хотя бы часто навещать их создавали хроническую психическую травму. И многие начинали пить. Пили и одинокие женщины, и замужние, и мужа замужних женщин. Многие из таких женщин пополнили ряды алкоголиков.

Большинство наркологов считает, что алкоголизм у женщин имеет ускоренное развитие. Очень рано утрачивается контроль за мерой выпитого. Переносимость алкоголя (толерантность) у женщин ниже, чем у мужчин.

От начала систематического пьянства до развития похмельного синдрома проходит 3-5 лет. Похмелье у женщин такое же тяжелое, как и у мужчин, но отличается тем, что и после того, как оно проходит, длительное время сохраняются колебания настроения и депрессия.

Опохмеление у женщин в первую очередь вызвано стремлением избавиться от плохого настроения, а уже во вторую — от тягостных телесных ощущений. В состоянии алкогольной депрессии женщины гораздо чаще мужчин кончают жизнь самоубийством.

Отличаются и проявления опьянения. С самого начала опьянения у женщин возникает слезливость, подавленное настроение, самообвинение..

У женщин чаще, чем у мужчин, пьянство принимает запойный характер. Длительность 2-й стадии намного короче, чем у алкоголиков-мужчин, и составляет менее пяти лет. Лишь у 10% 2-я стадия длится более пяти лет.

Частота алкогольных психозов у мужчин и женщин примерно одинакова, но у женщин чаще, чем у мужчин, возникает галлюциноз, реже — белая горячка.

У пьющих женщин чаще возникают заболевания внутренних органов, и обычно они протекают тяжелее, чем у мужчин. Способность к деторождению у них снижается, часты выкидыши, мертворожденные. Дети могут иметь физические уродства и умственную отсталость. Если женщина пьет во время беременности, то у ребенка возникает так называемый фатальный алкогольный синдром — общее отставание и физического, и психического развития, аномалии лица, суставов и конечностей.

Социальные последствия алкоголизма у женщин гораздо тяжелее, чем у мужчин. Для алкоголизма женщин характерно быстрое снижение интеллекта, приобретение истерических черт личности, снижение морального и социального облика. Они

быстрее, чем мужчины, теряют свою специальность, переходят на низкоквалифицированные виды труда и в конце концов вообще бросают работу.

Алкогольная деградация личности и социальная декомпенсация возникает у них намного быстрее, чем у мужчин.

Женщин от развития алкоголизма ограждают многие психологические и биологические барьеры. Но если эти барьеры ломаются и женщина преступает ту грань, которая отделяет пьянство от сформированного алкоголизма, то ее нравственное падение происходит с катастрофической быстротой, опережающей таковое у мужчин-алкоголиков.

Наиболее явно это проявляется в отношении к детям. Их отношение к своим детям и раньше было далеко от нормы, но в процессе пьянства происходит все большее нравственное огрубение. Те же признаки алкогольной деградации личности, что у мужчин, свойственны и женщинам, поскольку алкогольная энцефалопатия не зависит от пола.

Но у женщин нравственное огрубение проявляется в гротескной форме, поскольку само по себе пренебрежение своими обязанностями матери является противоестественным. Общество, осуждающее отношение пьющих отцов к своим детям, бывает шокировано, когда своими детьми начинает пренебрегать женщина.

Как и у мужчин, эмоциональные реакции женщин-алкоголичек выступают в утрированном виде — они могут слезливо жалеть своих детей, рыдать и просить у них прощения, и клятвенно обещать бросить пить, но все эти обещания — лишь до первой рюмки.

Даже дети начинают тяготиться ими и стыдиться их. К пьющему отцу дети еще могут сохранять теплое отношение, если он никогда не бил и не оскорблял их, но матери они пьянства не прощают.

Женщины, больные алкоголизмом, в чем-то внешне похожи друг на друга — преждевременно постаревшие, с несвежим цветом лица и ранними морщинами, неухоженные, непричесанные, без косметики или наоборот, вульгарно накрашенные, многие без зубов, с сухими, истонченными руками и ногами, плохо одетые и грязные, с неизменной "авоськой" в руках, в которой бренчат пустые бутылки или плещется полная, в сопровождении такого же деградировавшего "кавалера" или в компании собутыльников.

Их характерный внешний вид вызван не только тем, что они уже не стремятся быть привлекательными, но и тем, что алкоголь токсически влияет на функцию желез внутренней секреции, в частности, вырабатывающих женские половые гормоны.

моны, и это обуславливает утрату так называемых вторичных половых признаков — то есть тех, которые определяют внешность человека как женскую или мужскую. Подавление продуцирования женских половых гормонов не сопровождается доминированием мужских половых гормонов (поскольку те тоже подавляются), поэтому внешность таких женщин не становится мужеподобной, но то, что составляет внешнюю привлекательность женщины, утрачивается.

Признаки алкоголизма на лице и во всем облике у женщин появляются гораздо раньше, чем у мужчин. У женщин-алкоголичек не только типичные для алкоголизма черты лица: с одутловатостью, отечностью и “мешками” под глазами, характерный цвет кожи, вялость и дряблость лицевых мышц, из-за чего носогубные складки становятся глубокими, а углы рта опускаются, но и характерное выражение лица — заискивающе-виноватое, как будто они постоянно ждут неприятностей.

Многие психиатры считают, что с женщинами-алкоголичками работать гораздо труднее, чем с мужчинами. Хотя в наркологических отделениях для лечения женщин, больных алкоголизмом, всегда идеальная чистота и тишина, в целом эти женщины производят удручающее впечатление, несмотря на их разницу в возрасте и социальном положении. Психологически работать с такими женщинами нелегко.

Бывают и спившиеся бывшие учительницы, инженеры, актрисы. Но надо признать, что интеллигентные женщины спиваются гораздо реже, чем мужчины, имеющие высшее образование, и чем женщины из низших социальных слоев.

Трудности лечения женщин, больных алкоголизмом, отмечают все наркологи. Большинство больных упорно не желает лечиться. Они соглашаются на лечение только под сильным давлением окружающих, а поскольку их окружающие — это чаще всего муж-алкоголик или сожитель-алкоголик, то и заставить их лечиться некому.

Самостоятельно обращаются к врачу очень немногие, в основном это больные без признаков алкогольной деградации личности. Некоторых принуждают лечиться их выросшие дети.

Но и после лечения во многих случаях периоды воздержания бывают непродолжительными — несколько месяцев. Выписавшись из наркологической больницы, женщина, больная алкоголизмом, вновь возвращается в свою среду, где пьет муж или сожитель, или на работу, где доступно спиртное.

Рецидивы заболевания обусловлены и колебаниями настроения, свойственными женщинам-алкоголичкам, и более стойким, чем у мужчин, влечением к алкоголю даже в период воздержания, а также изменениями характера из-за пьянства.

ГЛАВА 17

НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ

Общие положения

Описания наркоманий в популярной литературе нет. Есть брошюры, которые подчеркивают последствия наркоманий для общества и здоровья самого наркомана. Но наркоманы таких брошюр не читают, и возможные последствия их мало волнуют. Многие работы известных отечественных ученых раньше выходили с грифом "Для служебного пользования".

Считалось, что описывать наркотическое опьянение в открытой печати нельзя, так как это может заинтересовать подростков, и они из любопытства могут попробовать действие наркотических средств на себе.

Но такое замалчивание проблемы наркоманий приносит немало вреда. Маловероятно, что подростки будут читать книги по психиатрии, а даже если и прочитают, вряд ли после этого они станут наркоманами.

Обычно первый прием наркотиков происходит под влиянием более опытных наркоманов или в компании. Лишь в единичных случаях человек начинает пробовать наркотики по собственной инициативе. И это свойственно в основном взрослым людям из-за их собственных проблем с психическим здоровьем.

В наркологии есть такое понятие "контагиозность" (по смыслу близкое к слову "заразность"). Оно проявляется в том, что каждый наркоман "заражает", то есть привлекает к приему наркотиков как минимум 10 человек. Это расширяет круг "своих" будущих "клиентов", которым можно будет потом продавать наркотики.

Поэтому о наркотиках подростки обычно узнают от наркоманов, а не из книг.

А знание проявлений наркомании, в том числе и наркотического опьянения, может помочь родителям вовремя заметить, что ребенок начал употреблять наркотики.

Очень часто родители даже не подозревают об этом, хотя и видят, что сын или дочь приходят домой в необычном состоянии — взбудораженными, чрезмерно активными, или у них блестят глаза, нарушена координация движений и дикция, а в целом состояние напоминает алкогольное опьянение, но

при этом запаха спиртного нет, и родители успокаиваются, что все в порядке, ребенок не пил спиртного.

Действительно, он спиртное не пьет, но принимает наркотически действующие средства, что гораздо хуже. Нередко родители узнают, что подросток регулярно принимает наркотики только, когда он попадает в психиатрическую больницу или совершает криминальные поступки, чтобы раздобыть наркотики или деньги для их покупки.

Поэтому здесь описаны не только последствия наркоманий, которые нужно знать родителям, чтобы осознавать огромную опасность наркоманий, но и признаки наркотического опьянения при приеме разных наркотических средств, а также симптомы, которые возникают при внезапном прекращении их приема, чтобы это помогло родителям вовремя распознать такие нарушения у своего ребенка, если он начал принимать наркотики.

Немалая трудность состоит в том, что лица, склонные к приему наркотических средств, проявляют чрезвычайную изобретательность, чтобы скрывать свое злоупотребление.

Кроме того, в последние десятилетия появилось много новых форм наркоманий и токсикоманий, наркотики изготавливаются кустарным способом из лекарств или веществ, которые не считались наркотиками.

Среди подростков популярно злоупотребление многими средствами бытовой химии — вдыхание паров растворителей, лаков, красок, пятновыводителей, бензина, некоторых сортов клея, которые объединены в группу ингалянтов.

Существует большое количество веществ, которые в целом называют психоактивными.

Психоактивные вещества — это различные по своей химической структуре средства, которые обладают способностью изменять настроение, поведение и другие психические проявления человека. Если эти вещества обладают привлекательным для человека действием, то они могут вызвать зависимость от них.

Зависимость от психоактивного вещества — это сложный феномен, включающий много компонентов, которые будут перечислены ниже. В упрощенном варианте это зависимость психического, а на более позднем этапе — и физического состояния человека от присутствия или отсутствия в его организме того или иного вещества.

Зависимость от алкоголя описана в предыдущей главе. В целом можно сказать, что закономерности при алкоголизме и наркоманиях имеют много общего, поэтому в дальнейшем при описании симптомов наркоманий будут приведены аналогичные симптомы, наблюдающиеся при алкоголизме.

К психоактивным веществам, способным вызвать зависимость, относятся наркотики, некоторые лекарственные средства, могущие оказывать наркотическое действие, а также вещества, не являющиеся наркотиками, но обладающие привлекательным для человека психоактивным действием.

Наркотики — это вещества, включенные в Официальный Перечень наркотиков Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Этот перечень в разных странах различен, одни страны официально признают наркотиками все вещества, включенные в Перечень ВОЗ, другие не все. Например, такие снотворные средства, как барбитураты, многие годы не считались наркотиками в нашей стране, хотя они были включены в Официальный Перечень наркотиков ВОЗ и признавались наркотиками во всех развитых странах.

Список веществ, официально признаваемых наркотиками, в нашей стране постоянно пополняется и расширяется в соответствии с увеличением числа новых наркотиков.

Зависимость от наркотиков называется **наркоманией**.

Все остальные психоактивные вещества, не включенные в официальный список наркотиков, но обладающие привлекательным психоактивным действием, способны вызвать зависимость, называемую **токсикоманией**. В отечественной наркологии такие вещества называют **наркотически действующими веществами**.

Включить все наркотически действующие вещества в список наркотиков невозможно, так как Уголовное законодательство нашей страны предусматривает уголовную ответственность за приобретение, хранение, изготовление и сбыт наркотиков. Если эти вещества включить в список наркотиков, тогда получится, что уголовной ответственности подлежат все люди, которые покупают, продают и изготавливают алкогольные напитки, сигареты, лекарства, средства бытовой химии, бензин и многое другое, — то есть большинство населения, которое не имеет никакого отношения к проблеме токсикоманий.

Поэтому и возникла необходимость такого разграничения сходных по своим общим закономерностям заболеваний на наркоманию и токсикоманию. Между этими заболеваниями больше сходства, чем различий, они развиваются по общим закономерностям, а различия в основном состоят в том, что наркомании — это зависимость от наркотиков, а токсикомании — это зависимость от “ненаркотиков”.

То есть разделение на наркотики и “ненаркотики” условно и имеет больше юридический, чем медицинский аспект, тем более, что зависимость от многих “ненаркотиков” вызыва-

ет гораздо более тяжелые нарушения, чем зависимость от наркотиков.

Поэтому дальше в тексте эти вещества не разделяются на наркотики или "ненаркотики", так как для наркологов это разделение несущественно, и как принято в отечественной наркологии, все средства, способные вызвать зависимость, названы наркотическими веществами.

Представления зарубежных психиатров о наркоманиях фрагментарны, несистематизированы, подчас бывает противоречивое толкование терминов.

В отечественной психиатрии трудами наших выдающихся наркологов И.В.Стрельчука, И.Н.Пятницкой и других наркология выделилась в отдельную науку.

Наиболее значительный вклад в современную наркологию внесла профессор И.Н.Пятницкая. Она создала фундаментальный базис, выделив общие закономерности, свойственные всем наркологическим заболеваниям, — алкоголизму, наркоманиям, токсикоманиям. Вместе со своими сотрудниками она изучала все новые формы наркоманий и токсикоманий, которые только появлялись в связи с "модой" на те или иные наркотические вещества, их клинические проявления и новейшие методы диагностики и лечения и внедряла результаты исследований в практику, так что врачи имели возможность ознакомиться с новейшими достижениями отечественной наркологии. Автор является ее ученицей и в описании общих закономерностей и частных форм наркоманий исходит из взглядов, принятых в школе профессора И.Н.Пятницкой.

И.Н.Пятницкой впервые в наркологии введено понятие о полинаркоманиях и политоксикоманиях. **Полинаркомания** — это зависимость от двух наркотиков (реже, более двух). **Политоксикомания** — это зависимость от двух веществ, не признанных наркотиками.

Одновременный (сочетанный) прием двух (реже, нескольких) веществ используется наркоманами и токсикоманами с разной целью.

Есть варианты зависимости, когда сочетанный прием двух веществ происходит изначально — для усиления наркотического действия или для удлинения его продолжительности.

Прием дополнительного вещества может иметь своей целью нейтрализацию побочных действий основного вещества.

Второе вещество может присоединяться при угасании (ослаблении) опьяняющего действия основного вещества, а также при его недостаточном количестве.

Полинаркомания и политоксикомания бывают этапом в динамике заболевания: болезнь начинается с мононаркомании (то есть зависимости от одного наркотика), затем из-за ослабления его прежнего эффекта добавляется новое вещество, и возникает зависимость и от него тоже (полинаркомания, политоксикомания), а затем больной переходит на прием только второго вещества, так как опьянение от него более сильное, или же продолжает принимать оба вещества, или заменяет одно из них на другое, и так далее. Здесь вариантов может быть много.

Реже сочетанный прием двух наркотиков происходит с самого начала. Например, раньше у нас было очень популярно сочетание кодеина с ноксироном. Принятый отдельно кодеин обладает более слабым наркотическим эффектом, а ноксирон в чистом виде вообще наркоманами не использовался, но их сочетание давало искомый эффект и по глубине наркотического опьянения, и по его продолжительности.

Наиболее частые сочетания наркотиков и наркотически действующих средств: препараты из группы опиатов + снотворные (ноксирон или барбитураты), опиаты + стимуляторы, опиаты + гашиш, опиаты + кокаин, алкоголь + седуксен, или алкоголь + барбитураты, или алкоголь + другие снотворные, или транквилизаторы, алкоголь + гашиш (марихуана).

Состояние, которое возникает после приема наркотика или наркотически действующего вещества, называется **наркотическим опьянением**, или **наркотической интоксикацией**. Проявления наркотического опьянения при приеме разных веществ различны, эти особенности будут приведены дальше при описании конкретных форм наркоманий и токсикоманий.

У разных людей эффект интоксикации одним и тем же препаратом может быть различным. Это зависит от дозировки препарата, способа его введения, от особенностей личности больного, и в некоторой степени — от ситуации, в которой оказался наркоман в состоянии наркотического опьянения, — дает ли она возможность для приятного переживания наркотического опьянения или же приходится скрывать проявления интоксикации от окружающих, например, на работе, в официальной обстановке, при осмотре больного врачом или встрече с работниками правоохранительных органов.

Прием наркотических средств с целью испытать состояние опьянения (интоксикации) называется **наркотизацией**.

Толерантность — это способность переносить увеличивающиеся дозы наркотического вещества.

Потребность в увеличении количества принимаемого наркотического вещества связана с тем, что с течением

времени эффект прежней дозы ослабевает, и так же, как алкоголик должен увеличивать количество выпиваемого спиртного, чтобы достичь желательной степени опьянения, так и наркоман должен наращивать дозировки, чтобы его наркотическое опьянение оставалось на прежнем уровне.

При разных формах наркоманий и токсикоманий величина роста толерантности по отношению к первоначальной различна и зависит от вида наркотического вещества.

Например, при опиийной наркомании толерантность может быть очень высокой, в сотни раз превышающей первоначальную дозу (известны случаи, когда суточная доза опиатов составляла 1-3 г в пересчете на сухое вещество — это колоссальная доза).

А при барбитуромании диапазон роста толерантности значительно меньше, и разница между наркотической и смертельной дозой невелика, что обуславливает большую частоту передозировок со смертельным исходом у барбитуроманов.

Как и при алкоголизме, толерантность при наркомании меняется в динамике заболевания — возрастает в 1-й стадии, стабилизируется во 2-й и снижается в 3-й.

Злоупотребление наркотическими веществами — этап, предшествующий наркомании или токсикомании, когда прием наркотически действующего средства еще несистематический. Человек может пробовать то одно средство, то другое или принимает одно, которое ему нравится, но нерегулярно.

Но даже если это лекарственный препарат (например, снотворные или болеутоляющие средства с морфиноподобным действием), то он принимается не с лечебной, а именно с наркотической целью, то есть чтобы достичь состояния интоксикации (наркотического опьянения). На этапе злоупотребления толерантность возрастает, но не так быстро, как при сформированной зависимости.

Раньше использовался такой термин как **привыкание** к лекарственным препаратам. В современной наркологии этот термин не используется, так как это понятие слишком расплывчатое и не отражает проблемы. Применительно к большим наркоманиями и токсикоманиями используют только термин "зависимость".

А термин "привыкание" используют лишь в узком смысле, например, при привычном использовании снотворных при бессоннице или успокаивающих средств при тревоге, которые обычно принимают пациенты при самолечении.

При таком привыкании может быть небольшое превышение обычных дозировок препаратов из-за того, что прежняя доза уже не дает желаемого эффекта. Например, человек не

может заснуть, приняв одну таблетку снотворного и поэтому принимает сразу две, а если все же не засыпает, то может принять и еще.

Но в отличие от наркоманий и токсикоманий, цель приема препаратов совсем другая, не наркотическая, а "лечебная", только лечит больного не врач, который бы помог ему подобрать более эффективное средство, а пациент "лечит" себя сам.

Здесь существует определенный риск, что рано или поздно человек может принять дозу, которая уже окажется наркотической, и вместо сна у него возникнет наркотическое опьянение. Такие случаи известны, и этих пациентов называют "токсикоманами поневоле" или "наркоманами поневоле".

Привыкание возникает и к наркотикам, обладающим обезболивающим действием. Больным со злокачественными опухолями или другими тяжелыми заболеваниями, сопровождающимися сильными болями, обычно назначают сильнодействующие болеутоляющие средства.

Со временем обезболивающее действие этих препаратов ослабевает, так как организм адаптируется (приспосабливается) к их эффекту, и чтобы избавиться от боли, больные просят увеличивать им дозы наркотиков.

В таких ситуациях перед врачом стоит сложная проблема — увеличивать дозы, что приведет к формированию "наркомании поневоле" (таких случаев немало), или обречь больного страдать от боли? В каждом случае это решается индивидуально.

Психическая зависимость проявляется интенсивным желанием (**психическим влечением**) принимать наркотическое вещество и чувством **психического дискомфорта**, если это влечение не удовлетворяется.

Наркоманы и токсикоманы добывают требуемое наркотически действующее средство любыми путями, включая криминальные, пренебрегая любыми последствиями.

Если им не удастся принять наркотическое вещество, они испытывают чувство неудовлетворенности, беспокойство, психическое напряжение, ничто их не может отвлечь и порадовать — это и есть **состояние психического дискомфорта**.

А приняв свой наркотик, они испытывают приятное чувство, настроение резко меняется — возникает наркотическое опьянение, которое является для наркомана или токсикомана **состоянием психического комфорта**.

Способность испытывать психический комфорт только в состоянии наркотического опьянения — тоже проявление психической зависимости.

Физическая зависимость развивается во 2-й стадии наркоманий и токсикоманий, когда наркотическое вещество становится необходимым для нормальной деятельности организма. Прекращение приема наркотического вещества приводит к тяжелому состоянию, которое называется **синдромом отмены, абстинентным синдромом, или абстиненцией**.

На примере алкоголизма, — если спиртное в организм больного вовремя не поступает, то возникает похмельный (абстинентный) синдром.

Абстиненция (от латинского "abstinentia" — воздержание, "abs" — отсутствие) — это очень тяжелое состояние, которое не способно выдержать большинство наркоманов. Даже те, кто хотел бы прекратить прием наркотиков и излечиться от своего заболевания, не могут перенести состояние абстиненции и, промучившись какое-то время, вынуждены снова принимать наркотики.

Абстинентный синдром — наиболее рельефное проявление физической зависимости. Обычно он возникает через несколько часов после того, как в организм не поступила очередная доза требуемого наркотика, наиболее тяжелые его проявления наблюдаются на протяжении полутора-двух недель, а общая длительность абстиненции — в среднем 2 месяца.

Второй симптом физической зависимости — **компульсивное (неодолимое) влечение** к наркотику. В отличие от психического влечения, которое больной наркоманией (или токсикоманией) еще может подавить, компульсивное влечение он преодолеть не способен.

Термин "компульсивное" происходит от английского слова "compulsion" — принуждение, то есть это влечение вынуждает больного продолжить прием наркотического вещества.

И третий симптом физической зависимости — **способность испытывать физический комфорт** (то есть нормальное самочувствие) только в состоянии наркотического опьянения. А вне его наркоман (токсикоман) испытывает абстиненцию, то есть физический дискомфорт.

Если сравнить основные проявления наркоманий (токсикоманий) и алкоголизма, то становится ясно, как много общего у этих заболеваний.

По Международной классификации все наркотики и наркотически действующие вещества разделяются на следующие группы:

1. Препараты опия.
2. Снотворные и седативные средства.
3. Кокаин.
4. Препараты индийской конопли.

5. Психостимуляторы.

6. Галлюциногены.

Распространенность злоупотребления наркотическими веществами зависит, во-первых, от их доступности, а во-вторых, от "моды" на те или иные средства. Если какое-либо наркотическое вещество становится "модным", популярным среди молодежи и подростков, то злоупотребление им приобретает характер эпидемии. В нашей стране было несколько таких "эпидемий" наркоманий и токсикоманий — то были популярны опиаты, то снотворные средства и транквилизаторы, то различные сочетания препаратов разных групп, то стимуляторы, то органические растворители.

В настоящее время самым популярным наркотиком является препарат из группы опиатов — героин, на втором месте — кокаин, затем первитин и эфедрин. Но "мода" изменчива, и через несколько лет может быть иная картина распространенности наркоманий и токсикоманий.

Наркологи говорят, что несколько лет назад было "модно" быть наркоманом, а теперь эта "мода" уже проходит, и многие больные обращаются за лечением. Даже рэкетеры целыми группами ложатся в элитные дорогостоящие клиники.

ФОРМЫ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ

Опийная наркомания (опиомания, опиизм)

Опийная наркомания развивается при наркотизации такими веществами, как опий-сырец и все его производные, которые называются **опиатами**, а также синтетическими препаратами и лекарственными средствами со сходным действием — героин, морфин, промедол, омнопон, дионин, кодеин, фентанил, фенадон, метадон, пентазоцин и другие.

Некоторые из них производятся фармацевтической промышленностью и используются в хирургии, онкологии, травматологии и других областях медицины из-за их обезболивающего эффекта. Именно препараты этой группы обладают наибольшим болеутоляющим эффектом.

Они выпускаются в ампулированном виде или в виде таблеток (например, кодеин, который обладает противокашлевым действием). Опийная настойка используется в хирургии после операций на кишечнике, так как уменьшает кишечную перистальтику.

Помимо аптечных препаратов, используются наркотики, приготовленные кустарным образом в домашних условиях или в подпольных лабораториях.

В последние годы "ассортимент" наркотиков значительно увеличился за счет контрабанды из других стран. Героин, которого раньше в нашей стране не было, теперь регулярно поступает по контрабандным каналам. Если раньше ежегодно конфисковывалось около 200 кг опия, то за 11 месяцев 1996 года сотрудниками ФСБ конфискована уже 1 тонна героина и опия.

В США различных препаратов этой группы значительно больше, чем в нашей стране, и не исключено, что со временем они могут появиться и у нас.

Зависимость от этих препаратов в США обнаружена у 0,7% населения, что составляет 500000 человек. Достоверных статистических данных о распространенности этой формы наркомании в нашей стране нет по вполне понятным причинам.

Способ употребления зависит от препарата.

Героин обычно вводят путем внутривенных или подкожных инъекций, вдыхают (нюхают) либо используют вместе со стимуляторами для внутривенного введения.

Препараты, производимые фармацевтической промышленностью, вводят внутривенно или принимают внутрь.

Кустарным образом приготовленные вытяжки из мака (используется млечный сок из головок незрелого растения) вводятся внутривенно, высушенные и измельченные головки и стебли мака ("маковая соломка") приготавливают в виде отвара и пьют или едят в виде кашицы (это называется опиофагией). В странах Востока распространено опиокурение.

Наиболее часто используемый наркоманами способ введения опиатов — внутривенный. Зависимость, которая возникает при употреблении различных опиатов, имеет общие проявления и закономерности и называется опийной наркоманией, опиоманией или опиизмом.

Есть некоторые различия при зависимости от разных препаратов, но знание этих особенностей необходимо специалистам, поэтому ниже описаны наиболее общие закономерности развития опийной наркомании, которых вполне достаточно, чтобы люди, не имеющие медицинского образования, могли предположить, что член их семьи употребляет наркотики, и настояли на необходимости проведения наркологического обследования.

Опьянение опиатами

В картине опийного опьянения выделяют несколько фаз. Проявления каждой фазы зависят от способа введения наркотика.

Первая фаза на жаргоне наркоманов называется "приходом". Это состояние наркоманы сравнивают с оргазмом.

При внутривенном введении опиатов в области живота появляется приятная теплая волна, которая поднимается по всему телу, как легкое поглаживание. Возникает **эйфория** — чувство необыкновенного душевного и телесного комфорта.

Сознание сужено, наркоман не обращает внимания на окружающее, целиком сосредоточен на своих приятных ощущениях. Он старается не двигаться, чтобы "не спугнуть приход", замирает.

Лицо краснеет, возникает зуд в области подбородка, лба и кончика носа, появляется сухость во рту, зрачки сужаются до размеров точки. Это состояние длится около 5 минут.

При внутримышечном введении опиатов "приход" ощущается в меньшей степени.

Интоксикацию героином пациенты описывают как "оргазм всего тела".

При приеме опиатов внутрь "приход" менее острый, но может длиться дольше. Бывает отечность лица, покраснение не только лица, но и верхней части тела, зуд кожи за ушами, в области шеи и верхней части туловища.

В этой фазе возможны обмороки или чувство дурноты.

Вторая фаза на жаргоне наркоманов называется "кайфом", "волокушей" или "таской". Она длится до 3-4 часов. Это состояние nirваны, тихого покоя, благодушной истомы и довольства. Нет повышенной активности и потребности в общении. В руках и ногах ощущение тепла и приятной тяжести. Этим состоянием наркоманы стараются насладиться в одиночестве или в стороне от остальных при групповой наркотизации.

Отмечаются бледность и сухость кожи, губ, артериальное давление снижается, пульс редкий.

Внешне наркоман малоподвижен, вял, не воспринимает внешних раздражителей, сидит молча, предаваясь своим мечтам и фантазиям.

Какие-либо желания, влечения отсутствуют. Наркоман не хочет ни есть, ни пить, ни заниматься сексом, единственное желание, — чтобы все оставили его в покое наедине с необычными ощущениями.

Такое состояние больше свойственно новичкам. Опытные обучаются скрывать свое опьянение от окружающих, и если наркомана в этом состоянии потревожить или ему нужно находиться в общественном месте, то неосведомленный человек может ничего не заметить.

Для опийного опьянения характерны быстрая речь, ускорение мышления и смены ассоциаций, легкое, благодушное настроение.

Но самым достоверным признаком опийного опьянения, даже если все остальные проявления наркоман способен скрывать, — являются узкие зрачки. Они не расширяются даже в темноте, не реагируют на свет, и внешне это очень заметно даже неспециалисту.

Поэтому наркоманы со стажем, чтобы не привлекать к себе этим внимания окружающих, постоянно, даже зимой и в помещении, носят темные очки, а в некоторых случаях закрывают глаза атропин, чтобы зрачки расширились.

При приеме кодеина эта фаза иная. Появляется двигательное и психическое оживление, смешливость, неусидчивость. Опьяневший громко разговаривает, речь быстрая, непоследовательная, с частой сменой темы разговора, жестикуляция оживленная.

Третья фаза — сон. Он наступает при приеме многих производных опия, морфина и подобных морфину синтетических препаратов, но не при приеме кодеина. Сну предшествует ощущение вялости и сонливости. Сон чуткий, поверхностный, с легким пробуждением от незначительных раздражителей. Длительность сна 2-3 часа.

Четвертая фаза наблюдается не всегда. Она проявляется плохим самочувствием, беспокойством, тревожностью, тоской, головной болью. Могут быть тошнота, рвота и головокружение, подрагивание век, языка и рук.

При передозировке опиатов сон переходит в коматозное состояние. Сознание полностью утрачивается. Человек имеет вид спящего глубоким сном, но разбудить его невозможно. Зрачки узкие и не реагируют на свет. Нарастают нарушения дыхания, оно становится периодическим — несколько глубоких вдохов, а затем задержка дыхания. Дыхание хриплое, затрудненное. Смерть наступает от паралича дыхательного центра.

Передозировки часты при приеме героина, но бывают и при других опиоманиях. Причиной передозировок может быть ошибочное введение чрезмерной дозы, например, когда наркоман сам разводит порошок для внутривенного введения и ошибается в дозировке. Передозировки возникают и после периодов воздержания, когда толерантность значительно снижается, а наркоман вводит себе прежнюю дозу.

Развитие опийной наркомании

Формирование влечения к наркотику зависит от его вида и способа введения. В целом эта группа наркоманий отличается чрезвычайно быстрым формированием зависимости от наркотика.

Быстрее всего развивается зависимость от героина — после 3-5 инъекций. При внутривенном введении чистого морфина зависимость возникает после 10-15 инъекций (2-3 недели нерегулярного приема). При приеме внутрь таблеток кодеина зависимость возникает спустя месяц нерегулярного приема.

Медленнее формируется зависимость при курении (опиокурение), жевании, глотании “маковой соломки” (опиофагия). Здесь зависимость формируется в течение нескольких лет.

С момента появления влечения к опиатам прием наркотика становится регулярным.

Первая стадия опиной наркомании

Как и вообще при всех наркологических заболеваниях, на 1-й стадии абстинентного синдрома еще нет, но при отсутствии наркотика возникает состояние психического дискомфорта — наркоман ничто не радует, “чего-то не хватает”, все неинтересно, он ощущает чувство неудовлетворенности, психического напряжения, все мысли вертятся вокруг того, где бы достать наркотик. Наркоман активно изыскивает возможности его приобретения и добычи денег для этого.

В такое время наркоманы мало спят, мало едят. Появляется задержка стула на несколько дней, так как опиаты угнетают кишечную перистальтику. Уменьшается количество мочи. При простудах у заядлых курильщиков отсутствует кашель, так как опиаты подавляют кашлевой рефлекс и угнетают дыхательный центр.

Через 1-2 месяца эффект прежней дозы ослабевает (угасает). В первую очередь угасает “приход”, который наиболее привлекателен для наркоманов.

Для того чтобы достичь прежнего эффекта, наркоманы начинают наращивать дозы наркотика. На 1-й стадии толерантность к опиатам возрастает в 3-5 раз по сравнению с первоначальной дозой. К концу этой стадии кожный зуд исчезает.

Длительность 1-й стадии зависит от вида наркотика и способа его введения. При героинизме она составляет 1-2 месяца, при морфинизме 2-3 месяца, при внутривенном использовании вытяжки из опиной настойки или самодельных наркотиков из высушенного млечного сока мака — 3-4 месяца, при опиокурении — несколько лет, при опиофагии — еще дольше.

При одновременном приеме опиатов с гашишем, кокаином или эфедрином переход заболевания во 2-ю стадию ускоряется.

Уже на этой стадии наркоманы могут совершать преступления для приобретения наркотика или денег. Могут быть и групповые преступления.

Вторая стадия опийной наркомании

На этой стадии у каждого наркомана вырабатывается свой ритм введения.

Если у наркомана недостаточно наркотика или денег на его приобретение, то с утра он принимает сравнительно небольшую дозу (она называется достаточной), чтобы его состояние стало относительно нормальным, и отправляется добывать наркотик. Раздобыв денег (чаще всего криминальным путем), он покупает наркотик и принимает уже ту дозу, которая называется комфортной. И на ночь он тоже принимает небольшую дозу, чтобы заснуть, стараясь оставить некоторое количество наркотика и на утро, иначе утром он будет в состоянии абстиненции и не сможет вновь отправиться на поиски денег и наркотиков. И так каждый день.

Если у наркомана достаточно денег и наркотика, то ритм приема наркотика может быть другим. В зависимости от того, чем занят наркоман, работает он или нет, время приема комфортной дозы бывает разным. Если ему нужно ходить на работу, в учебное заведение или в общественные места (а опийные наркоманы — это не только криминальные личности и тунеядцы, среди них немало людей творческих профессий, есть врачи и представители других интеллигентных профессий, много наркоманов и среди студентов вузов), то перед появлением "на людях" наркоман примет лишь минимальную дозу, достаточную для работы или учебы, а после этого, оставшись один или в компании с другими наркоманами, он введет себе уже комфортную дозу.

Обычно у каждого опытного наркомана существует несколько знакомых торговцев наркотиками, которые могут при случае и одолжить, если в данный момент у наркомана нет денег. Гораздо реже наркоманы со стажем покупают наркотики в известных местах — сейчас наркотиками торгуют практически на каждом рынке, в некоторых коммерческих палатках, и все это знают. Но в таких случаях есть риск, что ему могут продать некачественный наркотик, поэтому наркоманы стараются приобретать "товар" у постоянных торговцев, которых они хорошо знают.

В течение 2-й стадии опийной наркомании толерантность постоянно растет, так как действие прежней дозы быстро угасает. У некоторых наркоманов толерантность к опиатам достигает чрезвычайно высокой величины — в 100–300 раз превышающей первоначальную дозу.

Понятно, что законным способом заработать денег для ежедневного приобретения таких доз невозможно, отсюда вытекает неизбежность криминальных последствий наркомании.

Если возникают длительные перерывы в приеме наркотика, то толерантность к нему снижается, и наркотический эффект наступает от гораздо меньшей дозы.

Именно из-за этого многие наркоманы по собственной инициативе поступают на лечение. В процессе лечения и воздержания их толерантность значительно уменьшается, и они могут достичь прежнего эффекта на гораздо меньших дозах.

У наркоманов это называется "омолодиться" — то есть значительно снизить дозу, когда они уже не в состоянии оплачивать огромные количества требуемого наркотика даже с помощью денег, добытых преступным путем.

Во 2-й стадии опийной наркомании восстанавливается нормальный ритм сна.

Наиболее характерным симптомом, который существует на всем протяжении опийной наркомании, является сужение зрачка.

Опытные наркоманы во 2-й стадии могут так искусно скрывать свое опьянение от окружающих, что если у них есть возможность постоянно принимать наркотик и из-за этого не развивается абстиненция, то длительное время ни у кого не возникает никаких подозрений.

Но зрачок остается суженным всегда, и это наиболее стойкий и достоверный признак, даже если наркоман обманывает своих родных, что он "бросил" и якобы не принимает больше наркотиков, а чтобы ввести их в заблуждение, принимает лишь минимальные дозы, чтобы опьянение было не столь заметным.

Многие проявления опьянения могут скрывать опытные наркоманы, но только не специфическую реакцию зрачка, которая называется миозом.

Другим характерным признаком опийного опьянения, независимо от вида принимаемого опийного препарата и способа его введения, является понижение выделения слюны и сухость во рту. Это действие наркотика тоже постоянно на всем протяжении опийной наркомании. Характерную сухость во рту родители тоже легко могут установить.

Опытные наркоманы именно по этому признаку проверяют качество наркотика — пробуют его на язык, и если он "сушит", а не вызывает слюноотделение, значит, содержит опиаты. Некоторые торговцы обманывают начинающих наркоманов, подмешивая в наркотик разные ингредиенты, похожие по виду.

Проявления наркотического опьянения во 2-й стадии меняются.

Интенсивность "прихода" уменьшается, и для того чтобы испытывать прежние ощущения, наркоман должен постоянно

наращивать дозы. Некоторое время это помогает, но затем уже никакое повышение доз не дает прежнего "прихода".

Чтобы вновь вернуть утраченные ощущения, наркоманы используют различные способы — стараются вводить наркотик в одиночестве, в тишине, чтобы никто и ничто не отвлекло и не "ломало кайф", в тепле, в постели, в теплой ванне. Некоторые после введения опиатов выпивают небольшое количество сухого вина, чтобы удлинить "волокушу" или принимают наркотики из других фармакологических групп — снотворные, стимуляторы.

Но меняется не только первая, но и вторая фаза действия наркотика. Вместо состояния расслабленности и блаженного покоя возникает стимулирующий эффект — приняв свою дозу наркоман ощущает прилив энергии, становится бодрым, деятельным, активным.

Инттоксикация становится единственным состоянием, в котором наркоман не только испытывает комфорт, но и способен на какую-то деятельность.

Однако постоянные поиски наркотиков, криминальные пути их приобретения и добывания денег не оставляют наркоману времени, чтобы заниматься какой-то общественно полезной деятельностью. Большинство наркоманов бросают и учебу, и работу.

Систематическую наркотизацию в этой стадии могут позволить себе только высокооплачиваемые представители творческих профессий, которые в этой стадии еще способны к творческой деятельности. В 3-й стадии они такую способность утрачивают.

Во 2-й стадии при перерыве в систематическом приеме наркотика возникает абстинентный синдром.

Проявления опийного абстинентного синдрома

Это один из наиболее тяжелых вариантов абстиненции среди других форм наркоманий и токсикоманий. Превосходит его по тяжести только абстинентный синдром при барбитуромании.

Абстиненция — это неминуемая расплата наркомана за то приятное состояние, которое он испытывает в состоянии наркотического опьянения. Но по своей интенсивности и продолжительности — расплата чрезмерно тяжелая. На жаргоне наркоманов абстиненция называется "ломкой".

Клиника опийной абстиненции и ее фазы детально изучены И.Н.Пятницкой и ее сотрудниками. В динамике абстиненции выделено 4 фазы.

В 1-й фазе абстиненции, которая возникает через 8-12 часов после последней инъекции наркотика, возникает расши-

рение зрачков, слезотечение, насморк, чихание, периодически — “гусиная кожа”. Пропадает аппетит. Влечение к наркотику интенсивно, возникает состояние психического напряжения, беспокойства, неудовлетворенности. Больной не может заснуть.

Во 2-й фазе абстиненции озноб сменяется чувством жара, возникают приступы слабости и потливости.

В мышцах спины, шеи, рук и ног появляется ощущение неудобства. Возникает мышечное напряжение и желание потянуться, размять мышцы. Это состояние наркоманы сравнивают с ощущением, которое бывает, когда “отсидишь ногу”, но оно распространяется на большую часть скелетной мускулатуры.

Возникает боль в жевательных мышцах и межчелюстных суставах, усиливающаяся в начале еды, когда больной пытается поесть, или даже при мыслях о еде.

Все симптомы, которые были в 1-й фазе, усиливаются. “Гусиная кожа” становится постоянной, зрачки широкие, на свет почти не реагируют. Чихание становится приступообразным, по 50-100 раз подряд. От зевоты “сводит челюсти”. Появляется сильное слюнотечение.

К концу вторых суток после прекращения приема наркотика возникает 3-я фаза абстинентного синдрома. Это самый тяжелый период.

Возникают сильные боли в мышцах спины, ног и шеи, наркоманы их описывают так: мышцы “сводит”, “крутит”, “тянет”. Из-за этих интенсивных болей наркоманы не находят себе места, то встают, то снова ложатся, крутятся в постели, растирают мышцы, подтягивают колени к подбородку, постоянно меняют позу. Им кажется, что при движениях боли станут меньше, и они встают с постели. Вначале при движении боли немного уменьшаются, но затем опять нарастают, и больные со стоном снова ложатся. И так постоянно. Периодически возникают судороги в икроножных мышцах.

Настроение снижено, с ощущением безнадежности или с недовольством и злобой. Влечение к наркотику неодолимо. Хотя обычно опиоманы не агрессивны, в отличие от всех других наркоманий и токсикоманий, но в состоянии абстиненции больной способен на любое насилие, любое преступление, лишь бы достать наркотик.

4-я фаза абстиненции возникает на третьи сутки. К выраженным нарушениям, возникшим в предыдущих фазах, добавляются боли в животе, а затем рвота и понос. Понос многократный, до 10-15 раз в сутки, со схваткообразными болями в кишечнике.

Повышается температура тела. Больные ничего не могут есть, теряют в весе по 10-12 кг. Ночью они не спят, забыва

ясь на короткое время днем. Курящие больные испытывают отвращение к табаку, пытаясь закурить, они тут же бросают сигарету. У больных, вводивших опиаты внутривенно, появляется сильный зуд по ходу вен.

Внешне больные выглядят измученными, как во время тяжелой болезни. Выражение лица страдальческое. Глаза тусклые, глубоко запавшие. Кожа сухая, бледная или землисто-серого цвета.

Все эти тяжелые проявления существуют 5-10 дней, затем постепенно интенсивность симптомов ослабевает. Чем выше дозы принимаемых опиатов и чем больше давность заболевания, тем тяжелее проявления абстинентного синдрома.

В состоянии абстиненции обостряются все имеющиеся у больного заболевания внутренних органов. У больных с легочными заболеваниями возникает одышка, учащаются приступы при бронхиальной астме, при язвенной болезни усиливаются боли в желудке, возникает изнурительная рвота, может открыться кровотечение из язвы.

Остаточные проявления абстиненции наблюдаются в течение 2-3 недель. Общая продолжительность нелеченного абстинентного синдрома составляет 1,5-2 месяца.

Но такое полное развитие абстиненции бывает очень редко. Полностью абстиненция может развернуться, если больной внезапно попадает в условия изоляции, где у него нет возможности достать наркотик, — например, при задержании правоохранительными органами из-за совершенного преступления, при рейдах в притоны для наркоманов, а также в условиях заключения, если в течение какого-то времени наркоман имел возможность приобретать опиаты через других заключенных, а затем этот канал поступления наркотиков закрылся, и в подобных ситуациях.

В обычных условиях наркоман ни за что не будет терпеть абстиненцию, а сразу же постарается любыми путями раздобыть наркотик. Ни один опиоман не в состоянии перенести абстиненцию.

Если нет возможности достать требуемый наркотик, наркоманы оглушают себя алкоголем или принимают любые другие наркотические средства в больших количествах, лишь бы забыться. Это может привести к переходу в новую форму наркомании или токсикомании.

Только в состоянии абстиненции больные наркоманией самостоятельно или под давлением своих близких обращаются за лечением. Многие предпринимают неоднократные безуспешные попытки самостоятельно прекратить употребление наркотиков, но не выдерживают и срываются.

В этой стадии у больных наступает общее истощение, которое придает им характерный внешний вид. Больные очень худы, некоторые даже истощены. Все они выглядят старше своих лет. Цвет лица бледный, иногда с желтоватым нездоровым оттенком. Обильные ранние морщины. Волосы ломкие, без блеска, наблюдается преждевременное поседение и облысение. Ногти обламываются слоями. Отсутствует большая часть зубов, так как с них сходит эмаль, они ломаются, а потом выпадают.

Очень характерны вены наркоманов, которые вводят наркотики внутривенно.

Если у родителей возникнут предположения о том, что подросток употребляет наркотики, необходимо осмотреть его вены. Следы от инъекций на коже в области вен, чем бы подросток не мотивировал их появление, — очень важный признак. На самых ранних этапах еще нет изменений самих вен, но следы от инъекций имеют разную давность — это и свежие, покрасневшие, и старые, с корочкой, и шрамы.

При наличии таких следов от уколов необходимо срочно проконсультироваться у нарколога, даже если родители раньше ничего необычного в поведении подростка не замечали. Некоторые наркоманы знают, что чаще всего осматривают области локтевых сгибов и предплечий, поэтому намеренно делают инъекции в другие вены, например, в вены стоп, внутренней поверхности бедра, поверхностные вены в области живота. Но это больше свойственно опытным наркоманам или тем, которые уже не могут делать инъекции в локтевые вены.

У наркоманов со стажем вены предплечий, бедер, голей, кистей представляют собой плотные темные жгуты. Припухлости, покраснения кожи обычно нет, хотя подавляющее большинство наркоманов вводит наркотики, не соблюдая никаких правил стерилизации шприца, игл и кустарно приготовленных препаратов. В такие вены не могут попасть даже опытные медицинские сестры и врачи, а наркоманы попадают.

Но со временем русло вен зарастает, особенно при введении растворов опиума (наркоманы говорят, что опиум “жжет вены”), и больные уже не могут вводить в них наркотик. Поэтому они используют любую, самую тонкую вену на животе, стопах, между пальцев, в которую попасть очень трудно, но им это удается.

В нашем отделении для лечения наркоманов был больной, у которого не осталось ни одной здоровой вены, и он вводил наркотик в вены мошонки. Это свидетельствует о том, насколько интенсивно влечение к наркотику, так что никакая боль не является для наркомана препятствием.

Отношение к боли у наркоманов вообще необычно. В состоянии абстиненции многие из них намеренно причиняют себе боль — глубоко режут бритвой или ножом предплечье, вскрывают вены, и эта боль как бы отвлекает их от тяжелых проявлений, возникающих при лишении наркотика.

Длительность 2-й стадии опийной наркомании составляет 5-10 лет.

В целом прогноз опиомании со сформированной физической зависимостью неблагоприятный. По выражению самих наркоманов, "кто сел на иглу, тот с иглы уже не слезет". Излечиваются единицы.

Именно поэтому так важно, чтобы родные знали о проявлениях наркомании и сумели вовремя заметить, что сын, дочь или муж начали употреблять наркотики, чтобы предотвратить развитие заболевания.

Третья стадия опийной наркомании.

В 3-й стадии опийной наркомании снижается толерантность к наркотику. Больные уже не могут переносить прежнюю дозу. Если они вводят ту же дозу, что и раньше, которая вызывала у них комфортное состояние, то возникает состояние слабости. Толерантность снижается примерно на одну треть от прежней дозы.

Меняется картина наркотического опьянения. Наркотик оказывает уже не активизирующее, а лишь тонизирующее действие. Исчезает эйфоризирующее действие опиатов, и что бы наркоман ни предпринимал, чтобы достичь прежнего эффекта в опьянении, он уже не может этого добиться.

Если во 2-й стадии больные не могут добиться прежней интенсивности "прихода" и поэтому стараются различными способами хотя бы удлинить "волокушу", то в 3-й стадии даже сочетанный прием опиатов с каким-либо иным наркотиком не дает желаемого эффекта.

Утяжеляется абстинентный синдром. Он наступает раньше, чем это было во 2-й стадии, уже через 4-5 часов после прекращения приема наркотика, и самая тяжелая, 3-я, фаза возникает уже на вторые сутки. В абстиненции появляются судороги в ногах и руках. Мышцы вялые, сила мышц снижена.

В психическом состоянии преобладает тоска, апатия, глубокая депрессия, чувство безнадежности и безысходности. Даже взрослые больные часто плачут. В таком состоянии многие больные совершают самоубийства.

Аппетит отсутствует, больные катастрофически худеют. Они физически слабы, вялы, обессилены, постоянно лежат в постели.

Артериальное давление снижено, возможен сосудистый коллапс (резкое падение артериального давления). Может развиваться острая сердечно-сосудистая недостаточность, вплоть до смертельного исхода.

Даже после того, как пройдут все явления абстиненции, состояние наркомана в 3-й стадии далеко от нормы. Остается вялость, слабость, пониженное настроение, апатия, больному ничего не хочется делать, от любой работы он быстро устает, с трудом концентрирует внимание. Падает продуктивность умственной работы, особенно творческой.

Если во 2-й стадии некоторые наркоманы еще могут работать, то в 3-й стадии они полностью неработоспособны. Даже творческие личности, которые раньше в состоянии наркотического опьянения могли заниматься живописью, литературным творчеством, сочинять музыку или были певцами, актерами, — в 3-й стадии полностью теряют интерес к любимому делу, которое раньше составляло смысл их жизни. Некоторые из них начинали употреблять наркотики именно из-за того, что наркотическое опьянение давало им вдохновение, и таким образом они старались "подстегнуть" свое творчество. А теперь оно для них ничего не значит.

Чувство безысходности, невозможности самим разорвать этот заколдованный круг, когда уже и наркотическое опьянение становится не таким привлекательным, как раньше, но приходится продолжать прием наркотиков только для того, чтобы не возник абстинентный синдром, трудности, связанные с добыванием наркотика и неизбежные конфликты с обществом и законом, — все это толкает многих наркоманов на самоубийство.

Немало примеров, когда знаменитые киноактеры, певцы и музыканты погибали в молодом возрасте от самоубийств, передозировок, несчастных случаев или острой сердечно-сосудистой недостаточности в состоянии интоксикации — Мэрилин Монро, Джимми Хендрикс, Элвис Пресли, Роми Шнайдер, Дженис Джоуплин, Джимми Моррисон, Брайан Джонс и многие-многие другие.

Осложнения опийной наркомании связаны и с тем, что при кустарном приготовлении препаратов происходит хроническое отравление теми веществами, которые используются для вытяжки опиатов.

Например, при приготовлении так называемой "султыги" используются производные хлора и ацетон. Эти чрезвычайно токсические вещества, которые наркоманы из-за плохой очистки вводят вместе с наркотиком, оказывают влияние

на все внутренние органы. Развиваются токсический гепатит и цирроз печени, кардиомиопатия, дистрофия почек, и смерть наступает из-за тяжелых поражений жизненно важных органов.

Смертность опиоманов, как и вообще при наркоманиях, высока. Причиной этого являются острая сердечно-сосудистая недостаточность, хронические заболевания внутренних органов, которые протекают крайне тяжело из-за общего истощения, отсутствия нормального питания и пренебрежения больными диетой, режимом и лечением.

Эти заболевания еще больше обостряются в состоянии абстиненции. Могут возникнуть кровотечения при язвенной болезни, туберкулезе (частое явление у наркоманов), отек легких и другие состояния, представляющие угрозу для жизни. А поскольку, как правило, больные наркоманиями теряют семью и близких и живут одни или в притонах для наркоманов, то в таком состоянии им никто не может помочь вызвать врача для оказания своевременной медицинской помощи и спасения их жизни.

Погибают наркоманы и от самоубийств, и передозировок, особенно в тех случаях, когда для достижения прежнего эффекта или с целью облегчить свое состояние в абстиненции они принимают большие дозы снотворных средств. А разница между наркотической и смертельной дозой для снотворных невелика, и несколько лишних таблеток могут привести к передозировке и смерти.

Многие наркоманы погибают в местах заключения, в которые они попадают неоднократно. Из-за своего заболевания они не могут соблюдать неписанные законы криминальной среды, поэтому их нередко избивают, "наказывают", вплоть до убийства.

Мало кто из больных доживает до 30-35 лет. Больных старше 35 лет практически нет, лишь в тех редких случаях, когда человек начал принимать наркотики будучи взрослым. А чаще всего наркотизация начинается в подростковом или юношеском возрасте.

Если посчитать общую продолжительность стадий — 1-я стадия длится всего несколько месяцев, от 1-го до 3-4 месяцев, 2-я — 5-10 лет, то при раннем начале приема наркотиков уже в 22-25 лет у больных наступает 3-я стадия. Многие больные погибают уже во 2-й стадии.

Высокую смертность больных мы имели возможность наблюдать во время работы в специализированном отделении для наркоманов. В течение ряда лет больные неоднократно поступали на лечение, а некоторые были постоянными пациента-

ми, и вся их жизнь проходила либо в нашем отделении, либо в местах заключения, с очень кратковременными периодами жизни "на воле", а потом поступления прекращались, и только от других наркоманов мы узнавали, что больной умер или его убили.

Зависимость от снотворных средств и транквилизаторов

Средствами, которые вызывают зависимость, являются следующие препараты:

- барбитураты — этаминал-натрий (другое его название нембутал), барбамил (амитал-натрий), барбитал-натрий, эстимал, гексабарбитал, веронал (барбитал), люминал (фенобарбитал) фанодорм (циклобарбитал) и другие;
- производное пиридинового основания — ноксирон;
- транквилизаторы бензодиазепинового ряда — седуксен (сибазон, реланиум, диазепам), элениум (хлордиазепоксид, либриум), феназепам, тазепам (нозепам), оксазепам, лоразепам а также транквилизаторы других химических групп — триоксазин, мепробамат и другие;
- снотворное бензодиазепинового ряда — радедорм (эуноктин, нитразепам)
- снотворные других химических групп — хлоралгидрат, паральдегид, адалин, бромурал (бромизовал) и многие другие.

Чаще всего злоупотребляют такими снотворными средствами и транквилизаторами, как нембутал, седуксен, эуноктин мепробамат.

Если опиомания существует уже несколько веков, то злоупотребление снотворными средствами возникло лишь в XX веке. Это болезнь преимущественно стран европейской цивилизации.

В нашей стране барбитураты долгое время не считались наркотиками, хотя взяты под международный контроль уже с 1956 года. Лишь с середины 80-х годов они взяты под контроль и в нашей стране. Ноксирон считался у нас наркотиком еще раньше.

Зависимость при злоупотреблении барбитуратами называется **барбитуроманией** или **барбитуровой наркоманией**, зависимость от других средств этой группы — **токсикоманией снотворными** или **седативными средствами**. Ноксирон отдельно наркоманами обычно не используется, в основном, в сочетании с опиатами. В таких случаях говорят об опиино-ноксироновой полинаркомании.

Остальные снотворные и седативные средства наркотиками не считаются, так как включение их в список наркотиков проблематично — они слишком широко используются в медицине.

Поскольку большинство этих препаратов имеет легитимное использование, они употребляются как в медицинских, так и в немедицинских целях, становясь предметом злоупотребления.

Транквилизаторы и снотворные средства используются больными алкоголизмом для усиления алкогольного опьянения, больными другими формами наркоманий и токсикоманий, — чтобы облегчить состояние абстиненции при невозможности достать предпочитаемый наркотик, а также для того, чтобы заснуть (например, при наркомании стимуляторами).

Начав злоупотреблять этими средствами, больные посещают нескольких врачей с жалобами на бессонницу, "нервность" и без особых проблем получают рецепт на требуемый препарат.

Многие годы сотрудники профессора И.Н.Пятницкой, и автор этой книги в том числе, писали о недопустимости такого бесконтрольного использования веществ, которые вызывают наиболее тяжелую форму лекарственной зависимости, по своим последствиям значительно превосходящую опииную наркоманию, но тем не менее снотворные и транквилизаторы используются повсеместно, нередко их выписывают даже врачи общемедицинской практики, стоит пациенту пожаловаться на раздражительность или плохой сон.

Особенно опасно их назначение больным алкоголизмом, у которых очень быстро развивается зависимость по типу политоксикомании.

А в последние годы, когда аптеки стали коммерческими, многие препараты можно купить даже без рецепта.

В США зависимость от снотворных и седативных средств обнаруживается у 1,1% всего населения. В нашей стране этой форме злоупотребления еще не уделяют должного внимания, активное выявление наркоманов и токсикоманов правоохранительными органами не проводится, выявляются в основном злоупотребляющие наркотиками опиинной группы, пресекаются пути контрабанды опиатов и гашиша (марихуаны), да и то недостаточно.

Поэтому, хотя сейчас появилось много новых видов наркотиков, проблема барбитуромании и токсикомании не утратила своей актуальности, а при таком бесконтрольном использовании останется еще надолго.

Важной особенностью снотворных и седативных средств является то, что их действие разделяется на 2 фазы: первая фаза — активизирующая, вторая — собственно седативная, или снотворная.

Первая фаза действия снотворных и седативных средств очень кратковременна, и в обычных условиях, когда не превышает предписанная врачом дозировка и больной принимает эти препараты с лечебной целью, активизирующая фаза не проявляется.

Для проявления первой фазы действия средств этой группы необходимо, во-первых, чтобы человек имел установку на эйфоризирующее (наркотическое) действие и, во-вторых, превышение обычных терапевтических дозировок.

Если человек принимает снотворное в постели перед сном, то никакого активизирующего эффекта он не почувствует. Но если он принимает не ту дозу, которая рекомендована врачом, а произвольно увеличивает дозировки, считая, что обычная доза не дает желаемого эффекта, то в таких случаях риск появления активизирующего эффекта повышается.

Этому способствуют и такие обстоятельства, когда человек, приняв снотворное и полагая, что оно подействует не сразу, решает перед сном немного почитать, посмотреть телевизор или послушать музыку. В такой ситуации может проявиться первая фаза действия снотворного, и человек, вместо того чтобы заснуть, вдруг почувствует прилив бодрости, спать ему совсем расхочется, а наоборот, появится желание чем-нибудь заняться. И есть случаи, когда люди, совершенно не отдавая себе отчета, что они делают и каковы будут последствия, начинают принимать снотворные уже и днем, "для бодрости". В таких случаях формируется зависимость от снотворных, которая называется "токсикоманией поневоле".

По таким же закономерностям развивается и токсикомания транквилизаторами, когда пациенты начинают принимать их в увеличенных дозировках. Это менее злокачественный вариант, чем тот, когда снотворные изначально принимаются с наркотической целью, но последствия такой зависимости тем не менее значительны, так как все снотворные и седативные средства обладают угнетающим действием на центральную нервную систему. Представляет опасность даже привыкание человека к постоянному приему снотворных или успокаивающих средств в терапевтических дозировках, а уж зависимость с превышением лечебных дозировок — тем более.

Именно поэтому психиатров так беспокоит бесконтрольное потребление снотворных и успокаивающих средств.

Большинство людей не знает, какие серьезные последствия имеет прием даже обычных доз этих препаратов, а превышение доз и регулярный прием — и подавно. Даже сравнительно небольшой период регулярного приема препаратов этой группы вызывает нарушения памяти, ухудшение интеллектуальной деятельности, снижение концентрации внимания. Чрезвычайно опасным является то, что успокаивающие и снотворные средства снижают реакцию человека на внешние раздражители, что особенно важно в профессиях, требующих быстрой реакции: при работе на высоте, с движущимися предметами, электроприборами, в горячих цехах и так далее. Даже работа на швейной машинке, с горячим утюгом или у плиты в домашних условиях может обернуться серьезной травмой или ожогом для женщины, постоянно пользующейся успокаивающими средствами или снотворными. Не говоря уже о том, что у человека, переходящего улицу, спускающегося на эскалаторе метро или сидящего за рулем автотранспорта, может случиться обморок, внезапное падение артериального давления (коллапс), потеря сознания, сердечная недостаточность и многие другие опасные для жизни состояния, поскольку все эти препараты значительно влияют и на центральную нервную систему, и на тонус сосудов, и на деятельность сердца и многих других органов.

Все это говорит о большой социальной значимости злоупотребления снотворными и седативными средствами.

Опьянение снотворными и седативными средствами

Наркотический эффект может наступить от двух-трех терапевтических доз барбитуратов, 3-5 доз транквилизаторов. Действие препаратов этой группы зависит от способа их введения. При приеме таблеток внутрь первую фазу — “приход” — ощущают только новички. Она ощущается как легкое головокружение, потемнение в глазах. Больные используют и внутривенный способ введения растолченных и разведенных водой таблеток барбитуратов или ампулированного седуксена. При таком способе введения и первая, и вторая фазы действия ощущаются более отчетливо.

Первая фаза действия при внутривенном введении возникает сразу же после введения, “на игле”. Ощущается “мягкий удар” в голову, в глазах темнеет, и все перед глазами плывет. Эти ощущения приятны больным. Окружающее не воспринимается, больной “отключается”. При приеме барбитуратов расширяются зрачки, краснеет лицо и верхняя часть туловища, возникает резкая мышечная слабость. Больные вынуждены вводить

наркотик лежат, иначе не устоят на ногах. Длительность "прихода" — несколько секунд.

Затем наступает вторая фаза. Возникает беспричинное веселье, стремление двигаться, чем-то заняться. Повышается двигательная активность. Опьяневший не сидит на месте, он в постоянном движении, ему кажется, что он совершает целенаправленные действия, но внешне его перемещения выглядят беспорядочными.

При приеме наркотической дозы транквилизаторов в таблетках возникает состояние приятного покоя. Все, что волновало прежде, отходит на задний план и уже не беспокоит. Нарастает оглушение, опьяневший не сразу понимает смысл обращенного к нему вопроса, переспрашивает, отвечает с большой задержкой. Речь смазанная, походка неустойчивая.

В целом опьянение снотворными и седативными средствами очень напоминает алкогольное опьянение, но оно гораздо более тяжелое, выражены нарушения координации и мышления. Опьяневший не способен осмысливать происходящее и свое поведение, особенно при опьянении барбитуратами, легко отвлекается, в разговоре перескакивает с одной темы на другую, не помнит, о чем говорил только что.

При барбитуровом опьянении окружающее воспринимается наркоманом искаженно, например, чье-то замечание не имеющее к нему никакого отношения, он может расценить как оскорбительное и наброситься с кулаками на "обидчика". В состоянии опьянения больной может пристать на улице к прохожему и затеять беспричинную ссору. В компаниях таких наркоманов очень часты беспричинные драки. Часты и случаи проявления агрессии по отношению к посторонним людям. Настроение неустойчиво — опьяневший то весел и беспричинно смеется, то вдруг по незначительному поводу раздражается, возникают злоба и гнев.

Внешне опьянение снотворными и транквилизаторами проявляется значительными нарушениями координации и дикции. Движения больных в состоянии опьянения барбитуратами размашистые, избыточные, несогласованные — начиная какое-то движение, больной издали заносит руку. Заметна неточность при выполнении мелких движений. Нарушается походка, при ходьбе больные как бы проваливаются, словно у них подгибаются колени. При ходьбе и стоянии они пошатываются из стороны в сторону. Речь смазанная, нечеткая, как у сильно выпившего человека.

Врачам, проводящим экспертизу на наличие опьянения, а особенно, дифференциальную диагностику алкоголь-

ного и барбитурового опьянения, помогут такие симптомы последнего, как расширение зрачков с вялой реакцией на свет, горизонтальный мелкоамплитудный нистагм (подергивание глазных яблок), особенно при крайних отведениях (при алкогольном опьянении нистагм возможен, но он крупный), сероватый оттенок кожных покровов с большим количеством гнойничковых высыпаний, сальный налет на коже, коричневатый, не удаляемый шпателем налет на спинке языка, брадикардия и гипотония (а при алкогольном опьянении — наоборот, гипертония и тахикардия), снижение температуры тела на 0,5-1 градус (при алкогольном опьянении — чаще всего повышение температуры тела).

Опьянение транквилизаторами в целом похоже на опьянение барбитуратами, но здесь нет такой агрессивности, больше заметна расслабленность, вялость.

Вторая фаза барбитурового опьянения продолжается 2-3 часа. В отличие от опиоидного опьянения, при интоксикации барбитуратами и транквилизаторами больной не способен скрывать проявления своего опьянения от окружающих даже в ситуации экспертизы. При опьянении барбитуратами наступает 3-я фаза — сон. Он тяжелый, глубокий, разбудить человека в таком состоянии очень трудно. Мышцы вялые, руки и ноги тяжелые и расслабленные. Сон длится 3-4 часа. Если прием барбитуратов происходил днем, то ночью больной с трудом засыпает.

После пробуждения наступает 4-я фаза. Она проявляется вялостью, разбитостью, головной болью, чувством "отупения" и неспособностью сосредоточиться. Ощущается мышечная слабость, руки и ноги, "как ватные", движения неточные. Могут быть тошнота и рвота. Если барбитуроман выпьет горячей воды, то вновь может наступить опьянение.

При опьянении транквилизаторами сон может не наступать, опьянение завершается чувством вялости, разбитости, общей слабости и слабости в мышцах, могут быть головная боль и чувство тяжести в голове. В отличие от опиомании, когда больные способны контролировать свою комфортную дозу, а передозировки случайны, чаще всего вызваны ошибкой при разведении сухого вещества, при барбитуромании **передозировки** закономерны.

Причина передозировок, как и при алкоголизме, вызвана утратой контроля за количеством принимаемого препарата. Утрата контроля возникает на определенном уровне интоксикации.

Приняв свою обычную дозу и находясь в состоянии опьянения, больной барбитуроманией, как и больной алко-

лизмом, не удовлетворяется этой степенью интоксикации, и поэтому он "вдогонку" принимает еще несколько таблеток, потом еще, а дальше он уже не способен контролировать количество принятого наркотика и принимает весь имеющийся у него запас. Возникает передозировка, которая при приеме большой дозы может быть очень тяжелой. Если рядом с больным кто-то есть, то в таком состоянии его госпитализируют в Центр по лечению острых отравлений или в токсикологическое отделение больницы. Такие передозировки у барбитуроманов очень часто заканчиваются смертью, так как, в отличие от алкоголизма и некоторых других форм наркоманий, смертельная доза барбитуратов для больных барбитуроманией и здоровых людей, не злоупотребляющих этими препаратами, различается незначительно.

При злоупотреблении транквилизаторами тоже бывают передозировки, особенно на начальных этапах наркотизации, когда больные еще не знают свою переносимость этих препаратов. Передозировки возникают и в поздних стадиях токсикомании транквилизаторами, так как при этой форме зависимости, как и при алкоголизме и барбитуромании, в опьянении возникает утрата контроля за количеством принятого препарата. И если транквилизатор у больного есть в большом количестве, то в состоянии интоксикации, чтобы удержать желательную степень опьянения, он постоянно добавляет по несколько таблеток, пока не израсходует весь имеющийся запас. Возникает тяжелое отравление.

Но, в отличие от барбитуратов, у транквилизаторов смертельная доза значительно отличается от комфортной, поэтому смерть наступает только при приеме очень большого количества препарата, превышающей 30-40 терапевтических доз. При приеме меньшей дозы больной токсикоманией лежит без сознания несколько суток в том месте, где он принимал транквилизаторы и постепенно выходит из этого состояния самостоятельно или попадает в токсикологическое отделение больниц с диагнозом "отравление".

При токсикологическом исследовании крови таких больных устанавливаются чрезвычайно высокие концентрации транквилизаторов, от которых у здорового человека наступает смерть. Но если больного даже в состоянии крайне тяжелого отравления вовремя госпитализируют и проведут необходимые токсикологические и реанимационные мероприятия, то некоторых удается спасти. Отравление у них протекает значительно легче, чем у здоровых людей, несмотря на смертельные концентрации препаратов в крови. По выходе из отравления у таких

больных возникают судорожные припадки, психозы, различные формы нарушения сознания.

После отравления у больных наркоманией и токсикоманией 2-й и 3-й стадий возникает абстинентный синдром, но он не такой тяжелый, как при внезапном прекращении приема наркотических средств, так как после отравления в крови больных еще в течение нескольких суток содержится некоторое количество наркотического вещества, и это делает картину абстиненции смазанной, нетипичной. После перенесенного отравления больные ничего не помнят — сколько они приняли препарата, что с ними было, кто вызвал врача (амнезия). Могут вспомнить только самое начало периода интоксикации, да и то не всегда.

В целом клиническая картина отравления у таких пациентов существенно отличается от отравления здоровых людей, поэтому в токсикологических учреждениях есть возможность по этим особенностям выявлять больных, злоупотребляющих снотворными средствами и транквилизаторами.

Развитие барбитуромании и токсикомании транквилизаторами

Как и при всех других наркологических заболеваниях, в течении наркомании и токсикомании выделяют 3 стадии.

1-я стадия

Барбитураты, транквилизаторы и алкоголь обладают перекрестной толерантностью, — то есть высокая толерантность к алкоголю обуславливает и толерантность ко всем препаратам этой группы — любым снотворным и седативным средствам.

На 1-й стадии барбитуровой наркомании и токсикомании транквилизаторами возможно чередование приемов спиртного и снотворных или транквилизаторов.

Например, больной несколько раз принимает снотворные, а когда они у него заканчиваются, пьет спиртное. Но тут он обнаруживает, что прежняя доза алкоголя его “не берет”, и для того чтобы опьянеть, он должен выпить больше, чем обычно. В течение какого-то периода он употребляет алкоголь, а как только появляется возможность приобрести барбитураты или транквилизаторы, принимает их. И тут тоже выясняется, что прежняя доза уже не дает желаемого эффекта, и он должен увеличить дозу препаратов.

Опьяняющее действие транквилизаторов более слабое, чем у снотворных. Со временем больные начинают отдавать предпочтение барбитуратам, так как это опьянение для

них привлекательнее, оно дает "кайф". И они переходят на прием только барбитуратов или иногда используют алкоголь, если нет возможности достать барбитураты. Если барбитуроман превысит дозу, то возникают потливость, слюнотечение, резь в глазах, чувство дурноты, тошнота и рвота. Это защитные реакции, которые как бы предупреждают о передозировке.

Предпочтение барбитуратов алкоголю свидетельствует о сформировавшейся психической зависимости. Влечение к ним выражено. Вне опьянения наркоман чувствует психическое напряжение, недовольство и беспокойство, — то есть психический дискомфорт. Прием снотворных становится регулярным. Толерантность на этой стадии в 3-5 раз превышает первоначальную наркотическую дозу. Длительность 1-й стадии барбитуромании составляет 3-4 месяца. При более интенсивном употреблении продолжительность этой стадии может сокращаться.

2-я стадия

Во 2-й стадии заболевания толерантность к барбитуратам максимальная и стабильная, она составляет около 2 г чистого барбитурата. Первая фаза действия наркотика — "приход" — угасает. Для его усиления барбитуроманы используют тепло, пьют теплую воду даже при внутривенном введении барбитуратов. Некоторые наркоманы используют небольшое количество сухого вина, но избегают приема крепких спиртных напитков так как это портит "кайф". В этой стадии в состоянии опьянения нарушения координации не так выражены, как в 1-й стадии. Двигательная подвижность в интоксикации сохраняется.

Мышление становится застойным, тугоподвижным, барбитуроманы с трудом переключаются с одной мысли на другую. Нет прежней болтливости, речь становится однообразной, с повторениями. Эмоции уже не так подвижны, как в 1-й стадии становятся инертными. Приступы гнева и злобы могут быть длительными. Агрессивность и драчливость больных барбитуроманией усиливается. Опьянение во 2-й стадии приобретает дисфорический (то есть раздраженно-злобный) оттенок, что свойственно и больным алкоголизмом в аналогичной стадии заболевания.

В этой стадии у больных барбитуроманией очень часта передозировка. Хотя больные знают свой "потолок" — то есть максимальную дозу, которую их организм способен перенести, возникающая в состоянии опьянения утрата количественного контроля за дозой вынуждает больного превышать свою норму поэтому возникают передозировки, представляющие опасность для жизни.

Больные барбитуроманией представляют опасность для окружающих в любой стадии заболевания — в 1-й стадии они возбудимы, их веселье легко сменяется гневом и драчливостью, а во 2-й из-за злобных застойных аффектов, агрессивности и злопамятности могут совершать правонарушения, связанные с насилием. В этой стадии заболевания третья фаза действия наркотика — сон — при приеме обычных доз уже не наступает, и чтобы заснуть, барбитуроман должен принять увеличенную дозу.

Синдром физической зависимости формируется в среднем через 6 месяцев с начала систематического приема барбитуратов. Влечение к наркотику имеет неодолимый характер.

Абстиненция при барбитуромании

При прекращении приема барбитуратов в течение первых суток возникает абстинентный синдром. Это один из наиболее тяжелых вариантов абстиненции по сравнению с другими формами наркоманий и токсикоманий.

В первой фазе абстиненции возникают озноб, потливость, мышечная слабость, снижение аппетита, бессонница, психическое напряжение, беспокойство и злорада. Зрачки расширены. Эта фаза длится в течение суток.

Во второй фазе возникает судорожное сведение икроножных мышц или подергивание отдельных мышечных пучков, тики, мышечное напряжение, ощущение неудобства в мышцах. При обследовании можно установить мелкий тремор (дрожание) кончиков пальцев (при алкогольном похмельном синдроме тремор крупноразмашистый), повышение артериального давления, учащение пульса. Больные напряжены, тревожны, раздражительны, дисфоричны, не переносят громких звуков, резкого света. Они не могут лежать в постели, не находят себе места от беспокойства. При ходьбе они пошатываются и могут упасть.

Эта фаза длится в течение вторых суток после прекращения приема барбитуратов.

В третьей фазе абстинентного синдрома при барбитуромании к уже имеющимся расстройствам присоединяются боли в желудке, рвота, понос.

Наиболее характерный симптом барбитуровой абстиненции — боли в крупных суставах. Боли столь интенсивны, что все остальные тяжелые проявления абстиненции отступают на задний план. Боли разной интенсивности возникают и в различных частях тела. Наиболее постоянны давящие боли в области сердца.

Четвертая фаза абстинентного синдрома развивается к концу третьих суток. Дисфория сменяется депрессией.

Одно из наиболее тяжелых проявлений барбитуровой абстиненции — судорожные припадки. Они наблюдаются у 75% больных. Припадков может быть несколько — до 5 в сутки. Они наблюдаются в течение 3-6 суток с момента лишения барбитуратов. Особенностью судорожных припадков при барбитуровом абстинентном синдроме является то, что большинство противосудорожных препаратов, которые обычно применяются при эпилепсии и алкогольных судорожных припадках, неэффективны для больных барбитуроманией, поскольку к противосудорожному эффекту этих средств у барбитуроманов развивается толерантность. Это обусловлено тем, что препараты барбитуровой кислоты сами обладают противосудорожным эффектом (например, люминал раньше часто использовался при лечении эпилепсии, пока не появились новые эффективные препараты), а длительное злоупотребление барбитуратами вызывает устойчивость к их противосудорожному действию.

Еще одним тяжелым проявлением барбитуровой абстиненции являются психозы. Барбитуровый делирий развивается у 60% больных. Обычно он возникает на 3-7 сутки. Барбитуровый делирий более тяжелый, чем алкогольный. У многих больных в абстиненции наблюдаются и судорожные припадки, и делирий.

Барбитуровая абстиненция — опасное для жизни состояние. Без квалифицированной медицинской помощи возможен неблагоприятный исход.

Длительность абстинентного синдрома — 4-5 недель. Уже в этой стадии наркомании больные становятся инвалидами. **Осложнения при барбитуромании** появляются очень рано. Именно поэтому такая форма наркомании считается наиболее злокачественной.

Проявляются все признаки **токсической энцефалопатии** (то есть необратимого органического поражения головного мозга), которые при алкоголизме наступают не во 2-й, а в 3-й стадии. При барбитуромании тяжелые осложнения опережают развитие симптомов зависимости.

Основным отличием барбитуровой энцефалопатии от алкогольной является **брадипсихия** — то есть замедление всех психических процессов. Нарастает отупение, утрачивается сообразительность, снижается быстрота и качество осмысления. Больные понимают лишь самые простые вопросы, не способны к умственной деятельности. Они быстро утомляются, не могут сконцентрироваться, внимание истощается

Лицо у барбитуроманов маскообразное, без мимики, выражение лица тупое. Речь бедная, замедленная, с ограниченным запасом слов. Значительно нарушается память — барбитуроманы не могут запомнить и удержать в памяти новую информацию, не способны воспроизвести из памяти ранее имевшиеся сведения. Даже о себе наркоман не может подробно рассказать, так как многого не помнит. Апатия и бездеятельность чередуются с дисфориями. Постоянный фон настроения — злобно-враждебный, с готовностью к агрессии. Бывают периоды длительной депрессии, которая может привести к самоубийству. Мысли о самоубийстве периодически возникают практически у всех больных барбитуроманией. Сфера интересов ограничена лишь поиском и приемом наркотика. Нарастают истощение и анергия (утрата энергии), больные неработоспособны. Они не могут заниматься никаким трудом, даже если у них достаточно наркотика.

Происходит глубокое изменение личности. Утрачиваются все нравственно-этические нормы и нормы поведения в обществе. Больные неряшливы, грязны, пренебрегают личной гигиеной. Характерен внешний вид больных барбитуроманией: лицо бледное, одутловатое, маскообразное, цвет кожи с землистым оттенком, на коже множество гнойничковых высыпаний и трофических нарушений, язв, раны долго не заживают. Глаза теряют блеск. Волосы тусклые, кажутся мертвыми.

Поражаются практически все внутренние органы и системы организма — сердечно-сосудистая, пищеварительная, эндокринная и нервная. Наиболее тяжело поражается печень — токсический гепатит, жировое перерождение, цирроз, а также сердечно-сосудистая система — микроциркуляторная недостаточность и прочее.

Все больше нарастают проявления деменции (приобретенного слабоумия). Выраженная деменция может наступить уже через 3-4 года систематического приема барбитуратов. Больных с 3-й стадией барбитуромании очень мало, так как большинство погибает уже на предыдущей стадии.

3-я стадия

В 3-й стадии больные полностью инвалидизируются. Передозировки регулярны, и из-за этого форма потребления наркотика приобретает перемежающийся характер (по типу запоев при алкоголизме). Потребление наркотика происходит следующим образом. Достав какое-то количество препарата, больной уже не в состоянии распределить его по дням и часам. Из-за утраты количественного контроля в состоянии опьянения он за короткий промежуток времени принимает весь имеющийся у него

запас наркотика, возникает передозировка, тяжесть которой зависит от количества принятого препарата.

Несколько дней больной лежит без сознания дома (если он у него есть) или в том месте, где он принял наркотик, и никто не оказывает ему медицинскую помощь. Даже если передозировки случаются в притоне для наркоманов, другие наркоманы никогда не вызывают "Скорую помощь", чтобы не привлекать к притону внимания. Если больной не погибает от передозировки, он постепенно выходит из этого состояния. Несколько дней он настолько слаб, что не в состоянии передвигаться. После того как у него появятся силы, чтобы достать наркотик, он снова принимает всю дозу, и снова возникает передозировка, и так далее.

Смертность барбитуроманов от осложнений и заболеваний в 3-5 раз, а число самоубийств в 60-80 раз выше, чем у людей, не употребляющих наркотики.

Зависимость от транквилизаторов по своим закономерностям сходна с вышеописанными проявлениями, свойственными наркомании снотворными. По сравнению с барбитуроманией эта форма менее злокачественна, но опаснее, чем опиная наркомания. В последние годы транквилизаторы стали вытеснять барбитураты, так как у них более высокий терапевтический индекс, то есть разница между комфортной и смертельной дозой, кроме того, барбитураты быстрее транквилизаторов вызывают физическую зависимость. Однако это не означает, что эта форма зависимости более доброкачественна, так как психические осложнения и снижение работоспособности при регулярном приеме транквилизаторов возникают уже в 1-й стадии. Особенно явно это у людей, чьи профессии связаны с интеллектуальной деятельностью, а также у тех, чьи профессии требуют точности, согласованности и быстрой смены движений.

При токсикомании транквилизаторами более выражены, чем при наркотизации веществами других фармакологических групп (не снотворных и седативных), эмоциональные расстройства и нарушения поведения — злоба, конфликтность, агрессивность. Абстиненция представляет угрозу для жизни и требует госпитализации и квалифицированной медицинской помощи. Интеллектуальный дефект напоминает таковой при барбитуромании. Смертность при злоупотреблении транквилизаторами в 2-3 раза выше, чем у людей, не принимающих наркотические вещества.

Наркомания стимуляторами

К стимуляторам, вызывающим наркотическую зависимость, относятся кокаин, эфедрин, первитин (метедрин), ам

фетамин (бензедрин, фенамин), прелюдин (грацидин) и другие. Сюда же относится и кофеин, но он пока наркотиком не считается, хотя тоже может вызывать зависимость (чифиризм, кофеизм).

Стимулирующий эффект листьев и плодов различных растений (коки, эфедры, кофе, чая и других) известен уже много веков. Жевание или заваривание листьев, дробленых плодов использовалось многими народами для снятия чувства усталости, голода, при тяжелой физической работе.

Некоторые стимуляторы впоследствии были выделены из растений, а другие синтезированы химическими способами.

Стимуляторы использовались военачальниками во время войны, давая возможность не спать в течение нескольких суток, оставаться бодрыми, инициативными и не чувствовать усталости. Но после такого длительного приема стимуляторов человек истощается, и для восстановления сил ему требуется длительный сон.

В западных странах кокаинизм в настоящее время очень популярен. В нашей стране стимуляторы многие годы не использовались, так как наркоманам трудно было приобрести их. Некоторым удавалось доставать и принимать стимуляторы от случая к случаю. Но при развитии зависимости требуется постоянный канал приобретения наркотиков.

В середине 80-х годов в подпольных лабораториях или кустарно в домашних условиях наркоманы научились делать из различных аптечных препаратов, содержащих эфедрин (капли от насморка, глазные капли, средства для лечения бронхиальной астмы и другие), новый препарат, обладающий сильным стимулирующим действием. Окисленный эфедрин психиатры-наркологи называли эфедрон. Среди наркоманов этот препарат известен под названием "мулька", "марцефаль", "мурцовка" и "джеф".

При внутривенном способе введения концентрация эфедрина с помощью специальной обработки повышается до 12%.

Популярности эфедрона среди подростков и молодежи способствовала легенда о том, что на ранних этапах своего творчества производное эфедрина под названием "джеф" использовали музыканты группы "Deep Purple".

Некоторые пациенты начинают сначала принимать обработанный эфедрон-эфедрин внутрь, а затем переходят на внутривенное введение, некоторые с самого начала используют внутривенный способ. Злоупотребление эфедронем и

концентрированным эфедрином стало очень распространенным явлением, в связи с чем все препараты, содержащие эфедрин, были взяты под строгий контроль. Эта форма зависимости названа эфедроновой наркоманией.

Помимо эфедрона и эфедрина, стал пользоваться популярностью и первитин. Производное первитина входит в состав кустарно приготовленного препарата, который на жаргоне наркоманов называется "ширкой".

Контрабандными путями в нашу страну поступает и кокаин. При эфедроновой наркомании на начальных этапах прием наркотика обычно происходит в компании, где есть кто-то более "опытный", умеющий приготовить эфедрон кустарным способом. Он обучает остальных готовить и вводит наркотик внутривенно, на первых порах сам вводит наркотик новичку.

Эфедрон и концентрированный эфедрин были очень популярны в подростковых группах, а также среди людей творческих профессий, которые считали, что наркотик стимулирует творческую деятельность. Из-за выраженного эйфоризирующего действия эфедрон или эфедрин могут уже после первого внутривенного введения стать настолько привлекательными, что больные ищут возможности попробовать еще, узнают способы кустарного приготовления наркотика и начинают вводить его систематически, а это очень быстро приводит к развитию наркомании.

В 80-х годах, когда препараты, содержащие эфедрин, продавались в аптеках без рецепта, доступность и дешевизна этого наркотика привела к тому, что эфедроновая наркомания приобрела характер эпидемии.

Даже многие опиоманы перешли на эфедрон и концентрированный эфедрин и из-за эйфоризирующего действия и из-за доступности сырья для приготовления наркотиков. Иногда к эфедрону прибегали и больные алкоголизмом после наркологического лечения (кодирование, имплантация "эспераль"), когда они уже не могли употреблять спиртные напитки. Некоторые новички не отдавали себе отчет в возможных последствиях, так как не считали наркотиком препарат, который свободно продается в аптеках. Наркотиками они считали только героин, ЛСД, морфий, кокаин и другие вещества, которые строго контролировались и о распространенности которых на Западе они слышали.

Способы введения стимуляторов различны, зависят от препарата — их вводят внутривенно и внутримышечно, принимают внутрь в виде растворов или таблеток, курят и нюхают.

Опьянение стимуляторами

При внутривенном введении наркотика в первой фазе, уже “на игле”, возникает чувство “озарения”, острого блаженства, ощущение необыкновенной легкости в теле, полета.

При приеме внутрь этой фазы действия наркотика нет. Опьянение возникает через 10-15 минут после приема эфедрона. Картина опьянения начинается со второй фазы.

Во второй фазе действия наркотика опьяневший испытывает чувство необычайной легкости во всем теле. При внутривенном способе введения ощущение полета сохраняется.

Эйфория — состояние приподнятости, радости, благодушия и любви ко всем людям — интенсивна. Появляются разнообразные приятные ощущения: движущиеся по телу теплые волны, легкий озноб, чувство блаженства. Эти ощущения могут локализоваться в области живота, внутренних органов или по всей поверхности кожи.

Все внимание в состоянии опьянения сконцентрировано на своих необычных ощущениях, окружающее не воспринимается. Прежние проблемы и неприятности опьяневшего уже не волнуют.

Для первой и второй фазы опьянения стимуляторами характерна бездвигательность. Опьяневший полностью погружен в себя. В течение всего опьянения больной бледен, зрачки расширены, артериальное давление повышено, пульс учащен, могут быть перебои в сердечной деятельности. Губы сухие, поэтому одним из характерных признаков является то, что опьяневший постоянно их облизывает. Голос становится грубым.

Объективными неврологическими симптомами являются мелкий тремор (дрожание) пальцев рук, век, языка, латеральный нистагм (подергивание глазных яблок при отведении в сторону), повышение сухожильных рефлексов. У регулярно принимающих стимуляторы язык ярко-малиновый, как бы лакированный. Отмечается подергивание языка или отдельных его мышечных пучков.

Затем наступает третья фаза — обострение ясности сознания и восприятия окружающего. Восприятие яркое, четкое и контрастное, с мельчайшими подробностями. Краски сочные, насыщенные. Мысли текут легко и быстро, ощущается необычная четкость и ясность мышления. Больные легко переключаются с одной мысли на другую. Эйфория сохраняется, но у некоторых больных возникают тревога и страх.

В этой фазе опьянения появляется избыточная двигательная активность, бессмысленная суетливость. Движения

резкие, размашистые, неточные, особенно нарушаются тонкие движения, нарушена координация. В состоянии опьянения большим кажется, что у них появились безграничные возможности. Они считают, что могут справиться с любой проблемой, с любой работой, и все, что они делают, доставляет им радость. У многих наркоманов возникает стремление заниматься творчеством. Они пытаются рисовать, писать музыку или стихи, играют на музыкальных инструментах. Удовольствие доставляет сам процесс "творчества", а не результат. Наркоманам кажется, что они испытывают необычайное вдохновение, у них обнаружались неизвестные ранее таланты. Они с увлечением отдаются творческому процессу, гордятся своими способностями, хотя на самом деле вся их "творческая продукция" — это бездарная мазня, графоманство или бессмысленный набор звуков.

Но больные этого не осознают, они считают, что "творят" необыкновенно талантливые произведения, и только в состоянии интоксикации эти таланты проявляются. Хотя некоторые наркоманы в трезвом состоянии признают, что их "продукция" весьма посредственна, тем не менее, сам по себе процесс "творчества", эйфория, общее ощущение блаженства и необыкновенный прилив сил для них очень привлекательны. Возникает усиление восприятия при сочетанном воздействии различных раздражителей — музыка усиливает цветовое восприятие (цветомузыка), зрительные раздражители усиливают восприятие речи.

В состоянии опьянения стимуляторами у наркоманов возникает потребность в общении. Их "способности" вызывают у них радость, восторг, желание поделиться своей радостью с окружающими. Опьяневшему безразлично, с кем говорить, он может быть навязчив со своим стремлением рассказать о необычных ощущениях. Поскольку наркотизация чаще всего носит групповой характер, особенно на начальных этапах, опьяневшему кажется, что все вокруг чрезвычайно доброжелательно, приятны в общении, необыкновенно талантливы, хотя рядом с ним находятся деградировавшие наркоманы, некоторые из них неделями не моются, не следят за собой, ничем не занимаются, кроме приема наркотиков и секса.

В состоянии интоксикации наркоманы болтливы и многоречивы, ассоциации и мышление ускорены. Но постороннему человеку явно видно, что мышление у них поверхностное, разорванное, с частыми повторениями одних и тех же слов и выражений.

Одной из важных особенностей опьянения стимуляторами, которая отличает его от других видов опьянения и

делает очень привлекательным для наркоманов, является усиление сексуального влечения и возрастание потенции. В состоянии опьянения стимуляторами наркоманы вступают в многократные сексуальные контакты в течение дня. Если нет возможности для удовлетворения полового влечения гетеросексуальным путем, они прибегают к гомосексуальному. Своей возросшей сексуальной потенцией наркоманы очень гордятся, и поэтому стимуляторам отдается явное предпочтение перед другими наркотиками, ни один из которых таким эффектом не обладает.

Беспорядочные половые связи способствуют заражению венерическими заболеваниями, которые при групповом приеме наркотика имеют характер эпидемии. Даже если группа однополая, постоянные гомосексуальные контакты приводят к тому, что заражаются все члены группы, а в последующем, при переходе на самостоятельный прием, наркоманы заражают и других людей. Но повышенная сексуальная активность наблюдается только в первые 3-5 месяцев. В дальнейшем развивается импотенция.

В четвертой фазе опьянения — фазе выхода — эйфория сменяется подавленностью, раздражительностью, стремлением к одиночеству. Возникают светобоязнь и непереносимость громких звуков, головная боль, неприятные ощущения в различных частях тела, озноб, чувство "ползания мурашек", периодически — вздрагивание всем телом. Пульс учащен, усиливаются боли в области сердца, нарушения сердечного ритма, перебои в сердечной деятельности. Наблюдаются слабость, сонливость, чувство опустошенности. Двигательная активность сменяется вялостью и обессиленностью. Больные впадают в протрацию.

Если наркоман вводил стимуляторы в одиночестве, то может наступить непродолжительное дремотное состояние. Но если наркотизация стимуляторами происходит в группе, то после спада интоксикации наркоманы не спят, а как только действие наркотика спадает, вновь водят себе очередную дозу. Даже после однократного введения стимуляторов у начинающих в течение нескольких дней наблюдается слабость, вялость и головная боль.

Но однократным приемом дело обычно не ограничивается, и очень скоро наркотизация становится систематической. Общая длительность наркотического опьянения при приеме стимуляторов составляет от 1 до 6 часов. Она зависит от вида препарата — наиболее короткая при кокаиновом опьянении, наиболее продолжительная — при эфедриновом. У но-

вичков продолжительность опьянения больше, чем у наркоманов со стажем.

Течение наркомании стимуляторами

Вначале прием наркотика может быть эпизодическим от случая к случаю, когда собирается компания, в которой есть более опытный наркоман, и он приобщает других членов компании к наркотизации. Обычно психическая зависимость формируется уже через 1-3 месяца нерегулярного приема эфедрона внутрь. При внутривенном введении зависимости формируется гораздо быстрее. Привлекательность эйфории и необычных ощущений заставляет некоторых людей уже после нескольких инъекций самим искать возможности для учащения приема наркотика.

Психическая зависимость может сформироваться уже после 2-3 инъекций.

Первая стадия наркомании стимуляторами

При сформированной психической зависимости быстро нарастает толерантность.

Особенностью этой формы наркомании является то, что разовая толерантность (то есть количество наркотика, принимаемое одномоментно) существенно не нарастает, так как увеличение привычной наркотической дозы приводит к ухудшению состояния — повышается артериальное давление, возникает головная боль, появляются озноб и дрожь во всем теле.

С течением времени укорачивается продолжительность эйфории, и выход из интоксикации сопровождается упадком сил, вялостью, сердцебиением. Поэтому больные должны вводить наркотик повторно через более короткие промежутки времени, чем на начальном этапе наркотизации.

Соответственно увеличивается частота инъекций в течение суток, и суточная толерантность нарастает до 6-10 раз, а разовая может оставаться в тех же пределах.

Вырабатывается необычный ритм приема наркотика. Особенностью наркомании стимуляторами является перемежающийся характер потребления наркотика (что немного напоминает запои при алкоголизме).

В течение нескольких дней больные вводят наркотик как только интоксикация спадает, и в день таких инъекций может быть несколько: в начале 1-й стадии — 4-5, а при дальнейшем развитии наркомании — и больше.

Период непрерывной наркотизации в начале 1-й стадии продолжается 2-3 дня, а в последующем — до 5 дней и более. В течение всего периода наркотизации больные не спят

не едят и даже не пьют (и голод, и жажда полностью подавляются). Они теряют в весе несколько килограммов.

К концу периода наркотизации нарастает психическое истощение, появляются тошнота, головокружение, резь в глазах, бессонница, общая слабость и вялость, слабость в мышцах, невыносимость к психической и физической нагрузке, нарастает апатия. Это состояние наркоманы называют "отходом". Из-за этого наркотизация прерывается.

После окончания периода наркотизации возникает острое чувство голода, большие много едят, но прежнего веса не набирают. Чтобы заснуть, они вынуждены принимать снотворные. В дальнейшем может быть перерыв в приеме наркотика, длящийся от 3 до 10 дней. Затем нарастает влечение к наркотику, желание вновь испытать столь привлекательное состояние опьянения, и больной опять стремится в компанию, где он принимал наркотик, или сам готовит его дома.

Влечение к наркотику очень интенсивно. Чем бы больной ни занимался, он постоянно вспоминает свои необычные ощущения, ему хочется пережить это состояние еще раз. Все мысли постоянно крутятся вокруг того, как бы достать наркотик. Если у больного нет возможности принять наркотик, он испытывает тягостное ощущение неудовлетворенности, недовольства, ему ничем не хочется заниматься, все неинтересно. Развивается так называемый психический дискомфорт. Но стоит больному наркоманией попасть в свою компанию или самостоятельно изготовить либо приобрести наркотик, — психическое состояние быстро нормализуется, и работа, которой так не хотелось заниматься, выполняется легко и быстро.

Через 3-4 месяца регулярного приема или внутривенного введения наркотика в светлые промежутки между периодами наркотизации нарастает общая вялость, слабость, нарушения сна и аппетита. Появляется тревожность и подозрительность. При резком звуке больные вздрагивают всем телом, им кажется, что окружающие замечают необычность их состояния. Бессонница становится стойкой. Самостоятельно больные уснуть не могут. Даже 1-2 таблетки снотворного им уже не помогают, и они вынуждены наращивать дозы снотворных до 4-5 таблеток. Во время сна больного трудно разбудить. При пробуждении отмечается вялость, настроение подавленное и легко меняется, мышление заторможенное. Больные малоактивны, не могут заниматься ни умственной, ни физической работой.

Длительность 1-й стадии наркомании стимуляторами — 3-6 месяцев. Ее продолжительность зависит от интенсивности наркотизации.

Вторая стадия наркомании стимуляторами

В этой стадии происходит увеличение разовой толерантности. При приеме внутрь толерантность возрастает в 5-6 раз, суточная доза при приеме внутрь возрастает в 50-60 раз.

При внутривенном введении разовая толерантность возрастает не более, чем в 2 раза. Однако при длительной наркотизации эта доза уже не вызывает прежнего эффекта. Поэтому больные повторно вводят определенную дозу наркотика (часть разовой дозы) каждые 10 минут. Этот дополнительный прием они повторяют до 8 раз в сутки. Соответственно, суточная толерантность во 2-й стадии наркомании возрастает в 20 раз.

Продолжительность эйфории сокращается, ослабевает яркость переживаний, нет ощущения "прилива". Эйфория легко исчезает при воздействии внешних раздражителей, например, если к больному обратиться или как-то его потревожить. Со временем опьянение утрачивает свои привлекательные черты, возникают раздражительность, грубость, злоба.

Периодичность приема наркотика становится четкой. В течение 3-6 дней больной непрерывно вводит или принимает наркотик каждые 2-3 часа, а затем наступает перерыв. Но во 2-й стадии перерывы уже более короткие — 2-5 дней. С течением заболевания светлые промежутки все больше сокращаются, а периоды наркотизации удлиняются до 10-15 дней.

Прекращение введения наркотика после периода непрерывной наркотизации происходит из-за невозможности дальнейшего его потребления — нарастает психическое и физическое истощение, вместо эйфории возникает пугливость, возбужденность, появляются страхи и подозрительность.

При превышении дозировок наркотиков возникает **передозировка**. Она может привести к смерти.

Через 8-9 месяцев регулярного потребления наркотиков после тяжелой многодневной наркотизации возникают **психозы**. Вначале нарастают беспокойство, напряженность, появляются тревога и страх. Все звуковые раздражители воспринимаются обостренно или искажаются. В каждом шорохе больным чудятся шаги приближающихся врагов и преследователей, обычные звуки кажутся грохотом. Возникают иллюзорные обманы восприятия — висящая одежда кажется человеком, светлые шторы больной может принять за призрак, в тени кустов видятся притаившиеся люди. Часто больные слышат оклики. В поведении окружающих больной видит угрозу для себя — ему кажется, что все посматривают на него подозрительно, с каким-то особым значением, все люди догадываются, что с ним

происходит, неодобрительно перешептываются между собой, обсуждая его необычный внешний вид и поведение. Даже если наркоман не слышит слов окружающих, он полагает, что они таят угрозу. В состоянии психоза больному кажется, что на улице ему постоянно встречаются одни и те же люди, и он приходит к выводу, что за ним следят. Совершенно случайных людей больные воспринимают как преследователей, пытаются "обороняться" от мнимых врагов и защищаясь от них, могут сами нападать на окружающих. Часты случаи немотивированной агрессии в состоянии психоза. Но она кажется немотивированной окружающим, а на самом деле обусловлена психотическими переживаниями больных. Иногда, опасаясь нападения, больные вообще перестают выходить из дома.

Абстинентный синдром при наркомании стимуляторами

Абстиненция вначале проявляется головной болью, общей слабостью, вялостью, чувством разбитости, слабостью в мышцах, бессонницей, отсутствием аппетита. Настроение подавленное, периодически возникают раздражительность, злора, недовольство. На любое обращение к нему наркоман отвечает грубостью. Подозрительность и страхи сохраняются. Наркоманам кажется, что за ними следят, они слышат шаги преследователей, пугаются даже шорохов. Больные испытывают безотчетную тревогу, внутреннее напряжение. Они не переносят резких звуков и яркого света. Все вокруг вызывает отвращение.

Спустя сутки вспыльчивость и злоба ослабевают, нарастает вялость, апатия, больных ничто не радует, кажется, что жизнь потеряла смысл, все неинтересно и нет никакого выхода из создавшейся ситуации. Ни на что нет сил, даже на поиски наркотиков они заставляют себя отправиться усилием воли, нарастает физическая слабость.

В целом абстиненция — крайне тягостное состояние. Влечение к наркотику интенсивно, неодолимо. Больные характеризуют его как "жгучее", "щемящее". Наркоманы даже и не пытаются преодолеть влечение. Любыми путями, включая криминальные, больные стремятся достать наркотик. В состоянии абстиненции нарушена координация — движения неловкие, порывистые, больные не могут выполнять мелких движений. Характерным для этой формы наркомании является подергивание отдельных мышечных групп языка и лица (по типу тиков), а на более поздних этапах то же самое происходит в других частях тела.

Тяжелые проявления абстиненции наблюдаются в течение 4-5 дней. Через 7-10 дней состояние несколько улучшается, но еще в течение 2-3 недель настроение остается подавлен-

ным, больные вялы, легко утомляются, хотя и не занимаются никакой деятельностью.

После периода продолжительной наркотизации больные не в состоянии принимать наркотики даже при появлении симптомов абстиненции. Поэтому для облегчения своего состояния они используют снотворные средства и транквилизаторы. В дальнейшем у многих развивается зависимость и от этих препаратов, и заболевание еще больше утяжеляется.

Третья стадия наркомании стимуляторами.

Перебегающая форма потребления с периодами непрерывной наркотизации и светлыми промежутками между ними сохраняется, но длительность периодов сокращается и дозы уменьшаются. Меняются проявления опьянения. Психического и двигательного возбуждения нет. Настроение может несколько улучшиться после приема или введения наркотика, но чаще возникают раздражительность и злоба, тревога и психическое напряжение.

Однако без наркотика больной уже не может существовать, и чтобы "ожить" и "встряхнуться", а также для предотвращения развития абстиненции он должен снова принимать наркотик.

К этому времени становится явной деградация наркоманов. Мышление и речь становятся вязкими, замедленными, непродуктивными, с повторением одной и той же мысли в однообразных выражениях. Деградация проявляется и в сексуальности. Помимо гомосексуальных связей, возникает педофилия (сексуальное влечение к детям) и геронтофилия (сексуальное влечение к старикам). Некоторые наркоманы становятся пассивными гомосексуалами ради заработка. В интоксикации прилива сил не происходит, вместо эйфории возникает пугливость, страхи, идеи преследования. Нарастает физическая слабость, вялость, чувство постоянной усталости, апатия и стойкая бессонница. Настроение многократно меняется в течение дня — от повышенного до мрачно-злобного, с недовольством всем и всеми.

Энергетическое истощение при наркомании стимуляторами наступает гораздо быстрее, чем при опиомании, а в целом, из-за своих последствий и осложнений, это одна из наиболее злокачественных форм наркоманий.

Осложнения наркомании стимуляторами

Наркомания стимуляторами уже с самых начальных этапов оказывает значительное влияние на психику, образ жизни,

весь духовный облик больного. Как только наркотизация становится регулярной, ни о какой учебе или работе не может быть и речи. Без всяких сожалений и колебаний больные бросают все свои прежние увлечения, их теперь интересует только наркотизация. Все их свободное время, все помыслы заняты либо приемом наркотика, либо добыванием компонентов, необходимых для его кустарного изготовления, а затем его приготовлением, либо они "выхаживаются" и восстанавливают силы после периода непрерывной наркотизации, чтобы затем вновь несколько дней принимать наркотик или вводить его внутривенно.

Наркоманы становятся эгоистичными, грубыми, черствыми, а затем злобными, раздражительными, подозрительными. Значительны изменения в волевой сфере. Больные не способны к каким-либо длительным волевым усилиям. Поведение наркоманов полностью подчинено стремлению удовлетворять свои желания и влечение к наркотику. Они могут давать обещания бросить принимать наркотики, но не предпринимают никаких усилий для этого, даже не пытаются сдержать свое слово.

Очень быстро появляется и нарастает интеллектуальное снижение. Наркоманы не способны к умственной деятельности. При интеллектуальной работе они быстро устают, не могут сосредоточиться и сконцентрировать внимание, начинают отвлекаться. Ухудшается запоминание нового материала и воспроизведение старого. Наркоманы даже не предпринимают никаких интеллектуальных усилий, чтобы что-то вспомнить. Интеллектуальная деятельность больных сводится к пустопорожнему, бессмысленному рассуждательству на посторонние темы (резонерством).

У людей, которые начали принимать наркотики для стимуляции своей творческой активности, уже спустя несколько месяцев значительно снижается продуктивность, творчество превращается в ремесленничество, теряется индивидуальность, продукция становится шаблонной, однообразной. Большинство больных наркоманией стимуляторами не критичны ни к злоупотреблению, ни к самим себе. Они считают себя необыкновенно одаренными натурами и уверены, что их "творчество" отмечено печатью таланта. Многие из них не только себя, но и своих приятелей причисляют к творческим, хотя общаются они в основном с такими же асоциальными наркоманами.

Социальное снижение больных наблюдается уже в 1-й стадии, чего обычно не бывает при других формах наркоманий. Чувство долга, понимание необходимости заниматься трудовой деятельностью полностью отсутствуют. Паразитический

образ жизни наркоманов совершенно не тяготит. Они равнодушны к элементарным требованиям нравственности. Без всякого стеснения наркоман крадет вещи у своих знакомых, ворует еду даже у своих соседей по палате в отделении для лечения больных наркоманиями, уносит из дома вещи на продажу ради приобретения наркотика.

В течение 1,5-2 лет происходит опустошение психической сферы. Мышление и все психические процессы замедленные, вялые (это называется брадипсихией), речь бедная, с малым запасом слов, монотонная. Больные бездеятельны, апатичны, не хотят и не могут ничем заниматься.

Уже через 1-2 года происходит потеря нравственно-этических представлений. Наркоманы неряшливы, грязны, неделями не моются и не меняют белье, не следят за собой и своим внешним видом. Все наркоманы выглядят старше своих лет. Лицо невыразительное, безжизненное. Кожа бледная, сухая и дряблая, волосы и ногти ломкие. Любые ранки и повреждения долго не заживают. Руки и ноги синюшные, холодные.

Для этой формы наркомании — если наркотик вводится внутривенно — характерно множество следов от инъекций, чего нет ни при одной из других форм наркоманий. Точечные следы по ходу вен подобны сыпи. Вены утолщены, склерозированы, кожа над ними покрасневшая.

При наркомании стимуляторами в значительной степени страдает сердечно-сосудистая система. Одним из обязательных осложнений наркомании является миокардиодистрофия. Боли в области сердца усиливаются при физической нагрузке или существуют постоянно. Малейшая физическая нагрузка у молодого человека вызывает одышку и сердцебиение. У 18-20-летних больных обнаруживаются выраженные нарушения на электрокардиограмме.

Нарушение аппетита и длительное голодание во время периодов наркотизации, чередующееся с поглощением большого количества пищи в светлых промежутках, вызывает расстройства органов пищеварения. Боли в желудке достигают такой интенсивности при приеме наркотика, что из-за этого наркоман бывает вынужден прервать период наркотизации. При внутривенном введении наркотика может наступить внезапная смерть от нарушения сердечного ритма или острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Кокаиновая наркомания

По своим фармакологическим свойствам кокаин напоминает другие стимуляторы. Злоупотребление кокаином

широко распространено на Западе, особенно в США. Но в настоящее время этот наркотик появился и в нашей стране. Кокаин может использоваться изолированно или в сочетании с опиатами.

Благодаря своему психоактивному действию, кокаин — натуральный продукт кустарника коки — использовался на протяжении веков во многих странах. Прежде чем стала известной его высокая наркогенность (то есть способность вызывать наркоманическую зависимость), он широко применялся в качестве стимулирующего и эйфоризирующего (то есть вызывающего эйфорию) средства.

Кокаин обычно вдыхают, но его также могут курить или вводить в виде инъекций.

Производное кокаина — гидрохлорид кокаина — хорошо всасывается через слизистые оболочки, поэтому используется для вдыхания (нюхания).

При нагревании гидрохлорид кокаина быстро разлагается, поэтому для курения он использоваться не может. Для курения гидрохлорид кокаина должен быть очищен до кристаллизованной формы, которая устойчива к нагреванию. Такая очищенная форма кокаина называется у американских наркоманов *freebase form* (освобожденный кокаин), *rock* (рок), *crack* (крэк).

Доступность приобретения такой кристаллизованной формы кокаина (крэка) в маленьких расфасовках (около 10 долларов за дозу 65-100 мг) в последнее время привела в США к настоящей эпидемии использования крэка. В основном его используют низшие социо-экономические группы населения, асоциальные и криминальные личности, проститутки. В некоторых городских районах США, особенно населенных латиноамериканцами, неграми, эмигрантами, — курение крэка распространено повсеместно, что вызывает значительное увеличение числа преступлений, связанных с этой формой наркомании.

Крэк, используемый для курения, действует очень быстро и имеет высокую наркогенность. Наблюдается интенсивная эйфория и существует риск возникновения зависимости уже после первой дозы. Столь же быстро действует и внутривенное введение кокаина.

Прием кокаина, как и других стимуляторов, может продолжаться несколько дней. Влечение к наркотику настолько интенсивно, что как только эффект прежней дозы начинает угасать, наркоманы, не дожидаясь полного выхода из состояния интоксикации, вновь вводят себе новую дозу или курят

новую порцию крэка. Американские психиатры отмечают и такой эффект кокаина — каждая последующая доза вызывает все больший эйфорический эффект. Это действие они называют сенситизацией.

В течение определенного периода наркоман повторяет внутривенное введение кокаина или курит крэк до тех пор, пока не наступит полное истощение или пока у него не кончатся наркотик. В течение нескольких дней, пока происходит наркотизация, наркоманы не спят, не едят, заняты только своими ощущениями, подготовкой к введению новой порции наркотика и его приемом. За этим следует период вялости, голода и продолжительного сна. После этого наступает следующий период курения крэка или внутривенного введения кокаина.

Постоянный прием кокаина вызывает физическое истощение и сердечно-сосудистые нарушения. Внутривенное введение кокаина сопряжено с теми же опасностями, что и внутривенное введение других наркотиков, включая риск заболевания СПИДом, инфекционным гепатитом (сывороточный гепатит В), тромбозом вен и септициемией (заражением крови). У нюхальщиков кокаина возникают нарушения носовой перегородки, западение хрящевой части спинки носа.

Известны случаи внезапной смерти после употребления кокаина вследствие сердечно-сосудистых нарушений. Передозировка кокаина очень ярко продемонстрирована в знаменитом фильме Квентина Тарантино “Криминальное чтиво”.

Скорость развития абстинентного синдрома зависит от способа употребления кокаина — более низкая при вдыхании через нос (нюхании), высокая при внутривенном введении и курении крэка. В состоянии абстиненции наиболее рельефным симптомом является влечение к кокаину, которое проявляется настойчивыми поисками наркотика. Симптомы отмены включают утомляемость, вялость, тревогу, чувство вины, безнадежности, собственной никчемности и беспомощности.

Проявления абстинентного синдрома достигают наивысшего накала в течение нескольких дней, но могут продолжаться и неделями.

Употребление кокаина может привести к длительной депрессии и попыткам самоубийства.

В США кокаин широко распространен не только в низших социальных слоях, но и в среде творческой элиты. На актерских вечеринках в Голливуде давно существует мода предлагать гостям кокаин наряду со спиртными напитками. На специальном столике лежит белый порошок, и каждый желающий может подойти и взять себе требуемую порцию. Многие звезды

Голливуда прошли через этап приема кокаина — Стейси Кич, Тони Кертис, Ричард Дрейфус, Микки Рурк, Марлон Брандо, Алек Болдуин, Ким Бэссинджер и многие другие. Они считали, что кокаин помогает им успокаивать нервы, уменьшает взвинченность, связанную с их профессией, расслабляет и придает бодрости и уверенности в себе, снимает усталость, помогает длительное время обходиться без сна. “Кокаиновый рай” служил для них прибежищем, где не было стрессов, напряжения и страха, что их забудут или они не справятся с ролью.

Всем известна история знаменитой Ким Бессинджер, которая принимала кокаин, а потом стала злоупотреблять алкоголем и оказалась на краю пропасти. Ей помог ее муж, Алек Болдуин, который уже излечился от кокаиномании и настоял на лечении Ким в клинике. Лечение было успешным, и в настоящее время обе суперзвезды Голливуда по-прежнему популярны. Но помимо таких благополучных случаев, немало и трагических, когда жизнь кокаиниста обрывается из-за передозировки, в состоянии психоза, от острой сердечной недостаточности или в результате самоубийства.

Гашишная наркомания (гашишизм)

Гашиш — высушенное и спрессованное смолистое вещество, которое добывают с поверхности цветущих верхушек индийской или американской конопли (“*cannabis indica*”, “*cannabis americana*”— отсюда и название — каннабиолы). Больше всего каннабиолов в индийской конопле. Каннабиолы содержатся также в листьях и побегах растений.

В США и Европе используют высушенные и измельченные листья и верхние части стеблей конопли (“травка”, марихуана). Действие марихуаны значительно слабее действия гашиша.

В нашей стране другие названия гашиша — анаша, “план”, “дурь”, “паль”. Его действующее вещество — тетрагидроканнабиол, поэтому эту форму называют еще каннабиоловой (или каннабиоидной) наркоманией.

Гашиш и марихуану курят, смешивая с табаком, или в виде чистой смолы в кальянах. Иногда гашиш добавляют к спиртным напиткам, пище или сладостям, заваривают, как кофе. В странах европейской цивилизации больше распространено курение, остальные способы характерны для арабских и азиатских стран.

Больше всего гашишизм распространен в местах выращивания конопли, в некоторых государствах до 60% мужчин яв-

ляются гашишистами. Особенно это свойственно мусульманским странам, где употребление спиртного запрещено.

Гашишизм занимает второе место по распространенности среди других наркологических заболеваний в мире (после алкоголизма). В оценке этой формы наркомании мнения разных психиатров различны.

Долгое время считалось, что гашишизм не вызывает зависимости. Некоторые психиатры признавали, что гашиш может вызывать психическую зависимость, но полагали, что физической зависимости при гашишизме не возникает. Исходя из такого мнения, гашишизм считался наименее опасной формой наркомании. Другие психиатры, наоборот, отмечали, что при гашишизме возникает дефект личности, напоминающий конечное состояние при шизофрении, которое называется апато-абулическим синдромом.

Зарубежные психиатры по-прежнему не считают гашишизм опасной наркоманией, но признают, что он "открывает ворота" другим наркоманиям, то есть человек начинает с курения марихуаны, а в дальнейшем переходит на другие наркотики. Около одной трети американцев пробовали марихуану. Тот факт, что американские психиатры недооценивают значение злоупотребления марихуаной, вызван тем, что, во-первых, действие марихуаны почти в 10 раз слабее, чем гашиша, во-вторых, в распоряжении американских наркоманов широкий выбор различных и вполне доступных наркотиков, и многие пациенты со временем предпочитают более сильнействующие препараты, поэтому случаи чистых наркоманий при злоупотреблении каннабиоидами довольно редки. И в-третьих, курение марихуаны распространено в таких слоях населения, которые обычно не попадают в поле зрения психиатра и самостоятельно за помощью не обращаются — криминальная среда, творческая элита, студенты, учащиеся школ и прочие. Однако при гашишизме не только возникает физическая зависимость, но и в целом гашишная наркомания развивается по общим закономерностям, свойственным всем наркоманиям.

Опьянение гашишем

При первых попытках курения гашиша человек может не испытывать никаких ощущений. Обычно новичков приучают более опытные курильщики, показывая, как нужно держать папиросу, как затягиваться. Для проявления наркотического эффекта необходима установка курящего на этот эффект.

Первым ощущением является легкое головокружение, перед глазами "все плывет". Затем возникают беззаботность и

чувство легкого и приятного "одурения", приятной теплоты, тяжести в руках и ногах. Может быть чувство дрожи в руках. Но в первые 2-5 минут у некоторых людей бывает чувство страха и тревоги, пугливость и беспокойство. Спустя 10-20 минут наступает расслабленность, благодушие. Появляется ощущение легкости мыслей, тела, необычная легкость движений. Возникает стремление к движению, болтливость, течение мыслей ускоряется.

В этой фазе происходят расстройства восприятия — пространства, цвета, освещенности, звуков, времени и собственного тела. У разных людей искажение восприятия проявляется по-разному. Одни воспринимают цвета яркими, насыщенными, с четкими контурами и деталями, другим все окружающее кажется тусклым и расплывчатым. Искажается оценка расстояния — опьяневшему кажется, что предметы отдаляются. Например, потянувшись за спичками, наркоман производит такие движения, как будто они лежат не рядом, а находятся далеко от него

Особенно опасно, когда в состоянии опьянения наркоман садится за руль. Он не способен правильно оценить дистанцию до других машин — близко идущая впереди машина кажется ему очень удаленной, и он может врезаться в нее на полном ходу. Точно так же он может въехать и в дорожный столб, и в здание, сбить человека. Тротуары или узкая проезжая часть дороги кажутся опьяневшему широким проспектом, по которому, по его мнению, он свободно проедет, и это тоже может привести к аварии. Мелкие предметы кажутся огромными, и объезжая на дороге небольшое препятствие, наркоман может врезаться в соседние машины или ближайшее здание.

Меняется и восприятие собственного тела — руки и ноги кажутся длинными и толстыми, как бревна. Звуки слышатся как приглушенные, мягкие. Или наоборот, слух резко обостряется, наркоман слышит каждый шорох.

Нет ощущения времени — опьяневшему кажется, что время тянется очень медленно, а у других течение времени, наоборот, ускоряется. У каждого человека может быть преобладание тех или иных расстройств восприятия. Бывает устойчивое сохранение характера нарушений при каждом последующем курении или их последовательная смена.

Мышление отражает эмоциональные переживания. Из-за благодушия и повышенного настроения решения принимаются легко, без раздумий, беспечно. Мышление поверхностное, в состоянии опьянения больной не способен предвидеть

последствия своих поступков и может совершить безответственные действия. Кроме того, мышление ускоряется, представления меняются легко и быстро, мысли текут без задержек, что приятно опьяневшему.

Особенностью гашишного опьянения является и то, что человек может видеть себя как бы со стороны и отстраненно оценивать все, что с ним происходит.

Внешне гашишное опьянение проявляется покраснением кожи (но иногда неестественной бледностью), блеском и покраснением глаз, расширением зрачков. Температура тела снижена, кожа на ощупь холодная, иногда на лбу выступает пот. Пульс учащен до 100 ударов в минуту, дыхание учащается до 30 в минуту. Координация движений нарушена — стоя, большие пошатываются, пальцы рук дрожат. Сухожильные рефлексы повышены, наблюдается латеральный нистагм. Речь заплетается, как при алкогольном опьянении.

Одним из характерных признаков является специфический сладковатый запах смолы от одежды и волос курившего, а также в помещении, где курили гашиш. Этот запах долго сохраняется. В состоянии гашишной интоксикации ощущается сухость во рту, першение в горле, жажда, чувство голода. Но опьяневшие не едят, чтобы не отвлекаться от своих ощущений, пьют только горячую воду, так как холодная вода отрезвляет.

С течением времени мышление становится непоследовательным, отрывочным. Сознание сужается, опьяневший не способен концентрировать внимание.

Сужение сознания и восприятия проявляется в том, что в состоянии интоксикации гашишисты общаются только с членами своей компании. Если к ним подходит новый человек, то наркоманы не обращают на него внимания, и нужно усилие, чтобы внимание опьяневшего переключилось на новый объект. И тут же внимание снова переключается на "своих".

В пределах одной группы курящих гашиш эмоции очень легко передаются от одного наркомана к другому. Если один засмеется, тут же начинают хохотать без всякой причины остальные. Если один вдруг заплачет, то начнут плакать и другие курильщики, хотя до этого они не испытывали горя. В таких случаях говорят о заразительности эмоций. Психиатры называют такие эмоции индуцированными. Произвольно прекратить эти индуцированные эмоциональные проявления опьяневший не может. С одинаковой легкостью передаются и веселье, и реакции страха и ужаса. Стоит одному испугаться, страх тут же охватывает всех куривших, они разбегаются и прячутся и только потом приходят в себя. Причем эмоции передаются не с помощью слов, а мимически или иным путем.

Помимо индуцирования эмоциональных реакций наблюдаются такие симптомы, как эхолалия и эхопраксия,— то есть повторение сказанных кем-то слов или чужих движений.

Агрессивность не характерна для гашишного опьянения, но из-за индуцированных эмоций, если один из наркоманов ломает что-нибудь, то остальные начинают крушить все, что подвернется под руку. В опьянении больные болтливы, с жаром говорят о пустяках, оживленно жестикулируют, строят гримасы, приплясывают или отбивают ритм рукой или ногой.

В состоянии гашишной интоксикации усиливается сексуальное влечение и повышается потенция.

С углублением интоксикации мышление становится все более бессвязным. Возникают галлюцинации. При появлении галлюцинаций и страха могут возникать элементы бреда, в котором интерпретируются расстройства восприятия и эмоциональные проявления. Затем наступает состояние оглушенности. Двигательное оживление сменяется вялостью и обездвиженностью. Обездвиженность может перемежаться с периодами двигательного возбуждения, с отрывочной и бессвязной речью.

Могут быть тошнота, рвота, головная боль, а также приступы головокружения, звон в ушах. Возможен коллапс (резкое падение артериального давления).

В фазе выхода из интоксикации возбуждение спадает, усиливаются вялость, слабость, медлительность, заторможенность, апатия. Артериальное давление снижено.

В состоянии интоксикации больные обычно не едят, а в фазе выхода они испытывают сильный голод и могут съесть огромное количество пищи.

Если больному никто не мешает, то наступает четвертая фаза — сон. Сон длится 10-12 часов, спит больной беспокойно, вздрагивает, что-то бормочет.

Общая длительность гашишного опьянения — несколько часов. При **передозировке** гашиша состояние глубокой интоксикации еще более утяжеляется, нарастает нарушение сознания — от оглушенности до сопора и комы. Возможны судорожные припадки по типу припадков при эпилепсии.

При передозировке возникают и **психозы**. Гашишный психоз может развиться даже при однократном употреблении наркотика. В состоянии психоза больные возбуждены, то много и бессвязно говорят, то внезапно замолкают. Возникают галлюцинации устрашающего содержания и бред преследования. Под влиянием своих галлюцинаций больные могут внезапно броситься бежать или наброситься на других людей, приняв их за

преследователей. Эмоциональные реакции быстро сменяются, что отражается в мимике больного — на лице выражение страха, которое может смениться выражением растерянности, затем беспричинным весельем.

У некоторых больных наблюдается состояние отрешенности от окружающего — они полностью погружены в свои грезоподобные фантазии, ни на что не реагируют, на лице отражаются их переживания — выражение блаженства или ужаса. В состоянии психоза внимание больных можно привлечь с трудом и только временами. Они погружены в свои переживания, не могут сконцентрироваться. На вопросы больные отвечают невпопад, мимика не соответствует тому, что они говорят. Иногда больные застывают в одной позе, не реагируя на окружающее.

Продолжительность психоза — от нескольких часов до нескольких дней. Выход из психоза сопровождается глубоким сном, а затем в течение 2-3 недель наблюдается слабость, вялость, трудность сосредоточения внимания, повышенная утомляемость.

Интоксикацию марихуаной американские психиатры описывают как состояние эйфории с неуместным смехом, неспособностью правильно оценивать окружающее и отчуждением от него, нарушением ориентировки во времени, или как состояние дисфории (раздраженно-злобного настроения), тревоги, подозрительности. Могут быть галлюцинации, нарушение самосознания личности и бред преследования в легкой форме.

Объективные симптомы интоксикации марихуаной: покраснение глаз, учащение пульса, сухость во рту и повышенный аппетит. В зависимости от дозы может быть понижение температуры тела и эффект психического расслабления.

При курении больших доз может развиваться психоз (делирий) с паническими симптомами или длительный психоз (до 6 недель). Длительное курение может привести к возникновению тревоги или депрессии и апато-абулического синдрома — то есть состояния апатии и полного безволия, нежелания ничем заниматься, напоминающего дефект при шизофрении.

Марихуана часто сочетается с алкоголем, а также с кокаином и другими наркотиками. Кроме того, ее считают "входным" наркотиком, который открывает путь к злоупотреблению так называемыми "тяжелыми" наркотиками.

Течение гашишной наркомании

Вначале употребление гашиша бывает эпизодическим. Этот этап может продолжаться 2-3 года.

В целом формирование зависимости происходит медленнее, чем при опийной наркомании, наркомании стимуляторами, снотворными и седативными средствами. Но при ежедневном курении признаки психической зависимости могут появиться уже через несколько месяцев. При курении марихуаны признаки зависимости развиваются значительно медленнее, чем при курении гашиша.

При эпизодическом курении, не чаще 1-2 раз в неделю, в течение первого года зависимости от наркотика еще нет. Отсутствует предпочтительность наркотика, что обычно считается первым признаком зависимости. Курительщик может иногда курить, но с удовольствием пьет и спиртное. Если ему предлагают покурить, он соглашается, но не отказывается пойти и в компанию, где не курят, а только пьют. В этом периоде мотивом курения гашиша может быть стремление повысить сексуальное влечение и потенцию.

Толерантность при эпизодическом курении может возрасти с одной сигареты или папиросы до 3-5.

Влечение к курению гашиша формируется медленно, по типу привычки. Оно напоминает динамику формирования влечения к алкоголю, которое тоже развивается из бытового пьянства, когда употребление спиртного является традиционным, привычным явлением. Со временем курение гашиша становится привычным удовольствием, без которого человек испытывает неудовлетворенность и психический дискомфорт. И это уже свидетельствует о появившемся влечении. До формирования признаков зависимости проходит 1-1,5 года. Курение гашиша еще чередуется с приемом спиртного, но постепенно алкоголь вытесняется и через 6-8 месяцев формируется предпочтение гашиша

Первая стадия гашишной наркомании

Курение может по-прежнему происходить в группе, но наркоман способен "наслаждаться" в одиночестве.

При наличии психической зависимости человек сам начинает искать пути приобретения наркотика. Поскольку сейчас это не представляет затруднений, — гашиш можно купить на любом рынке, и стоит он дешевле многих других наркотиков, — то ищущий легко находит возможность приобрести наркотик.

Гашишное опьянение расценивается наркоманом как единственное состояние, в котором возможно чувство психического довольства. Если у него нет наркотика, он недоволен, постоянно вспоминает о приятном опьянении и хочет его повторения. Курение становится систематическим. Первая фаза

действия наркотика исчезает, и для получения прежнего эффекта доза увеличивается. Возрастает толерантность, что проявляется потребностью курить несколько раз в день. Исчезает и четвертая фаза действия наркотика — фаза сна.

В состоянии гашишной интоксикации становятся менее заметными ее внешние признаки.

Длительность 1-й стадии — 2-5 лет, что превышает продолжительность аналогичной стадии при опийной наркомании, наркомании стимуляторами и снотворными.

Вторая стадия гашишной наркомании

В этой стадии в опьянении состояние расслабленности может быть очень кратким. В дальнейшем наркоман становится собранным, работоспособным, активным, то есть гашиш оказывает стимулирующее действие. Первой и третьей фаз действия наркотика уже нет. В опьянении становятся менее выраженными нарушения восприятия. При глубокой интоксикации уже не бывает того состояния оглушенности, которое наблюдалось на начальных этапах курения гашиша и в 1-й стадии.

Опьянение длится 1-1,5 часа, затем тонус снижается, энергичность и работоспособность падают, снижается интерес к окружающему. Больные становятся вялыми, сонливыми, раздражительными. Такое состояние продолжается, пока наркоман не покурит снова. Для поддержания постоянной бодрости наркоман должен курить многократно в течение дня. Некоторые наркоманы курят непрерывно.

Чтобы заснуть, больной должен выкурить на ночь повышенную дозу. Гашишисты иногда добавляют спиртное в виде небольших количеств слабоалкогольных напитков для продления состояния опьянения и расслабленности.

Для усиления действия гашиша наркоманы используют теплое питье, стараются курить в теплом помещении, в тихой обстановке, чтобы исключить воздействие внешних раздражителей. С этой же целью они переходят на одиночное курение, чтобы ничто не мешало ощущать действие наркотика.

Если наркоман не имеет возможности курить гашиш, он становится несобранным, рассеянным, расслабленным, не способным к интеллектуальной деятельности. Невозможность удовлетворения влечения к наркотику проявляется раздражительностью, недовольством всем на свете, отсутствием интереса ко всему, что не связано с курением.

Формируется физическая зависимость, и опьянение становится единственным состоянием, в котором возможен не только психический, но и физический комфорт. Вне интоксикации наркоман уже не способен не только к интеллектуальной, но и к физической нагрузке.

Компульсивное (неодолимое) влечение при гашишизме не столь выражено, как при других формах наркоманий, нет такой психической напряженности, взрывчатости и злобности. Если при других наркоманиях в состоянии абстиненции больные представляют реальную угрозу для окружающих, так как могут совершить любое преступление с насилием, то гашишисты обычно совершают мелкие уголовные преступления — кражи, мошенничество.

Абстиненция при гашишной наркомании

Полностью проявления абстинентного синдрома при гашишизме и их динамику впервые описала И.Н.Пятницкая. Как и при других наркоманиях, она выделяет 4 фазы.

Абстиненция формируется медленно, в течение нескольких месяцев, что тоже отличает эту форму наркомании от других. Она возникает не ранее, чем через 2-3 года систематического курения.

В состоянии абстиненции в первой фазе (через 4-5 часов после курения) возникают вялость, мышечная слабость, беспокойство, бессонница, потеря аппетита, озноб, зевота. Настроение раздраженно-злобное. Больные сварливы, мрачны, враждебны, могут выкрикивать угрозы в адрес того, кто препятствует курению или пытается удержать их от немедленных поисков наркотика.

Во второй фазе к этим симптомам присоединяется компульсивное влечение к наркотику. Влечение к наркотику — самый длительный и мучительный симптом абстиненции. Наряду с этим наблюдается мышечное напряжение, подергивание отдельных мышечных пучков, мелкое дрожание пальцев рук, повышение сухожильных рефлексов. Артериальное давление повышается, пульс и дыхание учащаются.

Самочувствие больных плохое, они слабы, вялы, безынициативны, рассеянны, быстро утомляются при любом психическом или физическом напряжении. Эта фаза длится до конца первых суток.

В третьей фазе абстиненции у больных появляются разнообразные неприятные ощущения в различных частях тела и внутренних органах — сжимающие боли в области сердца, тяжесть и чувство сдавления в области груди, затруднение дыхания, головная боль давящего или сжимающего характера, шум в голове, неприятные ощущения в костях, мышцах, на коже и под кожей — жжение, покалывание, дергание, ползание. Такие же неприятные ощущения больные могут испытывать во всех внутренних органах.

Компульсивное влечение интенсивно. Раздраженно-злобное настроение сменяется депрессией, плаксивостью,

беспокойством и капризностью. В этой фазе высок риск возможности совершения самоубийства. Но у некоторых больных возникает не депрессия, а тревога, и в дальнейшем на 3-5-е сутки воздержания развивается абстинентный психоз.

То есть при гашишизме так же, как и при наркомании стимуляторами, психозы развиваются и при передозировках, и в состоянии абстиненции. Они могут быть даже при однократном курении гашиша. У 15% курильщиков встречаются хронические психозы. При этом развивается бред преследования с тревогой, подозрительностью, сочетающимися с апатией, безволием и бездеятельностью.

Общая длительность абстиненции при гашишизме — от 2 недель до 1 месяца. В самых легких случаях состояние больного может улучшиться через 2-3 дня. Самый тяжелый период абстиненции приходится на 3-7 сутки.

Третья стадия гашишной наркомании

3-я стадия развивается через 10 лет систематического курения гашиша.

В этой стадии происходят те же изменения, что и при других наркоманиях. Падает переносимость наркотика. Снижается его опьяняющий эффект, и наркотик оказывает лишь тонизирующее действие. Вне опьянения больной не способен ни на какую деятельность — ни на интеллектуальную, ни на физическую.

Курение гашиша систематическое, постоянное в течение дня. Возможна и периодическая наркотизация. Она проявляется в том, что в течение определенного периода больной непрерывно курит гашиш, пока его состояние не ухудшается столь значительно, что он вынужден прекратить курение из-за непереносимости наркотика. В течение определенного светлого промежутка больной "выхаживается" и набирается сил, а затем вновь возникает неодолимое влечение к гашишу, и опять наступает период постоянного курения наркотика.

Такая же форма потребления наблюдается при наркомании стимуляторами и в 3-й стадии алкоголизма. Абстинентный синдром в 3-й стадии более затяжной, чем на предыдущей стадии. Здесь на первый план выступают многочисленные осложнения гашишной наркомании.

Последствия и осложнения гашишной наркомании

Самым явным последствием гашишизма является прогрессирующее психическое и физическое истощение, нараста-

ние отупения, что давало раньше повод многим психиатрам сравнивать это с глубоким дефектным состоянием при шизофрении.

Больные становятся полностью безынициативными, безвольными в любых вопросах, не имеющих отношения к наркотизации, не стремятся ничем заниматься, могут целый день курить, тупо уставившись в одну точку.

Они утрачивают все социальные связи, теряют трудоспособность и полностью инвалидизируются.

Такому дефектному состоянию предшествует этап патологического развития личности.

Тяжелые психические осложнения гашишизма связаны с тем, что гашишная интоксикация вызывает в головном мозгу сосудистые нарушения, дистрофические изменения и поражение нервных клеток коры головного мозга и других его отделов.

Кроме того, при гашишизме поражается большинство внутренних органов. Развиваются миокардиодистрофия, стенокардия, нарушения сердечного ритма и сердечной проводимости, стойкое повышение артериального давления, гепатит и атрофия печени, почечная недостаточность, поражение зрительных нервов и сетчатки глазного яблока. Постоянное курение гашиша и вдыхание дыма, содержащего большое количество вредных веществ, приводит к заболеваниям органов дыхания — хроническому бронхиту, предраковым изменениям слизистой оболочки дыхательных путей и многим другим.

Сексуальное влечение и потенция, которые повышались на начальных этапах, как и при всех других наркоманиях, снижаются, и возникает импотенция. Уменьшается выделение мужских половых гормонов, и может развиться гинекомастия (появление женских вторичных половых признаков).

По своим осложнениям гашишизм более легкая форма, чем наркомания стимуляторами и снотворными, но гораздо более тяжелая, чем опиомания и алкоголизм. Хотя в целом гашишизм формируется намного медленнее, чем опийная наркомания, осложнения возникают гораздо раньше.

Смертность при гашишизме связана с многочисленными его осложнениями, а также с самоубийствами.

Наркомания галлюциногенами

Галлюциногены используются много веков, в частности, во время религиозных ритуалов. Например, индейские племена с этой целью использовали высушенный кактус пейотль, а также "божественный гриб" псилоцибе.

Галлюциногены называют также психоделическими и психотомиметическими средствами. Это класс препаратов, которые вызывают симптомы, напоминающие психоз, — галлюцинации, грезоподобные видения, потерю чувства реальности и способности ориентироваться в окружающем, нарушения мышления и ощущений.

К галлюциногенам относятся более 100 натуральных и искусственно синтезированных препаратов.

Наиболее известными галлюциногенами являются синтетические галлюциногены — диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД) и дипропилтриптамин (ДПТ), из галлюциногенов растительного происхождения — мескалин (содержится в кактусе вида пейотль) и псилоцибин (содержится в некоторых видах грибов).

Психоделическим действием обладают также фенциклидин и заменители амфетаминов — метилендиоксиметамфетамин (МДМА), гармин, гармалин, ибогаин, диметилтриптамин (ДМТ), диэтилтриптамин (ДЭТ), триметоксиамфетамин (ТМА), диметоксиметиламфетамин (ДОМ, СТП) и многие другие.

Галлюциногенным эффектом обладают и диссоциативные анестетики, в частности, кетамин (кеталар, “особый К”).

Синтетическим путем впервые в 1943 году был создан ЛСД. Его галлюциногенная активность в сотни раз превышала действие галлюциногенов растительного происхождения. Начиная с 60-х годов, злоупотребление ЛСД распространилось среди молодежи в США, а затем и во всем мире.

По данным американских психиатров около 10% американцев употребляли галлюциногены.

В нашей стране раньше об ЛСД наркоманы знали лишь из литературы, и наркологи не встречались со случаями злоупотребления этим наркотиком. Но в современных условиях возможностей для контрабанды стало значительно больше, и некоторые наркоманы имеют возможность эпизодически пробовать действие этого наркотика на себе. Однако для развития зависимости требуется, чтобы наркотик использовался систематически, а не эпизодически. Если и дальше наши границы будут такими же “прозрачными” для контрабанды, то не исключено, что и у нас появится эта форма наркомании.

Галлюциногены используют разными способами: едят, высасывают из бумаги (закладывают за щеку), курят.

Интоксикация галлюциногенами

Действие ЛСД проявляется через несколько минут, но может начаться и через час после его употребления.

Применение галлюциногенов вызывает нарушения восприятия — галлюцинации и иллюзии (обманы восприятия, когда один предмет принимается за другой), а также нарушения самосознания. Галлюцинации чаще всего бывают зрительными, например, в виде геометрических форм или цифр, ложных восприятий движения в периферическом поле зрения, различных цветовых вспышек, следов образов движущихся объектов, различных последовательных образов, ореолов вокруг предметов, видения очень мелких или очень больших предметов. Бывают и слуховые галлюцинации, и обманы восприятия с поверхности кожи. Возможны отраженные звуки (эхо).

Галлюцинации необычайно яркие и интенсивные, цвета имеют богатые оттенки, контуры галлюцинаторных образов четкие. Обостряется восприятие звуков, запахов и вкусовых ощущений. Возникают синестезии — например, музыка вызывает яркие цветовые ощущения, а цвета видений воспринимаются как звуки.

Все эти проявления происходят на фоне активного бодрствования. Сам наркотизирующийся может сознавать, что нарушение восприятия у него связано с приемом препарата, но чаще всего наркоманы убеждены в том, что продукты искаженного восприятия являются реальностью. Тяжелые видения и панические реакции могут быть даже у опытных наркоманов.

Нарушения восприятия бывают разными — от легких изменений до ярких зрительных галлюцинаций. Эмоции необычайно интенсивны, меняются резко и часто. Может быть одновременное существование двух противоположных чувств (это называется амбивалентностью), например, страха и восторга. Возможно появление тревоги, депрессии, отдельные проявления бреда преследования. Иногда возникает чувство близости, единения с другими людьми или наоборот, изолированности от всех остальных.

В состоянии интоксикации галлюциногенами человек может вспомнить в мельчайших деталях события своего раннего детства и далекого прошлого, о которых, как ему казалось, он уже давно забыл. Из памяти высвобождается информация, которая прежде существовала на бессознательном уровне. Человеку кажется, что он стал понимать глубокий смысл сложных философских или религиозных проблем, это понимание приходит внезапно, как озарение. Опьяневший считает себя прозревшим, ему сразу как бы открылась "суть вещей". Одновременно он словно познает и самого себя. Он может ощущать, как функционируют все его внутренние органы. Или ме-

няется ощущение самого себя — происходит **деперсонализация** (от латинского "persona" — личность и "de" — отрицание) — то есть нарушение самосознания личности, сопровождающееся отчуждением ее психических свойств: от приглушенности, блеклости самосознания до полного отчуждения мыслей, чувств, представлений, воспоминаний, которые переживаются человеком как существующие отдельно независимо от него.

В состоянии интоксикации человек ощущает, как его собственное "Я" отделяется от тела и растворяется, сливается с внешним миром, что вызывает у него мистический экстаз. Опьяневшему кажется, что его творческие возможности повысились, что у него появилось новое самосознание и изменение личности. Может быть ощущение, что исчезли все ранее имевшиеся невротические симптомы или психические нарушения.

Иногда у человека, принимающего галлюциногены, возникает представление, что он сходит с ума, непоправимо повредил мозг и уже никогда не станет нормальным. Частым осложнением интоксикации галлюциногенами является так называемая "плохая экскурсия" (на жаргоне американских наркоманов "bad trip"), — состояние которой может проявиться в виде острой панической реакции или бывает более тяжелым — в виде **психоза**. Психоз может быть затяжным и напоминать тяжелое психическое заболевание.

Наблюдается и такой феномен, как ретроспективные сцены (обратная вспышка, "flashbacks") — самопроизвольное кратковременное повторение различных галлюцинаций и ощущений, которые наркоман испытывал в наркотическом опьянении, но возникающих у него вне интоксикации. Такой эффект наблюдается у 25% всех наркоманов, злоупотребляющих галлюциногенами. Это может привести к выраженному патологическому состоянию, так как наркоман не связывает появление этих нарушений с приемом галлюциногенов. Лишь некоторые сохраняют критическое отношение к галлюцинациям и понимают их связь с ранее имевшим место приемом наркотика.

Осложнением интоксикации галлюциногенами являются и пролонгированные побочные действия, которые могут длиться 1-2 суток, но иногда продолжаются неделями и даже месяцами. Кроме того, возможны длительные расстройства настроения, появление невротических и психотических симптомов. Впоследствии у многих из таких наркоманов развиваются психозы.

Объективно интоксикация галлюциногенами проявляется в расширении зрачков, неотчетливости зрения по типу "пе-

лены перед глазами", повышении артериального давления, учащении пульса, сердцебиении, повышении температуры тела, потливости, дрожании рук и нарушениях координации.

Продолжительность действия ЛСД составляет от 8 до 12 часов. У других галлюциногенов она может варьироваться от 1 часа до нескольких дней.

Интоксикация такими препаратами, как кетамин (кеталар) и фенциклидин в малых дозах оказывает угнетающее действие на центральную нервную систему, вызывает оцепенение, нарушение координации. В больших дозах эти препараты вызывают возбуждение, бред преследования, воинственность, агрессивность, импульсивные и непредсказуемые действия и насилие по отношению к окружающим. Поскольку такие вещества обладают анальгезирующим (обезболивающим) действием, то в приступе агрессии больные не ощущают боли, могут крушить все вокруг и нанести себе серьезные повреждения. Фенциклидин обычно курят вместе с марихуаной или табаком, а также едят, вдыхают через нос или вводят в виде инъекций. Американские психиатры считают, что толерантность к фенциклидину не возникает. Передозировка препаратов этой группы сопровождается судорожными припадками, сильным потоотделением и слюноотделением, значительным повышением артериального давления, угнетением дыхания, тяжелыми формами нарушения сознания, когда больной совершенно не реагирует на окружающее, хотя глаза у него открыты, затем возникает кома и смерть.

При приеме фенциклидина и других наркотиков аналогичного действия могут развиваться затяжные психозы, напоминающие шизофрению или протекающие по типу делирия, а также стойкие бредовые расстройства. Возможны острый некроз скелетной мускулатуры, появление белка в моче и почечная недостаточность. При систематическом использовании развивается толерантность к действию ЛСД. Если галлюциноген принимается 3-4 дня подряд, то психоделический эффект не наступает, но после перерыва в приеме через несколько дней может вновь проявиться.

По мнению американских психиатров, галлюциногены могут вызывать только психическую зависимость, но и она является редким явлением, а физической зависимости к психоделическим препаратам не возникает. Чаще всего галлюциногены используются эпизодически и не применяются в течение длительного времени, поскольку ощущения при приеме ЛСД каждый раз разные, а эйфория наступает редко. Толерантность развивается быстро, но быстро — через 2-3 дня — исчезает. Те наркоманы, которые регулярно используют галлюциногены, из-

начально страдают многими психическими заболеваниями, включая шизофрению. Поэтому наркомания расценивается как симптом основного заболевания. Осложнениями наркомании галлюциногенами являются самоубийства, тяжелые депрессии, острые панические реакции, затяжные психозы, а также обострения ранее имевшихся психических заболеваний.

Токсикомания летучими органическими растворителями (ингалянтные токсикомании)

Эти средства называют также летучими, или ингалянтными, наркотически действующими веществами. Они относятся в основном к средствам технической и бытовой химии. Летучие вещества, используемые для опьянения, разнообразны. К ним относятся жидкость для заправки зажигалок, керосин, газалин, вяжущие вещества, изготовленные на основе пластика и резины, резиновый, самолетный и другие виды хозяйственного клея, растворители нитрокрасок, жидкость для снятия лака с ногтей, лаки, краски, эмали, пятновыводители, очистители, полироли, различные аэрозоли, амилнитрит, бутилнитрит и моющие жидкости.

Активные ингредиенты включают бензин, ацетон, толуол, бензол, ксилолы, кетоны, этиловый и метиловый эфиры, метиленовый и изопропиловый спирты, ароматические и алифатические углеводороды, галогенированные (трихлорэтилен) и фторированные (дифторметан и трифторметан) углеводороды. Поскольку эти вещества можно приобрести в любом хозяйственном магазине, они доступны и дешевы, их используют в основном дети, подростки, а также представители низших социо-экономических слоев.

Злоупотребление этими средствами известно давно. Еще в XIX веке наблюдались случаи вдыхания паров эфира с целью опьянения. В последующем с этой же целью употреблялись многие средства, используемые для наркоза. В 60-е годы в США и Европе появились нюхатели (снифферы) клея и бензина. Амилнитрит и бутилнитрит используют в США гомосексуалисты во время полового акта, чтобы усилить оргазм — интоксикация вызывает состояние парения, головокружения и эйфории.

В нашей стране первые случаи злоупотребления летучими наркотически действующими веществами появились в середине 70-х годов. В настоящее время эта форма распространена в основном среди детей и подростков. Злоупотребляют ингалянтами даже 6-8-летние дети. Чаще всего это свой-

ственно детям из среды с низким уровнем развития, но бывает, что пагубному пристрастию предаются и дети из благополучных семей.

Из-за того, что наркотики подросткам малодоступны, эта форма злоупотребления имеет широкое распространение, и следует предполагать, что еще долго не утратит своей актуальности, так как тесно связана с нарушениями поведения в подростковом возрасте. Наркотизация чаще всего носит групповой характер. Способ введения этих веществ — нюханье, вдыхание, поэтому их и называют ингалянтами.

Опьянение летучими органическими растворителями (ингалянтами)

Опьянение наступает сразу же после нескольких вдыханий паров летучих органических растворителей и обычно продолжается от 15 до 30 минут, но при повторном вдыхании может длиться 1,5-2 часа. Количество вдыханий контролируется самим наркотизирующимся. Если появляется головная боль, тошнота или становится тяжело дышать, вдыхание прекращается.

В первой фазе интоксикации возникает опьянение, сходное с алкогольным, — подъем настроения, головокружение, приятный шум в голове, чувство тепла и расслабленности.

Если вдыхание продолжается, то наступает вторая фаза. Появляется ощущение благодушного веселья, беспечности. Подростки начинают смеяться или петь. Искажается восприятие окружающего. Изменяется форма предметов, их соотношение в пространстве, краски кажутся яркими, насыщенными. Звуки становятся необычными, искаженными. Собственное тело представляется необычайно легким. Нарушается восприятие тела — руки и ноги кажутся удлинненными или укороченными. Возникает прилив сил и потребность в движении, но координация движений нарушена, и подростки теряют равновесие и падают.

Все это вызывает бурное веселье, подростки смеются над неловкостью других, дурачатся, все их очень забавляет. Речь невнятная, смазанная. Агрессивности обычно нет.

На первых порах опьянению может сопутствовать страх. Начинаящие обычно прекращают вдыхание на этой фазе. После многократного использования наркотически действующих летучих растворителей у подростков уже не возникает опасений, и они повторными вдыханиями удерживают вторую фазу интоксикации. Затем они увеличивают дозу, и наступает следующая фаза, которая на их жаргоне называется “смотреть мультики”.

Третья фаза действия летучих наркотически действующих веществ характеризуется появлением зрительных галлюцинаций. Они яркие, подвижные, в виде мелких предметов, которые подростки видят как на экране. Вначале подростки могут усилить или остановить эти галлюцинации, в дальнейшем галлюцинации возникают и движутся произвольно. Бывает, что это одни и те же персонажи, одни и те же сцены, "свой глюк". Могут быть галлюцинации в виде ползающих или бегающих по телу насекомых или зверей. Иногда возникает двоение в глазах и неотчетливость зрения. Возможны и элементарные слуховые обманы в виде звона колокольчиков, гудения, шума. Может быть изменение громкости звуков. В этой фазе происходит отчуждение восприятия своего тела и самого себя. Наркотизирующийся видит свое тело изнутри или наблюдает, как от тела отделяются его части.

Может быть ощущение полета или падения, "свободно-го парения". В состоянии интоксикации усиливается сексуальное влечение, которое удовлетворяется любым путем, включая гомосексуальный и беспорядочные половые связи с кем угодно.

По выходе из состояния интоксикации наблюдается ощущение усталости, вялости, неспособность сосредоточиться. При вдыхании паров бензина интоксикация наступает через 5-10 минут. Вначале возникает эйфория, и лицо опьяневшего расплывается в блаженной улыбке. Но наркотизирующийся неподвижен, стремления к движению нет. Если наркотизирующийся прервет вдыхание на первой фазе, то через 15-20 минут эйфория проходит и на смену ей появляются вялость и головная боль. При продолжении вдыхания возникают яркие зрительные галлюцинации устрашающего характера, но страх сочетается с любопытством. Галлюцинации воспринимаются как реальность, наркотизирующийся испытывает сладкий ужас. От окружающего он отключен. Такое состояние может длиться примерно полчаса, затем сменяется апатией, вялостью, головной болью.

При опьянении парами пятновыводителей тоже возникает эйфория. Эмоции передаются от одного подростка всей группе, и хохочут все. Подростки могут произвольно вызывать видения, они говорят: "О чем подумаю, то и увижу". Фантазии навеяны известными из книг или фильмов приключениями или имеют сексуальную тематику. Если вдыхание паров продолжается, то видения уже не возникают по желанию, а развиваются помимо воли наркотизирующегося. Они могут быть в виде сцен, как в увлекательном фильме. От окружающего наркотизирующе-

шийся отключен, но к своим видениям не относится как к реальности, осознавая, что они вызваны интоксикацией.

При вдыхании паров ацетона, толуола, растворителей опьянение более тяжелое. Возникает нарушение сознания по типу оглушения. Подростки сидят в оцепенении, с застывшей улыбкой, что-то про себя бормочут, не реагируют на окружающее. Чтобы привлечь их внимание, надо несколько раз громко повторить вопрос, но они не сразу понимают, что к ним обращаются, выражение лица оцепевшее, нет ответной эмоциональной реакции. Этот вариант интоксикации опасен возможностью утяжеления расстройства сознания — от отсутствия реакции на все внешние раздражители до комы.

При опьянении парами некоторых сортов клея возникает эйфория и галлюцинации по типу “мультиков”. При передозировке может возникнуть кома. При интоксикации парами клея, когда наркотизирующий надевает полиэтиленовый пакет на голову, бывают случаи, когда подростки теряют сознание и погибают, так как не могут его снять.

“Мода” на различные ингалянты постоянно меняется. В разных регионах и в разных подростковых компаниях “нюхальщики” используют свои разновидности летучих наркотически действующих веществ. Даже в пределах одной подростковой группы вдыхаемые вещества могут сменяться.

Обычно кто-то из подростков, уже имеющий опыт вдыхания паров какого-либо растворителя, предлагает это своим приятелям. Начинает наркотизироваться вся группа. Бывает так, что из магазинов пропадает определенный сорт клея или определенный пятновыводитель, так как подростки все скупают, чтобы иметь “свой запас”. Подростки из другой группы начинают пробовать еще какие-то средства бытовой химии, содержащие органические растворители, и если их эффект оказывается для них привлекательным, позволяет “балдеть” или “смотреть картинки”, то вся группа переходит на новый ингалянт. Так они экспериментируют постоянно.

Пробуют “нюхать” многие подростки, но далеко не у всех развивается зависимость. У многих после первых же попыток возникает тошнота, рвота, сильная головная боль, даже сам запах растворителя вызывает отвращение, и они отказываются от продолжения. Систематически наркотизируются парами летучих наркотически действующих веществ те подростки, у которых нет таких побочных эффектов и у которых вдыхание вызывает эйфорию или привлекательные галлюцинации.

У большинства подростков, которые систематически наркотизируются, можно выявить различные психические отклоне-

ния, предшествовавшие наркотизации. Многие из них до наркотизации злоупотребляли алкоголем. С развитием зависимости от растворителей они перестают употреблять спиртное, так как интоксикация ингалянтами становится для них более привлекательной. Установить, что подросток начал нюхать летучие наркотически действующие растворители, родителям несложно.

Во-первых, от одежды и волос исходит характерный запах, свойственный тому или иному растворителю. Этот запах длительное время сохраняется даже в выдыхаемом подростком воздухе. Во-вторых, дома появляются пустые и полные флаконы, тюбики, бутылки и баллоны с различными средствами бытовой химии, а в карманах одежды или школьном ранце подросток носит емкость с летучим наркотическим веществом и различные "вспомогательные" предметы — тряпки, вату, трубки, полиэтиленовые пакеты, от которых исходит тот же запах. В-третьих, эти препараты часто оставляют внешние следы в виде сыпи вокруг рта и носа, раздражения век и глаз. В тех случаях, когда подросток выбривает часть волос или все волосы на голове, чтобы всасывание происходило через поверхность кожи, установить это тоже несложно — кожа в месте прикладывания тряпки с растворителем покрасневшая, раздраженная.

Родители могут обратить внимание на изменившийся внешний вид ребенка. Такие подростки выглядят исхудавшими, бледными, пренебрегают гигиеной, не следят за собой. У них пропадает аппетит, нарушается сон. Они становятся утомляемыми, плаксивыми и раздражительными, чего ранее родители за ними не замечали.

Одним из косвенных признаков наркотизации может служить и изменение поведения подростка, что является общим для всех токсикоманий в этом возрасте (равно как и для употребления алкоголя) — он перестает ходить в школу, почти не бывает дома, все время проводит среди сверстников, которые собираются где-нибудь в укромном месте и нюхают наркотически действующее вещество. Такие подростки становятся грубыми, раздражительными, дерзкими, на вопросы родителей огрызаются, отказываются подчиняться. Они могут красть из дома деньги и вещи, которые подростки крадут, чтобы приобрести требуемый ингалянт, так как при систематической наркотизации у подростков уже нет ни времени, ни желания самостоятельно зарабатывать, даже если раньше они мыли машины или продавали газеты.

Некоторые подростки со временем даже перестают скрывать от родителей ингаляцию наркотически действующим веще-

ством, вдыхают его дома, уже в одиночку. Если родители пытаются отобрать у него ингалянт или прервать вдыхание, подросток озлобляется, отталкивает их и даже может подраться с родителями. Но большинство родителей и не подозревает об опасности этой формы токсикомании и недоумевает, что же привлекательного для ребенка в этом веществе. Сформированная зависимость от наркотически действующего вещества проявляется влечением. Приятным становится только состояние опьянения ингалянтном, а все, что раньше интересовало подростка, теряет свое значение. Влечение проявляется в неуправляемом поведении. Как бы родители ни стремились запретить или препятствовать наркотизации, подросток не слушается, находит пути, чтобы продолжить наркотизацию, отказывается от еды и проявляет другие негативные реакции, забрасывает учебу или убегает из дома.

Хотя развитие физической зависимости при этой токсикомании некоторые психиатры ставят под сомнение, И.Н.Пятицкая описала абстинентный синдром, который развивается на 3-6 месяце систематического вдыхания ингалянтов. Он возникает к концу первых суток после лишения. Вначале возникает подавленное настроение или злобная раздражительность, тяжелая головная боль, приступы потливости, судорожные подергивания отдельных мышечных групп. Из объективных симптомов наблюдаются расширение зрачков, дрожание пальцев рук, век и языка, повышение сухожильных рефлексов. Возникает двигательное возбуждение. На вторые сутки появляется тревога, настороженность, учащение пульса, повышение артериального давления, боль и чувство неудобства в мышцах, мышечное напряжение. Различные неприятные ощущения возникают в разных частях тела. Больные скандальны и агрессивны, угрожают самоубийством. Затем настроение падает, возникает тоска, снижается двигательная подвижность. Больные лежат в постели, жалуются на различные неприятные ощущения во всем теле. Состояние утяжеляется в течение 4-6 дней. Затем постепенно проявления абстиненции проходят, но длительное время остается раздражительность, недовольство, приступы тоски или злобы, бессонница.

Общая длительность абстинентного синдрома 10-15 дней. Еще 1-1,5 месяца длится состояние неустойчивого равновесия.

Последствия и осложнения токсикомании летучими органическими растворителями

Эти вещества очень токсичны, поэтому осложнения появляются очень рано, уже через несколько недель частых и продолжительных ингаляций.

Через 2-3 месяца регулярной наркотизации снижается сообразительность, возможность концентрации внимания, нарушается память — больные не могут запомнить и удержать в памяти новый учебный материал, не могут вспомнить и прежнюю информацию, нарастает интеллектуальное снижение. Ухудшается способность ориентироваться в меняющейся обстановке. Речь обедняется, характеризуется использованием одних и тех же выражений и речевых оборотов.

Подростки не могут решить даже простейших задач по математике, безразличны к отметкам и полностью теряют интерес к учебе. Развиваются токсическая энцефалопатия (необратимое повреждение головного мозга), а затем слабоумие (деменция). Подростки жалуются на головную боль, головокружение, непереносимость транспорта, бессонницу.

Слабоумие проявляется и в том, что подростки перестают скрывать наркотизацию от взрослых, могут вдыхать наркотически действующие ингалянты в общественных местах и даже в школе. Они перестают посещать занятия и потому, что им некогда ходить в школу или училище, и потому, что они становятся неспособными к обучению. Вне интоксикации они становятся апатичными, пассивными, бездеятельными. Такое состояние чередуется с недовольством и раздражительностью, драчливостью. Привязанность к родителям утрачивается.

Развивается устойчивое поражение мозга, которое вызвано не только парами растворителей, но и содержащимися в летучих препаратах высокими концентрациями тяжелых металлов, меди и цинка. Помимо психических, токсическая энцефалопатия проявляется неврологическими нарушениями с рассеянными множественными очаговыми поражениями. Поражается большинство структур мозга, происходят дегенерация, дистрофия и атрофия нервных клеток и волокон. Возникают периферические невриты, поражаются черепно-мозговые нервы. При передозировках возможны судорожные припадки.

Серьезной опасностью является поражение печени, почек и дыхательных путей. Практически у всех больных развивается токсический гепатит и нефрит, так как органические растворители оказывают выраженное токсическое действие. Поражаются костный мозг и иммунная система. Смерть может наступить от паралича дыхательного центра, асфиксии (удушья) или из-за несчастных случаев.

В целом токсикомания летучими наркотически действующими веществами является одной из наиболее злокачественных, тем более, что поражает она детей и подростков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, уважаемый читатель, вы ознакомились с основами психиатрии и, очевидно, имели возможность убедиться, что обо всем сказанном здесь следует знать любому человеку.

Совсем необязательно "ставить диагноз" всем вашим близким, друзьям и коллегам, вооружившись знаниями, почерпнутыми из этой книги. В шутку это можно сделать, но серьезно думать, что вы в состоянии установить психическое заболевание, руководствуясь популярным изложением психиатрии, — не стоит. Психиатры работают над этим всю свою жизнь и только спустя много лет приобретают достаточный опыт и становятся хорошими диагностами, хотя их знания, безусловно, не ограничиваются тем объемом, который изложен в этой книге. Поэтому хочу уберечь вас от ошибок и огорчений, так как ваши друзья и близкие могут на вас обидеться, если вы попытаетесь квалифицировать их психическое состояние.

В книге дана динамика основных психических заболеваний — с чего они начинаются, как проявляются и к чему приводят, если их не лечить.

В предисловии сказано, что нельзя ни ждать, что психическое заболевание пройдет само собой, ни лечить его с помощью "знахарей" и шарлатанов. После прочтения этой книги вы смогли сами в этом убедиться. Психическая сфера человека настолько ранима, что если вы доверитесь непрофессионалу, то вашей психике может быть причинен непоправимый вред.

Поэтому, если вы обнаружили у себя или своего ребенка какие-либо признаки, которые вас встревожили, — обращайтесь к профессионалам, врачам-психиатрам. Не ждите, не теряйте зря времени, так как чем более запущена болезнь, тем труднее и дольше она лечится, и тем хуже ее прогноз.

В настоящее время в “арсенале” психиатрии существует большое число различных лекарственных средств — они называются психотропными препаратами, — которые могут воздействовать практически на любые психические нарушения. Любые проявления психических заболеваний лечатся, и весьма успешно.

Помимо психофармакологических (лекарственных) средств, современная психиатрия располагает многими методами психотерапевтического воздействия и другими видами терапии. Психиатр даст вам необходимые рекомендации, которые позволят избежать повторения болезненных проявлений в будущем. Если бы современные психиатры не имели возможности лечить психические заболевания, то было бы гораздо больше психически больных людей, чем здоровых. А в жизни совсем иное соотношение. И в этом заслуга психиатров. Наверняка рядом с вами есть немало людей, которые когда-либо в своей жизни прибегали к помощи психиатра, есть и такие, которые лечатся в настоящее время. Но лечение у психиатра не принято афишировать, поэтому окружающие могут об этом и не знать.

Поэтому не бойтесь психиатров, от общения с психиатром вам не будет никакого вреда, а польза будет обязательно. Если вы не хотите обращаться в официальные медицинские учреждения, то в настоящее время к вашим услугам широкая сеть коммерческих медицинских фирм. Обычно в них работают высокопрофессиональные врачи, которые окажут вам весь объем необходимой лечебной помощи.



ИЗДАТЕЛЬСКО- КНИГОТОРГОВОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ

Выпускает серии:

"Белый лотос". Знахари, лекари, духовные целители делятся своими секретами с читателями.

"Посох Эскулапа". Книги по нетрадиционной медицине помогут сохранить, укрепить здоровье, восстановить духовное равновесие, обрести гармонию тела и духа.

"Я б в астрологи пошел". Книги этой серии знакомят с основными астрологическими понятиями и дают сведения по истории астрономии.

"Преступники и преступления". Перед вами пройдет галерея террористов и заговорщиков, наемных убийц и маньяков, воров и мошенников с древности до наших дней.

"Школа эйдетики". Эйдос — образ. Развитие образной памяти поможет открыть у читателя такие способности, о которых он и не подозревал.

"Проверьте свои знания": Энциклопедия в 10 томах. Проверять свои знания гораздо интереснее, чем приобретать новые. Объемные, расширенные ответы по многим предметам облегчат накопление новых знаний.

"Энциклопедия развлечений". Эти книги развивают ум, смекалку, сообразительность, содержат интересные сведения из разных областей знаний.

"Для школьников" — помогут в учебе, расширят кругозор, дадут толчок к самостоятельному обучению.

"Деловая литература" знакомит с основными терминами и понятиями, используемыми в финансовой и хозяйственной деятельности предприятий, дает основы юридических знаний, помогает в разнообразных житейских ситуациях.

"Философское наследие". Философские книги — это путеводители по лабиринтам человеческой души, свод законов и правил философской аналитики, кладезь человеческой мудрости.

Приглашаем к сотрудничеству: авторов,
литературных агентов, книготорговые
организации, предпринимателей-книготорговцев

(0622) 90-80-98, 90-81-70, 35-94-69-Ф,

90-56-81, 35-95-97-Ф, 90-50-81

(0612) 69-54-98, 64-35-62-Ф

(044) 446-92-18, 241-77-44-Ф

Науково-популярне видання

Єнікеєва Діля Дердівна

Популярні основи психіатрії

Видання здійснено за участю
ВКФ "Алекс", М. Донецьк
ВКФ "Румата", М. Запоріжжя
ВКФ "Мак Сим", м. Київ

Редактор *Є.Г. Мальонкіна*
Оформлення обкладинки *А.М. Перевощикова*
Верстка *В.О. Остренко*

Підписано до друку 08.08.97. Формат 84x108¹/₃₂.
Папір газетний. Друк офсетний. Гарнітура "Pragmatica"
Умовн. друков. арк. 22,68. Тираж 25 000 примірн.
Замовлення № 197.

Видавничо-книготоргова фірма "Сталкер"
340048, Україна, м. Донецьк, вул. Артема, 147а.

Отпечатано с діапозитивов заказчика
в издательстве и типографии «Таврида»,
г. Симферополь, ул. Генерала Васильева, 44.

