

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ УКРАИНЫ
СУМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

А.В.Кустов

**ЭКСПРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ**

*Утверждено учёным советом
Сумского государственного университета
как пособие для студентов
высших медицинских заведений*

СУМЫ ИЗД-ВО СУМГУ 2004

ПРЕДИСЛОВИЕ

Экспрессивное поведение - важный и еще не достаточно изученный аспект диагностики эмоционального реагирования, психологических характеристик индивида, патологических состояний. Известно, что около 60 - 70% информации об окружающих людях мы получаем через экспрессивные комплексы, которые дают нам большую часть психологической информации в процессе общения.

Существует два основных информационных канала, которые участвуют в процессе коммуникации: вербальный и экспрессивный. Через один из них передаются речевые конструкции, другой использует символы-знаковые экспрессивные возможности тела. Вербальная информация – понятийная, более дифференцированная и обобщенная, и в то же время в меньшей степени связанная с индивидуальными особенностями личности, т.к. мысли, выраженные с помощью речи, легко скрываются, и индивид может декларировать то, что нередко сам не приемлет. Кроме этого, суждения, особенно если они звучат публично, долго «вынашиваются» и могут не выражать истинного мнения человека. Экспрессивный «язык» более точен, менее контролируем и, следовательно, более индивидуален. Человек изучает этот язык интуитивно и, как правило, не знает его правил «грамматики и орфографии». В отличие от вербального, экспрессивный язык обладает более скромными возможностями выражения мысли, и все же он позволяет глубже понять характер обобщенного реагирования человека на ту или иную ситуацию, оценить состояние, определить устойчивые характеристики личности.

Наука об экспрессивном поведении зародилась давно. В ходе исторического развития эта область изучения эмоциональных состояний и психологических качеств человека имела разные названия: физиогномика - учение о выражении тех или иных свойств в чертах лица и формах тела; пропосонология - наука о лице, включающая изучение его анатомии и мимики; метаскопия - изучение лица; невербальное поведение, под которым понимают формы вы-

разительных средств, лишенных словесной нагрузки. В связи с тем, что искусственное разделение интегрированной структуры содержания речи и ее мимического, жестового, позового сопровождения было бы методологически неправильным, последний термин, по нашему мнению, является неудачным. Целесообразнее использовать понятие «экспрессивное поведение» (от лат. *expressio* - выразительность; сила проявлений чувств и переживаний), которое подчеркивает целостное отражение психологических свойств и состояний человека «языком» мимики и тела в статике и динамике в зависимости от индивидуальных особенностей и ситуационных воздействий. Подобно пиктографическому письму, которое отображает общее содержание сообщения в виде отдельного рисунка или серии рисунков, жесты, взгляд, позы, мимические движения, как слова в языке, прямо или скрыто отражают определенные отношения индивида и его внутреннее состояние.

С помощью экспрессивных форм поведения индивид может выражать:

- свойства темперамента (энергетические характеристики - активность, реактивность; динамические характеристики - подвижность психических процессов, психический ритм; векторные характеристики - тревожность, экстра - интровертированность, экстра и интрапунитивность, способность к эмпатии и пр.);

- черты характера, отношение к чему (кому) - либо (например, к каким-то особенностям собеседника, его суждениям, возможностям, внешнему облику или к происходящим событиям, изменившимся обстоятельствам);

- самооценку (адекватную, неадекватно завышенную или заниженную), отношение к каким - то сторонам своей личности или деятельности. Своим поведением индивид может демонстрировать не только то, каков он есть, но и то, каким он хотел бы быть;

- стремление скрыть истинное отношение к кому (чему) - либо, утаить свои нежелательные, слабые или компрометирующие, с точки зрения индивида, качества, мотивы, чувства, цели и пр.;

- стремление манипулировать партнерами по общению, чтобы заставить их совершить выгодные для субъекта действия или поступки (человек, демонстрирующий переживания униженности и

обиды, может рассчитывать на то, что некоторые члены его окружения помогут наказать обидчика; маска вины и демонстрация переживаний раскаяния могут быть направлены на то, чтобы его простили).

Для оценки функционального состояния соматических систем и особенностей психики больного в арсенале современного врача существует немало клинических, лабораторных, инструментальных и психологических методов исследования, которые позволяют изучить и оценить патогенетические механизмы и связи, лежащие в основе патологического процесса. Процесс диагностики движется от возникновения диагностических гипотез до окончательных формулировок нозологического диагноза и подразумевает тщательное изучение жалоб, анализ анамнестических сведений и комплексное клиническое обследование больного. Начальный этап - диагноз узнавания - дает возможность формулировать диагностические гипотезы, которые нередко являются результатом визуальных наблюдений. Диагностика путем узнавания симптомов, наблюдаемых у больного, особенно оправдана в тех случаях, когда отсутствует анамнез и когда больной в силу своего состояния не способен сообщать врачу нужные о себе сведения. В таких ситуациях оценка экстерналичных знаков (внешних сигналов патологического состояния) и экспрессивного (выраженного в выразительных формах) поведения больных имеет большое диагностическое значение.

Большое количество разнообразных внешних сигналов (симптомов) патологических состояний встречается в неврологической и психиатрической клинике. В неврологии - это глазные симптомы (зрачковые, глазодвигательные знаки, нистагм), различные гиперкинезы, судорожные состояния, атактические синдромы, парезы, параличи, контрактуры и пр., по форме являющиеся моторными актами, при своевременном распознавании дают врачу разнообразную клиническую информацию о состоянии больного. В психиатрической клинике в качестве визуально наблюдаемых симптомов выступает достаточно богатая палитра простых и сложных комплексов экспрессивного поведения, выраженных в мимике, жестах, позах и походке больного. Экстерналичные знаки, мимико-жестовые и позово-жестовые комплексы экспрессивного поведения у больных имеют большое значение не

только в диагностике текущего состояния, но и для оценки динамики и прогноза заболевания в целом.

Изучение экспрессивного поведения должно включать несколько направлений.

1 Создание базы и дальнейшего развития экспрессивной семиологии (от греч. *semeion* - знак, признак) - раздела, изучающего значение символов и знаков поведения как элементов распознавания психологических свойств и состояний человека. Многими исследователями отмечена прямая связь экспрессивной символики и культуральных влияний. Универсальные (конвенциональные) формы экспрессивного поведения, нередко имеющие генетические корни, характерны для большинства культур и понятны многим людям. В то же время существуют символа-знаковые экспрессивные системы, которые встречаются в отдельных субкультурах в зависимости от половых, возрастных, этнических, социально-средовых различий.

2 Разработка методов исследования экспрессивного поведения на основе междисциплинарного, системного подхода с привлечением знаний, полученных этологией, зоопсихологией, психоанализом, бихевиоральной психологией, социологией культуры, клинической психиатрией. Исследование экспрессивного поведения должно включать два основных аспекта: а) феноменологический - изучение объективных признаков экспрессивного поведения при различных, в т. ч. психопатологических состояниях. Этот уровень изучения экспрессивного поведения достаточно хорошо представлен в литературе, большим количеством авторов описаны многие элементы экспрессивного поведения в норме и в патологии; б) эмпатический - изучение субъективных оценок экспрессивных комплексов у других людей. Этот вопрос крайне слабо разработан. Не изучено, какие факторы влияют на распознавание мимики, жестов, позовых комплексов и их адекватную или неадекватную оценку. Не выяснено, в какой степени способность к правильной оценке экспрессивных комплексов влияет на адекватность общения, хотя эмпирически понятно, что оценка мимической аранжировки психической деятельности позволяет лучше понимать мысли и поведение окружающих нас людей.

3 Разработка методологии изучения закономерностей формирования поведения, позволяющей понять механизмы научения экспрессивному поведению и уточнить роль социальных, психологических и биологических факторов в становлении экспрессивных поведенческих стереотипов в зависимости от возраста, пола, этнической и культурной принадлежности, психической и неврологической патологии человека.

До сих пор актуальной остается мысль, высказанная около 100 лет назад известным киевским психиатром-профессором И.А. Сикорским: «Быть может физиогномика, более чем какая-либо иная научная дисциплина будет в состоянии связать и объединить столь разнообразный психологический материал, как тот, который дается поэзией, изобразительным творчеством, физиологией, биологией, психиатрией. Уже по одному этому физиогномика должна завоевать себе место и положение составной части психологии» [55, С.13].

В учебном пособии обобщены феноменологические проявления экспрессивного поведения и те многочисленные концептуальные объяснения его происхождения, а также механизмов, лежащих в основе экспрессивной деятельности в норме и патологии. Для большей наглядности использовались фотографические иллюстрации, которые взяты в основном из книг «старых» авторов, что отчасти оправдывается необходимостью предупреждения стигматизации больных, живущих рядом и вместе с нами.

Понимая, что затронутая в книге тема на этом этапе включает множество «белых пятен» и не может быть раскрыта в полной мере, мы с искренней благодарностью примем все ваши пожелания и замечания.

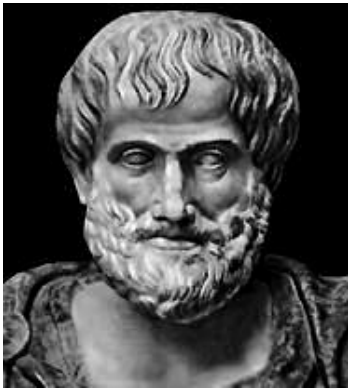
ЧАСТЬ I ЭКСПРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В НОРМЕ

1. 1 Исторические аспекты изучения экспрессивного поведения

Лучшее, что дает нам история,
- это возбуждаемый ею энтузиазм.

В. Гете

Основоположником учения о мимике, лице человека и их экспрессивном значении, автором первого трактата на эту тему, можно считать греческого мыслителя и философа Аристотеля, который ввел в обиход понятие «физиогномика», под которым он



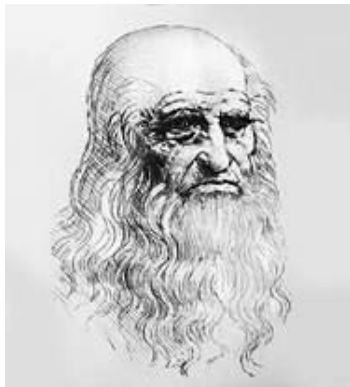
*Аристотель
(384 – 322 до н.э.)*

понимал умение оценивать психику человека, исходя из строения его лица и головы. Многочисленные сторонники физиогномики пытались по внешним элементам лица находить определенные взаимосвязи с психическими особенностями человека как в норме, так и в патологии. В физиогномике того периода все было достаточно просто. Считалось, что человек с толстым, как у быка, носом, является носителем животных страстей, люди с тонкими волосами - трусливы, т.к. такие животные, как овца, заяц, имеют тонкий волосяной покров. Наоборот, жесткие,

грубые волосы у человека, по мнению физиогномистов, могли свидетельствовать о наличии у него таких качеств, как грубость, смелость, агрессивность.

Последователи Аристотеля довели учение о физиогномике до абсурда. Достаточно располагать какой-то частью лица, считали они, которая напоминает тот или иной орган животного или птицы, как человек, имеющий такие признаки, идентифицировался с ними. Считалось, что люди, имеющие большой нос, - раздражительны, человеку с орлиным носом приписывалась такая черта, как мужественность, узкий лоб свидетельствовал об интеллектуальном убожестве и пр. Позже, в средние века, физиогномику и психику стали

связывать с накопленными к тому времени астрологическими знаниями, искать связь между характером человека и планетами, которые управляют его судьбой. Людей с живым темпераментом относили к Меркурию и называли меркуриальными, жизнерадостных - к Юпитеру, мрачный характер относили к Сатурну.



*Леонардо да Винчи
(1452 – 1619)*

В период Возрождения интерес к физиогномике значительно вырос. Появилась литература, излагающая определенные положения физиогномики. Кроме метаскопии (науки об изучении лица), в физиогномике стала утверждаться другая ветвь - хиромантия - учение о возможности определения характера человека, его умственных и моральных способностей по форме, размеру, а также рисунку борозд на коже руки.



*Каспар Лафатер
(1741–1801)*

Леонардо да Винчи, являя собой идеал ренессансного «универсального человека», великий итальянский художник, изобретатель, инженер и анатом, считал зависимость между эмоциональными состояниями человека и его мимикой обязательной. Занимаясь сравнительной анатомией, исследуя крайние степени аномалий строения человеческих лиц, он детально зарисовывал их у людей разного возраста, у здоровых и больных, заложив тем самым основы современной научной иллюстрации. Ему принадлежит идея математизации анатомических признаков, которую как общий принцип он выразил в своей работе «Об истинной и ложной науке»: «Ни одно человеческое исследование не может называться истинной наукой, если оно не прошло через математические доказательства». По его мнению, «как тело человека есть гармония частей», так и лицо представляет «регулярную нерегулярность».



Франц Галль
(1758 – 1828)

Невропатолог Голл, живший в восемнадцатом веке, пришел к выводу, что форма, размер черепа и его выступающие образования могут свидетельствовать об определенных свойствах темперамента. В 1784 вышла книга S. Quelmalz «Prosoponologia» (от греч. prosopon - лицо). В 1775 - 1778 годах увидела свет книга швейцарского теолога, физиогномиста и писателя Каспара Лафатера. Физиогномика Лафатера («Physiognomische Fragmente zur Beforderung der Menschenkenntnis und Menschenliebe»), которая была издана в четырех томах и не являлась результатом научных

исследований, обеспечила очень широкую популярность своему предмету. Лафатер зарисовал тысячи лиц, создав фонд из 600 таблиц, при этом, не зная научной анатомии, удивительно точно воспроизводил пропорции и особенности лица. В своей книге он сформулировал 100 принципов физиогномики, которые не имели какой-либо экспериментальной основы и в большей степени опирались на интуицию.

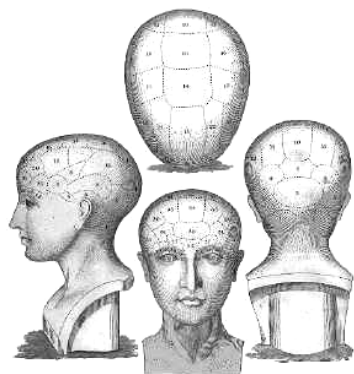


Рисунок 1 - Френологические «карты» головного мозга

В этот же период немецкий врач из Тифенбронна Франц Галль, посвятивший свою жизнь изучению мозга, утверждал, что отдельные черты характера могут быть связаны с определенными участками мозга. На основании своих наблюдений и измерений он пришел к выводу, что существует 37 черт (осторожность, скупость, твердость, храбрость, доброжелательность и пр.), которые локализованы в 27 «органах», расположенных в головном мозге. Далее он предположил, что череп, покрывающий головной мозг, должен иметь бугры над теми «органами» мозга, которые развились чересчур сильно. Таким образом, путем ощупывания бугров и впадин черепа, считал он, можно определить характер человека.

На основании своих наблюдений и измерений он пришел к выводу, что существует 37 черт (осторожность, скупость, твердость, храбрость, доброжелательность и пр.), которые локализованы в 27 «органах», расположенных в головном мозге. Далее он предположил, что череп, покрывающий головной мозг, должен иметь бугры над теми «органами» мозга, которые развились чересчур сильно. Таким образом, путем ощупывания бугров и впадин черепа, считал он, можно определить характер человека.

Ученик Галля Йоган Каспар Шпурцгейм, развивая и популяризируя идеи своего учителя, назвал это учение френологией. Сам Галль возражал против этого понятия и пользовался терминами «кефалоскопия», «краниоскопия», «краниология».

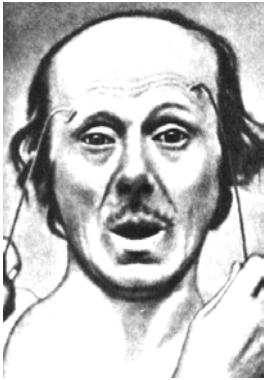


Рисунок 2 - Удивление (по Дюшену)

Френология некоторое время имела большой успех как в Европе, так и в Америке, но вскоре утратила свою популярность. Несмотря на свою несостоятельность, идеи френологии стимулировали изучение морфологии и физиологии нервной системы. Плодотворной оказалась и содержащаяся в этом учении мысль о локализации психических функций в головном мозге [2].

На протяжении всей истории развития физиогномики вплоть до девятнадцатого века в ее основе лежала идея о наличии прямой зависимости между чертами лица и характером человека. В начале девятнадцатого века несостоятельность подобного подхода стала очевидной. К этому времени научное естествознание достигло огромных успехов.



*Гийом Дюшен
(1806 – 1875)*

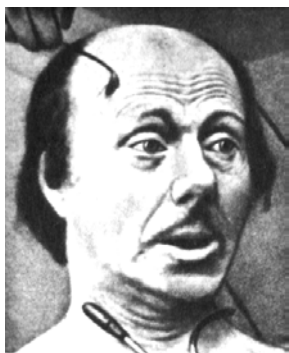
Развитию физиогномики, которая имела широкое распространение и была предметом всеобщего интереса, содействовало формирование антропологии, которая дала возможность точнее формулировать описание внешних знаков телесной и нервно-психической организации. Успехи психологии и использование образов художественной литературы позволили

более точно классифицировать эмоции и чувства человека, был собран большой материал о физиогномическом значении

каждой части тела.

В середине девятнадцатого века появился известный труд французского невропатолога Гийома Дюшена о «Механизме человеческой физиогномики». Воспользовавшись своим глубоким опытом в электротерапевтической технике, он экспериментально изучал

лицевую мимику, искусственно воспроизводя мимическую картину той или иной эмоции. По высказываниям самого Дюшена, он мог



*Рисунок 3 - Страх
(по Дюшену)*

вызвать мимическое выражение даже таких чувств, которые были недоступны тому субъекту, над которым он экспериментировал. На рисунках 2,3,4 приведены фотографии искусственно вызванных мимических выражений, взятые из книги И.А. Сикорского (1912), которые Г. Дюшен получил, проводя эксперименты с одним из служителей своей лаборатории.

Изучению мимических выражений у человека и животных посвятил одну из своих книг известный английский естествоиспытатель Чарльз Дарвин. Многолетние исследования позволили ему сформулировать

три основных принципа, составляющих основное теоретическое ядро книги «Выражение эмоций у человека и животных», опубликованной в 1872 году [13].

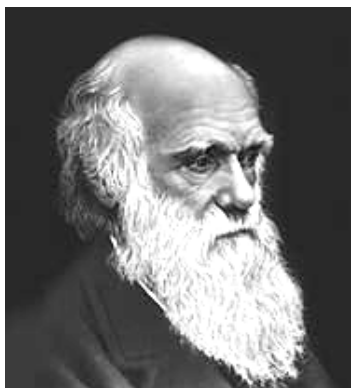


*Рисунок 4 - Ужас
(по Дюшену)*

1 Принцип полезных ассоциированных привычек. Дарвин считал, что наблюдающееся в настоящее время экспрессивное поведение является продуктом унаследованных ассоциаций между эмоциональным состоянием, с одной стороны, и выразительными движениями – с другой. Эти ассоциации ранее были приобретены в ходе жизни человека или животного, закрепились и стали передаваться по наследству. Например, такая реакция, как оскал зубов в

состоянии гнева является ослабленной формой мимического выражения, использовавшейся человеком в борьбе со своими противниками. Улыбка, выражающая приветливость, является сигналом отсутствия враждебных чувств. Дрожь может быть следствием напряжения мышц во время мобилизации организма при нападении.

2 Принцип антитезы. Дарвин обнаружил, что существует множество выразительных движений, которые не имеет биологического значения. К ним принадлежат выразительные движения, характерные для эмоциональных состояний, противоположных тем, которые нашли свое истолкование в первом принципе (печаль – радость, враждебность – дружелюбие и т.п.).



*Чарльз Дарвин
(1809 – 1882)*

3 Влияние возбуждения нервной системы на выразительные движения. Дарвину пришлось столкнуться с большим количеством выразительных движений в форме бурного выражения эмоций, наблюдающихся у человека и животных в состоянии возбуждения. Он обратил внимание, что при высокой интенсивности любого эмоционального состояния оно выражается в дрожании, обилии жестов, неупорядоченности двигательных реакций, резком изменении телесных процессов (кровообращения, дыхания, пототделения).



*Чезаре Ломброзо
(1835 – 1909)*

В своей работе «Психология чувств», изданной в 1896 году, французский психолог Т. Рибо посвятил

специальную главу вопросам внешнего выражения эмоций. Кратко изложив историю вопроса и отметив значение работ К. Лафатера и Г. Дюшена, Рибо писал: «Наконец появилась работа Дарвина, создавшая эпоху. Опираясь на результаты долгого исследования, - простиравшегося над взрослыми, детьми, психически ненормальными, животными, различными человеческими расами, - Дарвин первый поставил вопрос радикально: почему и как какая – то эмоция связана с таким движением, а не дру-

гим. На этот вопрос он пытался дать ответ, и с тех пор вопрос поставлен на научную почву»[13, С. 670].

Интерес исследователей касался и вопроса, связанного с определением степени правильности распознавания мимических реакций у других людей. Так, немецкий анатом Пидерит в 1859 году составил множество схематических рисунков лица, на основе которых позже Боринг и Титченер создали взаимозаменяемые изображения его отдельных частей, и, комбинируя их, получили 360 схем мимических выражений. При их предъявлении испытуемым и просьбе дать рисункам соответствующую оценку, выяснилось, что мнения оценивающих в большей части случаев совпадали с изображенными мимическими выражениями, предъявляемыми исследователями, но в одной трети в оценках испытуемых имели место достаточно большие расхождения.

В конце девятнадцатого века определенный вклад в изучение физиогномики внес известный итальянский профессор - психиатр, а также профессор криминальной антропологии Ч. Ломброзо.



*Сикорский
Иван Алексеевич
(1840 – 1919)*

Ему принадлежит теория так называемого «прирожденного преступника», согласно которой преступниками не становятся, а рождаются. Ломброзо и его ученики подвергли исследованию различные физические и психические свойства у лиц, совершивших преступления, и пришли к выводу, что у многих преступников можно обнаружить физические признаки (стигмы), которые указывают на их преступные склонности. К ним Ломброзо относил, например, сплюснутый нос, редкую бороду, низкий лоб и т.д. Он тщательно изучал и систематизировал такие признаки, как форма и размер черепа, носа, ушей, цвет волос, татуировки,

почерк и считал, что можно выделить отдельные физиогномические признаки, присущие отдельным категориям преступников: вора́м, убийца́м, насильника́м и пр. Многие положения Ломброзо о «преступном человеке» подверглись серьезной научной критике еще при

его жизни, но, не смотря на это, представления о физиогномических стигмах были некоторое время очень популярными и явились толчком для развития криминологии с позиций антропологической школы. Современники отмечали, что с выходом книги Ч. Ломброзо «Новейшие успехи науки о преступнике», переведенной в России в 1892 году, начался золотой век уголовной литературы.

Большой вклад в развитие физиогномики внес отечественный психиатр и психолог И.А. Сикорский, который долгое время изучал экспрессивные элементы в поведении людей в норме и патологии, и свои взгляды изложил в книге «Всеобщая психология с физиогномикой в иллюстрированном изложении» [54]. «Физиогномика, - писал он, - обнимает собой всю внешность человека, т.е. лицо, фигуру, положение рук, движения и положение глаз, окраску лица и, наконец, деятельность желез, от которых зависит выделение слез, слюны, желчи и пр. Даже питательные (трофические) процессы в теле могут сказаться на внешности. Наибольшее физиогномическое значение имеют перемены в лице, зависящие от работы многочисленных мышц, придающих лицу необычайную подвижность и изменчивость» [55, С.12].

Некоторые исследования уже в двадцатом столетии позволили сделать вывод, что отдельные мимические выражения эмоциональных состояний могут быть представлены в виде некоторого континуума. Первая попытка построить шкалу мимического выражения эмоций была предпринята американским психологом Р. Woodworth. Позднее шкала была усовершенствована его учеником Н. Schlosberg. Исследование мимики человека с помощью этой шкалы позволило выяснить, что правильность оценок эмоций зависит от степени их выраженности в мимике. Было выявлено, что отдельные эмоции имеют устойчивое мимическое выражение, выражение других распределяется в виде некоторого континуума [73].

В процессе многих исследований возникал вопрос необходимости объективного запечатления на фотографиях подлинных эмоциональных реакций человека. В некоторых экспериментах исследователи прибегали к достаточно драматическим методам их стимуляции. Так, в двадцатых годах прошлого столетия Лэндис в своих экспериментах для решения этих вопросов использовал различные,

граничащие с жестокостью, способы. Например, чтобы вызвать сильные отрицательные эмоции, за спиной испытуемого раздавался выстрел, ему приказывали отрезать ножом голову живой белой крысы, при опускании руки в ведро, на дне обнаруживались живые лягушки и пр. В течение эксперимента испытуемых фотографировали. Более того, чтобы облегчить объективное измерение мимических реакций, основные группы мышц лица испытуемых обводили углем, что позволяло измерять смещения в мимике, которые происходили при возникновении различных эмоциональных состояний. Вопреки ожиданиям оказалось, что обнаружить мимику, типичную для многих эмоций, не удастся. Было установлено, что у каждого испытуемого есть свойственный ему репертуар мимических реакций, повторяющийся в различных ситуациях. Продолжение экспериментов позволило сделать вывод, что мимическая имитация эмоций нередко не совпадает с мимическими выражениями переживаний подлинных эмоций у одних и тех же лиц. Таким образом, было сделано следующее обобщение: каждому человеку присущ свой индивидуальный язык мимического выражения эмоций, универсальная мимика и мимика спонтанного проявления эмоциональных состояний могут не совпадать [49].

Изучались факторы, влияющие на оценку эмоциональных состояний по их мимическому выражению, и причины, приводящие к трудностям и искажениям этого процесса у испытуемых. Было выяснено, что большое влияние на оценку эмоций по их мимическому выражению оказывает не только состояние наблюдателя, но и фактор внушения. Ряд проведенных экспериментов, в частности в Брендисском университете, подтверждали это [72]. В упомянутом эксперименте участникам трех групп испытуемых, находящихся в трех разных помещениях (в одном была изысканная обстановка, другое было обычным, в третьем были признаки запустения и беспорядка), предъявлялись одни и те же фотографии с мимическими выражениями различных эмоций. Оказалось, что оценка мимических выражений отличалась у испытуемых, находящихся в разных помещениях.

Исследования американского психолога П. Экмана, являющегося признанным специалистом в области изучения природы и

распознавания лжи, затрагивают различные аспекты феномена обмана, и, в частности, его невербальные признаки в ситуациях межличностного общения. В изданной на русском языке книге «Психология лжи» [68] одна из глав так и называется - «Мимические признаки обмана». Проведенные им и его сотрудниками исследования с



Пол Экман

использованием современных средств видеосъемки и других методов фиксации выразительных движений позволили в серии экспериментов выделить комплекс экспрессивных макро- и микродвижений, которые могут быть своеобразными маркерами лжи, систематизировать отдельные элементы мимики, в частности улыбки, дать рекомендации, касающиеся оценки признаков фальшивого поведения.

В последние десятилетия большое количество работ, касающихся изучения выражения и восприятия экспрессивного поведения, посвящены исследованию различных культуральных и этнических аспектов.

Изучению мимики больных большое внимание уделял Гиппократ, который утверждал, что лицо человека является одним из важных показателей его здоровья. Он передавал своим ученикам умение распознавать переживания, связанные с болезнью, и устанавливать диагноз по лицу больного, им же были сделаны описания лиц больных (одно из них у умирающего больного известно как «маска Гиппократа»). Позже в медицинских исследованиях постоянно проводились описания лиц больных с различной патологией.

*Facies choleric*a - лицо больного холерой, характеризующееся разлитым побледнением кожных покровов, западением щек при выраженных носогубных складках. Глазные яблоки закатываются ко лбу и частично западают. Больным присуще общее адинамичное, однотонное мимическое выражение.

*Facies cardiatic*a - лицо сердечника, для которого характерны тревожное, испуганное, страдальческое выражение, синюшная окраска кожных покровов, расстройство дыхания, своеобразное поло-

жение головы. Глаза широко раскрыты, взгляд блуждающий, беспокойный. Губы резко выделяются синюшным, багровым цветом. Рот полуоткрыт, выражение лица сонное.

Facies adenoideus - аденоидное лицо, наблюдаемое при гипертрофии носоглоточных миндалин. Характерно «тупое», малоподвижное, сонливое лицо с открытым ртом.

Facies febrilis - лицо температурающего больного, гиперемированное, возбужденное, малоосмысленное, нередко с повышенной мимической активностью. Запекшиеся корочки на губах и общий изможденный вид лица придают ему выражение тяжелого соматического страдания.

Facies phtisica - «чахоточное» лицо, в облике больного отмечаются беспокойные, широко открытые, запавшие, часто блестящие глаза, яркие пунцовые щеки при общей бледности кожных покровов. Характерны истонченный, заостренный нос, выступающие скулы. Губы растянуты в застывшей улыбке, при тяжелом состоянии у больных отмечаются посиневшие веки, темные круги у глаз.

Facies cachexica - лицо кахектического (изможденного) больного, для которого характерны запавшие щеки, грязно - серый, бледноватый оттенок кожи, иногда с желтоватым отливом. Кожа дряблая и морщинистая, глаза с застывшим выражением безнадежности и обреченности, скуловые кости остро и рельефно выдвигаются вперед.

В девятнадцатом веке интерес к лицам и мимике больных продолжался, были описаны лица больных, страдающих базедовой болезнью, акромегалией, наследственным сифилисом, проказой, инфекционными заболеваниями и т.д. Активно изучалась физиогномика психически больных. Много внимания клинике экспрессивных расстройств уделял Э. Крепелин, который неоднократно подчеркивал, что патологические нарушения в моторике выразительных движений дают психиатру много полезной диагностической и прогностической информации. Он обращал внимание клиницистов на необходимость изучать мимику больных при каждом обследовании.

В отечественной психиатрии появились публикации, которые затрагивали эти вопросы. В 1896 году известным российским пси-

хиатром И.П. Ковалевским был опубликован «Альбом душевно-больных», состоящий из 36 фотографий и диагнозов, сопровождающих их на латинском языке. И.А. Сикорский пытался создать учение о дегенеративной мимике больных. Яркие описания мимики психически больных можно найти в работах С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, В.П. Осипова и других психиатров. Позже интерес врачей к экспрессивным формам поведения больных несколько снизился.

В 1962 году был опубликован «Учебный атлас психиатрии» Я.П. Фрумкина и Г.Л. Воронкова [63], в котором представлена богатая коллекция фотографических иллюстраций лиц, поз, движений психически больных. Однако описания экспрессивных расстройств приведены недостаточно полно, в книге не затрагиваются концептуальные вопросы изучения экспрессивного поведения больных.

Значительный вклад в изучение мимических расстройств при психических заболеваниях в отечественной психиатрии внес Л.М. Сухаребский [59]. В его монографии впервые дано детальное описание нарушений мимики при многих психических расстройствах, выделен комплекс методик исследования, использующихся для изучения мимических расстройств в психиатрической клинике. Чтобы изучать вопросы этиологии и патогенеза изменений лицевой иннервации при мимических нарушениях рекомендуется неврологическое обследование больного. Предлагается использовать соматоскопическое исследование с выделением деталей и описания тех изменений, которые возникают в мимической деятельности больного (окраска кожи, атрофические процессы на отдельных участках лица, выраженные диссоциации мимики и т.д.) под влиянием патогенетических факторов. Соматоскопические методики рекомендуется дополнять мотоскопическим исследованием - описанием моторики лица, как в целом, так и его отдельных отделов - верхнего, среднего, нижнего, а также мимики дифференцированных участков - лобной, ротовой и т.д. Особое внимание обращается на выявление стигм диссоциации и асимметрии мимических функций.

Рекомендуется использовать методику графического рисунка, которая должна дополняться фотокинографическими методиками. Фотографирование проводится многократно, фотоснимки дела-

ются крупным планом (профильные, фронтальные), что позволяет детально анализировать серию снимков. Для лучшей дифференциации мимики в патологии рекомендуется сравнивать фотографии больных до болезни и в период ее определенных этапов, что позволяет более детально распознавать и изучать характер наметившихся мимических нарушений. При использовании киносъемки, которая позволяет рассматривать мимические нарушения в динамике и более полно описывать характер мимических трансформаций, полезно использовать замедленную и ускоренную съемку [57,58]. В ряде случаев рекомендуется экспериментальное исследование мимических расстройств. В этих случаях для изучения произвольной и непроизвольной мимики больным даются определенные задания (оскалить зубы, зажмурить глаза и т.д.), используются гипнотические внушения, воздействия на некоторые (вкусовой, обонятельный) анализаторы и пр.

Большое внимание изучению экспрессивных элементов в клинике патологических состояний уделяли невропатологи. Из отечественных невропатологов клиникой мимических расстройств интересовался М.Б. Кроль. В своей монографии «Неврологические синдромы» он приводит обширный клинический материал, включающий мимическую патологию при поражениях центральной нервной системы. Описания мимики в клинике неврологических заболеваний встречаются в работах С.Н. Давиденкова, Н.К. Боголепова. В монографии И.М. Камянова (1989) даны достаточно подробные описания глазных симптомов, встречающихся в клинике неврологических и психических заболеваний. В монографии английского невропатолога Дж. Лиса «Тики» (1989) подробно изложены вопросы двигательных и поведенческих расстройств, встречающихся при неврологических нарушениях.

В книге «Лицо человека» (Куприянов В.В., Стовичек Г.В., 1988) отражена обширная информация об анатомии и мимике лица человека, даны описания признаков, позволяющих судить о физическом состоянии больных. Преимущественно анатомический ракурс изложенного в монографии материала является ее плюсом и минусом, т.к., с одной стороны, ни в одной работе эти вопросы не изла-

гались так подробно, с другой - разнообразные клинические аспекты мимики в патологии освещены в ней неполно.

Несомненный интерес вызывает коллективная монография А.Н. Корнетова, В.П. Самохвалова, А.А. Коробова, Н.А. Корнетова «Этология в психиатрии» [24], в которой рассмотрена широкая палитра разнообразных концепций, с помощью которых авторы пытались объяснить механизмы, лежащие в основе структуры и организации поведения человека. Поведение рассмотрено с точки зрения различных концептуальных схем (рефлекторной, физиологической, бихевиоральной, этологической, системных позиций), описаны элементы, составляющие поведение на разных уровнях, рассмотрены принципы и методы его анализа, уточнены и описаны некоторые формы экспрессивного поведения больных, страдающих шизофренией, алкоголизмом, аффективными расстройствами.

Учение об экспрессивном поведении, несмотря на определенные успехи в области изучения выразительных движений, фактически только начинает развиваться. В полной мере не систематизирован феноменологический материал как в норме, так и в патологии. Отсутствует сравнительный анализ поведения высших животных и человека. Имеются скромные попытки концептуального понимания формирования и патогенеза нарушений экспрессивного поведения. Весьма слабо изучены вопросы субъективного восприятия, оценки языка экспрессивных движений и их искажений, отражающихся на качестве общения индивида. Придет время, когда феноменологический этап изучения экспрессивного поведения, хотя это и не линейный процесс, сменится концептуальным периодом. Изучение структуры поведенческих актов на различных уровнях, систематизация феноменологических проявлений их экспрессивных форм будет сопровождаться углубленным системно - адаптивным познанием механизмов, лежащих в основе выразительных движений.

1.2 Условия и факторы развития экспрессивного поведения

Экспрессивное поведение - обширная и пока еще малоисследованная область специфического «языка» телесных символов и знаков, который еще недостаточно изучен в самых разных аспектах: семиологии, происхождения, критериев диагностики, коррекции его искажений и пр. Изучение экспрессивного поведения включает в себя знания, накопленные биологическими науками, психологией, медициной, дисциплинами, изучающими влияние общих и специфических социальных и культуральных факторов на психику и выразительные движения человека.

Экспрессивное поведение формируется благодаря сложным интегрированным взаимодействиям врожденных и приобретенных факторов и механизмов, которые мы кратко рассмотрим ниже.

Врожденные факторы развития экспрессивного поведения – это еще малоизученные генетические программы, реализующиеся на разных уровнях экспрессивного реагирования. В то же время попытки некоторых авторов экстраполировать знания, накопленные этологией, на поведение человека, методологически недопустимо, так как изучение поведения у животных – это решение только части проблемы. Такой подход уже существовал в науке, когда учение И.П. Павлова, построенное на исследовании ВНД животных, активно использовалось для понимания психической деятельности человека. Перенос подобных знаний и «усеченных» представлений об экспрессивном поведении, лишенных возможности анализа очеловечивающих факторов, не может быть адекватной моделью решения этого вопроса [36,41,42].

Тем не менее, исследования показывают, что многие базовые эмоции с первых месяцев жизни, когда обучение ребенка еще невозможно, уже имеют экспрессивную специфическую форму. Наблюдения за новорожденными детьми показали, что уже в четырехмесячном возрасте младенцы реагируют на причиненную им уколочную боль мимическим выражением, в котором одновременно обнаруживаются признаки гнева и печали. Исследования К. Изарда и его коллег (2000) позволили отметить, что, начиная с двух месяцев и на протяжении всего периода раннего младенчества, дети в ответ на

инъекции против дифтерии демонстрируют автоматическую реакцию физического страдания, выраженную громким плачем. В момент переживания боли на лице младенца отмечается следующая мимическая реакция: его брови опущены и сведены к переносице, глаза крепко зажмурены, что приводит к тому, что кожа собирается в одном месте и выпячивается у основания носа. Рот младенца приобретает прямоугольную или угловатую форму, щеки приподнимаются, и вокруг переносицы также образуется утолщение. Выражение ужаса, сопровождающееся пронзительным плачем, наблюдается на лице младенца в течение нескольких секунд после инъекции. Вслед за этой реакцией у 90% детей разворачивается выражение гнева.

Совершенно отчетливо у новорожденных можно увидеть гримасу отвращения. Это происходит, если положить на язык ребенка какое-нибудь горькое вещество. По мере социализации ребенка он обучается испытывать отвращение к самым различным объектам окружающего мира.

Предполагается, что чувство смущения и его экспрессивная аранжировка тоже предопределены генетически. Результаты исследования, проведенные Коган и соавторами (Coll, Коган, Reznik, 1984), показывают, что дети, относящиеся к разряду застенчивых в возрасте 21 месяца, обнаруживают скованное поведение и позже - после 5-6 лет. Их застенчивость проявляется как в ситуации эксперимента, в кругу сверстников, так и в ситуации умеренного стресса.

Психологи, изучавшие поведение младенцев, уже в течение первых недель их жизни обнаруживают индивидуальные различия в экспрессивных проявлениях таких эмоциональных реакций, как улыбка и смех. Данные многих исследований свидетельствуют о генетическом детерминировании переживания эмоции радости, хотя в ее выявлении не исключается значение социальных, семейных и культуральных факторов. О влиянии врожденных механизмов на развитие поведения свидетельствует достаточно широкий спектр экспрессивных реакций, имеющих у слепых и глухонемых, хотя деятельность некоторых анализаторов не позволяет им в полной мере обучаться языку экспрессии.

С другой стороны, уровень развития детей - маугли после того, как они возвращаются в человеческое общество, пройдя сложный путь длительного периода социальной депривации, часто не позволяет им полностью компенсировать искажения многих психомоторных, в т.ч. экспрессивных функций. Даже такой специфически человеческий моторный признак, как прямохождение, не всегда восстанавливается, если ребенок долгое время находился в среде животных. В то же время дети - маугли прочно усваивают экспрессивный рисунок поведения тех животных, с которыми им пришлось общаться в течение длительного времени [29]. Таким образом, у человека есть врожденные программы приобретения человеческого опыта, но многие функции, в том числе экспрессивная, формируются только благодаря специфическим системным отношениям человека с социальной средой. Человек, рождаясь, способен улыбаться или плакать, но оттенки улыбки и плача, которыми он выражает множество различных состояний, появляются только в результате социализации.

В раннем возрасте ребенок начинает входить в мир социальных отношений. Через общение с близкими, а позже с детьми, со сверстниками и взрослыми он овладевает нормативным поведением и предметной деятельностью. Развиваются не только речь, мышление и другие психические функции, ребенок постепенно обучается языку экспрессивных реакций и включает их в свой поведенческий репертуар. Процесс научения языку экспрессивного выражения своих состояний идет несколькими путями. В ответ на значимую ситуацию, влияющую на инстинктивную деятельность, возникают реактивные формы поведения. Например, наиболее частым ответом при воздействии угрожающих стимулов являются реакции избегания, отстранения от источника угрозы, защита в форме агрессивных действий. К этой же группе поведения относятся некоторые формы поведенческих стереотипов, в основе которых лежит еще плохо изученный у человека механизм импринтинга (запечатления), который, вероятно, имеет большое значение для формирования полоролевого и сексуального поведения.

Часть поведенческого репертуара формируется в результате оперантного обуславливания - воздействия, которое может прервать

или закрепить поведенческий стереотип в зависимости от его полезности и эффективности для индивида. Оперантное поведение формируется путем положительного или отрицательного подкрепления. Положительное подкрепление возникает при предъявлении индивиду позитивных стимулов (в форме внимания, ласки, похвалы, одобрения, признания), что приводит к закреплению и фиксации определенных поведенческих стереотипов. Негативное подкрепление - воздействие негативных стимулов (в форме насмешки, отвержения, наказания), вызывающих отрицательные эмоции и дезактуализацию каких-то поведенческих реакций. Таким образом, положительное («хорошо», «можно») или отрицательное («нельзя», «плохо») подкрепление повышает вероятность повторения определенных поведенческих реакций или их избегания, чтобы получить соответствующее подкрепление. «Вознаграждаемое» окружением закрепляется, а влекущее за собой «наказание» - редуцируется. Например, маленькому мальчику предлагают «протянуть руку», чтобы выполнить незнакомый ему социальный ритуал. Вначале ему этого делать не хочется, но после уговоров и после того как его похвалили за то, что он согласился это сделать, он включает это действие в свой поведенческий репертуар. Человек получает вознаграждение за каждое действие, приближающее его к полезной и одобряемой окружающими цели. Концепция оперантного обуславливания позволяет объяснить развитие очень сложных поведенческих реакций и стереотипов как этапно развивающийся процесс, где каждый этап будет подкрепляться и фиксироваться, если он выполняет целесообразную и адаптивную функции.

Множество форм социальной активности (разнообразные игры, многочисленные роли) основаны на подражании - следовании некоему примеру или образцу. Подражание - способ научения, при котором индивид воспроизводит или сознательно копирует действия других людей, служащих для него моделью поведения. В качестве моделей поведения могут выступать значимые другие (родители, друзья, литературные герои, киногерои), являющиеся эталонами, на которые ориентируются и с которыми сличают реализуемое поведение. Можно привести множество примеров подражательного экспрессивного поведения при выполнении индивидом статусных,

гендерных, родительских и других социальных ролей. Подражание может быть одним из условий возникновения некоторых эмоциональных состояний. Примером в данном случае могут служить заимствованные страхи, в основе которых лежат детско-родительские отношения между «подражателем» (ребенком) и «образцом» (родителем). Для возникновения такого рода страха необязательно иметь опыт непосредственного столкновения с опасным стимулом. Основным условием возникновения подобных страхов является наблюдение ребенка за экспрессивным поведением родителей («образцов»), отражающим их собственный страх. Чаще такого рода страхи возникают у детей с тревожным типом привязанности к родителям (из-за угрозы быть брошенным или угрозы потери родителей).

Культурная антропология, которая рассматривает культуру в контексте поведения и взаимодействия как инструмент адаптации к среде, изучает культурные характеристики поведения человека. Исследование поведения людей, принадлежащих к разным культурам, обнаружило, что в сфере экспрессии эмоций встречаются как универсальные, так и специфические типы реакций для отдельных исследовавшихся культур. Установлено, например, что китайки выражают свое неудовольствие поведением ребенка постукиванием пальцем по его затылку, а вместо того, чтобы сказать «стыдно», потирают пальцем щеку.

Плач как универсальный признак печали также имеет культуральные различия его экспрессивного выражения. Так, в Черногории в период погребальной церемонии мужчины и женщины должны плакать в разное время. У некоторых народов принято плакать при встрече с людьми, которых давно не видели, а также после достижения мира между воюющими сторонами. В Японии проявление печали и боли в присутствии лиц более высокого положения рассматривалось как демонстрация неуважения, поэтому человек, которому делался выговор, должен был улыбаться.

Смех - признак радости и удовольствия, у некоторых народов может иметь разное экспрессивное выражение. В Китае, например, он может означать гнев, в других культурах смех является выразительной формой, скрывающей отрицательные эмоции.

Культуральные различия наблюдаются и в выражении чувства радости. Например, жители Таити для выражения радости иногда причиняют себе боль (щиплют, царапают себя). Подобные формы проявления радости наблюдались и среди аборигенов Австралии.

Культуральные различия касаются и жестов. Например, жесты с большим пальцем были известны еще со времен Древнего Рима. Согнутый большой палец означал «пощади его», направленный вниз - знак «убей его». Большой палец, зажатый в ладони, часто означает, что человек теряет способность к принятию сложного для него решения, у других народов - это сигнал пожелания кому-то счастья. Жест, когда большой палец зажат между средним и указательными пальцами (что символизирует половой член), у многих народов считается неприличным.

В разных культурах одним и тем же экспрессивным символам приписывают разные значения. В Саудовской Аравии, например, прикосновение к нижнему веку кончиками пальцев воспринимается как намек на чью-то глупость, в других странах этот же жест может означать неверие, недоверие, хитрость, опасность и многое другое. Известный жест «о'кей» (большой и указательный или средний пальцы сложены вместе), как и поднятый вверх большой палец, традиционно означает «все в порядке». Однако для японцев этот знак может показаться символом денег (монет), французы увидят в этом округлении ноль, на Мальте под этим знаком понимают обозначение мужской гомосексуальности, у греков он воспринимается как оскорбление для мужчин и женщин, как предложение заняться сексом. Жесты могут иметь свою культуральную окраску. Так, традиционный жест, означающий «у него не все в порядке с головой» или «какой он глупый», изображается в форме вращения субъектом указательного пальца у собственного виска. В Италии этот жест выглядит так: субъект, демонстрируя соответствующее отношение к высказываниям или поступкам другого человека, поднимает большой палец и мизинец и всей кистью совершает повороты в области лба. У других народов показывание указательным пальцем на собственную голову в области виска может интерпретироваться как «Я умный».

В своей книге Д. Мацумото (2002) приводит следующий пример. Японцы в процессе общения, кивая головой и произнося слово «хэй», часто вводят в заблуждение европейцев, так как при этом не обязательно подтверждают своего согласия с чем-то. Дело в том, что слово «хэй» в японском языке не обязательно означает «да», оно может означать «может быть» и даже «нет». Оно может быть также просто символом почтения к уважаемому лицу и сигналом того, что японец внимательно слушает своего собеседника [35].

Распределение пространства - еще один чрезвычайно важный аспект экспрессивного поведения. Исследования показывают, что главным фактором, определяющим пространственную зону, дистанцию, уместную для общения, является ни пол или возраст человека, а культуральные особенности его развития. Так, молодые люди латиноамериканского или мусульманского происхождения склонны общаться с людьми на более близкой дистанции, чем европейцы. Итальянцы взаимодействуют друг с другом на меньшей дистанции, чем немцы и американцы.

Таким образом, по мере реализации внутренних программ развития, накопления социального опыта, в том числе в результате культуральных влияний, в репертуар поведения человека встраиваются новые и дифференцируются ранее приобретенные экспрессивные стереотипы. Кроме этого, формирование экспрессивного поведения и его особенности зависят от этапов онтогенетического развития человека.

С момента рождения поведением ребенка управляет множество рефлексов. С первых минут жизни у него появляются рефлекс «поиска груди» и сосательный рефлекс. В этот же период начинает активно функционировать зрачковый рефлекс, проявляющийся в сужении зрачков при ярком свете и при засыпании, расширении их в темноте и при пробуждении.

В настоящее время установлено, что реакция улыбки, которая возникает на лице ребенка в первую неделю жизни, является врожденной и универсальной. Вначале она возникает на различные звуковые раздражители, чаще в ответ на человеческий голос. Позже в качестве активатора улыбки начинают выступать зрительные стимулы и чаще - вид человеческого лица. В возрасте от двух до пяти

месяцев ребенок реагирует улыбкой на любое человеческое лицо, хотя и отдает предпочтение лицу матери или других людей, находящихся рядом. Встречная улыбка матери способствует формированию эмоциональной привязанности ребенка и матери.

В возрасте 1,5 - 2 месяцев появляются первые реакции смеха. Развиваясь, дети в возрасте 7 - 9 месяцев смеются в ответ на тактильную и звуковую стимуляцию и позже (в возрасте 10 - 12 месяцев) начинают чаще реагировать смехом в ответ на зрительные и разнообразные игровые стимулы. Наблюдения ряда авторов показывают, что по мере взросления ребенок смеется, начиная замечать и фиксировать те действия взрослых, которые не соответствуют его ожиданиям. Упомянутая выше неконгруэнтность (несовпадение чего-то ожиданиям ребенка) может вызвать у него и негативные эмоциональные реакции, такие, как испуг, страх, плач.

В возрасте 7 месяцев появляется боязнь незнакомых людей и тревога отделения, проявляющиеся в том, что ребенок, который до этого улыбался, был приветливым и открытым, неожиданно становится робким и настороженным в присутствии незнакомых людей. На этой стадии дети часто плачут, если отсутствуют те, кто о них заботится. Боязнь незнакомых людей с разной степенью выраженности сопровождает ребенка до двух лет.

К девяти месяцам почти все дети могут передвигаться, вставать на ноги, держась за мебель. Здоровые дети делают свои первые шаги в среднем в возрасте от 11 до 13 месяцев. Способность к локомоции, активному перемещению в пространстве позволяет ребенку активно изучать окружающий мир, что способствует его дальнейшему перцептивному и когнитивному развитию.

В возрасте четырех месяцев дети уже способны сосредотачивать взгляд на предметах и людях. В это время они постепенно начинают изучать себя: разглядывают свои пальцы и следят за их движениями, обращают внимание на собственные ноги и производят с ними различные манипуляции. Постепенно у детей развивается навык «пинцетного зажима» (способность брать предметы, зажимая их между большим и указательным пальцами), который позволяет им совершать движения с мелкими предметами и дифференцировать свою исследовательскую деятельность. Годовалые дети об-

ладают уже развитой способностью к манипулированию и активному перемещению объектов окружающей среды (перетаскивают игрушки, открывают ящики, самостоятельно едят ложкой, пьют из чашки). К этому времени дети совершают простые игровые действия: «прячутся», закрывая глаза руками, бросают мелкие предметы, подражая движениям взрослых, играют с ними в «ладушки» и пр.

Начинает развиваться функция воображения. В возрасте 11 - 12 месяцев у детей появляются воображаемые действия (действия «понарошку»). В символической форме они воспроизводят знакомые им действия: изображают, что они едят или пьют, в возрасте 15 - 18 месяцев они «кормят» кукол, пользуясь игрушечной или даже настоящей посудой. Однако уже между годом - двумя на основе развивающейся функции воображения у детей более интенсивно начинает развиваться способность к символизации и установлению между предметами символических отношений. Предметы, с которыми они сталкиваются в повседневной жизни, приобретают иное, замещающее и эмоционально окрашенное значение. Палка может превратиться в лошадь, носовой платок в панамку, пол в квартире - в ванну, реку или море. Таким образом, создаются предпосылки для дальнейшего вовлечения ребенка в игровую и имитационную деятельность.

Рано начинает формироваться подражательная деятельность. В течение первых двух месяцев дети начинают время от времени подражать действиям играющих с ними взрослых. В 3 - 4 месяца некоторые малыши и их мамы начинают играть друг с другом в «разговор». При этом создается впечатление, будто ребенок подражает звукам материнского голоса. К 6 месяцам способность ребенка подражать жестам и действиям взрослых значительно улучшается. По-видимому, способность детей запоминать и повторять увиденную последовательность элементарных движений и действий более развита, чем считалось ранее. К восемнадцати месяцам подражательная деятельность детей значительно расширяется: они «читают» журнал или книгу, подметают пол, «болтают» по телефону, «наказывают» куклу [25].

На протяжении первого года жизни в процессе общения со своими родителями дети усваивают экспрессивные аспекты комму-

никации. Они могут подавать экспрессивные сигналы, используя для этого жесты и мимику, обращать внимание на выражение лица окружающих их людей. К году большинство детей проявляют живой интерес к другим, в том числе и к незнакомым людям, и могут реагировать на некоторые экспрессивные проявления эмоциональных реакций окружающих соответствующим образом.

На втором году жизни дети начинают имитировать мимику, действия и жесты взрослых. Позднее они подражают тем, кто показывает им, как чистить зубы, есть ножом и вилкой, садиться на горшок. К двум годам они активно манипулируют многими предметами (ездят на трехколесном велосипеде, складывают предметы, играют игрушками, причесываются расческой). Все это позволяет им приобрести жизненно важный опыт в отношении свойств и возможностей предметов окружающего их мира.

Игровые элементы, которые рано используются окружающими по отношению к детям, с одной стороны, развивают их способность к экспектации (ожиданию, что окружающие будут вести себя в соответствии с определенным уже сложившимся стереотипом), с другой - способствуют накоплению опыта манипулирования другими людьми. Например, плачущий ребенок побуждает мать проявлять заботу о нем, смех формирует теплые и доброжелательные отношения с окружающими, экспрессивное выражение гнева вызывает желание взрослых его успокоить.

В процессе общения с матерью у ребенка до года постепенно начинают формироваться такие формы поведения, которые свидетельствуют о развитии у него привязанности, чувства близости и симпатии к тому человеку, который заботится о нем. Такое поведение включает достаточно широкий спектр экспрессивных сигналов (улыбку, смех, плач в ответ на разлуку, богатые голосовые интонации выражения эмоций), а также активные действия, направленные на достижение физического контакта (караканье, обхватывание руками, цепляние за одежду, прижимание к телу).

В течение первых двух лет жизни дети совершают большой скачок в развитии самосознания. Если до 8 месяцев ребенка привлекает в основном свой образ в зеркале, то между 8 и 16 месяцами он способен понять различие между собственным изображением в зер-

кале и зеркальными образами других людей. К двум годам его познание включает не только знание своей внешности, но и сознание того, чем он сам занимается. Уже двухлетний ребенок, прихорашиваясь перед зеркалом, любит себя, поправляет свою одежду, активно изучает свое лицо и тело.

Таким образом, уже к одному - двум годам у ребенка, с одной стороны, появляется достаточно богатый спектр экспрессивных реакций, с другой - создаются условия для их дальнейшего развития и дифференциации. В этом возрасте дети способны выражать некоторые базовые эмоции (удовольствие - неудовольствие, радость, тревогу, смущение, гнев, страх), у них начинают развиваться потребности в эмоциональной привязанности к матери, в самопознании, в подражании, появляется стремление к игровой деятельности. Совершаются первые шаги в развитии воображения и его важнейшей составляющей - способности к символизации.

К возрасту двух лет психика ребенка подготовлена к усвоению нормативных моделей поведения. Развивается воображение, способность к подражанию и освоению языка символов и знаков. Постепенно усваиваются предметные действия и навыки самообслуживания. Дети начинают подражать характеристикам деятельности взрослых, все большую роль в развитии ребенка начинает занимать игра, выполняющая упражняющую функцию и позволяющая воспроизводить взаимоотношения со взрослыми.

Дети раннего и особенно дошкольного возраста способны имитировать знакомые им действия, с помощью расширяющегося арсенала экспрессивных средств разыгрывать ситуации, изображающие различные семейные ситуации, поведение родителей, поездку в автобусе и пр. Игры трехлетних детей демонстрируют, что они понимают намерения других детей и к четырем годам уже способны распознавать ситуации, которые могут стать причиной появления таких чувств, как радость, печаль, страх, гнев. Таким образом, научение языку экспрессии идет двумя путями: дети начинают активно использовать его для передачи своих переживаний и учатся воспринимать его, наблюдая за окружающими. В этом же возрасте дети способны учитывать то, как поступки могут отразиться на поведении других людей. В четыре года ребенок изображает какие-то

предметы, используя для этого другие предметы, совершенно не похожие на изображаемые. Играя в символические игры, дети начинают лучше понимать то, как объект может менять свой вид или форму, оставаясь при этом тем же объектом.

Активно играя, ребенок выражает свои эмоции, фантазирует, репетирует свои будущие ожидания. Игровые действия могут быть структурированными и неструктурированными. К последним относятся бег по траве, прыжки, кувыркание, танцевание под музыку. В них ребенок развивает свои силу, ловкость, экспрессивную пластику. Особое место в развитии детей дошкольного возраста занимают сюжетно - ролевые игры, в которых моделируются действия и взаимоотношения взрослых, осуществляется репетиция будущих ролей. Как правило, осваивая несколько ролей, ребенок копирует при этом многие экспрессивные комплексы: походку, жесты, позы, интонационные составляющие речи, знакомится с некоторыми ритуалами приветствия и прощания. Игра в «дочки - матери» является прообразом будущих половых ролей и детско-родительских отношений, игра «в войну» формирует у детей активность, состязательность, развивает ловкость тела, умение действовать согласованно. Игра «в доктора» позволяет примеривать некоторые навыки профессионального ролевого общения.

В этом же возрасте дети начинают усваивать модели родительского поведения, чаще в форме заботливого или предубежденного Родителя (по Э.Берну). В определенных игровых ситуациях они имитируют сочувственное, покровительственное поведение, в других - демонстрируют действия, сопровождающиеся критикой, морализированием, наказанием. Нередко при этом можно увидеть, как ребенок нежно укачивает свою куклу, прижимает ее к груди, гладит или же символически наказывает свою игрушку, бьет, ломает ее, выражает недовольство, бросает об пол и пр.

Таким образом, в игровой деятельности развиваются не только когнитивная и эмоциональная сферы ребенка, но и его способность к экспрессивному самовыражению, расширяется также репертуар выразительных движений и действий.

В возрасте 5 - 6 лет в действиях ребенка появляются стереотипы маскулинного или феминного поведения, формируются так на-

зываемые гендерные схемы (комплекс представлений, способов действий, связанных с полом, половые установки и роли). Половые роли - это дифференциация деятельности, статусов, прав и обязанностей в зависимости от их половой принадлежности. Это относительно устойчивые социально и культурально обусловленные модели поведения (стереотипы маскулинности - феминности), а также специфические формы символики, включающие в себя ожидания и требования, адресуемые к мужчинам и женщинам. К 6 - 7 годам дети понимают, что их пол устойчив и сохраняется в течение всей жизни, несмотря на изменение внешности. Ребенок, идентифицирующий себя с определенным полом, с этого возраста постоянно накапливает опыт выражения себя в нем, используя для этого не только внутренние психологические преобразования, но и изменение мимико-жестовых, жестопозовых экспрессивных комплексов и манеры поведения в целом.

К шести годам у детей происходит целый комплекс психологических преобразований: начинает формироваться воля, осваиваются новые стратегии, называемые механизмами защиты, растет способность к саморегуляции. К этому периоду усиливаются ожидания родителей в отношении возможности ребенка управлять своими эмоциями. В связи с этим ребенок начинает сдерживать свои переживания и контролировать свои поступки. Например, ребенок 6 лет считает недопустимым плакать в тех случаях, когда ему хочется есть, и в то же время это часто делают дети до года. Кроме того, дети, не приобретшие опыт контроля над своими отрицательными эмоциями, рискуют оказаться социально отвергнутыми. Все это приводит к тому, что ребенок начинает обучаться скрывать свои нежелательные мысли, переживания и действия, контролировать свое поведение, накапливать навыки искусства экспрессивной маскировки своих состояний.

У детей младшего школьного возраста (7-12 лет) уже достаточно развита способность к рефлексии, позволяющая отслеживать свои мыслительные процессы, фиксировать внимание на своих чувствах, ощущениях, на том, какое впечатление они производят на окружающих их сверстников и взрослых. Этот период сопровождается освоением сферы социальных отношений, необходимостью подчи-

нения новым правилам, требующим более жесткой стандартизации своего поведения. Период младшего школьного возраста сопровождается, с одной стороны, повышением чувствительности к внешним воздействиям, с другой - требованиями воздержания от импульсивных желаний и необходимостью самоорганизации поведения.

Продолжается «шлифовка» экспрессивных средств и возможностей. Дети этого возраста с интересом относятся к своему лицу и получают удовольствие от сложной мимической игры. Они с радостью производят разные экспрессивные действия: контролируют мимические мышцы бровей, глаз, щек, рта, легко управляют своими губами (растягивают углы рта, поднимают их вверх), насвистывают мелодии, упражняются в гримасничанье. На лице появляется специфическое выражение, соответствующее той культурной среде, в которой развивается ребенок. Культура предъявляет к экспрессии ребенка определенные требования: он должен усвоить правильные позы, осанку, манеру и ритуалы поведения. В школе все большее внимание начинают уделять физической культуре ребенка, в его сознании усиливаются стремление к овладению своим телом и готовность к подвижным играм и соревнованию.

По мере того как дети становятся старше, у них формируются более точные и полные представления о своих физических, интеллектуальных и личностных качествах. Уточняется и усложняется образ «Я», формируется самоуважение - способность наделять себя положительными качествами, сочетающаяся со стремлением к самоутверждению, что стимулирует ребенка к усвоению нормативного поведения и стремлению к одобрению со стороны окружающих. Однако неустойчивое и недостаточно дифференцированное ядро «Я» у младших школьников может проявляться в непоследовательных, а порой и противоречивых экспрессивных формах поведения. У ребенка этого возраста могут легко возникать такие противоречивые состояния и сопровождающие их действия, как протестность, упрямство и капризность, беспомощность, утрированно самоутверждающееся поведение и робость, застенчивость. Экспрессивное поведение детей в этом возрасте еще не отражает их личностной индивидуальности.

Обогащается представление младших школьников о гендерных ролях. Потребность соответствовать половым эталонам поведения становится для многих из них ведущим мотивационным фактором. Дети знают, что мальчик должен быть смелым, спокойным, решительным, уступать дорогу взрослым и девочкам. Девочка знает, что она должна быть приветливой, женственной, мягкой, слабой, миловидной. В этом возрасте происходит более прочное и дифференцированное освоение выразительных движений, свойственных мужчинам и женщинам. Однако гендерное поведение также неустойчиво и противоречиво. Мальчики могут демонстрировать утрированно мужское поведение, которое ситуационно быстро сменяется поведением, включающим такие феминные качества, как робость, мягкость, сенситивность, стеснительность. Тихая, покладистая и мягкая девочка неожиданно может проявить агрессию, ударить портфелем или сумкой, использовать в своей речи ненормативные слова. Наряду с этим дети знакомятся и с ненормативными, табуированными жестами, которые могут использовать для компенсации своих слабых сторон.

Подростковый возраст (отрочество, возраст с 12 до 15 лет) - кризисный и одновременно «ренесансный» период в психическом развитии, связанный с мощными сдвигами в нейроэндокринном аппарате человека. Несмотря на многообразие различных изменений в этом возрасте, мы затронем лишь те, которые касаются нашей основной темы.

Для подростков характерно появление стремления к идентификации со взрослыми, что толкает их к освоению новых для себя ролей и «взрослых» типов отношений и взаимодействий. Поэтому, подражая поведению взрослых, подростки стараются имитировать их поведение, особенно тех лиц, которые достигли определенных успехов. При этом их внимание чаще обращается на внешнюю сторону поведения: копируются жесты, позы, манера одеваться и говорить. Мальчики стараются носить одежду, подчеркивающую их маскулинность (например, пиджаки или куртки, подчеркивающие размеры плеч, высокие каблуки). Девочки в этот период активно и нередко чрезмерно пользуются косметикой, стараются сделать свои ноги длиннее за счет туфель на высоких каблуках. В жестах и позах

нередко сквозит их демонстративное пренебрежение к окружающим, протестность и негативизм, граничащие с чванством. Развивающееся чувство взрослости часто сочетается с их интересом к собственной внешности. Особое значение придается внешней привлекательности, поэтому подростки чрезмерное внимание оказывают своему физическому «Я»: лицу, прическе, фигуре, длине ног, росту, толщине тела и многому другому. Если внешние данные подростка, по его мнению, не соответствуют стандартам маскулинности или феминности, это легко формирует у него многочисленные комплексы.

Именно в этом возрасте встречается феномен «карнавализации» внешности - склонность части подростков к вычурным преобразованиям своей прически (отращиванию длинных волос или сбриванию волос наголо), украшению себя серьгами, браслетами, цепями, раскрашиванию лица, использованию татуировок, пирсинга и пр. Реже встречается склонность к подражанию образцам асоциального поведения. В качестве моделей поведения выбираются кино, видеогерои или реальные лица из близкого окружения с соответствующими образцами экспрессивного поведения. При этом могут использоваться своеобразные сленг и манера поведения, с помощью которых подростки демонстрируют пренебрежение к культурным и общепринятым нормам и которые часто культивируются в неформальных подростковых субкультурах (панки, хиппи, металлисты, люберы, сатанисты, фашисты, скинхэды и пр.). Панки, например, внешне отличаются от других своим «гребнем» (торчащей вверх фиксированной полосой волос от лба до затылка) красного или зеленого цвета.

В этом возрасте появляется интерес к противоположному полу. У младших подростков этот интерес проявляется в неадекватных формах. Для того чтобы обратить на себя внимание девочек, мальчики пристают к ним, «задираются», дразнятся. Девочки демонстрируют безразличное отношение к мальчикам либо стесняются их. В общении большое значение приобретают экспрессивные признаки заинтересованности: взгляд, мимика, прикосновения. Формирующееся у них сексуальное влечение проявляется в гиперсексуальности и заместительных формах его удовлетворения. При этом подро-

стки часто не решаются выступать инициаторами физических контактов, поэтому социально приемлемой формой таких отношений у них считаются танцы.

Усиление рефлексии (процесса фиксации сознанием) неприятных для подростков элементов своей внешности и тревога по этому поводу, наряду с другими проблемами, создают общее напряженное выражение их экспрессии, сопутствующее этому возрасту. Подростки нередко передвигаются сгорбившись, неуклюже, шаркают ногами, безразличным и «тусклым» взглядом демонстрируют незаинтересованность собой или другими людьми. Из-за многочисленных внутренних конфликтных позиций в их экспрессии часто можно отметить рассогласованность мимики и жестов и многочисленные признаки фальши и обмана.

Период взрослости характеризуется адаптированностью большинства людей ко многим социальным требованиям, усвоением универсальных норм поведения, нахождением баланса между семьей, работой и развлечениями. Экспрессивные формы поведения становятся более стабильными, отражающими индивидуальный стиль личности. В поведение встраиваются профессиональные и статусные экспрессивные элементы. С возрастом, чаще после пятидесяти лет, в связи с функциональной недостаточностью позвоночника, снижением общей моторной энергетике постепенно меняется походка, обедняется жестовая активность, позы становятся более расслабленными, изменяются физические характеристики лица (утрачивается эластичность кожи, появляются морщины, крохотные кровоподтеки, участки коричневой пигментации), утрачивается подвижность мимики. Закрепляются наиболее характерные для данной личности мимические выражения, нередко приобретающие характер мимических масок.

Экспрессивное поведение в патологии, во-первых, многообразно, во-вторых, недостаточно изучено в плане его патогенеза. Например, в понимании этиологии такой распространенной формы двигательных расстройств, как тики, выделяют две группы теорий, пытающихся объяснить происхождение этих нарушений: психологические и органические [32]. Рассмотрим вначале психологические теории.

Психоаналитики рассматривают тики как символическое выражение внутренних конфликтов, которые с помощью моторных эквивалентов эмоциональной активности позволяют личности в замаскированной форме проявить подавленные сексуальные и агрессивные импульсы. Согласно представлениям психоаналитиков мускулатура тела используется для разрядки чувственных инфантильных желаний. Один из известных психоаналитиков Ш. Ференци предлагал рассматривать тики как стереотипные мастурбаторные эквиваленты.

В теории научения тики рассматриваются как результат условно-рефлекторной реакции избегания в ответ на специфический стресс. Реакция закрепляется, т.к. это способствует снижению тревоги, генерализации стимулов, вызывающих тревогу, что ведет к еще большей фиксации защитных двигательных реакций в форме тиков.

Есть и другие точки зрения на происхождение тиков. Гипотеза о дефектах развития рассматривает тики как результат незрелости механизмов, контролирующую двигательную активность индивида, как особую предрасположенность к патологическим условно-рефлекторным процессам. Отчасти этим можно объяснить тот факт, что тики чаще возникают в детском возрасте в условиях сильного стресса.

Еще один взгляд - тики являются симптомами поражения подкорковых образований. Подтверждением этому служат в основном те случаи, когда тики возникают на фоне органических заболеваний (родовой травмы, эпидемического энцефалита, при приеме лекарственных препаратов, изменяющих функции подкорковых образований). Доказательством органической природы тиков являются данные электроэнцефалографических исследований, обнаруживающие часто встречающиеся признаки функциональной незрелости некоторых структур мозга. Подтверждением важной роли подкорковых структур в происхождении тиков является улучшение состояния больных после стереотаксической операции на таламусе. Стимуляция участков этой области вызывает у больных гиперкинезы конечностей, которые исчезают после прекращения стимуляции.

Природа стереотипных движений (раскачивание туловища, повторяющиеся движения рук, нанесение самоповреждений) у детей с умственной отсталостью тоже имеет несколько объяснений. Согласно одной точки зрения стереотипные движения носят самостимулирующий и поддерживающий характер, обеспечивая оптимальный уровень возбуждения у лиц с недостаточным уровнем активации и рудиментарными формами поведения. Согласно другой позиции стереотипные движения появляются во время повышенного возбуждения, вызванного такими раздражителями, как голод, шум, яркий свет, физическое напряжение, фрустрация и, таким образом, могут отражать напряжение, дискомфорт, состояние неудовлетворенности актуальных потребностей.

1.3. Лицо и мимика

Лицо человека высказывает более интересные вещи, нежели его уста: уста высказывают только мысль человека, лицо - мысль природы.

А. Шопенгауэр

Лицо является, пожалуй, главной характеристикой внешности человека, подчеркивающей его индивидуальность и неповторимость. Стремление к познанию лица человека известно со времен древности. Уже тогда понимали, что по лицу, как «зеркалу души», о человеке можно узнать многое: оценить его настроение, выяснить отношение к окружающим предметам, людям, определить какие-то черты характера, свойства темперамента и пр. В то же время считалось, что обосновывать свои суждения о человеке только по регистрируемым движениям его лица следует осторожно. Так, французский писатель XVII века Ж. Лабрюйер писал: «Физиономия не есть образец, по которому мы должны судить о людях; она может служить нам только догадкой». Сегодня наука о лице располагает достаточно полной информацией, которую широко используют биологи, врачи, психологи, художники. Писатели и артисты описывают и показывают лица, используя свои профессиональные возможности.

В изучении лица существует несколько направлений, каждое из которых ставит специфические задачи [28].

Анатомическое направление сосредоточено на изучении строения пропорций, рельефа и контуров лица человека. В рамках этого направления изучаются половые, возрастные, конституциональные и структурные отличия лица человека.

Антропологическое направление занимается расшифровкой этнических и расовых особенностей строения лица и его выразительности, изучением развития лица в антропогенезе, а также разработкой методов восстановления лица человека по черепу.

Генетическое направление исследует механизмы наследования строения и выразительности лица человека, его возрастные изменения, влияние фенотипических факторов на структуру лица в процессе эволюции человека.

Психологическое направление изучает зависимость особенностей лица и мимики человека от разнообразных эмоциональных состояний и личностных особенностей человека, его «Я», системы отношений и пр.

Клиническое направление выясняет корреляции между мимикой, строением лица и состоянием здоровья человека, изучает и систематизирует внешние симптомы тех или иных заболеваний. Внутри этого направления выделяют особо важные разделы: психиатрический и судебно-медицинский, в которых те или иные признаки строения лица и мимики выступают в качестве объектов диагностики и криминалистики [27].

Возрастные изменения лица

После рождения лицо ребенка, кажущееся удлинненным в результате деформации головки при прохождении через родовые пути, постепенно приобретает округлую форму. Вследствие нагрузки на мышцы, участвующие в акте сосания, быстро развивается нижняя часть лица. Диспропорция между лобной и лицевой частями черепа, выраженная у детей раннего возраста, сглаживается.

После рождения у ребенка на лице исчезают морщины, одутловатость, припухлость век, выправляется форма носа. Лицо младенца кажется широким и как бы сплюснутым, но с каждым месяцем жизни высота лица увеличивается. Нос сохраняет незначительные размеры, и в связи с тем, что спинка носа еще не сформирована, лицо спереди кажется плоским. Постепенно подвижность лица возрастает, элементы мимики координируются и закрепляются в гримасах удовольствия (улыбка, смех) или протеста (плач, капризы). Круглая форма лица переходит в овальную, что связано с ростом лицевого черепа и с преобразованием челюстей. В течение первых двух лет жизни высота лица (от корня носа до нижнего края подбородка) увеличивается с 39 до 81 мм. Средняя часть лица между линией глаз и линией ноздрей продолжает увеличиваться до наступления половой зрелости.

Старение лица сопровождается не только выпадением и поседением волос и образованием на лбу глубоких борозд. Постепенно происходит преобразование скелетной основы лица и мягких тканей, что отражается на его форме и пропорциях. В результате эволюционных изменений костей лицевого черепа лицо приобретает округлые очертания. Особенно заметно трансформируется зубочелюстной аппарат. С выпадением зубов изменяются общие черты лица, при отсутствии протезирования происходит изнашивание альвеолярных дуг челюстей. В результате этого носогубные, подбородочная складки становятся резко выраженными. Истончение ветвей нижней челюсти ведет к укорочению нижней части лица. Тонус мышц, участвующих в построении стенок ротовой полости, жевательных мышц, резко снижается.

Особенно заметны изменения глаз, которые как бы углубляются в орбиты. Углубляются складки кожи вокруг глаз, появляются необратимые «мешки» под глазами. В результате помутнения склер тускнеет блеск глазных яблок. Емкость окраски радужки утрачивается, и она как бы выцветает. Истончаются губы, начинают выступать скулы. У старых людей, у которых выпали зубы и атрофированы альвеолярные отростки челюстей, губы и щеки резко западают. У височного угла глаз часто наблюдается комбинация морщин в форме «вороньей лапы». Упругость кожи снижается, об-

разовавшиеся складки на лице не расправляются. Активность мимических мышц ослабевает, что также усиливает появление морщин. Первыми на лице обозначаются лобные складки кожи. У одних людей они появляются в поперечном направлении, у других пересекают лоб между бровями (складки «мыслителя»). Носогубные складки в старости закрепляются и остаются привычной деталью лица. Изменяются экспрессивные возможности лица. Пожилые люди сдержанно выражают свои эмоции, и с возрастом их мимика становится непосредственной. Экспрессивный диапазон лица суживается, выразительность мимики беднеет, что связано, главным образом, со снижением тонуса мимической мускулатуры на фоне уже сохранившихся экспрессивных мимических стереотипов.

Лицо и мимика человека зависят от его пола. У мужчин отмечаются более резкие и строгие черты лица, которые сравнительно раньше покрываются морщинами. У них отмечаются более сжатый рот и более острый и твердый взгляд. У женщин очертания лица обычно более мягкие, с меньшей склонностью к формированию морщин в период зрелости. Однако описанные различия отмечаются не во все периоды жизни. Наибольшего развития они достигают в период зрелости, в процессе обратного развития эти различия постепенно уменьшаются, а в старческом возрасте в большей или меньшей степени нивелируются.

Элементы мимики

Под мимикой (от греч. *mimikos* - подражательный) понимают координированные движения мышц лица, которые отражают разнообразие психические состояния. Непосредственным выразителем мимики является мимическая мускулатура, которая своими динамическими функциями обуславливает варибельность мимической игры. Второстепенную роль в формировании мимической деятельности играют особенности мягких тканей лица: окраска, эластичность, толщина кожных покровов на его различных участках. Важным элементом мимических функций в верхней части лица являются глаза в сочетании с лобной мимикой, в нижней половине лица наиболее активной мимической частью является рот. Мимика как проявление части моторики отражает особенности конституции

и темперамента человека. Ее динамика зависит от индивидуальных особенностей двигательной активности, уравновешенности, ритма психических процессов, от половых, трудовых занятий человека, в патологии - от патогенетических особенностей заболевания. Подвижная мимика может свидетельствовать о быстрой смене психических процессов и легкой возбудимости. Малоподвижная мимика указывает на постоянство психических процессов (устойчивость настроения, спокойствие, рассудительность, уравновешенность), отмечается при снижении активности и часто производит впечатление созерцательности. Монотонная, однообразная мимика, сопровождающаяся медленной сменой мимических выражений и слабой напряженностью, может указывать на психическое однообразие и слабую импульсивность. Подобная мимика может встречаться при таких состояниях, как скука, печаль, равнодушие, подавленность и пр.

Лицо и мимика человека асимметричны, что выражается в способности разных половин лица участвовать в отражении эмоциональных состояний. Одни авторы, занимающиеся изучением этого вопроса, полагают, что у большинства людей правая половина лица превосходит левую половину по выразительности. Другими авторами более эмоциональной признается левая половина лица. Левосторонние лица оцениваются как более энергичные, активные, но более отрицательные, правосторонние – как более слабые, женственные, мягкие и более положительные. Левая половина лица у левшей в улыбке выглядит более веселой, чем правая, представляющаяся относительно печальной в спокойном состоянии. У правшей более грустными и счастливыми признавались лица на фотографиях, составленных из правых половин. Считается, что правая половина лица у большинства людей больше левой. Она же более активно участвует в речевом акте, что отмечается у 86% правшей и 67% левшей. Анализ мимики осуществляется через наблюдение и регистрацию ее общей характеристики, сегментарных разделов лица (верхнего, среднего, нижнего) и его дифференцированных участков (лобного, глазного, ротового). Особое внимание при этом обращается на стигмы, отражающие ассоциированность или диссоциированность мимических движений, степень асимметрии мимических

функций, мимические переходы и оттенки (пластичность, легкость мимических трансформаций).

Ниже приведены характеристики основных функций элементов лица, участвующих в мимической деятельности.

Глаза. В одной из своих работ А. Лоуэн писал: «Как выразительный орган глаза играют большую роль в языке тела. Так много значений может быть передано взглядом, что мы часто оцениваем людские ответы по глазам» [33, С.385]. С помощью глаз передаются точные и открытые сигналы коммуникации. От того, как смотрят на вас, от длительности взгляда и от того, как долго партнеры по общению могут выдержать взгляд друг друга, часто зависит качество самого общения. Если одному человеку нравится другой, он будет смотреть на него часто, поэтому, как считают психологи, взгляд, чтобы построить хорошие отношения с партнером, должен встречаться с взглядом последнего около 60 - 70% времени общения. Скромный, сдержанный человек, который смотрит на собеседника менее 1/3 времени общения с ним, редко пользуется доверием. Длительность взгляда зависит от культурного и этнического окружения. Например, жители южной Европы имеют высокую частоту взгляда, что может показаться оскорбительным для народов других регионов. Японцы, например, в беседе смотрят скорее в шею, чем в лицо. Важными в оценке взгляда являются не только длительность и его частота, но и те области лица или тела, на которые он направлен.

Выразительным элементом глаз являются **зрачки**. Диаметр зрачков у здоровых людей зависит от освещенности и колеблется от 2,0-2,5 мм при яркой освещенности до 7,0-9,5 мм - в темноте. С возрастом интенсивность реакции зрачков на свет постепенно снижается, поэтому у молодых людей зрачки значительно шире, чем у пожилых и старых. Расширение или сужение зрачков зависит также от различных психофизических состояний: умственной или физической работы, приема пищи, дремотного состояния, сна. Колебание величины зрачков зависит также от степени эмоциональной лабильности и тех ситуаций, в которых оказывается индивид. Например, когда человек возбужден, его зрачки расширяются, наоборот, мрачное настроение заставляет зрачки сокращаться. Зрачки расширяются при общении с человеком, который является привлекатель-

ным или оценивается положительно, такая же реакция зрачков отмечается при сексуальном возбуждении, при просмотре эротической продукции. Таким образом, диаметр зрачков и их динамика в процессе общения могут служить индикаторами заинтересованности и эмоционального отношения к тем или иным людям, предметам или событиям.

Взгляд - это совокупность признаков, включающих выражение глаз и их динамические характеристики (поворот в ту или иную сторону, напряженность, длительность, частоту контакта, объем вбирающих в себя объектов), которые могут отражать разнообразие отношений человека к окружающему миру или к самому себе. Важным экспрессивным аспектом оценки взгляда является его продолжительность. Если человек, с которым мы общаемся, смотрит на нас меньше, чем нам кажется адекватным в данной ситуации, мы можем сделать вывод, что не интересны ему и что он хочет прекратить с нами общение. В то же время продолжительный, пристальный взгляд часто воспринимается как стремление собеседника к доминированию или как компонент угрозы и демонстрации агрессивности. По сочетанию образующих взгляд характеристик можно выделить его следующие варианты.

Деловой взгляд - взгляд, направленный в область центра лба партнера чуть выше глаз. Отмечено, что если такой взгляд не опускается ниже глаз собеседника, это позволяет успешно контролировать, например, ход делового общения или переговоров.

Интимный взгляд - взгляд, проходящий через линию глаз и опускающийся ниже подбородка на другие части тела собеседника. При помощи этого взгляда люди часто показывают свою заинтересованность в других.

Прямой взгляд - взгляд глаза в глаза, свидетельствует об открытости отношений, доверчивости, взаимном согласии участвующих в общении людей. Такой взгляд можно наблюдать у влюбленных и у детей. Если прибегнуть к этому взгляду в неподходящих ситуациях, он может вызвать у окружающих негативные и даже агрессивные чувства и реакции.

Высокомерный взгляд - взгляд, сочетающий прикрытые веки, откинутую назад голову и долгое осматривание партнера. Встречается у людей, старающихся подчеркнуть свое превосходство.

Взгляд снизу - взгляд, обусловленный склоненной головой. Выражает позу подчинения или нападения, в этом взгляде заключена определенная доля недоверия и готовности к действию.

Взгляд сверху вниз может быть обусловлен разным ростом собеседников или разницей в занимаемых ими позах. Этот взгляд, как бы увеличивая расстояние между партнерами, придает его хозяину чувство превосходства, а тому, на кого смотрят, чувство неуверенности. Взгляд может выражать чувство высокомерия, гордости, презрения и стремления властвовать.

Взгляд искоса - взгляд, использующийся для передачи чувств интереса или враждебности. Если он сопровождается слегка приподнятыми бровями или улыбкой, это свидетельствует о заинтересованности того, кто так смотрит. Если этот взгляд сопровождается опущением уголков рта или бровей, он означает подозрительное, враждебное или критическое отношение.

Прищуренный взгляд - взгляд, при котором человек прямолинейно и испытывающе, прикрывая одно веко, смотрит на партнера по общению. Взгляд отражает состояние недоверчивого контроля и производит холодное и неприятное впечатление. Прибегая к такому взгляду, человек как бы хочет выяснить намерения других людей и скрыть свои.

Поисковый взгляд - взгляд, указывающий на наличие интереса к чему - либо или на его отсутствие. Если этот взгляд сопровождается изучением чьего-то лица и улыбкой, он может свидетельствовать о повышенном интересе или, в зависимости от особенности целостной картины мимики, выражать такие чувства, как восхищение, враждебность, обиду и пр.

Движения глаз. Движения глаз отражают степень внимания субъекта, а также участвуют в формировании зрительных образов. Выделяют два функционально различных движения глаз: макродвижения и микродвижения. Макродвижения обеспечивают смену точек фиксации взора при рассматривании объектов и, как правило, носят скачкообразный характер.

Микродвижения - произвольные движения глаз в процессе фиксации неподвижных объектов, которые включают в себя несколько вариантов: а) дрейф - неупорядоченно и относительно медленное перемещение глазных осей, при котором фиксируемая точка остается внутри fovea; б) тремор - высокочастотные, низкоамплитудные колебательные движения осей глаз; в) микросаккады - маленькие, произвольные скачки, выполняющие в основном функции корректировки. На последовательность движений глаз влияют установки личности в отношении объектов, находящихся перед взором субъекта, и внешне яркие признаки, которые характеризуют объект. Согласно гипотезы М. Кинборна (1978) направленность движения глаз при различных видах психической деятельности вызвано активностью преимущественно того полушария, которое ответственно за реализацию деятельности в данный момент.

Существуют характерные движения глаз, по которым можно определить ведущую систему, с помощью которой индивид обрабатывает и оценивает информацию. Согласно некоторым положениям нейролингвистического программирования (НЛП) одного из видов современной психотерапии субъект получает информацию об окружающем мире через ряд информационных каналов, заложенных в органах чувств. Каждая из систем восприятия, к которым относятся визуальный (зрительный), аудиальный (слуховой) и кинестетический (эмоционально - чувствительный) каналы, называется репрезентативной системой. Индивид использует все три репрезентативные системы, но имеет склонность отдавать предпочтение одной по сравнению с другими, в пределах которой делает более тонкое различие элементов среды. Если какая-то из названных репрезентативных систем является более развитой, это позволяет субъекту продуктивней осваивать опыт в пределах этой системы. Репрезентативную систему, в пределах которой ведется поиск информации для того, чтобы ввести ее в сознание, называют ведущей системой, или системой ввода. Она поставляет материал для сознательного обдумывания, через нее индивид обычно получает доступ к какому-то одному проблемному состоянию. В тоже время один и тот же человек может иметь различные ведущие системы для различных типов переживаний.

Для того чтобы определить ведущую систему, с помощью которой индивид перерабатывает информацию и извлекает воспоминания, обращаясь к своему внутреннему опыту, важно оценить характерные стереотипы его глазодвигательной стратегии. Для этого в процессе общения (а в процессе психотерапии - целенаправленной беседы и наблюдения) нужно внимательно наблюдать за положением глаз, которые могут двигаться вверх, находиться в положении «прямо» или опускаться вниз. В НЛП общеприняты следующие положения оценки глазодвигательной стратегии (сигналов глазного доступа).

Взгляд вверх свидетельствует о преобладании у индивида визуальной системы и склонности решать свои жизненные задачи с помощью образов и представлений. Если глаза повернуты вверх и влево – это значит, что субъект обращается к своей визуальной памяти и к тому опыту, который имел место в прошлом. Поворот глаз вверх и вправо говорит о визуальном конструировании и обращении к будущему.

Прямой взгляд свидетельствует о преобладании слуховой репрезентативной системы. Взгляд прямо и влево говорит о преобладании слуховых воспоминаний, сознание субъекта в этот момент заполнено аудиальным опытом и обращено к слуховой памяти. Взгляд вправо при таком положении глаз указывает на преобладание аудиального конструирования и заполнение сознания субъекта теми звуками, шумами или словами, которые ранее им не слышались.

Взгляд вниз - кинестетический и диалоговый «этаж» глазодвигательной стратегии. Взгляд вниз и влево характерен для состояния внутреннего диалога, в этот период субъект как бы советуется с собой, следит за своими мыслями и контролирует их. Взгляд вниз и вправо указывает на соприкосновение субъекта с собственными телесными ощущениями.

Рот - самая подвижная часть лица, являющаяся центром улыбки и выражения многих эмоциональных состояний. Степень сжатости губ, их кривизна, сочетания с другими мимическими движениями могут выражать различные оттенки эмоциональных переживаний и отношений индивида. Если губы поджаты - это можно расце-

нивать как признак ухода в себя, выпяченные вперед губы воспринимаются как сигнал враждебности. Если поджатые губы напряжены и сжаты, этим выражается бессильный гнев. Приоткрытый не напряженный рот с полными губами может говорить о дружелюбном или смущенном, растерянном состоянии человека. Напряженный рот с тонкими губами может указывать на такие особенности индивида, как скромность или замкнутость. Подергивание или дрожание рта является сигналом тревоги или повышенной нервозности.

Опущенные уголки рта Ч.Дарвин называл «рудиментом плачущего лица». Расслабленно опущенные уголки рта свидетельствуют о безрадостном состоянии, разочаровании, печальной жизненной установке индивида. Если уголки рта оттянуты вниз с напряжением - это выражение позиции обесценивания, отвращения, скепсиса, зависти или угрюмости. Если видна комбинация опущенных уголков рта и улыбки, человек выражает язвительную раздражительность. Сжатые губы, сочетающиеся с опущенными уголками рта, выражают холодность или попытку скрыть боль у аскетических людей. Если рот открыт, а мышцы вокруг него напряжены, это может указывать на готовность человека проявить определенное отношение к окружающему. Если рот плотно закрыт и видна напряженность губ, возникает выражение решимости. Злой рот - предельная форма сомкнутых губ, которая возникает при сжимании губ и зубов. Человек, принимающий такое мимическое выражение, показывает другим собственную одержимость и желание разрешить сложную проблему.

Улыбка. Существуют десятки видов улыбок, различающихся по форме и по содержанию. Улыбкой сопровождаются многие положительные эмоции: радость, физическое и эстетическое удовольствие, веселье и т.п., а также эмоциональные состояния негативного знака. В улыбке сокращаются скуловые мышцы, они же поднимают уголки рта по направлению к скулам. Их сильное сокращение растягивает губы, приподнимает щеки, образуя мешочки под глазами и морщины в уголках глаз. У некоторых людей при этом опускается кончик носа и натягивается кожа около ушей.

Выделяют следующие виды улыбок.

Искренняя улыбка - улыбка, сопровождающаяся напряжением мышц вокруг глаз, которые вследствие их сокращения поднимают щеки. Такая улыбка, как реакция на счастье близкого человека, радость облегчения, удовольствие и удовлетворенность, проявляется тем заметнее, чем сильнее переживание положительных эмоций. Интенсивное проявление искренней улыбки П. Экман называет улыбкой Чаплина.

Приторная улыбка - улыбка, которую можно определить по чуть заметному растяжению губ. Эта улыбка производит наигранное впечатление и утрированно выражает то, что человек испытывает на самом деле. С такой улыбкой, например, льстивый человек может намекать, что тот, кому он льстит, воздействует на него чрезмерно позитивно.

Непринужденная улыбка - улыбка, выражающая наивную и чистую радость. Открытость улыбки свидетельствует о безоговорочном признании какой-то посторонней ценности.

Улыбка смущения - улыбка, сочетающаяся с направленным вниз или в сторону взглядом, что объясняется стремлением индивида избежать встреч с глазами собеседника. Такая улыбка часто появляется неожиданно и может также быстро исчезнуть.

Усмешка - вид улыбки, при которой губы остаются сомкнутыми и напряженными. Такая улыбка может говорить о внимании, о тенденции к господству, а также быть частью ехидного выражения лица.

Уничижительная улыбка - улыбка, при которой уголки рта немного опущены, форма рта выражает одновременно утверждение и отрицание. Так улыбается обычно высокомерно-ироничный, всезнающий и злорадствующий по тому или иному поводу человек.

Испуганная улыбка - улыбка, вызванная стрессом, при которой уголки губ растягиваются по направлению к ушам, рот принимает форму прямоугольника, а движения бровей и глаз выражают напряженность.

«Кривая» улыбка - улыбка, в которой один из уголков рта либо приподнимается, либо опускается, что выражает состояние внутреннего разлада человека. Такая улыбка может появляться, если человеку не удастся отнестись к ситуации с юмором или приходится

смеяться над чем-то из вежливости. Эта улыбка дает возможность скрыть свое подлинное мнение о чем-то за напускным дружелюбием.

Жалкая улыбка выдает негативное переживание человека, выражающее его склонность смириться в данный момент со своей жалкой участью. Губы при этом сжаты, нижняя губа выпячена, а уголки рта напряжены или опущены. Улыбка может сочетаться с движениями бровей и лба, что свидетельствует о признании индивидом своих негативных эмоций. Жалкая улыбка при попытке индивида контролировать проявления огорчения, гнева или страха нередко может напоминать сдержанную улыбку.

Флиртующая улыбка может встречаться в период ухаживаний, при этом соблазнитель (или соблазнительница) улыбается, отводя глаза в сторону своего интереса, чтобы затем бросить на него лукавый взгляд, который сразу же отводится, если его замечают.

Презрительная улыбка - улыбка, выражающая соответствующее чувство, сопровождающаяся сокращением мышц в уголках губ, выпячиванием последних, часть с «ямочками» и их небольшим изгибом вверх.

Угодливая улыбка подчеркивает состояние примирения и угодливости, улыбкой демонстрируется готовность индивида согласиться с нежелательной для него ситуацией. Часто сопровождается множественным подниманием бровей или пожатием плеч.

Насильственная улыбка - форма улыбки, при которой чрезмерная подвижность углов рта и поднятие их вверх сопровождается амимией верхней части лица. Если такая улыбка сочетается с напряженным взглядом, ее можно назвать настороженной.

Примирительная улыбка регулирует отношения между собеседниками. Это вежливая дружелюбная улыбка, которая служит для учтвого выражения согласия и понимания. Такая улыбка, слабая и асимметричная, обычно сопровождается напряжением мышц глаз.

«Навязчивая» улыбка выражает навязчивый страх индивида улыбнуться некстати, что, по его мнению, может привлечь к нему внимание или вызвать неприязненное отношение со стороны окружающих. Наблюдается у застенчивых людей, боящихся создать о себе превратное впечатление.

Ироничная (вольтеровская) улыбка - улыбка одной частью лица, асимметричная улыбка, выражающая ироническое или саркастическое отношение к другому человеку или ситуации.

Притворная улыбка. Используется для того, чтобы убедить кого-то в положительных, на самом деле не испытываемых к нему чувствах. В отличие от искренней улыбки она более асимметрична, щеки не приподняты, отсутствуют мешочки под глазами. Улыбка затрагивает только нижнюю часть лица, в верхней части лица при этом могут появляться признаки таких эмоций, как страх или печаль, что создает впечатление выражения смешанных чувств.

«Загадочная» улыбка - улыбка человека, погруженного в свои мысли или воспоминания, чаще приятного содержания. Мышцы лица расслаблены, уголки рта чуть приподняты, человек кажется отстраненным, его внимание сосредоточено на внутренних переживаниях. Зрачки расширены, глаза в большинстве случаев повернуты влево. Если глаза при этом направлены влево и вверх, можно предположить наличие приятных воспоминаний, если глаза опущены влево и вниз, можно думать о том, что человек мысленно общается с кем-то из своего прошлого.

1.4 Мимическое выражение базовых эмоций

Самый глупый человек на свете испытывает те же чувства, что и самый умный.

Ф. Честерфилд

Эмоции и чувства выражают субъективную значимость для индивида его инстинктивной деятельности и возникающих отношений к явлениям и объектам окружающего мира и к самому себе. При всем многообразии аффективной жизни человека психологи выделяют группу базовых эмоций - фундаментальных состояний, на основе которых формируются другие эмоциональные процессы и состояния.

Базовые эмоции возникли в результате эволюционно - биологических процессов и в редуцированной форме могут наблюдаться

у высших животных. Причины их возникновения также универсальны, как правило, они затрагивают инстинктивную деятельность.

Базовые эмоции оказывают мотивирующее влияние на человека, служат его адаптации и мимически проявляют себя в течение ограниченного интервала времени (у взрослых в среднем от половины до четырех секунд) [17].

Ниже приведено описание мимических выражений базовых эмоций, отмечены основные причины их возникновения, кратко изложены субъективные переживания, специфичные для каждой из них.

Чувство интереса

В повседневной деятельности интерес является доминирующим мотивационным состоянием, играющим важную роль в формировании навыков, умений, интеллекта, стремлении к творчеству, повышении работоспособности.

Факторы активизации чувства интереса

- Новизна, необычность, «чуждость» объекта.
- Фактор новизны может быть связан как с внешними стимулами, так и с внутренними процессами воображения и мышления.
- Светлые впечатления, перемена обстановки, изменения в монотонной жизни.
- Контакт с человеческим лицом и одушевленными объектами.

Субъективные переживания

Чувство интереса вызывает у индивида любопытство, захваченность, желание исследовать и познать объект интереса, принять участие в происходящем. При интенсивном переживании чувства интереса человек испытывает воодушевление. Чувство интереса играет важную роль в поддержании длительных отношений между людьми, в том числе между представителями противоположного пола. Интерес оказывает сильное влияние на мотивацию успеха и стремление индивида к совершенствованию своих способностей.

Мимическое выражение



*Рисунок 5 –
Удивление*

Уже с первых дней жизни человека чувство интереса может проявляться приподнятыми или слегка сведенными бровями, перемещением взгляда по направлению к объекту, слегка приоткрытым ртом или поджатием губ. Каждое из этих движений как само по себе, так и в комбинациях может свидетельствовать о чувстве интереса. Мимические проявления интереса максимально выражены при предъявлении человеческого лица и минимально при предъявлении неодушевленных предметов. Чувство интереса сопровождается уменьшением частоты сердечных сокращений (брадикардией), что, как считают некоторые исследователи, создает оптимальные условия для приема сенсорной информации.

Чувство радости

Чувство радости, зарождаясь в раннем возрасте, повышает вероятность формирования эмоциональной привязанности и взаимного доверия между близкими людьми. Кроме того, в основе радости лежит способность индивида к самореализации.

Факторы активации

- У детей чаще контакты с близкими людьми, игры.
 - Деятельность, дающая возможность самореализации и повышающая самооценку индивида.
 - Генетически детерминированное чувство радости при гипертимной акцентуации характера.
 - Влияние семейных, культурных и социальных факторов.
- Считается, что культуры с низким уровнем жизни предоставляют своим членам меньше возможности для переживания радости.

Субъективные переживания

Радость оценивается субъектом как приятное, полезное, позитивное чувство. У человека, переживающего радость, возникает ощущение релаксации, благополучия и психологического комфорта. Обостряется восприимчивость к миру, возникает ощущение энер-

гии, силы, легкости. Повышается уверенность в себе, у индивида возникают ощущение смысла своего существования и желание восхищаться и наслаждаться жизнью.

Мимическое выражение

Радость выражается улыбкой и смехом, которые возникают в результате сокращения скуловых мышц, оттягивания и приподнимания уголков рта. Об искренности переживания радости могут свидетельствовать «гусиные лапки» - легкие морщинки, веером расходящиеся вокруг наружных углов глаз. При фальшивой, наигранной радости «лапки» отсутствуют. О переживаемой радости может свидетельствовать смех, возникающий в процессе интимного общения или решения трудной задачи. Однако смех может возникать и при встрече с несурзностью, несоответствии явлений или предметов ожиданиям субъекта, при прослушивании удачной шутки.



Рисунок 6 - Радость

Переживания радости сопровождаются учащением сердечных сокращений (тахикардией).

Чувство печали

Чувство печали выполняет ряд психологических функций: тормозит умственную и физическую активность, давая возможность субъекту обдумать трудную ситуацию; сплачивает людей, укрепляет дружеские и семейные связи; сообщает индивиду и окружающим его людям о возникшем неблагополучии.

Причины возникновения печали

- Психическая или физическая изоляция - разлука со «значимым другим», одиночество, обособленность, вызванная неспособностью индивида к общению и выражению своих чувств.

- Неудача в достижении поставленной цели, особенно когда уровень притязаний индивида значительно выше уровня его достижений или возможностей.

- Разочарование, вызванное крушением надежд.

- Утрата или болезнь человека, которому трудно помочь.

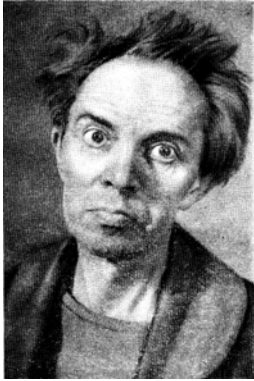
- Гипотимия как конституциональное свойство темперамента.

Субъективные переживания

Чувство печали переживается как грусть, уныние, хандра, которое сопровождается ощущением тяжести в лице, в груди, в конечностях. Жизнь воспринимается субъектом лишенной красок и тепла, возникают воспоминания о печальных событиях. Интенсивное переживание печали доставляет боль и нередко взаимодействует с другими эмоциями: гнева, страха, тревоги, стыда.

Мимическое выражение

Рисунок 7 - Глубокая печаль



У опечаленного человека внутренние концы бровей приподняты и сведены к переносице, глаза слегка сужены, а уголки рта опущены. Иногда можно наблюдать легкое подрагивание слегка выдвинутого подбородка. В зависимости от интенсивности переживаемой печали мимическое выражение может сопровождаться вокальным компонентом - плачем или рыданием. В печали лицо человека выглядит поблеклым, лишенным мышечного тонуса, глаза кажутся тусклыми. Опечаленный человек разговаривает мало и неохотно, темп его речи замедлен. В мимике печаль чаще выражается в течение нескольких секунд, однако ее переживание может длиться очень долго. Следует помнить, что многие люди стараются подавлять выражения печали, пытаются улыбаться и сохранять спокойное, невозмутимое лицо, при этом признаки ее могут быть почти неуловимыми.

Чувство гнева

Гнев - мощная мобилизирующая эмоция, влияющая на чувства, мысли, действия человека и стимулирующая развитие агрессивного поведения. Гнев часто создает готовность к агрессивному действию, однако у большинства людей когнитивная оценка ситуации приводит к его смягчению или подавлению.

Причины возникновения гнева

- Несправедливость устройства мира, препятствия в достижении цели, ощущение физической и психологической несвободы.
- Мысли о несправедливой и незаслуженной обиде, представления о том, что его ненавидят, унижают или осуждают за что-то, что вызывает желание мщения.
- Умышленные, неоправданные поступки, незаконные, аморальные (обман, предательство) действия со стороны других людей.
- Разочарование и отвращение, вызванные собственными импульсивными действиями, осуждаемыми другими людьми.
- Чувство провала и неудачи, вызывающее самоосуждение.
- Неприятное событие, которое можно было предотвратить.

Субъективные переживания

В гневе человек чувствует, что у него «вскипает кровь», лицо горит, мышцы напряжены. Ощущение собственной силы побуждает его броситься вперед, напасть на обидчика. В ярости, высшей степени проявления гнева, человеку кажется, что он взорвется, если не даст выхода своему гневу. Высокий уровень мышечного напряжения, импульсивности и самоуверенности порождает у индивида готовность к нападению или к другим видам активности. Оценка тех действий, которые человек совершает под влиянием возникшей злости, будет зависеть от того, насколько оправданным и справедливым был его гнев.



Оценка тех действий, которые человек совершает под влиянием возникшей злости, будет зависеть от того, насколько оправданным и справедливым был его гнев.

Мимическое выражение гнева

По мере развития и социализации человека мимическое выражение гнева претерпевает ряд изменений. У ребенка состояние гнева сопровождается тем, что брови опускаются и сводятся, кожа лба стягивается и образует на переносице или прямо над ней небольшое

Рисунок 8 - Гнев

утолщение. У взрослых при этом между бровями пролегают глубокие вертикальные морщины. Глазные щели суживаются или, напротив, как бы выпячиваются наружу. Взгляд неотрывно устремлен на объект гнева. Отмечается гиперемия склер («глаза налиты кровью»). Рот распрямляется, приобретает прямоугольную форму, губы сжимаются, углы рта становятся резко очерченными. Старшие дети и взрослые в гневе часто стискивают зубы и плотно сжимают губы, что является универсальным способом выражения гнева. Иногда слышен скрежет зубов. Плотно сжатые губы позволяют скрыть оскал и тем самым снизить интенсивность переживания гнева. У человека в состоянии гнева может отмечаться затрудненное шумное дыхание. Кулаки сжаты. Контролируя гнев, человек может фиксировать взгляд не на источнике гнева, а отводить его в сторону.

Чувство отвращения

Отвращение - это переживание отторжения вредоносных, с точки зрения индивида, объектов, в особенности, если они связаны с представлением об их зараженности.

Причины возникновения отвращения

- Вид объектов окружающего мира (например, грязная одежда, мелкие грызуны, некоторые насекомые), запахи (потного тела, экскрементов, испорченных продуктов), вкусовые ощущения от горькой или недоброкачественной пищи.

- Некоторые действия людей - поведение пьяного человека, поступки и высказывания невежественных людей, недопустимые с точки зрения субъекта формы сексуальной активности (например, анально-генитальные контакты у животных или людей).

- Отвержение некоторых аспектов собственной личности - каких-то характеристик своего физического «Я», поступков, вызвавших чувство вины и пр.

Субъективные переживания отвращения

Физически отвращение переживается в форме ощущения тошноты и неприятного вкуса во рту, психологически, вызванное исключительно когнитивными процессами, - в форме побуждения к

отстранению от неприятного объекта. Реакция избегания, наблюдающаяся при переживании отвращения, в комбинации с гневом вызывает у субъекта желание напасть на объект отвращения и уничтожить его. Кроме гнева, чувство отвращения может сочетаться и с другими эмоциональными состояниями - презрением, печалью, стыдом.

Мимическое выражение

Мимический комплекс переживаний чувства отвращения включает: нахмуренные брови, сморщенный нос, приподнятую верхнюю и опущенную нижнюю губу, в результате чего рот приобретает угловатую форму. Язык слегка высунут и как бы выталкивает попавшее в рот вещество. С возрастом человек учится скрывать свое отвращение или прятать его за выражением других эмоций и чувств. Так, дети, испытывая отвращение, высовывают язык и говорят «фу», взрослые же могут выразить свое отвращение одним лишь движением верхней губы или едва заметным наморщиванием носа, что может остаться незамеченным. С помощью мимического выражения отвращения субъект сигнализирует другому человеку о том, что тот должен изменить свою внешность, манеру поведения, так как в противном случае он рискует быть отвергнутым.



Рисунок 9 -Отвращение

Чувство презрения

Презрение - одно из самых холодных чувств в «триаде враждебности», сопровождающееся переживанием превосходства и значимости собственного «Я» по сравнению с «Я» другого человека. Презрение является эмоциональным компонентом многих предубеждений и предрассудков.

Причины возникновения презрения

- Ситуации, вызывающие у человека ревность, жадность, соперничество, когда индивиду нужно почувствовать себя сильнее, умнее и образованнее соперника.

- Ситуации победы, актуализирующие ощущения собственной значимости и могущества, что может вызвать презрение у победителя к проигравшему сопернику.



Рисунок 10 - Презрение

- Конкуренция и борьба между соревнующимися командами и их болельщиками, представителями отдельных классов, этнических групп или человеческих рас.

Субъективные переживания

Чувство презрения сковывает движения и мысли, порождает отчуждение и холодность в общении, заставляет воспринимать объект презрения как нечто «недочеловеческое». Если человек презирает кого-то, он демонстрирует надменную или снисходительную манеру общения, подчеркивающую его превосходство над партнером. В свою очередь тот, кто испытывает презрение к себе, нередко живет с хроническим чувством неполноценности и стыда.

Мимическое выражение

Человек, выражая презрение, выпрямляется, слегка откидывает голову и смотрит на объект презрения как бы сверху вниз. Развернутое выражение презрения включает в себя также приподнятые брови и верхнюю губу или сжатые уголки губ. Самым узнаваемым признаком презрения являются сжатые уголки губ, в результате чего рот слегка приподнимается, а со смежной с уголками рта областью щек образуются небольшие симметричные углубления. Чувство презрения может выражаться также усмешкой.

Страх

Страх - сильная эмоция, вызванная угрозой утраты безопасности индивида и оказывающая заметное влияние на его перцептивные, когнитивные процессы и на поведение в целом. Характерная для переживания страха реакция избегания выступает как один из способов защиты от потенциальной угрозы.

Причины возникновения страха

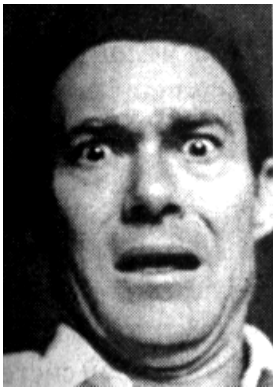
- Группа факторов, главной характеристикой которых является их внезапное появление или приближение - резкое, достигающее критического уровня изменение в гомеостазе организма (например, внезапно возникающее удушье); внезапное изменение стимуляции, особенно если стимулы (например, «странные» непонятные объекты или явления) не соответствуют прошлому опыту; стремительное приближение объекта.

- Угрожающие образы, сконструированные в сознании самим субъектом: воспоминание об угрожающем объекте, предвосхищение воображаемых реальных опасных ситуаций, непредсказуемость ситуации.

- Подражательные страхи (возникают чаще у детей), в основе которых лежит интернализация ребенком страхов родителей. В этом случае страхи возникают не в результате столкновения с отдельным стимулом, а вследствие наблюдения за экспрессивным поведением родителей, являющихся образцами для детей.

Субъективные переживания

Интенсивность переживаний страха может колебаться от смутных предчувствий до ужаса. По мере усиления страха субъект испытывает все большую неуверенность в собственном благополучии. У человека возникает ощущение, что ситуация выходит из под контроля, он чувствует угрозу для своего физического и психического «Я». Крайнее проявление страха – ужас, сопровождается чрезвычайно высоким уровнем активности вегетативной нервной системы, ответственной за работу внутренних органов. Внимание резко суживается, вплоть до «туннельного» восприятия.



Мимическое и поведенческое выражение страха

К числу индикаторов страха относят настороженный и напряженный взгляд, направленный на объект, в сочетании с полным отсутствием движений. При развернутом мимическом выражении страха брови приподняты и слегка сведены к переносице, в результате чего

Рисунок 11 - Ужас

морщины в центре лба становятся глубже, чем по краям. Глаза широко открыты, верхнее веко слегка приподнято, между верхним веком и радужной оболочкой видна полоска белочной оболочки. Взгляд настороженный, напряженный, направлен в сторону объекта страха. Углы рта резко оттянуты, рот обычно приоткрыт. Кожа лица бледная. Экспрессивные проявления страха могут сопровождаться дрожью или плачем, съеживанием, попыткой к бегству, а также стремлением к контакту с потенциальным защитником. Страх может выражаться в прекращении совершаемых действий, вплоть до оцепенения, а также осторожными попытками исследования пугающего объекта.

Чувство смущения

Смущение - эмоциональное состояние, которое сопровождается ощущением своей беззащитности в ситуации общения и невозможности адекватного взаимодействия с людьми. Приблизительно у 10-15% людей чувство смущения (или феномен поведенческого торможения) проявляется как черта личности.

Причины возникновения смущения

- Ситуации, когда индивид находится в центре внимания большой группы людей, остается один с представителем противоположного пола.

- Вынужденное общение с людьми, уважаемыми за компетентность или их социальный статус, которое робкий человек рассматривает как потенциальный источник критики и оценивания.

Субъективные переживания

Переживание смущения заставляет индивида уклоняться от тревожащих его контактов и мучиться от того, какое впечатление он производит. Порождает неуверенность, чувство неадекватности и неловкости. Смущающемуся человеку кажется, что он может сказать что-то нелепое или оказаться в глупом положении.

Застенчивость как черта характера способствует социальной изоляции, искажает самооценку и лишает человека радости общения.

Мимическое выражение смущения

Изучая мимико-экспрессивные реакции смущения, К. Изард (2000) подчеркивает, что нет ни одной «мимической конфигурации», которая могла бы однозначно выразить эмоцию смущения. Если человек прячет глаза или опускает голову, его поведение можно расценить как проявление смущения, но этот же мимический стереотип обнаруживается и при чувстве стыда. По некоторым данным, смущение отличает от стыда улыбка, пробегающая по лицу человека, прежде чем он спрячет взгляд или отвернется. Зачастую смущенный субъект, отвернув или опустив голову, украдкой посматривает на смутившего его человека.



*Рисунок 12-
Смушение*

Чувство смущения, несмотря на минимальные мимические проявления, легко распознается. Если ребенок при приближении незнакомого человека отворачивается, прячет лицо, прижимается к матери или отцу, его реакция оценивается как смущение.

Чувство стыда

Чувство стыда - эмоциональное состояние, которое возникает в результате неожиданной потери самоконтроля, морального проступка или ошибки познания и сопровождается переживанием собственной неадекватности и ощущением себя объектом презрения со стороны окружающих.

Причины активации стыда

- Неудачи, поражения, ошибки узнавания, воспринимаемые индивидом как признаки собственной несостоятельности. Разочарование в себе, вызванное ощущением, что сделано что - то аморальное, грязное или, с точки зрения субъекта, юридически неверное.

- Ощущение, что вся личность или ее какой-то отдельный аспект неадекватен либо неуместен. Генерализация представления индивида о какой - то отдельной черте до восприятия неадекватности и непристойности всей личности.

- Критика, похвала, повышенное внимание к субъекту со стороны окружающих.

Субъективные переживания

Человек, переживающий стыд, ощущает себя объектом презрения и насмешки, чувствует себя униженным, беспомощным, неадекватным и неспособным осмыслить ситуацию. У него часто возникает ощущение, что он больше не может ни думать, ни действовать, и что любой человек вправе смеяться над ним и презирать его. Обостренная стыдливость может заставить индивида переживать стыд за высказывания или поступки другого человека.

Мимическое выражение

Человек, испытывающий чувство стыда, как правило, прячет глаза, отворачивается или опускает голову. Движения его головы и тела демонстрируют, что он стремится стать меньше, чем есть на самом деле, сделаться невидимым и неслышимым. Глаза опущены или «бегают» из стороны в сторону, веки прикрывают глаза. Дыхание поверхностное, с преобладанием выдоха над вдохом, сопровождается периодическими вздохами. Характерны прикрывающие жесты, сведение мышц бедер, сдержанные движения, стремление передвигаться тихо и бесшумно. Отмечается феномен стыдливого румянца (из-за наполнения кожи кровью) в области лица, лба, ушей, шеи и других частей тела, который, однако, проявляется не всегда. Многие люди могут испытывать стыд, не краснея. Стараясь скрыть стыд, так как он может свидетельствовать о социальном неблагополучии, некоторые люди могут прятать взгляд, подменять его взглядом презрения или стараться стать незаметными.

Чувство вины

Чувство вины - состояние, обусловленное отступлением личности от собственных убеждений и отказом от ответственности за действия, противоречащие собственным нравственным стандартам и ценностям. Для возникновения вины требуются следующие условия: 1) принятие личностью общих моральных ценностей и их интернализация; 2) способность к рефлексии, самокритике и восприятию противоречий между своим реальным поведением и усвоенными нравственными ценностями.

Причины возникновения вины

- Действия (мысли, чувства или поступки), противоречащие этическим нормам, а также бездействия - поступки, отсутствующие в определенных ситуациях, в которых они были желательны и уместны.

- Ситуации нарушения табу (психических, моральных, религиозных запретов). Например, табу кровосмешения, агрессивного отношения к близким, предательство друга и пр., нарушение которых ведет к жесткому обвинению окружающих и к самообвинению.

- Угроза лишения любви, если человек понимает, что есть причинно-следственная связь между своим поступком и этой угрозой. В данном случае угроза лишения любви становится для человека (чаще ребенка) сигналом о том, что он совершил аморальный поступок по отношению к любимому человеку.

Субъективные переживания

Человек, переживающий вину, испытывает интенсивное и мучительное чувство собственной неправоты по отношению к человеку или группе, перед которыми он провинился. Чувство вины стимулирует поведение раскаяния и желание исправить ситуацию. Большая часть размышлений человека, испытывающего вину, связана со взаимной реакцией человека, перед которым он провинился, ощущением изоляции от него.

Чрезмерная склонность к самообвинениям может стать причиной обсессивно-компульсивных, психосоматических расстройств и даже параноидных состояний.

Мимическое выражение вины

Мимика, сопровождающаяся переживанием вины, не столь выразительна, как мимическое выражение любого другого чувства. Именно поэтому сложно по одному лишь внешнему виду - человек низко склоняет голову и прячет глаза - определить, чувствует он за собой вину или нет. Внешние признаки переживания вины определить нелегко. Неубедительными являются даже признаки переживания чувства вины, которые можно зафиксировать с помощью полиграфа (детектора лжи).

Тревога

Тревога - фундаментальное эмоциональное состояние, сопровождающееся переживанием напряженности, беспокойства, ощущением безотчетной угрозы. Тревога, являющаяся стимулом («якорем»), запускающим определенные вегетосоматические стереотипы (соматические эквиваленты тревоги), влияет на наши мысли, восприятие, социальные отношения и поведение.

В отличие от страха, где источник угрозы известен или так или иначе субъективно определяется, при тревоге индивид не осознает его. Тревога в норме может быть обусловлена внешней ситуацией, несущей угрозу неопределенного содержания и поэтому является базовой эмоцией, аранжирующей любое стрессовое воздействие (ситуационная тревога). Тревога может также возникать вследствие «бомбардирования» внутренними импульсами, идущими из подсознания и отражающими внутренний конфликт личности. Выделяют также тревожность как свойство темперамента (конституциональная тревожность), которая присуща определенной части людей. Для высокотревожных личностей характерно доминирование мотивации избегания неудач, их тактика и стратегия поведения во многом определяется постоянным предчувствием, ожиданием провала («свободно плавающая тревога»). Они чувствуют угрозу либо необоснованно, либо задолго до того, как угрожающий стимул обнаруживает себя. В первом и во втором случаях появление тревоги психологически понятно и выводимо из характера ситуации либо из характерных для данной личности свойств темперамента и стереотипов поведения [22].

Тревога является следствием утраты способности личности контролировать собственные внутренние процессы (мысли, чувства, цели, продукты воображения, эмоциональные состояния, физические ощущения) или ослабления слежения за их протеканием. Тревога может также возникать при утрате способности субъекта контролировать события внешней среды и чаще выявляется при возникновении ситуаций с непредсказуемым ходом событий, при ощущении несоответствия собственных поступков с требованиями и ожиданиями окружающих, при восприятии стимулов, несущих угрозу разоблачения, отторжения или изгнания.

Субъективные переживания тревоги

Человек, испытывающий тревогу, описывает ее как: ощущение удушья, сердцебиение, слабость, дурноту или головокружение; онемение в разных частях тела, ощущение того, что все окружающее становится странным, нереальным, туманным или отстраненным; ощущение, что сейчас может произойти что-то ужасное; ощущение потери самообладания и возможности «сойти с ума»; отмечает на фоне тревоги возникновение трудностей засыпания и нарушения ночного сна.

В зависимости от доминирования того или иного мотивационного состояния мы выделяем несколько вариантов тревоги:

1) *тревога сомнения* - состояние, сопровождающее неуверенность в правильности совершаемого субъектом выбора, принятия решения и своевременности завершения каких-то действий;

2) *тревога предчувствия* - ожидание провала и неудачи, доминирование в сознании индивида воображаемых образов объектов и ситуаций, предвещающих угрозу;

3) *тревога разоблачения* - состояние, сопровождающееся ощущением, что утаиваемые индивидом факты (намерения, мысли, поступки, «тайны») будут раскрыты или уже стали известны кому-то. Может усиливаться при актуализации в сознании субъекта опасений или запретных желаний, вытесненных в подсознание.

4) *физическая тревога* - реакция личности на внезапное ухудшение физического самочувствия при колебаниях артериального давления, кризовых состояниях, предменструальном напряжении и пр.

5) *деперсонализационная тревога* - состояние острого психологического напряжения, возникающее вследствие резкого изменения психического состояния;

6) *экспектационная тревога* - состояние, возникающее вследствие несоответствия между ожиданиями субъекта и реально развивающимися событиями; субъективное ощущение несоответствия собственного поведения ожиданиям других людей;

7) *депривационная тревога* - состояние, возникающее при лишении возможности ощущать привычные комплексы внешних стимулов.

Экспрессивные признаки тревоги

Человек, находящийся в состоянии тревоги, имеет своеобразный экспрессивный «портрет», который включает определенный набор моторных и вегетативных стигм разного уровня и интенсивности их проявлений.

Мимика сопровождается напряжением мышц лица, часто вымученной, искусственной улыбкой, легким вздрагиванием отдельных мимических мускулов, расширением зрачков и может выражать широкий диапазон тревожных состояний: пугливость, чрезмерную осторожность, растерянность. В общей моторике отмечается суетливость, порывистость движений или, наоборот, скованность. Могут наблюдаться вздрагивания при незначительных изменениях внешней обстановки, дрожание рук, частые постукивания пальцами рук или «выбивание дроби» ногой. Жесты либо излишне резкие, либо скованные, особенно подвижны пальцы рук, которыми часто сопровождают поглаживающие, перебирающие движения или дотрагивания к каким-то частям лица или тела. Увеличивается количество иллюстрирующих жестов, манипуляций, при этом человек может находиться в неудобной зажатой «одеревенелой» позе.

Усиливаются вегетативные признаки тревоги: появляется потливость в области лба, у некоторых людей появляется потливость кожи над верхней губой, отмечается тахикардия, усиление потливости ладоней, а иногда - в области подмышечных впадин.

Голос теряет способность к плавности, отмечается стремление человека высказываться быстро, интонации то повышаются, то понижаются, речь нередко становится плохо артикулируемой.

1.5 Жесты

Ничто не придает столько выражения и жизни, как жесты, движения рук, особенно при душевных волнениях; без жестов самое кривое лицо маловыразительно.

Э. Лессинг

Жесты - это экспрессивные движения головой, одной или двумя руками, кистью или пальцами рук, возникающие в процессе

общения и указывающие на психическое состояние человека, а также отражающие его отношение к людям, к себе и ситуациям. Исследования показывают, что жесты являются ни универсальными, ни чисто культуральными кодами различных действий. Некоторые жесты универсальны, т.е. используются и понимаются людьми всех культур, другие характерны только для конкретных субкультур и используются в определенной социальной среде.

Жесты могут выполняться автономно, а также сочетаться с мимикой и позами, образуя многочисленные мимико-жестовые и позово-жестовые комплексы. С помощью жестовой экспрессии можно дополнить и наиболее полно выразить вербальную информацию, усилить (акцентировать) или ослабить ее, полнее раскрыть содержание словесных сообщений (жесты - иллюстраторы), изобразить или имитировать какое-то действие (иконические жесты).

Жесты в целом позволяют выразить свое отношение к определенным людям, ситуациям, обстоятельствам, дать возможность партнерам по общению лучше понять то, что хочется сообщить или утаить от других. Например, использование указательных жестов (движение указательного пальца в сторону каких-то предметов или людей) позволяют обратить на что-то внимание, подкрепить свое высказывание или подчеркнуть что-то важное. Касательные жесты позволяют устанавливать более тесные социальные контакты с собеседником или служат знаком внимания со стороны партнеров. Жесты могут быть произвольными, возникающими сознательно, и непроизвольными - рефлекторными, возникающими автоматически. В том и другом случае жесты являются динамическими моторными элементами, которые составляют лишь часть завершенных двигательных актов [52, 66].

Несмотря на многочисленные описания большого количества жестов, систематизировать их очень сложно. Вызвано это тем, что жест, как и симптом, может появляться в контексте различных форм поведения, нередко изменяя его смысловую нагрузку. В связи с этим жесты лучше систематизировать в структуре экспрессивных поведенческих комплексов, отражающих определенные установки и свойства личности. Ниже приведены условно выделенные нами

жестовые комплексы, включенные в ту или иную психическую деятельность.

Жесты, сопровождающие когнитивные процессы

К этой группе жестов относятся жесты, отражающие различные состояния когнитивной деятельности: задумчивости, сосредоточенности, критической оценки, внимания, заинтересованности, обдумывания решения и пр.

Жест критического отношения (к собеседнику или воспринимаемой информации) - подбородок опирается на ладонь, указательный палец вытягивается вдоль щеки, а остальные пальцы располагаются ниже рта.

Жест внимания - голова во время слушания наклоняется чуть в сторону.

Жест обдумывания - поглаживание подбородка или жест с очками в форме протирания стекол. В этот момент человек делает попытку принять решение. Последующие жесты могут указать на то, принято решение или нет. Если за поглаживанием подбородка человек скрещивает руки на груди и откидывается на спинку кресла, скорее всего его решение будет отрицательным. Если жест поглаживания подбородка сменился жестом готовности - это значит, что человек готов принять обдумываемое решение.

Жест задумчивости - фиксация руки на голове или в нижней части лица, а также движения в форме потирания лба.

Жест глубокой сосредоточенности - пощипывание переносицы, производимое человеком обычно с закрытыми глазами.

Жест сомнения - почесывание указательным пальцем шеи под мочкой уха или в области ее боковой части.

Жест погружения в размышления - опора щеки на руку.

Жест скуки - отражение отсутствия интереса к происходящему: щелканье колпачком или защелкой ручки; автоматическое рисование на листе бумаги. Об отсутствии интереса к происходящему, сочетающемся с желанием, что бы какое-то действие (беседа, лекция, пр.) прекратилось, могут свидетельствовать постукивания ногой по полу или пальцев по столу. Как правило, все эти движения сопровождаются отсутствующим и пустым взглядом.

Жесты выражения отношения к партнерам

Жест подозрительности и скрытности - рука прикрывает рот, взгляд отведен в сторону.

Жест покорности - ладонь прижата к груди, голова и туловище слегка наклонены вперед.



Рисунок 13 - Руки «шпилем»
вверх

Жест одобрения - движение протянутых ладонями вверх рук, сопровождающееся кивками головы.

Жест отстранения - движение рукой от себя с поворотом ладони в сторону собеседника.

Жест отвращения - поворот головы в сторону, нередко сочетающийся закрытием рукой нижней части лица.

Жест доверия - соединение пальцев наподобие купола храма. Этот жест может отражать также

чувство превосходства и самодовольства.

Жесты-табу - символические (фаллические) жесты демонстрации неприязни, отвержения или угрозы, которые являются неприличными по форме, т.к. противоречат социальным стандартам поведения. Такие жесты рассчитаны на то, чтобы вызвать фрустрацию у того, кому они предназначены. К ним можно отнести: пальцевой жест, при котором большой палец находится между указательным и средним пальцами; жест с демонстрацией выставленного вперед или согнутого среднего пальца; близок к нему жест «фак» - оскорбительный знак в форме поднятого вверх пальца, означающий нецензурное ругательство или предложение «сядь на это»; жест, при котором одна из рук согнута в локте, а вторая располагается в области сгиба первой руки.

Жесты, выражающие коммуникативные установки личности

Жесты открытости - комплекс движений, отражающих искреннее и открытое отношение к партнеру: раскрытие рук ладонями вверх; расстегивание или снятие пиджака в присутствии собеседника.

Жест скрещенных на груди рук может свидетельствовать об оборонительном или негативном отношении индивида и чаще возникает тогда, когда он не согласен с тем, что слышит. Жест может быть представлен несколькими вариантами. Если пальцы скрещенных рук сжаты в кулак или кисти рук крепко впиваются в плечо – это признак враждебной и наступательной позиции. Если кисти скрещенных рук находятся на их плечевой части - это свидетельство твердых позиций, занимаемых индивидом. О негативном или оборонительном отношении могут свидетельствовать скрещенные на груди руки с вертикально выставленными большими пальцами рук. Неполный вариант этого жеста, когда одна рука располагается вдоль тела, а кисть второй руки крепко удерживается на плече первой руки, указывает на неуверенность в себе.



Рисунок 14 -
Скрещенные на
груди руки

Жесты доминантности - движения рук, демонстрирующие превосходство или зависимость перед партнерами по общению. На это может указывать положение кисти в приветственном рукопожатии (если ладонь человека находится сверху ладони партнера - это попытка выразить свое превосходство, если наоборот - готовность принять подчиненную роль). О чувстве превосходства, властности и даже агрессивности может свидетельствовать рука, находящаяся в кармане брюк или пиджака с выставленным наружу большим пальцем.

Жесты агрессивности - движения и позы, выражающие вызов и свидетельствующие о враждебном отношении к кому - то: руки или пальцы находятся на бедрах, ноги широко расставлены; пальцы

рук сжаты в кулаки. Интенсивность выражения агрессивности зависит от того, расстегнута или застегнута верхняя одежда (пиджак, куртка, плащ). Расстегнутая одежда указывает на демонстрацию агрессивности и бесстрашия. Различные оттенки агрессивных реакций может выразить *жест - удар* - движение раскрытой или сжатой в кулак рукой, совершаемое индивидом сверху вниз или от тела во-вне.

Жесты готовности - движения и позы, сигнализирующие о желании закончить разговор или встречу и начать действия: в положении сидя туловище наклонено вперед, обе руки лежат на коленях или находятся на боковых краях стула.

Жесты фальши и обмана

Эта группа жестов выявляется тех случаях, когда у индивида возникает желание контролировать свою речь, свое состояние или скрывать от окружающих какую-либо информацию.

Жест защиты рта рукой - рука или несколько пальцев прикрывают рот, большой палец прижат к щеке. Если этот жест используется человеком в процессе речевого общения, это может свидетельствовать о том, что он говорит неправду. Если жест возникает у человека в период слушания речи кого-то другого, это может указывать на то, что он догадывается о неискренности собеседника.

Замаскированным вариантом предыдущего жеста является *жест прикосновения к носу*, когда человек совершает легкое прикосновение к ямочке под носом.

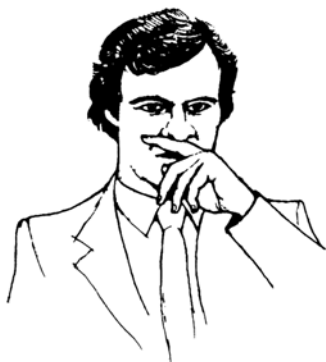


Рисунок 15 - Человек обманывает

Жест потирания века - жест, сопровождающийся легким проведением пальца под глазом, закрытием глаз или отведением их в сторону.

Жест оттягивания воротничка - человек одним или двумя пальцами старается поправить или оттянуть в сторону воротничок рубашки, его мимика выражает смущение или неловкость. Жест может использоваться также в тех

случаях, когда человек разгневан или расстроен.

Жест потирания затылка - человек потирает затылочную часть шеи ладонью, отводит глаза и смотрит в пол. Если индивид вначале хлопает себя рукой по шее, а потом начинает потирать ее, - этот жест может быть признаком фрустрации или гнева.

Жесты, сопровождающие результаты деятельности

Жест сцепленных рук - движение, означающее разочарованность человека и его желание скрыть свое отрицательное отношение к чему-либо. Выражается в форме сцепленных пальцев рук, которые могут находиться на уровне лица, лежать на столе или на коленях (в положении сидя), или располагаться внизу (в положении стоя).

Жест потирания ладоней - жест, передающий положительные ожидания человека, выражающий нетерпение перед предстоящими событиями.

Жест завершенного действия - умыывающие движения рук.

Жесты ритуального поведения

Ритуальные жесты отражают различные оттенки общепризнанных в той или иной социальной среде ритуальных форм поведения, связанных с приветствиями, прощанием, сообщениями о своем самочувствии, интересе к жизни и успехам собеседника. Например, приветствие и сопровождающие его эмоциональные состояния могут выражаться в форме поднятия рук и разведения их в стороны («салам алейкум»), приближения к партнеру, прикосновений или объятий, похлопывания его по спине («рад тебя видеть»). Свое самочувствие или успешность текущего состояния («все хорошо») принято выражать жестом «о'кей» или поднятым вверх большим пальцем. Ритуал прощания с партнерами по общению сопровождается поднятием руки, помахиванием ею либо сжиманием руки в кулак («все будет хорошо»). В случае тесных эмоциональных отношений - объятьем, пожиманием рук или поцелуем.

1.6 Экспрессивные пластические признаки

Манипуляции - это неприятные, с точки зрения общепринятых норм поведения, координированные движения (привычки), возникающие чаще в момент усталости, скуки, тревоги или задумчивости. Манипуляции чаще совершаются неосознанно, длятся от нескольких секунд до нескольких минут и в любой момент могут быть прерваны произвольным усилием. Некоторые из манипуляций имеют определенную цель: люди поправляют волосы, прочищают ухо, почесывают какую-то часть тела, другие выглядят бесцельно: это закручивание и раскручивание волос, потирание пальцев, постукивание ногой и т.д.

Манипуляции могут осуществляться в различных частях тела. *Манипуляции в области головы* проявляются в форме почесывания головы или подбородка, потирания глаз, упирания языка в щеку, облизывания или прикусывания губ. Последняя привычка часто появляется на первом году жизни и включает либо пассивное сдавливание губы верхними и нижними резцами, либо прикусывание вывернутой наружу нижней губы с внутренней стороны. В старшем возрасте эта привычка наблюдается в моменты острого эмоционального стресса или глубокой сосредоточенности. Оттягивание или поглаживание уха как манипуляция может сочетаться с сосанием пальца.

Манипуляции руками - сжимание кистей в кулак, ковыряние в носу, щелканье пальцами, сосание пальца. Установлено, что сосание большого пальца руки – достаточно распространенная привычка у детей (около 80 % детей делают это до 3-4 лет). Привычка сосать палец приносит ребенку какое-то облегчение, и любые попытки воспрепятствовать ей вызывают у него раздражение и гнев. Некоторые дети стереотипно сосут один или оба больших пальца, другие обсасывают все пальцы. Психологи объясняют привычку сосать палец регрессией к оральным формам удовлетворения влечений, считают ее проявлением скрытой мастурбации или результатом раннего отнятия ребенка от материнской груди.

Одной из распространенных манипуляций в детском возрасте является обкусывание ногтей. Ребенок подносит руку ко рту, палец

приставляется к зубам и затем следует быстрое покусывание ногтя. После этого палец вынимают изо рта и осматривают или ощупывают его. Обычно эта манипуляция продлевается с серьезным или тревожным выражением лица. Дети, которым родители запрещают это делать, продолжают упорствовать в своей привычке и уже в пубертатном возрасте нередко выбирают другие формы заместительного поведения: обкусывают карандаши, жуют жевательную резинку, ковыряются под ногтями, закручивают на палец волосы, обкусывают губы. Многие люди грызут ногти в момент эмоционального стресса либо в периоды вынужденного бездействия. В норме обкусывание ногтей встречается у тревожных и неуверенных в себе людей.

Могут встречаться *манипуляции в нижней части тела* - трение бедер друг о друга, почесывание ягодиц, подтягивание гениталий, движения одной ноги относительно другой, стереотипные покачивания стопой и пр. Некоторые манипуляции, производимые человеком в этой части тела в присутствии окружающих, в определенной степени могут указывать на его культурный уровень.

Иллюстрации - формы телодвижений, которые иллюстрируют речь и выполняют роль самоподсказки, помогают связать слова в более или менее осмысленную форму. Способов иллюстраций много: жест рукой, сопровождающий мысли и усиливающий сказанное, движения, делающие особый акцент на каком-то важном слове или фразе. Иллюстрации выполняются движениями бровей и век, различными пальцевыми жестами, щелканьем языком, попытками выхватить что-то из воздуха и пр. Люди склонны к использованию иллюстраций в большей степени тогда, когда они возбуждены, расстроены, взволнованы или полны энтузиазма.

Эмблемы - это пластические движения, которые иногда используются вместо слов. Эмблемы известны многим людям, проявляются в разнообразных формах, часто имеют конкретное значение, культуральную и этническую окраску. Например, кивок головой означает «да», горизонтальное движение головой – «нет». Некоторые движения рукой могут выражать различные оттенки отношений, просьб или команд («иди сюда», «привет», «пока», «нет», «стой», «о'кей», знак «V» («Виктория»)). Пожимание плечами с поднятыми

вверх кистями рук является сообщением, что человек неуверен в чем - то или не знает чего-то. Таким образом, человек, показывающий эмблему, точно знает, что делает, и нередко подсознательно, незаметно для себя, использует эмблемы, сообщающие информацию, которую он пытается скрыть от окружающих.

Манерные движения - неестественные движения человека, оставляющие ощущение демонстративности, излишней аффектации и искусственности. Могут встречаться у здоровых людей, желающих произвести впечатление и вызвать к себе внимание окружающих. Манерность поведения может встречаться не только у демонстративных личностей, она может быть проявлением личностной эксцентричности и наблюдаться у неуверенных людей как способ гиперкомпенсации имеющихся у них комплексов.

1.7 Позы и осанки

Понятия осанка и поза нередко употребляются как синонимы. Слово «поза» в переносном смысле (например, мы говорим о величественной или утрированно театральной позе человека) отражает то, что



Рисунок 16 –
Поза критической оценки

скорее является осанкой, и наоборот. Тем не менее, эти понятия требуют некоторых пояснений. Позы отражают инстинктивную, произвольную деятельность и могут указывать на особенности жизненного тонуса человека в текущий момент времени. Позы выявляются в период реализации человеком своих физиологических потребностей (во время релаксации, отдыха, сна, уринации, дефекации, сексуальных отношений), в различных формах отражают защитно-оборонительное поведение. В позах принимают участие мышцы как верхней, так и нижней части тела. Возникновение поз - процесс неконтролируемый или малоконтролируемый сознанием, они возникают спонтанно и сопровождаются перераспределением тонуса крупных мышечных комплексов.

По мнению американского исследователя С. Данкелла (1978), психологическую информацию о человеке можно получить, наблюдая за позами, которые он принимает во время сна.

Позы на боку. Если спящий лежит свернувшись, прижимая подушку к животу, это может указывать на такие качества индивида, как слабость, неуверенность, нерешительность, беззащитность, склонность к поиску покровителей. Такие люди в своих поступках руководствуются скорее не здравым смыслом, а минутным настроением. Если человек спит на боку со слегка согнутыми в коленях ногами, это может указывать на его уравновешенность и покладистость. Такие люди склонны к компромиссам и бывают неплохо адаптированными.

Позы на животе. Если человек спит, разбрасывая руки и подогнув одну ногу, это может быть свидетельством его уверенности, пунктуальности, последовательности в рассуждениях. Такие люди любят порядок, расчетливы, предусмотрительны, любят руководить и навязывать свое мнение другим. Поза на животе лицом вниз может свидетельствовать о таких чертах спящего, как аккуратность, обязательность, склонность к точности.

Поза на спине. Если для спящего характерна склонность во время сна закладывать руки за голову, это может коррелировать с такими качествами, как общительность и дружеское расположение к окружающим.

Осанкой называют манеру человека держать себя, выраженную в определенном положении спины, уровня плеч, положения и поворота головы. Осанка является контролируемым и приобретенным экспрессивным комплексом, отражающим особенности взаимодействия индивида с социальным окружением, часто рассчитанным на производимое им впечатление. В формировании осанки участвуют преимущественно мышцы верхней части туловища в сочетании с определенным положением головы и нередко специфической походкой. В осанке отражаются особенности самооценки индивида, его отношение к окружающим людям, уровень его притязаний. Осанка может быть выражением ситуационного поведения и устойчивых личностных черт. В зависимости от положения спины и кор-

пуса тела, поворота головы, положения плеч и грудной клетки можно выделить несколько вариантов осанки [31].

Напряженная осанка проявляется в таком положении корпуса тела, которое выражает скованность и напряженность. Характерна для человека застенчивого, испытывающего неловкость в присутствии посторонних, сомневающегося в том, что его неправильно поймут и оценят. Может также встречаться у людей, стремящихся казаться значительней, чем они есть на самом деле.

Чопорная осанка - жесткая, крайне не гибкая манера держаться, нередко сочетающаяся с застывшим взглядом, окаменевшим лицом и скованностью в движениях. Такая осанка наиболее часто встречается у человека, любящего порядок, склонного к сентиментальности и пренебрежительно относящегося к эмоциональным переживаниям других людей. Она может встречаться также у людей, имеющих неправильное представление о манерах поведения. По их мнению, уверенность должна выражаться во внешней



Рисунок 17 - Авторитарная осанка

важности и непроницаемости, основательность - в медлительности и т. д. [14].

Вялая осанка - поза, характеризующаяся сутулостью и безвольно опущенными руками. Человеку с такой осанкой свойственны смирение, хандра, ощущение беспомощности перед любым авторитетом, подчиняемость обстоятельствам, покорность перед людьми с более высоким социальным статусом.

Аверсивная осанка - осанка отстранения, выражающаяся в изогнутости спины, стремлении человека втянуть голову в плечи так, как будто он хочет быть меньше ростом и казаться незаметным. Такая осанка характерна для людей, оберегающих себя от трудностей, пугающих их. По сравнению с ними окружающие кажутся им более сильными и агрессивными.

Недоверчивая осанка - поза, для которой характерны высоко поднятые плечи, напряженное туловище, втянутый в область шеи подбородок и взгляд, смотрящий исподлобья. Встречается у людей, постоянно ощущающих угрозу извне и стремящихся противостоять ей. Из-за некоторой озлобленности, подозрительности и предположения, что против них существует или создается какой-то заговор, они готовы «уколоть» любого человека, стремящегося близко приблизиться к ним.

Гордая осанка - поза, включающая в себя следующие экспрессивные элементы: спина ровная, плечи расправлены, голова находится в идеальном положении. Человек с такой осанкой доволен собой и занимаемым положением в обществе, способен хорошо контролировать свои эмоциональные состояния и чувствует себя свободно среди малознакомых людей. Его «Я» устойчиво, он уверен в себе и хорошо адаптирован.

Тщеславная осанка - поза, сопровождающаяся слегка запрокинутой назад головой, выпяченной вперед грудной клеткой и уверенным взглядом. Такая осанка характерна для человека, постоянно ощущающего собственное достоинство и претендующего на особое положение в обществе. Отведенные назад плечи могут свидетельствовать о высокомерии и желании человека продемонстрировать всем свою силу и исключительность. Человек с такой осанкой редко испытывает чувство вины и, как правило, отвергает близкие отношения со многими людьми.

1.8 Способы рукопожатий. Походка

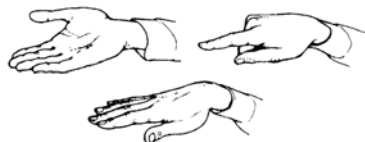


Рисунок 18 – Положения ладони во время рукопожатия

Обмен рукопожатиями является очень древним жестом перед началом или после окончания общения. Современная форма этого приветственного ритуала выражается в том, что люди протягивают друг другу руки и слегка (иногда до 3-7 раз) встряхивают их.

С помощью различного разворота ладони во время

рукопожатия жесту можно придать господствующее (доминирующее) или покорное положение. Эта информация передается неосознанно, и при определенной тренировке того или иного рукопожатия человек может оказывать непосредственное влияние на исход встречи с другими людьми.

Доминирующее рукопожатие. Этот тип рукопожатия характерен для агрессивного, властного мужчины, который заставляет другого человека подчиняться. Рука властного человека захватывает руку другого человека таким образом, что его ладонь разворачивается вниз относительно руки другого человека. Тем самым посылаются сообщения, что он хочет главенствовать в процессе общения.

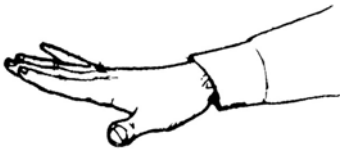


Рисунок 19 - Властное рукопожатие

Покорное рукопожатие. В отличие от предыдущего, это рукопожатие сопровождается разворотом ладони вверх. Это бывает в тех ситуациях, когда человек хочет отдать инициативу другому человеку или дать ему почувствовать себя хозяином положения.

Равноправное рукопожатие - жест, при котором ладони обоих здоровящихся повернуты прямо.

Неэмоциональное рукопожатие - рука вялая, безжизненная - часто ассоциируется с бесхарактерностью человека. Однако иногда такая оценка бывает ошибочной, так как человек даже не догадывается, что по рукопожатию его могут воспринимать таким образом.

Пожатие не согнутой рукой может встречаться у индивида с агрессивными установками. Человек с таким рукопожатием стремится сохранять дистанцию и не допустить другого человека в свою интимную зону.



Рисунок 20 - Один из способов нейтрализации властного рукопожатия

Пожатие кончиков пальцев - вместо руки, по ошибке, в ладонь закладываются только пальцы. Этот вид рукопожатия может свидетельствовать о неуверенном в себе человеке или о стремлении держать партнера на удоб-

ном для себя расстоянии.

Тянущее на себя рукопожатие характерно для человека, неуверенного в себе, чувствующего себя в безопасности только внутри собственной личной зоны или же принадлежащего к тем этническим группам, для которых характерна более узкая интимная зона в общении.

Пожатие с применением сразу обеих рук выражает искренность, доверие или глубину чувств по отношению к партнеру. В целом обхватывание запястья и локтя или плеча возможно между близкими друзьями, родственниками или может свидетельствовать о нарушении интимной зоны партнера.

А. Пиз описывает несколько способов взаимодействия с человеком, использующим доминирующее рукопожатие, позволяющих партнеру контролировать свои ощущения и удерживать инициативу в общении [45].

Внедрение в интимную зону партнера. Для этого необходимо контролировать следующие движения. Когда вы берете руку, сделайте шаг вперед левой ногой, затем переставьте правую ногу вперед и встаньте перед партнером, продвигаясь в его личную зону. Затем для завершения маневра левую ногу поставьте за правой ногой и встряхните руку партнера. Охватите руку партнера сверху за запястье и встряхните ее.

Жест «перчатка» - руку партнера надо взять двумя руками, как бы «одевая» ее в своих руках. Этот жест должен применяться по отношению к знакомым людям, т.к. иногда он может произвести противоположный эффект и вызвать у партнера подозрительность и осторожность.



Рисунок 21 - «Перчатка»

Походка и сопровождающие её позы и жесты

Индивидуальные особенности человека, его характер, текущие эмоциональные состояния очень часто проявляются в стиле походки. Походка может отражать согласованность или, наоборот, рассогласованность стиля самовыражения личности, жизненный тонус, склонность к доминированию или подчиняемости, особенности

самооценки, свидетельствовать о наличии тех или иных комплексов. Выделяют следующие виды походки.

Суетливая походка - передвижение с беспорядочными движениями рук и корпуса тела при неритмичном шаге. Такая походка характерна для человека внутренне несобранного, порывистого, которому претят ровные отношения с людьми и нравятся напряженные, непредсказуемые ситуации.



Рисунок 22 - Варианты походок

Семенящая походка - человек передвигается, совершая мелкие и быстрые шаги, как бы стремясь уклониться от опасности. Такая походка у мужчин свидетельствует о выраженных феминистских чертах характера и, как правило, воспринимается

окружающими негативно. Женщины с такой походкой воспринимаются как беззащитные и нуждающиеся в надежной опоре, поэтому для части мужчин они кажутся достаточно привлекательными.

«Деревянная» походка - угловатое передвижение из-за чрезмерного напряжения в мышцах ног. Такая походка свидетельствует о двойственности натуры ее обладателя, который во взаимоотношениях с окружающими выбирает жесткую позицию между защитой и нападением. Такая походка характерна для робких, зажатых людей, не способных к свободному и естественному самовыражению.

Безвольная походка - человек ходит вяло, волоча свои ноги по земле и как бы разглядывая их во время ходьбы. Моторика заторможена, в позе отражается состояние крайней озабоченности или угнетения. Такая походка может наблюдаться у людей, нуждающихся в опеке и контроле. Они любят получать четкие указания и рекомендации от близких или уважаемых людей, стимулирующих их дальнейшие действия.

Демонстративная походка - подчеркнуто-размеренная, немного замедленная и горделивая походка, сочетающаяся с манер-

ными жестами и рассчитанная на внешнее впечатление. Походка характерна для лиц с искаженной самооценкой, склонных к позерству и самодемонстрации, претендующих на особое место в своем окружении.

Марширующая походка - человек совершает широкие шаги на несгибающихся ногах. Такой походкой мужчины подчеркивают свою энергичность, решительность, самостоятельность. У женщин такая походка производит впечатление угловатой и жесткой и нередко встречается у тех особ, которые склонны к соперничеству и гордятся собой за успешное продвижение в делах.



Рисунок 23 - Жест самоконтроля

Летящая походка - гармоничный стиль передвижения, сопровождающийся стремительным движением вперед, легкими и энергичными шагами, плавными движениями рук и туловища. Встречается у лиц

энергичных, чем-то воодушевленных, свободных от мышечных зажимов, имеющих ясные и увлекающие их цели.

Размеренная походка - передвижение сопровождается свободными движениями рук и ровным шагом. Встречается у людей, являющихся приверженцами стабильного образа жизни, спокойных, умиротворенных, иногда отличающихся некоторым безразличием или безучастностью.

Авторитарная походка (походка Бенито Муссолини) - голова высоко поднята, подбородок выставлен вперед, руки двигаются подчеркнуто энергично, ноги - словно деревянные. Походка рассчитана на то, чтобы произвести впечатление на окружающих, и свидетельствует о склонности к доминантности и превосходству. Чаще встречается у лиц, имеющих определенный социальный статус (военные, администраторы, люди, принимающие ответственные решения) [40].

Во время ходьбы у некоторых людей, особенно у мужчин, можно увидеть *позы, сопровождающиеся закладыванием рук за спину*.

Выделяют несколько вариантов подобных поз. Люди, занятые решением каких-либо проблем, часто ходят в *позе «мыслителя»*: голова опущена, руки сцеплены за спиной, походка медленная с частыми остановками.

Поза с *жестом «руки в замок за спиной»* встречается у человека, испытывающего успокоение, уверенность в себе и некоторое превосходство по отношению к другим.

Поза с *закладыванием рук за спиной и захватом запястья* указывает на то, что человек расстроен и пытается «взять себя в руки». При этом одна рука захватывает запястье другой, как бы удерживая её от нанесения удара. При усилении самоконтроля захватывающая её рука поднимается выше и захватывает предплечье.

1.9 Пространственные зоны человека

Малое расстояние - еще не близость.

Большое расстояние - еще не даль.

(М. Хайдеггер)

Одним из основоположников учения о пространственных потребностях человека, предложившим известный в социальной психологии термин «проксемика» (от слова proximity - близость), является американский антрополог Эдуард Т. Холл. Исследования, проведенные им и его коллегами, привели к новому пониманию взаимодействия людей в зависимости от размеров их личностной пространственной территории. Размеры этого пространства зависят от степени близости с собеседником.

В зависимости от размеров этого пространства люди отличаются друг от друга: некоторые предпочитают иметь личностное пространство большей величины, другие меньшей. Социальный психолог Д. Майерс писал: «Личностное пространство (personal space) - это своего рода переносная оболочка (буферное пространство), которую мы предпочитаем сохранять между собой и окружающими. Если ситуация меняется, эта оболочка может уменьшать или увеличивать свои размеры» [34]. Взрослые, например, сохраняют большую дистанцию, чем дети, а мужчины стараются держаться на большем удалении, нежели женщины.

Выделяют 4 пространственные зоны человека, причем исследования в разных культурах обнаружили их приблизительно одинаковые размеры.

1 Интимная зона простирается от непосредственного телесного контакта до расстояния 46 - 60 см. Это самая главная зона, поскольку именно эту зону человек охраняет как свою собственность. В этой зоне как бы зарезервирована область для обмена интимными посланиями на языке тела: происходит обмен ласками, взаимными объятиями, поцелуями. В нее разрешается проникать только «значимым другим»: близким, родственникам, супругам, любовникам, детям, друзьям. В этой зоне выделяют еще сверхинтимную зону радиусом около 15 см, в которую можно проникнуть только посредством физического контакта.

Сверхинтимная зона включает в себя самые интимные участки тела и пространства человека, которые являются сферами «табу». Доступ и прикосновение к ним находится под запретом. Нередко табу распространяется и на рассматривание этих зон. Большинство запретных зон расположены вблизи признаков половой принадлежности, и чем дальше те или иные части тела от половых органов, тем меньше их табуирование.

Размеры интимной зоны колеблются у людей разных наций. Так, у многих европейцев интимная зона составляет 23-25 см, а у некоторых и того меньше. Например, британцы и скандинавы держатся на большем расстоянии друг от друга, чем французы и арабы. Американцам нужно больше места, чем латиноамериканцам.

Продвижение в интимную зону лица противоположного пола является способом выражения его интереса к этому человеку. Если подобное заигрывание не принимается, человек отступает и в дальнейшем соблюдает дистанцию. Если же ухаживания принимаются, человеку позволено остаться внутри интимной зоны. Если произошло нежелательное внедрение в интимную зону, то у индивида возникает защитный образ действий, а по отношению к тому, кто это сделал, возникает враждебность и его поведение расценивается как фамильярное и грубое.

2 Личная зона (от 46 см до 1,2 метра) - это расстояние, которое разделяет людей, когда они находятся на официальных приемах и

дружеских вечеринках. В этом пространстве реализуются нормальные коммуникационные процессы, происходящие между людьми. Только из этой зоны может произойти вторжение в интимную зону. Личное пространство часто нарушается в период скученности людей в кинозалах, на концертах, в транспорте, в лифтах. Чаще в таких случаях человек делает вид, что окружающие для него не существуют и, если его непосредственно не затрагивают, практически не реагирует на них. Люди, которые слишком быстро вторгаются в пределы личности и интимной зоны другого человека, производят негативное впечатление, т.к. подобное поведение оценивается как бестактное и навязчивое.

3 Социальная зона (зона деловых отношений). Непроизвольно размеры этой дистанции устанавливаются в пределах 1,2 3,6 метров, когда между собеседниками стоит письменный или обеденный стол. На таком расстоянии люди держатся вдали от посторонних, которых хорошо не знают или не стремятся установить с ним близкие отношения (например, с новым служащим на работе, с сантехником, пришедшим делать ремонт). Разговоры на таком расстоянии идут, как правило, о проблемах, непосредственно их не волнующих, и рассматриваются абстрактно, как бы «со стороны».

4 Публичная (общественная) зона (более 3,6 метров) - это та территория, когда человек общается с большой группой людей. Такого расстояния обычно придерживаются докладчики по отношению к своим слушателям, актеры - к публике. Публичная зона позволяет предупреждать возможные нападения или скрыть от других такие мелочи, которые на таком расстоянии заметить невозможно.

При лучшем узнавании друг друга территориальное расстояние между людьми сокращается вплоть до проникновения в личную и даже интимную зону. Исключением из правила, требующего соблюдения дистанционной зоны, могут быть случаи, когда общественная зона человека обусловлена его социальным положением [8].

Объем личностного пространства зависит от плотности населения в том месте, где вырос человек. Человеку, выросшему в сельской местности, требуется более широкое личное пространство, чем тому, кто вырос в городе. В связи с этим люди, выросшие в сель-

ской местности, предпочитают здороваться не за руку, а на расстоянии, помахивая друг другу рукой. Рукопожатие в этом случае может расцениваться как территориальное вторжение [30].

1.10 Голос и его экспрессивные характеристики

Человек часто не задумывается, как он говорит и какое впечатление производит на окружающих своим голосом. Однако тембр голоса, его громкость, интонационные возможности, «мелодика» речи, артикуляция звуков, эмоциональная и энергетическая аранжировка речевых сообщений, как правило, легко улавливаются слушателем, что позволяет ему в большей степени подсознательно оценивать какие-то личностные особенности или текущие эмоциональные состояния своего собеседника.

У детей на первом году жизни происходит активное развитие интонационной стороны речи. И хотя речи еще нет, ребенок с помощью довербальной звуковой коммуникации уже устанавливает определенные отношения с матерью, используя различные формы невербальной вокализации, основной из которых является крик - плач. Крик - плач несет достаточно дифференцированную информацию о дискомфортных состояниях, в основе которых лежит блокирование базовых для него в этот период потребностей.

Начиная с двухмесячного возраста, у ребенка наблюдаются как минимум 4 формы крика - плача, отличающихся друг от друга по интонации, сигнальному значению, характеру проявлений. Исследования, проведенные Б.Е. Микиртумовым и С.В. Гречаным (2000), позволили выделить следующие формы крика - плача:

- *алиментарный крик - плач* - связанный с потребностью в пище и характеризующийся требовательной интонацией;
- *сомнолентный крик - плач* - связанный со сном и характеризующийся хнычущей, капризной или обиженной интонацией;
- *анксиозный крик - плач* - связанный с физическим дискомфортом и характеризующийся жалобными интонациями;
- *эмоционально - положительный крик - плач* - связанный с потребностью в общении и сопровождающийся радостно - подзывающими интонациями.

Голос, кроме общей сигнальной и коммуникативной характеристик, выполняет ряд других важных функций: выражает уровень общей активности; склонность человека брать инициативу в свои руки или избегать этого; является индикатором душевного состояния индивида; может быть средством манипуляции другими людьми; позволяет выражать те или иные потребности, просьбы и пр.

Ниже приведены основные характеристики голоса в зависимости от проявлений его составляющих (громкости, артикуляции, высоты, скорости речи), которые указывают на те или иные характеристики личности.

Громкость голоса: сильный голос свидетельствует о высоком уровне витальной энергии; тихий голос может указывать на такие качества, как сдержанность, скромность или низкий жизненный тонус; внезапное изменение громкости голоса указывает на повышенную эмоциональность и волнение.

Артикуляция: четкое произношение свидетельствует о внутренней дисциплине и недостатке живости, нечеткое произношение указывает на склонность индивида к уступчивости, мягкости, неуверенности в себе.

Высота голоса: наличие пронзительного голоса может указывать на естественное и эмоциональное выражение мышления и речи; грудной голос является показателем покоя, расслабленности и достоинства.

Скорость речи: оживленная манера говорения и быстрый темп речи свидетельствуют об импульсивности и уверенности в себе; спокойная, медленная манера речи указывает на невозмутимость, рассудительность и основательность; колебания скорости речи свидетельствуют о недостатке уравновешенности, легкой возбудимости, неуверенности в себе.

Можно выделить несколько вариантов голоса, отражающих определенные личностные установки и эмоциональные состояния человека (А. Либина, 2000).

Ломающийся голос - голос с резкими переходами интонаций вверх и вниз, сопровождающийся воодушевлением и эмоциональным спадом. Чаще встречается у эмоционально неустойчивых лю-

дей, у которых легко возникают смены настроения. Свидетельствует о недостаточной способности к самоконтролю.

Напряженный голос - голос, связанный с чрезмерным самоконтролем, звучащий сухо и зажато. Встречается у эмоционально сдержанных, зажатых людей, лишенных способности демонстрировать естественное душевное тепло в общении. Человек с таким голосом часто производит впечатление формально общающегося скучного собеседника.

Тревожный голос - неестественно звучащий голос с нервно - возбудимым оттенком. При эмоциональном напряжении у человека с таким голосом часто поднимаются плечи, напрягаются мышцы шеи, затрудняется дыхание. Создается впечатление, что человек с таким голосом боится сорваться в бездну неконтролируемых им импульсов.

Неразборчивый голос - голос, который нередко отражает жизненные установки личности, в данном случае - безразличие, пассивность, избегание самовыражения. Человек с таким голосом говорит тихо, невнятно, как бы пугаясь своих же слов. Встречается у людей, склонных к самосозерцанию и сентиментальному выражению чувств, а также вследствие ложной установки, заключающейся в убеждении, что скромные люди должны обладать именно таким голосом.

Стальной голос - голос, в котором чувствуется воля, энергия, напор, требовательность и стремление подчинить собеседника. В голосе преобладают металлические нотки, резкость, что производит впечатление холодности, жесткости. Такой голос часто выражает недружелюбное отношение и отмечается у человека, склонного к доминированию или стремящегося к этому.

Капризный голос - ноющий, иногда приобретающий визгливый и писклявый оттенок голос. В интонациях такого голоса часто слышны претензии, обиды или недовольство. Часто встречается у человека, принимающего позицию недовольного ребенка, бегущего от трудностей или испытывающего разочарование в чем - то.

Уверенный голос - голос спокойный, неторопливый, с четким произношением слов, лишенный смущения, волнения или досады. Такой голос характерен для уверенных в себе людей, стремящихся к

адекватному и спокойному самовыражению. Четкая речь с выразительной дикцией отражает желание «донести» смысл сообщения до собеседника. Иногда такой голос воспринимается как нудноватый, а речь его обладателя производит впечатление хорошо отрепетированной.

Бесцветный голос - монотонный, невыразительный и тихий голос, который характерен для людей, избегающих внимания. Человек с таким голосом нередко боится показаться навязчивым и стремится избегать неудач. Голос кажется сухим, лишенным эмоциональных оттенков и не выражает индивидуальных особенностей человека.

Грудной голос - глубокий, бархатный, ласкающий слух, голос, обладающий особой задушевностью. Человек с таким голосом нередко становится объектом симпатий, располагает к общению и если даже сообщает что-то ошибочное, ему многое прощается. Человек, знающий или догадывающийся о приятном тембре своего голоса, нередко использует его в качестве «оружия» для достижения внимания к собственной персоне.

Громкий голос - резкий голос, не контролируемый по силе. Такой голос может свидетельствовать о желании человека снискать себе славу сильной личности или скрыть криком свои слабости.

Кроме этого, голос отражает и другие разнообразные эмоциональные состояния, которые возникают у человека.

Помимо вышеперечисленных вариантов голоса, можно выделить еще множество его разновидностей: ворчливый, грозный, огорченный, скучный, грустный, заискивающий, виноватый, сердитый, умоляющий, рыдающий, сюсюкающий, нежный, томный, счастливый, слащавый, страстный, обиженный, робкий и пр.

1.11 Экспрессия и самооценка

Одной из важнейших характеристик личности является самооценка, которая может проявляться в стиле деятельности, высказываниях, образе мыслей, а также в ситуационно выявляемых экспрессивных компонентах поведения. Уверенный в себе человек имеет, как правило, стабильную и адекватную самооценку, он в меньшей

степени испытывает тревогу и напряжение в стрессовых ситуациях. Человек, неуверенный в себе, очень часто реагирует тревогой на мало предсказуемые события и в большей степени склонен к самоконтролю даже в относительно спокойных ситуациях. Демонстрируемые человеком признаки превосходства могут быть результатом искажения его самооценки или же ситуационным выражением своего пренебрежительного отношения к происходящему. Экспрессивные признаки, приведенные ниже, отражают преимущественно ситуационные проявления самооценки и могут лишь косвенно указывать на ее особенности как личностной структуры.

Экспрессивные признаки уверенности в себе и стремления к превосходству

Жест, в котором пальцы соединяются наподобие купола храма, означает доверительное отношение к окружающим, а также некоторое самодовольство, уверенность в своей непогрешимости, эгоистичность или гордость. При использовании этого жеста руки могут находиться на разной высоте. Женщины, например, в положении сидя чаще соединяют пальцы на коленях или чуть выше в положении стоя. Чем выше ранг человека, тем обычно выше он держит руки. Иногда этот жест, когда человек чувствует, что он «загнан в угол», используется им в качестве защиты.

О возникновении у человека чувства превосходства может свидетельствовать жест со скрещенными на груди руками и выставленными вверх пальцами.



Рисунок 24 - «Купол» - уверенность в себе

Закладывание рук за голову свойственно людям, уверенным в себе и испытывающим чувство превосходства перед другими.

У уверенных людей отмечаются неторопливые движения и скупые, спокойные жесты. Об уверенности в себе может свидетельствовать поза превосходства, когда руки соединены за спиной, а подбородок поднят вверх.

Руки на поясе - один из характерных жестов уверенного, решительного и даже агрессивного человека. Поза демонстрирует твердость и превосходство, но может быть признаком компенсации вытесняемого индивидом чувства слабости или смущения. Выставление больших пальцев рук, когда руки находятся в карманах, нередко говорит о чувстве превосходства или об агрессивной позиции.



Рисунок 25 - Поза превосходства

О стремлении к уверенности в себе свидетельствует выбор человеком позиции, возвышающей его: стремление сесть выше, если собеседники сидят или встать выше, если общение происходит в положении стоя.

Человек, стремящийся к превосходству, использует «доминирующий» тип рукопожатия - при рукопожатии старается повернуть свою ладонь вниз.

Экспрессивные признаки тревожности и неуверенности в себе

Подергивание себя за ухо или пощипывание ладоней.

Пальцы рук переплетены, при этом большие пальцы нервно двигаются или пощипывают ладонь.

Человек грызет или сосет конец авторучки или карандаша.

Рука прикрывает рот - жест, который встречается у человека, сожалеющего о том, что было сказано, или демонстрирующего, что он хочет что-то скрыть от окружающих, боясь их осуждения.

Руки сведены за спину и одна сильно сжимает другую.

Скрещенные на груди руки - попытка спрятаться от неблагоприятной ситуации путем демонстрации оборо-



Рисунок 26 - Прикрытие рта

нительного отношения к другому человеку.

Лодыжки ног скрещены, а руки сжимают подлокотники кресла.

Привычка производить покашливание или действия, прочищающие горло, перед тем как вступить в контакт или что-то сказать.

Постоянное сбрасывание пепла с конца сигареты в пепельницу свидетельствует о напряженном и неуверенном состоянии у курящего человека. Неуверенный в себе человек чаще использует подчиняющийся тип рукопожатия - при выполнении ритуала рукопожатия поворачивает свою ладонь вверх.

У женщин может встречаться жест укрепления уверенности в себе - медленное и изящное движение руки к шее. Если у женщины есть какое-то украшение, рука притрагивается к нему, как бы проверяя, на месте ли оно.

Если человек потирает затылок ладонью и отводит глаза - это значит, что он напряжен и говорит неправду.

О напряженности и неуверенности в себе может свидетельствовать жест неискренности: человек прикасается к лицу и к голове, в частности, ко рту, носу, глазам, ушам и шее.

1.12 Экспрессивные признаки выражения отношения к партнеру

В общении любому человеку, в том числе врачу с больным, его родственниками или коллегами, важно знать, расположены ли к нему партнеры, с которыми формируются деловые, служебные или дружеские отношения. Создание доверительной атмосферы и адекватного контакта, позволяющего понимать больного, положительно влиять на него, помочь ему осознать свои мысли и чувства, связанные с болезнью и проводимой терапией - важные условия успеха в лечении. В связи с этим очень важно в процессе общения заранее выявлять признаки положительного или отрицательного отношения к себе, понимать причины имеющегося отчуждения и устранять барьеры, препятствующие взаимопониманию. При этом, кроме вербальных сигналов, следует обращать внимание на демонстрируемые жесты закрытости или открытости, жесты защиты, на реакцию зрачков и другие мелкие детали экспрессивного поведения.

Ниже приведено описание основных элементов экспрессивного поведения, указывающих на расположение или отрицательное отношение к партнеру.

Признаки расположения к партнеру

Жесты открытости. Прикладывание рук к груди - жест, означающий открытость и честность. Известно, что еще римские легионеры приветствовали друг друга, приложив одну руку к сердцу, а другую поднимали открытой к тому, к кому обращались. К этому виду жестов относятся раскрытие ладоней перед собеседниками, что указывает на его положительное восприятие и откровенное отношение к нему.

О расположении к партнеру могут свидетельствовать *жесты прикосновения*, среди которых можно выделить следующие: успокаивающее прикосновение обычно с вербальным сопровождением; прикосновение, чтобы показать симпатию к тому, с кем общаются; прикосновение к плечу, которое может указывать на то, что человек хочет вежливо что-то подчеркнуть или обратить внимание собеседника на себя.

Направление положения ступней ног часто указывает на человека, который является в компании более привлекательным и интересным.

Приближение к человеку указывает на дружеское отношение к нему и выражает желание быть ближе или вместе работать над рассматриваемым вопросом.

Поза «отзеркаливания» - подсознательное (или сознательное) стремление копировать позы, положение тела, жесты, манеры стояния собеседника. Поза отзеркаливания является одним из способов демонстрации партнеру по общению того, что он вызывает положительные эмоции и означает, что человек, пользующийся этим приемом, согласен со взглядами и мнением того, кого он слушает.

Курящий, положительно настроенный человек, будет выпускать дым вверх.

О доверительном отношении может свидетельствовать то, что партнер по общению расстегнул свой пиджак или снял его в вашем присутствии.

Признаки негативного отношения к партнеру

Жесты и движения закрытости. Если человек, скрестивший руки на груди, сжимает пальцы в кулак, это свидетельствует о том, что он занял или готов занять враждебную, наступательную позицию. Скрещение рук на груди, закладывание ноги на ногу и отклонение на спинку стула означает, что партнер, скорее всего, получит отрицательный ответ. Признаком оборонительного отношения человека является движение в форме переkreшенных ног.



Рисунок 27 - Негативное отношение

Спрятанные ладони собеседника свидетельствуют о том, что человек не откровенен и скрывает правду.

Сплетенные во время разговора пальцы рук могут означать разочарование и желание человека скрыть свое отрицательное отношение к партнеру.

Если человек, поиграв очками, откладывает их в сторону, значит он не желает дальше продолжать беседу.

Собирание несуществующих ворсинок с одежды является жестом неодобрения и означает, что человек с чем - то не согласен.

Негативно настроенный человек, если он курит, будет направлять струю дыма вниз. Выдувание струи дыма из уголка рта говорит о его еще более негативном отношении.

Сужение зрачков, возникшее у человека в период беседы, свидетельствует о доминировании какого-то отрицательного чувства.

Люди, имеющие привычку потирать затылочную часть шеи, склонны проявлять критическое отношение к окружающим.

О негативном отношении может свидетельствовать такая посадка на стул, при которой спинка является как бы щитом.

Движение от партнера выражает неприязнь к нему.

1.13 Экспрессивные признаки, сопровождающие процесс принятия решения

Процесс принятия решения сопровождается многими компонентами: интересом к теме беседы и к собеседнику, согласием с ним или сомнением к тому, что он сообщает, скукой, желанием продолжать или закончить встречу и т.п. Все эти нюансы отношений выражаются многочисленными экспрессивными действиями, которые могут выражаться в жестах, позах, движениях головы, манипуляциях с подбородком и рядом лежащими предметами.



Рисунок 28 - Заинтересованность и оценка

Оценочная поза - человек подпирает щеку сжатыми в кулак пальцами, при этом указательный палец упирается в висок. Настоящий интерес к собеседнику проявляется, когда рука находится под щекой и не служит

опорой для головы.

Интерес к говорящему может проявляться в наклоне головы набок. Большинство слушателей, испытывающих интерес к лекции или докладу, сидят со склоненной набок головой. При утрате интереса голова слушателя выпрямляется, плечи поднимаются, взгляд начинает блуждать, тело принимает позу, направленную к выходу из помещения.



Рисунок 29 - Готовность к действию

Когда указательный палец направлен вертикально к виску, а большой палец поддерживает подбородок, это указывает на то, что слушатель критически или негативно относится к партнеру по общению. Об этом же свидетельствует то, что если человек, находящийся в оценочной позе, наклоняется в сторону от собеседника.

Жест критической оценки - частое потирание века указательным пальцем - может указывать на усиление негативных мыслей

партнера и является сигналом для изменения беседы, если собеседник заинтересован в продолжении более успешного общения.

Подпираание щеки и подбородка ладонью - жест, указывающий на то, что человеку скучно. Предельная скука и отсутствие интереса определяются тем, что голова слушателя полностью лежит на руке или у него виден пустой, отсутствующий взгляд.

Признаками нетерпения могут быть постукивания пальцами по столу или потоптывание ногами.



Рисунок 30 - Обдумывание вопроса

Пощипывание переносицы - жест, сочетающийся с закрыванием глаз, свидетельствует о глубокой сосредоточенности на каких-то мыслях или представлениях.

Поглаживание подбородка - жест, отражающий процесс принятия решения. Часто сопровождаясь взглядом исподлобья, жест означает примерно следующее: «Дайте мне подумать». Последующие жесты могут указывать на то, будет ли это решение положительным или отрицательным. Если человек после этого жеста скрещивает

руки на груди и забрасывает ногу на ногу, решение и ответ, скорее всего, будут отрицательными.

Если собеседник, сидя на стуле, перенесет корпус вперед, положив обе руки на колени (или держась руками за боковые края стула), это значит, что он готов закончить встречу. Когда руки держатся за стул - это сигнал «готов действовать».

Информацию о принятии решения и об отношении к партнеру можно получить, наблюдая за манипуляциями с предметами. При принятии решения человек может снять очки и заложить одну дужку в рот или может вложить в рот ручку или карандаш - это признак того, что он не уверен и хочет подумать. Предмет во рту является как бы оправданием для человека, не находящего быстрого решения или ожидающего дополнительную информацию. Об этом же могут свидетельствовать медленное снятие очков и тщательное проти-

рание стекол. Если очки быстро снимаются и бросаются на стол («это уж слишком!») - это сигнал для того, чтобы снизить напряжение в беседе с партнером.

Иногда жесты, означающие скуку, критическое отношение и принятие решения могут употребляться одновременно, тогда по их сочетанию можно более дифференцировано определять отношение индивида к партнеру.

1.14 Экспрессивные признаки эротического поведения

Любовь - одно из зол, которое нельзя скрыть;
одно слово, один нескромный взгляд,
иногда даже молчание выдает ее.

П. Абели

Для поиска и выбора партнера, его сексуальной стимуляции и завязывания партнерских отношений человек использует разнообразные эротические сигналы. В качестве таких эротических раздражителей могут выступать предметы туалета: одежда, подчеркивающая формы тела, обувь, создающая впечатление длинных ног, облегающие кофточки, подчеркивающие форму и размер груди, плотно облегающие брюки, особенно выделяющие бедра и ягодицы, яркие цвета тканей и пр. Признаками поведенческих сигналов эротических установок могут быть: продолжительный взгляд, прикосновения, сокращение расстояния между партнерами, частые ответные улыбки, одобрительное разглядывание различных частей тела партнера, интенсивные и частые кивания головой в знак одобрения, поднятие бровей вверх и расширение зрачков, более частое, чем обычно, облизывание губ, частые паузы и пр. В ответ на подобные раздражители могут поступать такие же или сходные реакции. Чем больше эротических действий заложено в основе манеры поведения человека, тем быстрее и интенсивней будут проявляться описанные выше и детально изложенные ниже реакции.

Интимный взгляд - взгляд, проходящий через линию глаз и опускающийся ниже подбородка на другие части тела (грудь, живот) партнера по общению. Мужчины и женщины при помощи этого взгляда показывают свою заинтересованность к человеку.

Жесты прихорашивания (грумминг). Если мужчине нравится женщина, он может использовать этот жест. При этом его руки тянутся к шее, чтобы поправить галстук или воротничок на рубашке, запонки, пиджак или другой предмет туалета. Он может также пригладить волосы, чтобы выглядеть привлекательнее.

Женщины используют те же жесты прихорашивания, включая прикосновения к волосам, поправление одежды. В таких случаях одна или обе руки женщины находятся на бедрах, ноги и тело повернуты в сторону мужчины, а контакт ее глаз с глазами мужчины более продолжительный и частый.

Поза готовности к взаимодействию выражается в следующем: большие пальцы рук затыкаются за пояс или за прорезы карманов, руки находятся в положении готовности, акцентируя область гениталий. При использовании удобной позы в присутствии женщины мужчина как бы подчеркивает свою физическую силу, власть и демонстрирует свою готовность взаимодействия с женщиной. Если поза сопровождается расширением зрачков и направлением ноги в сторону женщины, это является невербальным способом сообщения женщине о своих желаниях. Подобная поза может встречаться и у женщин, одетых в брюки.

У женщин могут встречаться специфические жесты и позы, имеющие эротическую окраску [45].

Встряхивание головой. Делается резкое движение головой, чтобы отбросить волосы с лица или с плеч на спину.

Демонстрация запястья. Когда женщина говорит с мужчиной, она старается держать свои ладони в поле его зрения. Особенно легко демонстрация запястья осуществляется во время беседы, для которой характерен спокойный тон разговора, а дразнящий жест запястья осуществляется курящей женщиной.

Покачивание бедрами. Бедра раскачиваются сильнее обычного, чтобы подчеркнуть прелести тела.

Манипуляции с предметами. К ним относятся поглаживания сигареты, карандаша, ручки, ножки бокала, пальца или любого предмета цилиндрической и продолговатой формы.

К эротическим движениям женщин относятся различные *формы положений и движений ног.*

Ноги, независимо от того, в каком положении она находится (стоит или сидит), женщина расставляет несколько шире, чем обычно. В то же время женщины, занимающие сексуально-оборонительную позу, чаще сидят с крепко сжатыми и скрещенными ногами.

Женщина сидит, подогнув одну ногу под другую и направив колена на того человека, к которому проявляет интерес.

Женщина медленно закидывает ногу перед глазами мужчины и медленно возвращает ее в нормальную позу. При этом она может производить нежное поглаживание своих бедер рукой.

Женщина сидя поигрывает туфелькой, производя как бы фаллические движения нанизывания ступни или пятки в туфельке.

После привлечения к себе внимания следует этап сближения, включающий ряд стадий: *рассматривания* - контакт «глаза в глаза», рассматривания тела партнера; акцентирование на чувствах и заинтересованное выслушивание партнера; *прикосновений* - руки прикасаются к определенным частям тела партнера, пальцы переплетаются; *интимных действий* - руки мужчины приближаются к женской груди, происходит обмен поцелуями, обследование тела партнера, в том числе сексуальных зон.

1.15 Экспрессивные признаки агрессивного поведения

Я побеждаю своих врагов тем,
что превращаю их в друзей.

А. Линкольн

Понимать намерения других людей очень важно, особенно если они носят враждебный и агрессивный характер. Имея знания о формах агрессивного поведения, их экспрессивных проявлениях, а также о причинах, побуждающих к подобным действиям, человек может найти способы их предотвращения и нейтрализации.

Существует несколько групп психологических концепций, пытающихся объяснить природу агрессии [5]. В психоаналитической теории, этологическом подходе, с точки зрения социобиологической концепции агрессия рассматривается как инстинктивное поведение. Другая группа теорий (теория фрустрации - агрессии Долларда, тео-

рия переноса возбуждения Зильмана) рассматривает агрессию как результат депривации и лишения организма каких - либо существенных условий. Существуют также когнитивные модели агрессии (Berkowitz) и теория агрессии как приобретенного социального поведения (Bandura).

Под *враждебностью* понимают аффективно-когнитивные установки личности, которые предрасполагают выражение враждебного отношения к тем или иным ситуациям, действиям, чувствам, взглядам отдельных людей в форме гнева, отвращения или презрения (триады враждебности). Другими словами, враждебность есть предагрессия, т.к. только предполагает агрессивные действия, которые при соответствующих условиях могут контролироваться и подавляться человеком.

Экспрессивная картина выражения враждебности отражена в соответствующих разделах, где описаны чувства гнева, презрения и отвращения. Отражение враждебного отношения можно также найти в разделе, описывающем экспрессивные признаки негативного отношения к партнеру.

Под *агрессивным поведением* понимают множество разнообразных действий, которые нарушают физическую или психическую целостность человека или группы людей, наносят им материальный ущерб, препятствуют осуществлению их желаний и интересов или же ведут к их уничтожению.

Выделяют следующие *виды агрессии*:

1 *Экспрессивная агрессия* - непроизвольный взрыв гнева и ярости, который имеет нецеленаправленный характер и быстро прекращается, причем источник гнева необязательно подвергается нападению (например, приступы упрямства у маленьких детей).

2 *Импульсивная агрессия* - поведение, вызванное реактивным моментом (например, оскорблением), при котором действия протекают по типу аффекта и часто неподконтрольны субъекту.

3 *Враждебная агрессия* - целенаправленные и часто спланированные способы агрессивного поведения, цель которых заключается в том, чтобы нанести страдания, зло и ущерб другому человеку или группе людей.

4 *Инструментальная агрессия* - агрессивные действия, которые направлены на реализацию двух основных групп целей: достижение целей, повышающих самооценку личности, отражающих ее

стремление к самоутверждению, показать свою «силу» либо использование агрессии как средства защиты. Примерами этой формы агрессии могут быть: шантаж, нажим, принуждение, агрессия как защита в ответ на агрессию противника.

5 Смещенная агрессия - проявление агрессии не по отношению к людям, которые вызвали у субъекта чувство гнева, а по отношению к другим людям, предметам или животным. В качестве мишени обычно выбираются те лица, в отношении которых сила страха наказания является незначительной и которые имеют высокую степень сходства с фрустратором.

В целом враждебность и ее непосредственное выражение - гнев - включает следующие экспрессивные признаки: напряженность всех мышц, в т.ч. мышц лица (стиснутые зубы, расширенные ноздри) и рук (сжатие рук в кулаки); блеск глаз, выпячивание их, гиперемия склер; покраснение лица; усиленное и затрудненное дыхание; напряженный взгляд, направленный на объект возможного нападения («устремил взор, как бы ища место, где покрепче ударить» - Л.Н. Толстой).

Враждебность и агрессивные действия могут выражаться в различных формах.

Спор - раздражение в период обмена мыслями.

Угроза - преднамеренная демонстрация враждебности.

Ревность - враждебность, направленная на соперника.

Драка - гнев, реализующийся в нападении на другого человека.

Досада - гнев, направленный на самого себя из-за неспособности реализации каких-то актуальных потребностей.

Ненависть - хронически протекающая враждебность, выраженная в форме зависти, мести, клеветы, злорадства.

Злопамятство - закрепленные в течение длительного времени враждебные мысли или чувства в отношении высказываний или поступков кого-то.

Кроме вышеописанных видов агрессии существуют и другие, проявления которых многообразны. В связи с этим весьма полезным оказывается изучение агрессивного поведения в рамках концепции, предложенной Бассом (Bass, 1976). По его мнению, агрессивные действия можно описать на основании трех основных шкал: физической - вербальной, активной - пассивной, прямой - косвенной. Их

комбинация дает возможность выделить восемь возможных категорий, под которые подпадают большинство агрессивных действий (табл. 1 - 2).

Одной из достаточно распространенных и жестоких форм агрессии в современном мире являются пытки. *Пытки* - это сознательное, систематическое причинение физических или психологических страданий одного человека или группы людей, действующих самостоятельно или по приказу какого-либо органа власти,

Таблица 1 - Формы вербальной агрессии

<i>Форма агрессии</i>	<i>Прямая</i>	<i>Косвенная</i>
<i>Активная</i>	Словесное оскорбление или унижение другого человека	Распространение злостной клеветы или сплетен о другом человеке
<i>Пассивная</i>	Отказ разговаривать с другим человеком или отвечать на его вопросы	Отказ дать словесные пояснения или объяснения (например, отказ высказаться в защиту человека, которого незаслуженно критикуют)

Таблица 2 - Формы физической агрессии

<i>Форма агрессии</i>	<i>Прямая</i>	<i>Косвенная</i>
<i>Активная</i>	Нанесение другому человеку физического ущерба с помощью холодного огнестрельного оружия или избиения	Сговор с наемным убийцей с целью уничтожить врага
<i>Пассивная</i>	Стремление физически не позволить другому человеку достичь желаемой цели или заняться желаемой деятельностью	Отказ от выполнения необходимых задач (например, отказ освободить территорию во время сидячей демонстрации)

другому человеку, чтобы заставить его выдать информацию, сделать какое-либо важное признание или отдать что-то ценное.

Чаще используются следующие виды пыток: физические и психологические [71]. *Физические пытки* - систематические избиения, сексуальные надругательства, пытки с использованием электрического тока, задушения, подвешивания, пытки с применением фармакологических средств, калечащие, стоматологические пытки.

Психологические пытки - издевательства, основной целью которых является деструкция, сильная психическая травматизация, приводящая к разрушению основ личности. Пытки включают в себя: депривацию - лишение жертвы сенсорных стимулов или социальных контактов; угрозу применения пыток, калечения, уничтожения; угрозу уничтожить членов семьи или близких; принудительное наблюдение за пытками других людей; унижение и сексуальные надругательства.

Склонность к агрессивному поведению определяется не только внешними обстоятельствами, но и внутренними стандартами личности. Индивиды с высоким самосознанием сравнивают собственные внутренние стандарты (нормы, ценности) со своим поведением. Если между ними нет разногласий, поведение реализуется, если расхождение есть - человек стремится изменить свое поведение, чтобы его действия соответствовали его внутренним стандартам. К числу наиболее важных установок, запускающих агрессивное поведение, относятся различные формы (этнических, гендерных, политических, религиозных и т.п.) предрассудков, а также некоторые личностные черты (Р. Бэрн, Д. Ричардсон, 1997):

- боязнь общественного неодобрения;
- раздражительность, слабость тормозных процессов;
- тенденция усматривать враждебность в чужих действиях;
- убежденность индивида в том, что он является хозяином своей судьбы;
- отсутствие склонности к переживанию чувства вины.

1.16 Диагностика экспрессивного поведения

Хвала проницательному. Некогда выше все го ценилось умение рассуждать; теперь этого мало - надо еще распознавать и, главное, разоблачать обман. Нельзя назвать разум- ным человека непроницательного.

Бальтасар Грасиан-и-Моралес.

Экспрессивное поведение выполняет ряд важных взаимосвязанных функций:

1 *Сигнальная функция.* Отдельные элементы или комплексы экспрессивного поведения, являясь сигналами и своеобразным «языком» отражения внутренних процессов, состояний и качеств человека, выражают разнообразную психическую деятельность: актуальные потребности человека, цели, мотивы, его отношения, эмоциональные состояния. Адекватная оценка элементов экспрессивного поведения позволяет выражать их на языке психологических понятий.

2 *Адаптивная функция.* С помощью экспрессивных средств индивид может приспосабливаться к обстоятельствам окружающей его социальной среды, а также преодолевать и компенсировать слабые стороны собственной личности. Компенсация позволяет замечать недостающие компоненты внутренних состояний или качеств индивида другими качествами, используя для этого экспрессивные средства. Например, в определенной ситуации экспрессивное выражение гнева уменьшает у субъекта проявление таких качеств, как робость и нерешительность. Сознательное имитирование поведения спокойного и сдержанного человека минимизирует проявления нервозности и суетливости. Человек, имеющий мазохистские установки, которые на языке тела проявляются в мышечной зажатости в области ягодиц и таза, может экспрессивно самоутвердиться в форме выгнутой груди или выпяченной вперед челюсти. В целом паттерны мышечного напряжения отражают те психотравмы (отвержения, репрессии, соблазны, подавления и фрустрации), которые человек пережил в процессе роста.

3 *Манипулятивная функция.* Использование экспрессивных средств, если субъект ставит перед собой такую цель, позволяет изменять взгляды, отношения, поведение других людей в нужном ему направлении. С помощью разнообразных экспрессивных возможностей родители очень часто манипулируют поведением своего ребенка, выражая то или иное отношение к его поступкам. Человек, используя лишь возможности мимики, жестов и поз, может выразить свое неодобрение чьего-то поступка с гораздо большей силой, чем если бы он сделал это словесно. Манипулируя своими экспрессивными возможностями, иногда можно добиться больших успехов в мобилизации других людей, изменении их позиции, целей и пр. по сравнению с внешне убедительными словесными конструкциями.

4 *Маскировочная функция.* Демонстрация экспрессивных ложных масок позволяет субъекту скрывать свои подлинные чувства и намерения. Индивид может внешне с большим вниманием относиться к тем или иным вопросам, к другому человеку, однако на самом деле быть равнодушным или испытывать противоречивые чувства. Неумелая маскировка отношений и переживаний проявляется в многочисленных экспрессивных признаках фальши и неискренности, которые мы рассмотрим в соответствующем разделе. Главной причиной экспрессивных маскировочных действий чаще является желание индивида скрыть истинные цели, мотивы и качества, которые неприятны самому субъекту либо могут быть негативно оценены другими людьми.

5 *Функция научения.* В процессе развития и общения с другими людьми человек приобретает способность дифференцировать экспрессивные признаки тех или иных психических состояний. В результате постепенно неосознанно и интуитивно накапливается опыт, позволяющий изучать и понимать людей по проявлениям их экспрессивного поведения. Опыт экспрессивной диагностики, как показывают наши наблюдения, быстрее приобретается теми людьми, у которых имеется высокий эмпатический потенциал и способность к рефлексии.

Основными единицами экспрессивного поведения являются: отдельные экспрессивные компоненты (мимика, жесты, осанка и позы, походка, просодические характеристики речи, пластические

элементы моторики); экспрессивные (мимико-жестовые, жестопозовые) комплексы, экспрессивные «ансамбли» - динамические комплексные выразительные формы, например, походка, манера держаться; экспрессивные поведенческие акты - сложные и устойчивые поведенческие стереотипы, отражающие те или иные мотивационные состояния личности.

Экспрессивное поведение человека следует оценивать на основе принципа конгруэнтности (от лат. *congruens* - соразмерный, совпадающий, соответствующий), изучении соотношения демонстрируемых индивидом выразительных средств с его внутренним состоянием, требованиями ситуации и среды, в которой он находится, или ожиданиями наблюдателей. Соответственно дисконгруэнтным поведением следует считать те его формы, которые не совпадают с внутренним состоянием индивида, требованиями среды или ожиданиями наблюдателей. В связи с этим можно выделить несколько форм конгруэнтности (дисконгруэнтности) экспрессивного поведения.

Интрапсихическая дисконгруэнтность - несоответствие экспрессивного поведения индивида его внутриспсихическим характеристикам. Например, вербально человек декларирует заинтересованность, дружелюбие, радость в связи со встречей и одновременно демонстрирует состояние безразличия или скуки, о чем могут свидетельствовать равнодушный взгляд, блеклая невыразительная мимика, вялое рукопожатие и пр. К этой же форме дисконгруэнтности относится несовпадение между некоторыми поведенческими характеристиками индивида и его социальным статусом, возрастом или половой принадлежностью.

Интерперсональная дисконгруэнтность - несоответствие экспрессивного поведения индивида ритуалам (общения, приветствия, прощания и пр.), манерам поведения, диктуемым ситуацией или требованиями и правилами, принятыми в данной социальной среде. Человек может вести себя внутренне конгруэнтно, но восприниматься чужим в несвойственной или непривычной для него среде.

Экспектационная дисконгруэнтность - несовпадение экспрессивного поведения индивида с ожиданиями наблюдателя, хотя

объективно поведение соответствует как внутренним побуждениям, так и требованиям ситуации или той среды, в которой он находится. Например, наблюдатель может считать, что индивид в силу своего положения или профессии должен быть сдержанным, мягким и пр., однако последний, проявляя конгруэнтность в рамках своего темперамента, характера и воспитания, ведет себя по иному, что в субъективном восприятии наблюдателя оценивается как дисконгруэнтное поведение.

О конгруэнтности (дисконгруэнтности) поведения можно судить по двум группам его характеристик: 1) энергетическим, отражающим интенсивность поведенческих реакций в соответствии с требованиями ситуации; 2) степени интегрированности экспрессивных действий (их завершенности, целостности, открытости или, наоборот, рудиментарности, незавершенности, рассогласованности выражения на различных экспрессивных уровнях).

По интенсивности дисконгруэнтные экспрессивные реакции можно разделить на гиперергические и гипоергические.

Гиперергическое поведение - комплекс чрезмерно интенсивных утрированных реакций, диссоциирующих со значимостью и иногда с содержанием возникшей ситуации. К такому реагированию относятся состояния, когда индивид, стараясь создать впечатление внешнего спокойствия, не может скрыть свой гнев, возмущение, злорадство или захлестнувшую его радость. Примерами гиперергического поведения могут служить: действия подвыпивших людей с характерными для них размашистыми движениями и неестественными позами; громкий смех и лишние движения (подпрыгивания, похлопывания и пр.), производящие впечатление «переигрывания» при истерических реакциях.

Гипоергическое поведение - слабые по интенсивности, не соответствующие требованиям ситуации, ответные реакции, проявляющиеся в вялой мимике, бедности жестов, слабом рукопожатии, снижении общего тонуса. Причинами такого экспрессивного реагирования могут быть подавленность, усталость, болезненное состояние, а также склонность личности к чрезмерному самоконтролю и торможению внешнего проявления эмоций. Кроме того, за подобной сдержанностью может скрываться чувство неполноценности и

неуверенности в себе, отсутствие способности к адекватному общению.

Качественные характеристики поведения определяются интегрированностью, целостностью, завершенностью экспрессивных компонентов, участвующих в выражении эмоциональных состояний или личностных качеств на различных уровнях. Качественно дисконгруэнтные формы экспрессии характеризуются несогласованностью (несоответствием) выразительных средств на различных уровнях их проявлений (например, между просодическими характеристиками голоса и мимикой, мимикой и жестами, жестами и позами и пр.).

Незавершенные действия - форма поведения, экспрессивные элементы которого не достигают определенной степени завершенности, ожидаемой окружающими. Подобное поведение может возникнуть тогда, когда сам индивид сомневается в том, что на самом деле он декларирует. При этом его жесты и позы теряют естественность, пластичность, законченность и могут выражать смешанные или даже противоположные речевым сообщениям чувства.

Диссонансная мимика - выявляющаяся дисконгруэнтность между различными компонентами мимики (улыбкой, взглядом, положением губ, размером зрачков) в выражении тех или иных эмоциональных состояний. Например, человек улыбается и демонстрирует грустный или равнодушный взгляд, декларирует оптимистическое и бодрое настроение и при этом обнаруживает опущенные уголки губ, всем своим видом хочет показать свою искренность, но не может скрыть свой хитрый, насмешливый, презрительный взгляд.

Утрированное поведение - дисконгруэнтное поведение, которым индивид подчеркивает те качества, которые он хотел бы представить для окружающих. Причинами утрированного поведения могут быть также: неверная оценка своего воздействия, производимого наигранным экспрессивным поведением; желание индивида скрыть или подавить свои негативные чувства или некомпетентность; незнание особенностей экспрессивного поведения в чужой для него культурной среде. Например, молодой человек, страдающий от сформировавшегося у него комплекса неполноценности, может самоутверждаться в форме чрезмерно заносчивого, чванливого и из-

лишне самоуверенного поведения. К утрированным поведенческим реакциям можно отнести громкий смех и комплекс выраженного эмоционального оживления, которые возникают у вашего собеседника, например, во время прослушивания какой-то истории или анекдота. Таким поведением нередко подчеркивается особое расположение к рассказчику либо выявляется желание обратить внимание окружающих на свою способность «тонко» реагировать на юмор.

Замещающие действия - экспрессивные реакции, в основе которых лежат потребность индивида в отреагировании на фрустрирующую ситуацию и утрата способности контролировать свое поведение. Возникающие при этом экспрессивные реакции направлены на посторонние, случайные объекты или предметы. Например, человек, длительное время подавляющий у себя гнев, может внезапно взорваться и выражать свой гнев неадекватно той ситуации, в которой находится. При этом гнев может быть направлен на человека или группу людей, которые к причинам гнева не имеют никакого отношения.

Акцентирующие целевые действия - поведенческие реакции, совершаемые умышленно для того, чтобы произвести на окружающих определенное впечатление. Внешне подобное поведение выглядит угловатым и слишком выверенным. Например, чтобы усилить впечатление силы и готовности к борьбе, человек в общении с аудиторией моделирует соответствующие мимические выражения и жесты, как бы доказывающие это. Экспрессивное поведение в таких случаях воспринимается окружающими как фальшивое.

В реальной жизни мы очень часто сталкиваемся с ситуациями, когда партнер по общению словесно декларирует одно, а его экспрессивное поведение указывает на то, что он говорит неправду. Демонстрирует определенный тип отношения к кому-то, но мимика, жесты и позы сигнализируют о том, что он заметно фальшивит и старается ввести в заблуждение окружающих. Некоторые люди интуитивно чувствуют это, а некоторые легко обманываются, не замечая очевидной неискренности.

Признаки фальши и обмана

Крупный специалист в области психологии лжи П. Экман дает следующее определение обману: «Ложь - это действие, которым один человек вводит в заблуждение другого, делая это умышленно, без предварительного уведомления о своих целях и без отчетливо выраженной со стороны жертвы просьбы не раскрывать правды» (П. Экман, 1999, С.22). Им выделены две основные формы обмана: 1) *умолчание* - сокрытие истинных причин своих действий или отношений; 2) *искажение*, т.е. сообщение ложной информации, в том числе с помощью экспрессивного поведения.

Мотивы, подталкивающие субъекта к обману другого человека, могут быть самыми разными: желание скрыть свои недостатки и выглядеть более привлекательным; боязнь обвинения, осуждения, разоблачения или наказания; стремление к вниманию, признанию, самоутверждению; достижение какой-то определенной выгоды; желание переиграть соперника и т.п. Однако человек, обманывающий партнера по общению и скрывающий истинные причины своих высказываний и поступков, может обнаружить обман своим экспрессивным поведением.

Ложь, как подчеркивает П. Экман, обнаруживается не в том, что говорит обманщик, а в том, как он это делает. Большинство людей чаще контролируют свои высказывания, тщательно подбирают слова, «приглаживают» мысли, следят за своей мимикой и в меньшей степени обращают внимание на голос и тело, чем, сами того не подозревая, создают условия для утечки информации и саморазоблачения. Чаще лжец выдает себя нечаянно из-за страха раскрытия обмана, особенно когда: он ожидает разоблачения; у лжеца мало опыта в практике обмана; жертва начинает что-то подозревать; жертва имеет репутацию человека, которого трудно обмануть; ставки, связанные с обманом, очень высоки. Несмотря на это, Экман (2000, С. 59) предостерегает, что «признаков обмана как таковых не существует - нет ни одного жеста, выражения лица или произвольного сокращения мышц, которые единственно и сами по себе означали бы, что человек лжет». В то же время многолетние исследова-

ния в области психологии лжи позволили ему выделить ее некоторые экспрессивные признаки.

Проявления обмана в речи и голосовых признаках

Оговорки. З. Фрейд в своей знаменитой работе «Психопатология обыденной жизни» впервые показал, что речевые ошибки, оговорки, очитки, описки не являются случайными феноменами, а свидетельствуют о внутренних психологических конфликтах. Оговорка, писал он, является своеобразным «орудием... которым выражаешь то, чего не хотелось бы сказать, которым выражаешь самого себя». В то же время следует помнить, что не всякая оговорка может свидетельствовать об обмане. Чтобы воспринимать оговорку как следствие обмана, нужно исходить из контекста сообщений говорящего.

Уклончивые ответы и увертки. В речи и сообщениях человека, склонного в данной ситуации к обману, может отмечаться тенденция к затушевыванию своих истинных целей, намерений или фактов. Стараясь сделать это, он, обсуждая какие-то вопросы, редко дает прямые ответы и может неожиданно предоставлять информацию, которая не соответствует контексту ситуации. При этом также следует знать, что у некоторых людей уклончивость в сообщении информации может быть их привычной манерой общения.

Паузы. Паузы в речи человека, склонного ко лжи, могут быть слишком продолжительными или слишком частыми. Заминки перед словами, особенно если они отмечаются при ответе на вопрос, всегда вызывают некоторую настороженность в искренности говорящего. Желание утаить какую-то информацию может выражаться в частом использовании междометий (например, «гм», «ну», «э-э» и т.п.) и повторов (например, «я, я, я имею в виду, что я...»).

Тон голоса. Ведущим признаком проявления эмоций в речевых сообщениях, сопровождающих обман, является повышение тона голоса, особенно когда человек испытывает страх, гнев, угрызение совести или боится разоблачения. При переживании грусти или печали высота голоса часто падает, что скрыть бывает достаточно трудно. Бесстрастный голос может указывать на стремление человека что-то скрыть или представить информацию в искаженном виде.

Тирады. Признаком обмана, проявляющимся в речи, могут служить не отдельные слова, а целая фраза, прозвучавшая из-за интенсивности захлестнувших человека эмоций, последствия которой он далеко не сразу может осознать.

Мимические признаки обмана

Движения глаз. Об эмоциональном состоянии человека можно судить по движениям и микровыражениям глаз, которые в состоянии испытываемого индивидом дискомфорта проявляются интенсивней, чем обычно, и часто указывают на его стремление что-то скрыть. Так, движение взгляда вниз может означать грусть, в сторону - отвращение, вниз и в сторону - чувства вины и стыда. Выдать волнение, переживание чувств вины и стыда могут также моргание век, расширение (сужение) зрачков, слезы и вегетативные реакции, сопровождающие сильные эмоции: румянец, бледность кожных покровов, испарина, учащенное сглатывание, изменение ритма дыхания.

Асимметрия мимического выражения. Исследования Экмана показали, что эмоции у человека, склонного к обману, выражаются в одной половине лица сильнее, чем в другой. Такая мимическая асимметричность, например, более заметна в притворных улыбках, в то время как в естественных улыбках асимметрия появляется гораздо реже. Искренность человека может оцениваться также по степени конгруэнтности его мимики, интонаций голоса и пластики телодвижений.

Длительность (тайминг) - продолжительность мимического выражения от момента появления до его полного исчезновения. Если мимическое выражение эмоций длится более 5-10 секунд, то, как показывают наблюдения, с большей долей вероятности можно говорить об их фальшивости. Долго удерживаемое мимическое выражение является, скорее всего, эмблемой или насмешкой.

Пластические признаки обмана

Иллюстрации. Признаками обмана является *ослабление процесса иллюстраций*, что может быть вызвано различными причинами: отсутствием эмоций, которые индивид вкладывает в слова, когда, например, тема, которой он касается, ему не интересна; когда

человек говорит с осторожностью или предварительно обдумывает сказанное. И наоборот, человек, наигранно демонстрирующий свою заботу или энтузиазм, может выдать себя возросшим количеством иллюстраций.

Эмблемы. К эмблемным признакам обмана, указывающим на то, что человек пытается скрыть какую-то информацию, можно отнести *фрагментарно выполняемые действия и незавершенные жесты*. Иллюстрацией может служить движение в форме слегка выставленного в беседе среднего пальца руки, фрагментарно копирующего неприличный жест, который означает «имел я тебя». Человек, демонстрирующий этот жест, определенно отражает свое истинное отношение к происходящему. К этой же группе пластических признаков обмана относится *выполнение движений в непривычной позиции*. Человек, пытающийся утаить свое чувство беспомощности и контролирующей его экспрессивное выражение в форме поднятия или пожатия плеч, как правило, не способен скрыть небольшой поворот кистей рук, лежащих на коленях, что фрагментарно выражает то же состояние. Приведенный выше неприличный жест может выполняться незаметно, когда кисти рук находятся на коленях.

Манипуляции. Хотя манипуляции и не являются надежными признаками обмана, их количество и интенсивность, как правило, усиливаются у человека, находящегося в состоянии дискомфорта. Следует помнить, что лжецы могут знать, что манипуляции выдают их и поэтому способны к самоконтролю.

Таким образом, обман чаще проявляется тем, что количество эмблематических оговорок увеличивается, а количество иллюстраций уменьшается. Однако эти признаки надо всегда рассматривать только в контексте речи и ситуации, иначе можно ошибиться. Никогда не следует полагаться только на один признак обмана, их обязательно должно быть несколько.

ЧАСТЬ II ЭКСПРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПАТОЛОГИИ

2 ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ЭКСПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Психопатология - общий раздел, пропедевтика психиатрии изучает клинические проявления типовых нарушений психики (галлюцинаций, бреда, аффективной патологии, расстройств сознания, двигательных нарушений и пр.), их происхождение и динамику формирования. Психопатология занимается систематизацией психических расстройств, их синдромальным и нозологическим анализом, изучает особенности течения клинических картин, стереотипы их редукции в процессе терапии и саногенеза. Психопатология рассматривает общие вопросы экспертизы психических нарушений в различных аспектах - трудовом, судебном, военном, изучает общие принципы терапии (прежде всего психофармакотерапии, психотерапии) и проведения реабилитационных мероприятий.

Диагностика психических нарушений включает несколько этапов: выявление и квалификацию психопатологических симптомов, синдромальную диагностику, изучение болезненного состояния в динамике, установление нозологического диагноза. Распознавание психических нарушений основывается на данных, полученных с помощью клинико-психопатологического метода и патопсихологических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Хотя иногда информация о когнитивном и эмоциональном состоянии больного при возникновении трудностей вербального общения бывает малодоступной для наблюдения, ее содержание может быть достаточно точно воспроизведено путем анализа выступающих на первый план телесных сигналов.

Психиатр, слушая высказывания и суждения пациента, оценивает способность к логическим построениям, определяет его словарный и образовательный уровень. Одновременно по тембру, интонациям, амплитуде голоса больного определяет его эмоциональное состояние, по скорости речи судит о некоторых особенностях мышления (ускорение, замедление, обстоятельность, остановки

мысли), выделяет собственно речевые нарушения, которые тоже выступают в форме специфических экстернальных знаков. Ведя целенаправленную беседу с пациентом, врач погружается в мир его переживаний, следит за противоречиями в его суждениях, акцентирует внимание на возникших проблемах и опасениях, оценивает способность больного прогнозировать исход собственных действий и контролировать их. Наблюдая за поведением больного, врач выявляет его эмоциональные реакции и реконструирует комплекс тех отношений к проблемам, событиям, к самому себе, которые актуальны для него в текущий момент. Соотнося моторные реакции больного и его поведение в целом с продуктами психической деятельности, он старается выделить экспрессивные знаки и комплексы, которые отражают те или иные уровни психической и двигательной патологии.

Патология экспрессивного поведения феноменологически проявляется в форме усиления, ослабления, выпадения или встраивания отдельных моторных компонентов, приводящих к утрате естественной пластичности или вычурности целостной картины экспрессивной деятельности больного.

Одни экспрессивные симптомы психических расстройств выступают в структуре диагностических гипотез врача в форме предупреждения, клинической информации, настораживающей своей неконгруэнтностью с высказываниями, эмоциональным состоянием больного или ситуативными требованиями и ожиданиями (*«stop» - симптомы*). Другие подтверждают, дополняют диагностические предположения врача (симптомы - сигналы). Мы назвали бы их *«да»* или *«yes» - симптомы*.

Многие экспрессивные симптомы имеют условную диагностическую ценность, поэтому ни один из них, рассматриваемый отдельно, не может быть патогномичным, т. е. присущим какому-то определенному заболеванию. О специфической окраске экспрессивных знаков в патологии можно судить, рассматривая их лишь в форме целостных реакций и комплексов. Поэтому при оценке клинической и экспрессивной картины болезненных состояний врач должен руководствоваться следующими общими правилами:

1) экспрессивные симптомы или синдромы (комплексы) - это проявление всего лишь моторной составляющей психических или неврологических расстройств, поэтому в диагностическом процессе необходима комплексная системная оценка разных уровней выявленной патологии;

2) патологические формы экспрессивных знаков и комплексов - объективные признаки болезненных состояний и поэтому имеют достаточно высокий «удельный вес» в диагностике;

3) ни один отклоняющийся от нормы экспрессивный симптом, обнаруженный в процессе наблюдения и обследования больного, не должен оставаться без внимания и объяснений;

4) экспрессивные симптомы должны не подсчитываться, а взвешиваться, т.е. отражаться в сознании врача в форме определенных патогенетических корреляций.

В нижеизложенном материале даны характеристики клинических признаков основных форм типовых психических расстройств, однако особое внимание уделено их экспрессивной аранжировке и сигнальному значению.

2.1 Характеристика мимических расстройств

Мимика в патологии нередко является своеобразным «светофором» в диагностике психических нарушений. Наблюдая мимическую игру и соотнося её с другими экспрессивными признаками, можно с определенной долей вероятности предполагать наличие у больного тех или иных расстройств или болезненных состояний. В оценке мимических расстройств должны учитываться конфигурация элементов основного экспрессивного синдрома, выражение глаз, взгляд, диаметр и форма зрачков, положение губ, подвижность и соотношение частей лица, характеристики голоса (интенсивность, интонации, мелодика, скорость речи), формы общей двигательной активности, продолжительность и обратимость наблюдаемых нарушений. Диагностика мимических движений дает возможность дифференцировать патологические и еще сохранные формы мимических комплексов на фоне психических расстройств, предполагать их генезис, прогнозировать динамику и исход состояния больного.

Ниже приведены описания наиболее общих вариантов мимической патологии.

Гипермимия - резко меняющиеся мимические выражения, в которых принимают участие все части лица (мышцы области лба, губ, глаз), проявляющиеся в форме «калейдоскопа гримас».

У больных, находящихся в маниакальном состоянии, гипермимия выражается в быстром отражении в мимике возникающих эмоциональных состояний (например, радости, иронии, насмешки, гнева, раздражительности). Сопровождается резкостью, порывистостью движений, высокой степенью подвижности и неусидчивости больного. Голосовые интонации утрированно чеканные, голос громкий или сиплый, речь - ускоренная.

Гипермимия с симптомами общей двигательной расторможенности может встречаться у больных в состоянии кататонического возбуждения. Больные танцуют, кланяются, маршируют, принимают величественные позы, хохочут, рыдают. Нередко чрезмерно подвижная мимика у больных шизофренией может сочетаться с застывшим, напряженным взглядом.

Гипермимия у больных с синдромом Жиля де ля Туретта сопровождается интенсивным гримасничаньем, жестикуляцией, непроизвольным выкрикиванием ругательств. При тяжелом течении церебрального атеросклероза гипермимия может выражаться в форме насильственного плача или смеха, при слабодушии – в быстрых и легких переходах от состояния печали, страдания к состояниям веселья, радости, общего оживления.

Парамимия - несоответствие мимического выражения переживаемому больным эмоциональному состоянию: больной может улыбаться («дискордантные улыбки»), изображать удовольствие, хитро подмигивать и одновременно плакать, говоря о своих сложных проблемах, что создает впечатление парадоксального смешения чувств, которые мимически выражаются одновременно.

Парамимия отражает признаки психомоторной диссоциированности, вследствие чего мимика становится не конгруэнтной контексту ситуации или высказываниям больного и включает гримасничанье, расщепление мимической моторики, асимметричность участия в экспрессивном выражении правой и левой, верхней и

нижней половин лица. Встречаются *парамимии по горизонтали*, когда выражение лица выглядит более застывшим в одной половине лица, в то время как фиксация мимики в другой половине лица менее выражена. Могут наблюдаться *парамимии по вертикали*, которые сопровождаются не конгруэнтностью мимических картин в верхней и нижней частях лица.

Гипомимия, амимия - ослабление или полная утрата мимической активности у больного. Обеднение мимической деятельности может наблюдаться при психофизическом инфантилизме, некоторых вариантах личностной патологии, шизофрении, депрессивных состояниях, олигофрении, соматических и неврологических заболеваниях (сосудистой деменции, паркинсонизме и пр.).

Для больных с этой формой экспрессивной патологии характерна малоподвижная или застывшая мимика, часто не отражающая те эмоциональные переживания, о которых можно узнать по высказываниям больного. У больных с тяжелой депрессией лицо приобретает печальное, «потухшее» выражение с опущенными уголками губ, тусклым взглядом и отведенными вниз глазами. Их угнетенная мимика сочетается с общей двигательной заторможенностью, тихим голосом, землистым безжизненным цветом кожи. Обеднение мимической деятельности у больных, страдающих шизофренией, нередко сочетается с напряженным взглядом, устремленным в сторону и периодически появляющимися дополнительными моторными комплексами в форме парамимий или вычурных движений подвижной части лица (рта, бровей). У больных в дефектном состоянии общая композиция лица представлена застывшей, выражающей полное безразличие и равнодушие мимикой («пустое лицо»). Малоподвижное лицо больных с сосудистой патологией приобретает горестное выражение с расслабленными уголками рта и печальным взглядом. По мере утяжеления заболевания лица сосудистых больных становятся утомленными и безразличными.

2.2 Глазные симптомы

2.2.1 Зрачковые симптомы

Зрачковые симптомы в клинической практике встречаются в трех основных формах: *миоз* - сужение зрачков, *мидриаз* - расширение зрачков, *анизокория* - неравномерность величины зрачков

вследствие миоза или мидриаза одного из глаз. Зрачковые знаки имеют исключительно большое диагностическое значение в тех случаях, когда больные находятся в беспомощном состоянии и не способны сообщать врачу анамнестические сведения.

Зрачковые симптомы возникают при поражении многих отделов нервной системы (соответствующих полей коры головного мозга, структуры ствола мозга, спинного мозга и периферических отделов вегетативной нервной системы), вовлеченных в процесс контролирования величины зрачка.

Умение правильно интерпретировать зрачковые симптомы позволяет определить локализацию поражения при тех или иных неврологических или соматических заболеваниях.

Миоз вызывается парезом мышцы, расширяющей зрачок (паралитический миоз), или сокращением мышцы, суживающей зрачок (спастический миоз).

Паралитический миоз встречается при синингомиелии, миелите, сухотке спинного мозга и других процессах, которые поражают цилиоспинальный центр, находящийся в 8-м шейном и 1-м грудном сегментах спинного мозга. Он может возникать и при поражении шейной симпатической цепочки, а также других отделов нервной системы.

Спастическая форма миоза возникает при внутречерепных и мозговых процессах, способных раздражать парасимпатические волокна в составе глазодвигательного нерва, а также пути, идущие к ядрам этого нерва от соответствующих структур к коре и подкорковым узлам. При спастическом миозе величина зрачка может достигать размера булавочной головки и меньше.

Мидриаз также может проявляться в двух формах: паралитической и спастической. При паралитической форме мидриаза наблюдается потеря реакции зрачков на свет, в то время как при спастической форме эта реакция на свет сохраняется, хотя ее интенсивность и амплитуда уменьшаются.

Паралитический мидриаз обусловлен парезом сфинктера зрачка вследствие выпадения парасимпатической иннервации, проходящей в составе глазодвигательного нерва.

Спастический мидриаз вызван напряжением диллятора зрачка при раздражении симпатической иннервации, а также дисфункцией сфинктера зрачка, вызванной выпадением афферентных зрачковых нейронов при поражении зрительного нерва. Реже мидриаз возникает при поражении межэнцефальных вставочных нейронов.

Паралитическая и спастическая формы мидриаза возникают при поражении тех структур мозга, которые обуславливают аналогичные формы миоза.

Мидриаз и миоз могут быть одно- и двусторонними.

Односторонний мидриаз в сочетании с экзофтальмом этого же глаза можно наблюдать при тромбозе кавернозного синуса или аневризме внутренней сонной артерии. Появление этого симптома может свидетельствовать о прогрессирующей компрессии ствола мозга, например, при быстром нарастании внутричерепного давления из-за гематомы или опухоли, вызывающих дислокацию ствола мозга.

Двусторонний мидриаз может возникать при отравлении кофеином, атропином, кокаином, хинином, окисью углерода, при ботулизме. Иногда мидриаз наблюдается при лихорадочных состояниях и воспалительных процессах.

Односторонний миоз на фоне тяжелого состояния больного может быть симптомом начальной фазы вклинивания мозга в вырезку мозжечкового намета. Эта стадия обычно непродолжительная, и миоз быстро сменяется мидриазом на стороне вклинивания. Утрачивается реакция этого зрачка на свет. По мере нарастания вклинивания расширяется зрачок и на противоположной стороне.

Двусторонний миоз может быть признаком поражения нижних отделов среднего мозга и моста или вторичной компрессии



Рисунок 31 - Анизокория

ствола мозга вследствие острого повышения внутричерепного давления. Миоз может наблюдаться при нейроревматизме, интоксикации опиумом, отравлении алкоголем и некоторыми лекарственными препаратами, а также при аутоинтоксикации, в частности при уремии.

Анизокория, миоз и мидриаз встречаются при поражении не только нервной системы, но и при заболеваниях внутренних органов (органов брюшной полости, легких и пр.). При этом изменение величины зрачка происходит на «больной» стороне.

При анизокории следует определить, вследствие чего она возникла: одностороннего миоза или мидриаза. При констатации мидриаза важно выяснить, с чем он связан - с поражением зрительного или парасимпатических волокон глазодвигательного нерва, для чего проводятся необходимые процедуры неврологического обследования (определяются прямая и содружественная реакция зрачков на свет, используется проба с атропином и пр.).

2.2.2 Глазодвигательные нарушения

В неврологической и психиатрической клинике врачи нередко сталкиваются с глазодвигательными нарушениями, которые возникают при поражении черепно-мозговых нервов либо мышц, контролирующих движения глазных яблок. К глазодвигательным нервам относятся: глазодвигательный нерв (3-я пара), блоковидный нерв (4-я пара), отводящий нерв (6-я пара).

Причины глазодвигательных нарушений различны: инфекционные заболевания (грипп, ревматизм, дифтерия), менингиты, арахноидиты, заболевания, вызванные токсическими поражениями мозга (алкоголизм, сахарный диабет, отравление грибами), травматические поражения мозга, субарахноидальные кровоизлияния, внутричерепные опухоли и т.д.

Формы глазодвигательных нарушений. Поражение только глазодвигательного нерва (3-й пары) приводит к образованию *расходящегося косоглазия*, отсутствию или ограничению движений глазного яблока пораженного глаза внутрь и вверх, птозу, мидриазу и рефлекторной неподвижности зрачка.

Поражение только отводящего нерва (6-й пары) вызывает *сходящееся косоглазие* за счет больного глаза и невозможности отвести его кнаружи. Реакция зрачков на свет сохраняется.

К глазодвигательным нарушениям относятся также парез взора, симптомы «плавающего взора» и «глаз куклы».

Парез взора - больной не может выполнять сочетанные движения глазных яблок. Обычно данный симптом возникает при поражении заднего продольного пучка и его связей с задним отделом второй лобной извилины. В зависимости от направления взора можно судить о локализации патологического процесса. При поражении полушария мозга взор направлен в сторону патологического очага. При поражении ствола мозга взор уклоняется в противоположную очагу сторону (больной смотрит на парализованные конечности).

Симптом «плавающего взора» проявляется в медленном перемещении глазных яблок справа налево. Этот феномен свидетельствует об очень тяжелом состоянии больного, который в этот период обычно находится в коматозном состоянии. Уменьшение или усиление выраженности этого симптома свидетельствует о степени тяжести состояния больного.

Симптом «глаза куклы» выражается в том, что при поворотах головы в сторону взор остается фиксированным по средней линии, т.е. не отклоняется в сторону. Этот феномен может указывать на нарушения ствола мозга и наиболее часто встречается при интоксикациях и метаболических нарушениях (Виленский Б.С., 1986).

2.2.3 Нистагм

Нистагм - это ритмические подергивания глазных яблок, которые имеют различные виды направлений и стороны проявления. По направлению подергивания глазных яблок различают: горизонтальный, вертикальный и ротаторный (вращательный) нистагм.

Горизонтальный нистагм проявляется быстрыми движениями глазных яблок в одну сторону и более медленными - в другую.

Вертикальный нистагм - подергивание глазных яблок при взгляде вверх и вниз.

Маятникообразный нистагм - скорость движения в обе стороны одинаковая. По скорости движения глазных яблок выделяют мелкокоразмашистый, среднеразмашистый и крупноразмашистый виды нистагма.

Нистагм может быть ассоциированным и диссоциированным. *Ассоциированный нистагм* сопровождается синхронным движением глазных яблок в одну сторону. *Диссоциированный нистагм* - со-

стояние, когда одно глазное яблоко движется в горизонтальном направлении, другое – в вертикальном направлении. Этот вид нистагма встречается редко и всегда указывает на органическое нарушение связей вестибулярных ядер и проводников с ядрами заднего продольного пучка.

Различают также физиологический, врожденный и патологический нистагм.

Физиологический нистагм возникает у здоровых людей и не свидетельствует о патологии. К нему относят калорическую, установочную формы нистагма.

Врожденный нистагм возникает с момента рождения. Он спонтанный и может резко усиливаться при взгляде в сторону. В ряде случаев такой нистагм может свидетельствовать о врожденной слабости нервной системы. По данным И.М. Камянова, эта форма нистагма чаще встречается у больных психопатиями, заиканием, недержанием мочи. О том, врожденный это нистагм или нет, можно узнать, собрав анамнез у родственников.

Патологический нистагм бывает спонтанным или может выявляться при взгляде в сторону или вверх. Для его выявления или усиления предлагается следующий прием: при повороте головы вправо выявляется или усиливается нистагм, возникающий при взгляде влево; при повороте головы влево выявляется или усиливается нистагм, возникающий при взгляде вправо.

Нистагм нередко является ранним симптомом поражения ЦНС. Он чаще является результатом поражения путей и центров вестибулярного анализатора (вестибулярный нистагм) или самого вестибулярного аппарата (лабиринтный нистагм).

Спонтанный нистагм может наблюдаться при нарушении корковых процессов в области полей, контролирующих поворот головы и глаз в сторону. Нистагм, который длительно удерживается, является вестибулярным и указывает на поражение стволовых отделов мозга. Он встречается при рассеянном склерозе, опухоли в задней черепной ямке, сосудистых заболеваниях мозга (при нарушениях кровообращения). Наличие ротаторного нистагма может указывать на поражение нижнего отдела продолговатого мозга. Вертикальный нистагм обычно возникает при поражении мезэнцефальных струк-

тур мозга или четверохолмия. При этой же локализации процесса может наблюдаться и конвергирующий нистагм, когда подергивания глазных яблок направлены друг к другу.

Нистагм может возникать при травматическом поражении мозга, в частности при сотрясении головного мозга. В таких случаях нистагм обычно выявляется сразу же после восстановления сознания, а при легкой степени сотрясения головного мозга может быть единственным объективным симптомом поражения мозга. Нистагм, чаще маятникообразный, нередко отмечается у слепых и больных с очень слабым зрением (при врожденной катаракте, миопии, астигматизме и др.).

Какое бы значение не имел нистагм для диагностики, неврологический диагноз не может устанавливаться только на основании этого симптома. Требуется полное клинико-неврологическое и инструментальное обследование пациента.

При осмотре больного следует обращать внимание на внешние признаки глаз, в частности, на состояние его глазной щели.

Расширение глазной щели может наблюдаться при расслаблении круговой мышцы глаз, при усилении тонуса симпатической иннервации, при *экзофтальме* (выпячивании глаза из орбиты), например, при тиреотоксикозе.

Сужение или закрытие глазной щели может быть при опущении верхнего века (полный или частичный *птоз*), при спазме круговой мышцы глаза, при *энофтальме* (западении глазного яблока в орбиту).

Кроме того, для уточнения неврологического статуса больного важно проведение некоторых простых тестов, позволяющих выявить и изучить реакции зрачков на свет и на конвергенцию.

Реакция зрачков на свет - рефлекторное сужение зрачков при их освещении и расширение в темноте. Для исследования зрачковых реакций лицо пациента поворачивают к источнику света и предлагают фиксировать взгляд в отдаленной точке. Далее закрывают ладонями оба глаза больного, что приводит к расширению зрачков, затем быстро отводят одну руку и наблюдают *прямую реакцию зрачков* на свет. Для исследования *содружественной реакции зрачков* один глаз затемняют ладонью, при этом возникает содружест-

венное расширение другого зрачка. Затем быстро отнимают ладонь, возникает содружественное сужение обоих зрачков.

Реакция зрачков на конвергенцию. Больному предлагают смотреть на приближающийся к его носу молоточек (палец). При рассмотрении близких предметов возникает *конвергенция* (сведение осей глаз) и одновременно *аккомодация* (сужение зрачков). Полная утрата реакции зрачков на свет и конвергенцию называется *полной неподвижностью зрачка*.

2.2.4 Глазные симптомы в психиатрической клинике

Зрачковые симптомы чаще указывают на органическое поражение нервной системы, однако они могут наблюдаться и при психических расстройствах, неврозах, расстройствах личности и т.д.

Анизокория, миоз и мидриаз, по данным И.М. Камянова (1989), наиболее часто встречаются при хроническом алкоголизме, травматическом поражении мозга, субарахноидальном кровоизлиянии, опухолях мозга, эпи- и субдуральных гематомах. Двусторонний мидриаз, при котором отсутствуют или слабо возникают реакции зрачков на свет, встречается у больных, принимающих корректоры, финлепсин, антидепрессанты с трициклической структурой (амитриптилин, триптизол и пр.). Двусторонний мидриаз с утратой фотореакций при наличии у больного оглушения или комы может свидетельствовать о тяжелом отравлении барбитуратами и другими снотворными препаратами. Такая же зрачковая реакция может наблюдаться во время эпилептического припадка, а иногда и через некоторое время после него.

В психиатрической клинике может встречаться двусторонний *синдром Аргайл - Робертсона*, который состоит из следующих компонентов: 1) миоз; 2) отсутствие фотореакций; 3) сохранность реакций на конвергенцию и аккомодацию. Он наблюдается не только при спинной сухотке и прогрессивном параличе, но и при хроническом алкоголизме, опухолях срединных структур мозга, хронических дегенеративных заболеваниях мозга.

Реже встречается *синдром Горнера*. Он включает следующий набор симптомов: 1) миоз (вследствие пареза мышцы дилатора зрачка); 2) птоз (из-за пареза мышцы, поднимающей верхнее веко),

3) западение глазного яблока (энофтальм). Синдром является односторонним. Суженный зрачок обычно живее реагирует на свет, чем «здоровый».

Встречается также *синдром Пти*, который включает: 1) одностороннее расширение зрачка и глазной щели; 2) отсутствие или слабую выраженность реакции расширенного зрачка на свет. Этот синдром возникает при патологических процессах на шее, раздражающих звездчатый узел или его волокна. Часто он выявляется при процессах в верхушке легкого (при эмфиземе), а также при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

У некоторых больных может встречаться *синдром Эди*, который может наблюдаться при авитаминозах, инфекционных и токсических заболеваниях нервной системы, хроническом алкоголизме, сахарном диабете. Синдром, который чаще бывает односторонним, включает следующие признаки:

- 1) мидриаз одного из глаз;
- 2) сохранение зрачков на конвергенцию;
- 3) вялую реакцию зрачков на свет (зрачки суживаются либо очень медленно, либо совсем не суживаются).

Психические заболевания сами по себе не вызывают поражения глазодвигательных нервов и мышц, хотя эти нарушения встречаются не так уж редко. В связи этим их констатация требует серьезного неврологического обследования психически больного.

В психиатрической клинике нередко возникают трудности в отграничении врожденных поражений глазодвигательных нервов от приобретенных, что имеет большое диагностическое значение. Если глазодвигательные нарушения возникли недавно, то их появление в определенной мере может свидетельствовать о возможном органическом генезе психических расстройств. Врожденные глазодвигательные нарушения обычно указывают на врожденную неполноценность мозга. Это разграничение особенно важно для правильной организации терапии, адекватного проведения трудовой, военной и судебной экспертиз.

Наиболее часто глазодвигательные нарушения встречаются при алкогольной энцефалопатии Гайе - Вернике. Эта форма энцефалопатии обычно дебютирует алкогольным делирием, который бы-

стро приобретает тяжелый характер. На фоне разнообразных неврологических симптомов глазодвигательные нарушения определяются уже в самом начале страдания и быстро прогрессируют. Наиболее рано возникает нистагм, вскоре присоединяются симптомы поражения 3-й пары черепно-мозговых нервов. Появляются птоз, косоглазие, слабость внутренней мышцы глазного яблока. Нередко можно зафиксировать анизокорию, слабость реакции зрачков на свет или ее полное отсутствие. Эти симптомы могут быть односторонними или двусторонними.

При благоприятном исходе больные постепенно выходят из спутанного сознания в органический психосиндром или корсаковский синдром, клиника которых может удерживаться несколько месяцев. По мере выхода из психоза интенсивность проявлений «глазных» симптомов уменьшается.

Нистагм чаще наблюдается при хроническом алкоголизме, у одних в связи с алкогольной интоксикацией, у других входит в клинику алкогольного мозжечково-атактического синдрома. Встречается также у больных церебральным атеросклерозом с психическими нарушениями. В таких случаях он чаще возникает вследствие дефицита кровоснабжения путей и центров вестибулярного анализатора.

Нистагм может отмечаться у больных эпилепсией при интоксикации противоэpileптическими препаратами (главным образом, при приеме барбитуратов), а также в течение короткого времени (нескольких часов - суток) после судорожного припадка.

2.3 Галлюцинации

Галлюцинации относятся к группе расстройств восприятия, которая, кроме галлюцинаций, включает иллюзии, психосенсорные расстройства, патологию ощущений. В этом разделе мы рассмотрим только клинические проявления галлюцинаций и реакции на них больных. Их мотивирующее действие на поведение человека вызывает достаточно богатую палитру его экспрессивного выражения.

Галлюцинации - это расстройства восприятия, характеризующиеся возникновением в сознании больного образов и чувственных

сигналов разной модальности тех объектов или действий, которые реально отсутствуют в период их появления.

Феноменология различных видов галлюцинаций определяется их структурными характеристиками: направленностью проекции образов (сигналов), степенью их дифференцированности, сенсорности, ассимиляцией с объектами внешней среды, связью с нарушениями других психических функций (расстройствами мышления, бредовыми переживаниями, нарушениями сознания и аффективной сферы), спаянностью с системой отношений и ценностями личности.

По структурному критерию выделяют следующие виды галлюцинаций [50].

Истинные галлюцинации - расстройство восприятия, характеризующееся следующими признаками: кажущийся образ (сигнал) расположен во внешнем от тела больного пространстве (экстрапроекция); галлюцинации ассимилированы с элементами внешней среды, т.е. «сливаются» с внешней обстановкой; кажущиеся образы телесны, объемны, пластичны и выявляют высокую степень сенсорности, что придает им оттенок естественности и «реалистичности»; сопутствующие нарушения мышления у больных приводят к отсутствию у них критики к обманам восприятия, поэтому кажущиеся образы оцениваются как действительно существующие объекты или сигналы.

Истинные галлюцинации могут возникать на фоне ненарушенного и помраченного сознания, сочетаться с бредовыми и аффективными расстройствами и существовать изолированно, без бредовой интерпретации.

Псевдогаллюцинации - психопатологические феномены, которые включают в себя следующую комбинацию структурных характеристик: образы (сигналы) имеют интропроекцию – воспринимаются больными во внутреннем пространстве их тела (в голове, сердце, животе и пр.); не ассимилируются с пространством окружающей действительности; по сравнению с истинными галлюцинациями отличаются меньшей яркостью, лишены телесности, объемности и воспринимаются больными как плоскостные и неестествен-

ные; сопровождаются чувством чуждости, неотступности, насильственности и сделанности.

Псевдогаллюцинации чаще возникают на фоне ненарушенного сознания, связаны со стойкими расстройствами мышления и иногда не отличаются от них, часто сочетаются с бредом, хотя могут существовать самостоятельно. Бред может предшествовать появлению галлюцинаций или появляться одновременно с ними. Очень часто галлюцинаторные и бредовые переживания связаны сюжетно.

Галлюциноиды - галлюцинаторные феномены, занимающие промежуточное положение между истинными галлюцинациями и псевдогаллюцинациями. Некоторыми авторами определяются как неполные псевдогаллюцинации. Галлюциноиды лишены естественности внешнего оформления, не имеют четкой локализации в пространстве, не ассимилируются с предметами окружающей среды, больными обычно воспринимаются как нереальные. Это нечеткие, неясные, как правило, непродолжительные «обманы»: тени или призраки, мелькнувшие перед глазами, образ или фигура, видимые недалеко от глаз и исчезающие при попытке больного взглянуть в них. Это также нечетко слышимый монолог или диалог, который больному трудно понять, это неясно чьи (мужские или женские) «голоса», которые слышатся в трудно локализуемом пространстве и как бы не несут какого-то определенного содержания.

Галлюцинозы - галлюцинации, возникающие на фоне ненарушенного сознания, при отсутствии видимого расстройства мышления, сопровождающиеся сохранностью критики до и после появления галлюцинаций и относительной критичностью больного в момент галлюцинирования. Галлюцинозы локализуются всегда в экстрапроекции, не сопровождаются бредом (иногда бред может возникать после галлюцинаций). Галлюцинаторные образы характеризуются большой чувственной живостью: яркостью, стабильностью, завершенностью, немногочисленностью и «наплывами» - ритмичностью появления кажущихся сигналов.

Различают две группы галлюцинозов: истинные и органические. Для истинного галлюциноза, который может отмечаться при травматической болезни, алкоголизме, характерны: сохранность критики, отсутствие бреда, красочность, яркость галлюцинаторных

образов. Критика у больных исчезает только в момент галлюцинирования. Органические галлюцинозы возникают на фоне органических поражений мозга и бывают, как правило, зрительными или тактильными. Образы или комплексы патологических ощущений не всегда ассимилируются с элементами внешней среды, характеризуются отсутствием реалистичности (часто в виде микропсий и зоопсий) и добродушным отношением больных к «видениям».

Психические галлюцинации - психопатологические феномены, по сути приближающиеся к расстройствам мышления и отличающиеся отсутствием какого-либо сенсорного оттенка. Больными они воспринимаются как «чужие», «вложенные», «насильственные» мысли, «фразы» или «слова», лишённые признаков сенсорности. Больные слышат беззвучные мысли, тайный «внутренний голос» и не могут объяснить, откуда они взялись. Они не могут определить, вложена ли эта мысль кем-то или принадлежит им самим, звучит она или не звучит. В отдельных случаях психические галлюцинации наблюдаются одновременно с вербальными псевдогаллюцинациями.

В зависимости от рецепторной принадлежности галлюцинаций, от доминирующего участия в возникновении обманов восприятия той или иной репрезентативной системы выделяют следующие виды галлюцинаций: зрительные, слуховые, тактильные, вкусовые и обонятельные.

При описании галлюцинаций мы использовали 3 основных критерия: структурные признаки, характерные для каждой репрезентативной системы, содержание галлюцинаций и их экспрессивные признаки.

Слуховые галлюцинации - психические нарушения, характеризующиеся восприятием элементарных звуков, слов, фраз, музыки, не звучащих в той реальной среде, в которой находится больной. В группе галлюцинаторных расстройств слуховые галлюцинации встречаются наиболее часто, среди слуховых галлюцинаций чаще встречаются вербальные (словесные) галлюцинации.

Выделяют элементарные и сложные слуховые галлюцинации.

К элементарным относятся: *акоазмы* - галлюцинации в форме шума, свиста, шипения, треска; *фонемы* - галлюцинации в форме междометий, обрывков фраз, слогов.

К сложным слуховым галлюцинациям относятся длительные монологи или диалоги и другие информационные сообщения различного содержания, воспринимаемые больными.

Структурные характеристики галлюцинаций. Громкость - «голоса» могут слышаться в форме шепота, быть обычной громкости или восприниматься неестественно громкими, вплоть до оглушающего воздействия на больного.

Локализация - «слова» и «звуки» слышатся внутри головы и тела больного, недалеко от него, в пределах «слуховой досягаемости» (в соседней комнате, за стеной, в соседней квартире, рядом с домом) и вне «слышимости» - в соседних домах, далеко на улице, «где-то сверху» и пр. «Голоса» могут оставаться на одном расстоянии, приближаться или удаляться от больного.

Принадлежность к источнику - «голоса» (звуки) могут принадлежать мужчинам, женщинам, детям, знакомым или незнакомым людям, живым или умершим, могут быть нечеловеческими (принадлежащими животным, птицам, инопланетянам, «нечистой силе»).

Единичность - множественность - «голоса» (звуки) могут принадлежать одному человеку, двум и большему количеству людей («хор голосов»).

Сложность и степень дифференцированности - больные слышат четко произносимые слова или фразы, монологическую или диалогическую речь или что-то неясное, отрывочное, непонятное.

Проекция - при истинных галлюцинациях источники «голосов» располагаются во внешнем пространстве, при псевдогаллюцинациях слышатся «внутри черепа», «в голове», «в мозге», внутри ушей или одного уха, в пространстве, непосредственно окружающем больного.

Длительность - «голоса» (звуки) могут звучать постоянно, вызывая мучительные переживания у больных, эпизодически (например, в виде окликов), могут появляться в виде «наплывов» – усиливаться и постепенно исчезать.

Содержание галлюцинаций

Комментирующие - обсуждающие поступки и высказывания больного с соответствующим определением того, что он делает и говорит в данный момент.

Императивные - повелительные «голоса», заставляющие больного предпринять какие-то действия. Обычно императивные галлюцинации враждебны по отношению к больному и могут сочетаться с бранящими и угрожающими «голосами», «толкать» больного на плохие, иногда общественно-опасные поступки (нападение, поджог, убийство, самоубийство).

«Ангельские» - «голоса», дающие больному добрые советы, проявляющие к нему хорошее отношение, оправдывающие его поступки.

Антагонистические - галлюцинации, в которых больной слышит то угрозы, обвинения, то реплики в его защиту. Одни «голоса» обвиняют, упрекают его, другие - защищают и приводят смягчающие доводы.

Повествовательные - «голоса», сообщающие о различных событиях настоящей и прошлой жизни.

Дразнящие - «голоса» или звуки, передразнивающие, поддразнивающие больного, насмехающиеся над ним.

Обвиняющие - «голос» или группа «голосов», осуждающие больного за что-то и угрожающие наказанием за реальные или вымышленные проступки.

Поддерживающие - ободряющие, защищающие и успокаивающие «голоса».

Угрожающие - «голоса», сообщающие непосредственно больному или косвенно («обсуждая» между собой) о нападении на него или на его близких, в связи с чем больной становится «свидетелем» агрессивных и коварных планов врагов.

Слуховые галлюцинации Аленитля - психогенные галлюцинации в виде «стуков», «звонков», наблюдающиеся в ситуации напряженного ожидания и тревоги у психически здоровых людей.

Экспрессивное поведение. Больной прислушивается к «голосам», мимика его лица наряжена и отражает состояние сосредоточенного внимания. На словесное обращение окружающих к больному он может отмахивающим жестом показать, чтобы ему не меша-

ли. Голова и туловище направлены к источнику звучания. Нередко, вступая в диалог с «голосами», больной, уединившись, что-то шепчет, улыбается или испытывает тревогу и страх. О наличии слуховых галлюцинаций может свидетельствовать смех, неожиданно и неадекватно возникший у больного. Об имеющихся у больного галлюцинациях можно судить по тому, что в речи и в сообщениях больного появляются неологизмы, возникают состояния неадекватного и необоснованного изменения отношения к окружающим. Под влиянием «голосов» больные могут сообщать необычные новости или факты, неизвестно откуда взявшиеся.



Рисунок 32 –
«Хорошие
голоса»

Если галлюцинации имеют *«приятное» содержание*, мимика больного становится радостной, довольной. Рот раскрывается, уголки рта уходят назад, верхняя губа и щеки приподнимаются, образуя морщины смеха. Глаза больных блестящие, искрящиеся, с большим количеством морщинок, отходящих от наружного угла глаз. В зависимости от характера и содержания галлюцинаций мимика радости у больного то затухает, слабеет, то, наоборот, усиливается. В связи с усилением кровообращения нередко отмечается гиперемия лица.



Рисунок 33 -
Неприятные
галлюцинации

Негативное содержание галлюцинаций сопровождается «голосами», угрожающими больному, ругающими его, сообщающими ему что-то неприятное. В таких случаях лицо больного выражает напряженность, боязливость, страх. В мимике возникают изменения, сопровождающиеся сужением глазных щелей, расширением крыльев носа. Мышцы лица судорожно напрягаются, кожные покровы становятся бледными. Испытывая страх или ужас, больной может кричать, звать на помощь. В таком состоянии больные могут затыкать уши

ватой, закрывать лицо руками, прятать голову под подушку или под одеяло. Больные, испытывающие страх, спасаются бегством и могут совершать импульсивные поступки – выпрыгнуть из окна, спрыгнуть с поезда, с балкона либо пытаются обороняться. Оборонительное поведение нередко проявляется в стремлении баррикадироваться, занимать осадное положение, оказывать упорное сопротивление мнимым врагам. Под влиянием галлюцинаций императивного содержания больные могут совершать неожиданные импульсивные действия, направленные как на окружающих, так и на самих себя.

Часть больных, обычно с длительно существующими слуховыми галлюцинациями, привыкшие к ним, нередко ведут себя правильно, особенно на людях, выполняют свои служебные и семейные обязанности и внешне особо не выявляют своих расстройств.

Зрительные галлюцинации. Выделяют элементарные и сложные галлюцинации. Элементарные галлюцинации включают зрительные фрагменты малопонятного содержания и проявляются в виде фотопсий - образов, лишенных четкой формы (пламя, искры, пятна, полосы, дым). Сложные галлюцинации - это видения, имеющие форму конкретных предметов, сцен или картин. Зрительные псевдогаллюцинации чаще возникают на фоне ненарушенного сознания, истинные зрительные галлюцинации нередко сочетаются с симптомами помраченного сознания.



Рисунок 34 -
Устрашающие
«голоса»

В клинике зрительных галлюцинаций можно выделить следующие параметры.

Цветность - галлюцинации могут быть черно-белыми или цветными. Цвет предметов может соответствовать реальному или становиться блеклым или неестественно ярким.

Размер - образы предметов могут соответствовать собственным размерам (*нормотические галлюцинации*), казаться уменьшенными (*микротические галлюцинации*) или достигать гигантских размеров (*макротические галлюцинации*).

Подвижность - образы объектов могут занимать неизменное, статичное положение или быть подвижными (например, в виде насекомых, крыс, мышей, змей) и даже чрезмерно подвижными («снующие» галлюцинации).

Локализация - галлюцинаторные образы могут находиться на одном и том же расстоянии, удаляться, приближаться или двигаться на больного.

Целостность - галлюцинаторный образ может выглядеть в совокупности всех присущих ему деталей или восприниматься фрагментарно (больной видит только лицо, руки, пальцы, ступни ног, другие части тела человека или отдельные детали предметов).

Проекция - направленность галлюцинаторной продукции внутрь тела больного или за его пределы. Для истинных зрительных галлюцинаций характерна проекция в привычно воспринимаемое пространство, для псевдогаллюцинаций - интропроекция. Зрительные образы локализуются внутри головы и сопровождаются чувством сделанности. Образы (инородные предметы, живые существа, происходящие внутри физиологические процессы) могут видаться внутри организма (*эндоскопические галлюцинации*), проецироваться в пространство вне поля зрения (*экстракамбинные галлюцинации*).

Масштабность. Видения в зависимости от сложности, дифференцированности и объема изображения делят на: *предметные* - образы воспринимаются в виде предметов определенного размера и формы; *сценоподобные* - динамичные галлюцинации в виде последовательно меняющихся картин, изображающих какое-то событие; *панорамные* - зрительные галлюцинации, приобретающие глубину и масштаб расположения зрительных картин, изображающих пейзажи, космические и другие события фантастического содержания.

Зависимость от фазовых состояний сна - появление галлюцинаций совпадает с периодами засыпания или пробуждения человека. При *гипногических галлюцинациях* видения возникают перед засыпанием, при *гипнопомпических* - после пробуждения.

В зависимости от содержания и смысловой нагрузки зрительных образов выделяют следующие виды галлюцинаций.

Угрожающие - образы, ведущие себя по отношению к больному агрессивно, готовящиеся к нападению, нападающие, преследующие его.

Зоологические - зрительные образы представлены живыми существами - крысами, кроликами, мышами, собаками, насекомыми и пр.

Дразнящие - больной видит фигуры или неодушевленные предметы, которые при попытке больного приблизиться к ним то приближаются, то отдаляются и как бы дразнят его. Встречаются при алкогольном делирии.

Демонические - галлюцинации представлены образами мистических или мифологических существ (чертей, ангелов, русалок, дьявола и т.п.).

Аутоскопические - больной видит вполне реалистический образ собственного двойника, находящегося во внешнем пространстве. Чаще встречаются при органических поражениях мозга. Галлюцинации могут быть истинными и ложными. Редко встречаются отрицательные аутоскопические галлюцинации, когда больной не видит в зеркале себя или частей своего тела.

Теологические - галлюцинации религиозного содержания. Больные видят божий лик, кресты, иконы, лица святых и пр. Могут сочетаться со слуховыми галлюцинациями (больные слышат голоса Бога, пророков, песнопение).



Рисунок 35 -
Тревожные
зрительные
галлюцинации

Висцероскопические - образы собственных внутренностей и происходящих там процессов, могут сочетаться со слуховыми висцерофоническими галлюцинациями.

Экстатические - образные яркие галлюцинации, вызывающие у больного чувство экстаза.

Буквенные - зрительные образы в виде букв, обладающие особым мистическим значением. Могут встречаться в форме предупреждающих надписей, плакатов и пр.

Галлюцинации воображения -



Рисунок 36 –
Пугающие
«видения»

зрительные (иногда слуховые) галлюцинации, фабула которых вытекает из аффективно значимых и длительно вынашиваемых в воображении идей. Для них характерна яркая чувственная актуализация представленных образов.

Экспрессивное поведение. В период галлюцинирования голова и тело больного направлены в сторону кажущегося образа. Глаза обычно широко открыты, фиксированы и обращены к источнику видений. Зрачковые реакции меняются в зависимости от того, какие эмоции доминируют в состоянии больного: если галлюцинации приятны, зрачки расширяются, если

галлюцинации пугают и вызывают страх, зрачки суживаются. Испытывая зрительные галлюцинации, больные нередко зажимают глаза, становятся неусидчивыми, внезапно оборачиваются, от чего-то прячутся, отмахиваются, что-то стряхивают со своей одежды. Мимика и жесты больного могут отражать достаточно широкую палитру эмоциональных состояний, возникающих под влиянием зрительных галлюцинаций: сосредоточенность, любопытство, изумление, восхищение, презрение, страх, отчаяние, гнев и т.д.



Рисунок 37 –
Приятные
зрительные
галлюцинации

При возникновении зрительных галлюцинаций *приятного содержания* больной улыбается, его рот слегка раскрыт, уголки рта оттягиваются слегка назад. Лицо может выражать состояние счастья и удовольствия. Возникновение *неприятных, пугающих галлюцинаций* сопровождается напряжением лица и устремлением глаз к источнику «видения». Лицо больного выражает тревогу, брови приподняты. Если галлюцинаторный образ вызывает сильно

выраженный страх, больной замирает в напряженной позе, может закрыть глаза, тереть их, прятаться от чего-то, пытается устранить ненавистное и пугающее видение. Чувство страха может проявляться и в голосовых экспрессивных признаках: больные кричат, плачут, зовут на помощь и выражают его в иных формах вокализации.

Тактильные галлюцинации - комплекс неприятных и мучительных ощущений с разнообразными сенсорными оттенками, сопровождающимися активными действиями больных, направленными на устранение их источника.

Тактильные галлюцинации не имеют соматической основы, часто возникают на фоне бредовых состояний (брёда отравления, воздействия, нигилистического брёда) и имеют тенденцию к затяжному течению. Тактильные галлюцинации с трудом описываются и дифференцируются больными. Встречаются чаще при органических поражениях мозга токсического или инфекционного генеза, реже - при шизофрении.

В структуре тактильных галлюцинаций можно выделить следующие параметры:

Локализация - галлюцинации могут ощущаться больными на поверхности кожи, во внутренних органах, а также возникать на (в) ограниченных локальных участках - в области рта, на коже и под кожей, в костях, в мозге, в гениталиях и пр.

Сенсорная модальность - по этому признаку галлюцинации воспринимаются больными как прикосновения, ощущения влажности, ползания насекомых, присутствие инородных предметов, холода или жара, покалывания, пощипывания, приклеивания, жжения, в форме толчков и ударов.

Выделяют следующие разновидности тактильных галлюцинаций:

Ротоглоточные - тактильные галлюцинации, локализирующиеся в полости рта и глотки и характеризующиеся больными как ощущение присутствия там инородного тела («нитей», «проводаки», «прилипшей пластмассы» и пр.). Наблюдается при алкогольном делирии.

Гаптические - мнимые ощущения давления на поверхность тела, резкого схватывания, толчков, как бы исходящих извне.

Сенестетические - необычные ощущения в теле или во внутренних органах (чувство ожога, пощипывания), воспринимаемые больными как результат внешнего воздействия.

Тактильные - неприятные ощущения, сопровождающиеся чувством ползания под кожей насекомых, передвижения разного рода мелких предметов. Иногда это ощущение прикосновения к коже неодушевленных предметов. Часто сопровождаются жжением, зудом, болью.

Генитальные - тактильные галлюцинации переживания непристойных, бесстыдных манипуляций, производимых с половыми органами больного.

Гигрические - характеризуются ощущением влажности, льющейся на больного жидкости. Данные галлюцинации описаны при гриппе, сахарном диабете, у заключенных - при кормлении соленой пищей.

Термические - больные испытывают ощущения холода или тепла на поверхности кожи, часто в изолированных участках тела. Иногда выражаются в жалобах больных на чувство прикосновения горячих или холодных предметов.

Экспрессивное поведение. Испытывая неприятные ощущения в области ротоглотки, больные обращают на себя внимание тем, что пытаются вытащить оттуда какие-то «приклеившиеся», «застрявшие» предметы. Они упорно лезут в рот пальцами, тянут застрявшую между зубами «проволоку» или «нити», пытаются оторвать приклеенные к внутренней части зубов или неба «кусочки металла». Сидя с напряженным и сосредоточенным лицом, больные могут наматывать на палец доставаемую изо рта «тонкую веревочку», используя иногда вспомогательные средства. Так, один из наблюдавшихся нами больных использовал для этого даже плоскогубцы.

Термические галлюцинации воспринимаются в зависимости от того, как они трактуются больными. Если термические галлюцинации возникают на фоне бреда преследования и воздействия, больные, считая, что их хотят убить лазерной пушкой или каким-то другим «современным» оружием, как правило, предпринимают нелепые защитные действия, чтобы уберечь себя от их воздействий: находятся дома только в определенное время, сооружают различные

«экранные» конструкции, спят под кроватью, в качестве заслона от «термической атаки» выдвигают холодильники, в проемы окон вставляют металлические листы. Один больной, чувствуя, как из космоса в область его головы посылаются тепловые «прожигающие» лучи, летом с целью безопасности ходил в шапке, в подкладку которой вшил стальной круг.

Испытывая неприятные мучительные ощущения ползания насекомых в коже рук, чаще в области предплечий и тыльной части кисти, больные, веря в их реальность, пытаются их «раздавить», для чего ногтями давят то место, где эти ощущения особенно интенсивны. Пытаются разрушить «дорожки» передвижения насекомых, для этого иголкой, ножом или другими острыми предметами протыкают кожу в тех местах, где предполагают наибольшее скопление насекомых. Такие больные склонны к проведению мер дезинфекции пораженных участков кожи, моют пол, стены комнаты, в которой живут. Обращаясь к врачам, главным образом к дерматологам, они возмущаются, если их опасения игнорируют. Для доказательства своих предположений они обращаются в лаборатории, где настаивают на исследовании соскобов кожи, для этого же приносят на прием к врачу сосуд с водой, куда помещают мелкие кусочки эпидермиса.

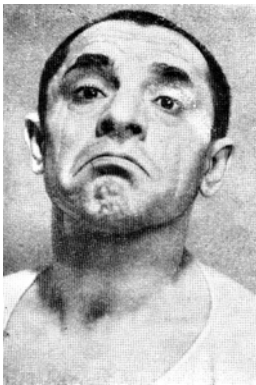


Рисунок 38 - Мимика при вкусовых галлюцинациях

Генитальные тактильные галлюцинации, как правило, сочетаются с бредовыми переживаниями сексуального содержания. Считая, что ночью, когда они спят, их насилуют, развращают, проводят с их гениталиями какие-то эксперименты, больные знакомят со своими идеями близких, иногда обращаются в милицию. Генитальные галлюцинации, которые чаще встречаются у женщин, включают неприятный комплекс ощущений (боль, жжение, ощущение разрыва тканей), иногда - приятные сексуальные ощущения, нередко приводящие к оргазму. Одна из больных, которая испытывала подобные ощущения и считала, что вступает в половые отношения с

«домовым», сказала: «Ни один мужчина не дал мне того, что я чувствовала с ним».

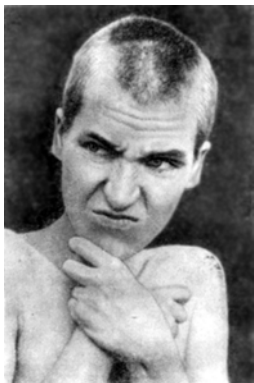
Вкусовые и обонятельные галлюцинации. Есть немало причин рассматривать обе группы галлюцинаций вместе: в клинической картине психических расстройств они часто сочетаются и «дополняют» друг друга; их трудно отличить от иллюзий и отграничить от бреда; они часто связаны с бредом сюжетно и редко встречаются изолированно.

Вкусовые галлюцинации - ложные, чаще неприятные вкусовые ощущения, которые возникают при приеме привычной пищи и воспринимаются больными как не соответствующие вкусовым качествам реальных продуктов. Больные, затрудняясь в описании изменившихся вкусовых ощущений, часто используют такие характеристики пищи, как отвратительная, горькая, протухшая, напоминающая помой, чрезмерно соленая, потерявшая привычные вкусовые качества.

Экспрессивное поведение. В период галлюцинирования у больных появляется гримаса отвращения, они выплевывают находящуюся во рту пищу, подозрительно ее осматривают, часто выбрасывают оставшиеся продукты в мусорное ведро или в туалет. Иногда незаметно для окружающих пытаются мыть твердые продукты в проточной воде. Позже, когда бредовые идеи отравления становятся устойчивыми, больные отказываются принимать пищу. Если они предполагают, что причиной ощущений при приеме пищи являются близкие, то неожиданно для последних отказываются есть вместе с остальными членами семьи и настаивают на том, чтобы питаться отдельно. Часто готовят себе сами и раздражаются, когда кто - то входит на кухню, если они едят.

Обонятельные галлюцинации - обман восприятия, характеризующийся ощущением больными реально отсутствующих запахов: чаще неприятных - гнили, разложившихся органов, отбросов, ядовитых газов, реже приятных - одеколona, цветов, вкусной пищи. Обонятельные галлюцинации нередко возникают в комплексе с вкусовыми и тактильными обманами, которые тематически могут быть связаны с бредовыми идеями отравления.

Экспрессивное поведение. Вначале, испытывая отвращение,



*Рисунок 39 -
Обонятельные
галлюцинации*

больные закрывают нос ладонью, платком, чтобы нейтрализовать дурно пахнущий запах, используют приятно пахнущие вещества, дезодоранты. Затем пытаются найти «источник» неприятного запаха – принимают к предметам, продуктам, часто проветривают комнату, обращаются за помощью к соседям или близким, которым доверяют, и просят подтвердить наличие неприятного запаха (нередко газа или яда) в их квартире. Убедившись, что им никто не верит, они пытаются скрывать свою проблему, а при встрече с психиатром нередко диссимулируют (утаивают) свои переживания. Продолжая поиск тех мест, в которых газ может, по

их мнению, «просачиваться», они заделывают щели вдоль труб и других коммуникаций в квартире. Иногда обращаются в медицинские учреждения с просьбой провести мероприятия по обеззараживанию ядов, используют самодельные респираторы. Один наблюдавшийся нами больной с обонятельными галлюцинациями и бредовыми идеями отравления в течение многих лет в качестве «защиты» использовал старый противогаз. В один из периодов жизни он же соорудил деревянный щит, приспособил его к одной из мачт линии электропередач, находящейся недалеко от его дома, и в летнее время ночевал только там.

При *аутоосмии*, галлюцинаторных ощущениях неприятного запаха, исходящего от собственного тела, больные часто выражают беспокойство, что его могут почувствовать окружающие. Аутоосмические галлюцинации нередко сочетаются с бредовыми идеями физического недостатка, когда больные убеждены, что являются источником распространения неприятных запахов, чаще - кишечных газов, реже - запаха изо рта, пота, мочи, спермы и т.д.

Больные, страдающие от таких ощущений, перестают бывать на людях, избегают общества лиц противоположного пола, отказываются посещать занятия в школе или институте, объясняя это выдуманными или весьма далекими от истинного повода причинами.

Некоторые из них пытаются поменять работу, стараются оставаться в безлюдном помещении или на улице. С целью нейтрализации запахов используют одеколоны и дезодоранты.

Больным, убежденным в распространении неприятных запахов, свойственно стремление обращаться за помощью к врачам и использовать собственные методы лечения. Они приходят на прием к терапевтам или хирургам, требуя «полечить кишечник», «укрепить сфинктер», настаивая на самых разных медицинских манипуляциях и процедурах. Нередко прибегают к специальным, изобретенным ими же диетам, к голоданию, клизмам и пр.

2.4 Слабоумие

Одним из важнейших психических образований человека является интеллект. Под интеллектом понимают сложноорганизованную структуру, интегрирующую разноуровневые психические функции (память, мышление, креативные, критические и другие способности, свойства темперамента, совокупность накопленных знаний и навыков), которые обеспечивают определенный уровень познавательной и адаптивной деятельности человека.

Снижение интеллекта, которое сопровождается стойким и малообратимым ослаблением всех составляющих познавательной деятельности, называется слабоумием. По срокам и причинам возникновения выделяют две группы слабоумия: олигофрению и деменцию.



Рисунок 40 -
Олигофрения в
степени
дебильности

2.4.1 Олигофрения

Олигофрения (умственная отсталость, врожденное слабоумие) - патологическое состояние, клиническая картина которого складывается из общего недоразвития психики индивида, главным образом, его интеллектуальной сферы, вследствие эндогенных, врожденных факторов или экзогенных воздействий в периоде раннего развития.

В патологии экспрессивного поведения больных принимает участие ряд факторов. Сдвиги в мимике обусловлены часто встречающимися у больных анатомическими аномалиями в строении лица (изменениями формы глазницы, строения ушей, носа, губ, неба, челюстей, зубов), изменениями мягких тканей, связанными с различными хроническими заболеваниями кожи (высыпаниями, трофическими нарушениями) и подкожной клетчатки.



*Рисунок 41 –
Выраженная
дебильность*



*Рисунок 42 - Глубокая
имбецильность*

Органические поражения мозга, приводящие к дефектам развития пирамидных путей, недостаточности функций моторной зоны коры головного мозга, нарушениям взаимоотношений корково-мозжечковых систем, экстрапирамидной недостаточности, лобной неполноценности, нарушают как общую моторику, так и более тонкие и дифференцированные движения мимики. Картина экспрессивного поведения у больных зависит от их недостаточного опыта, имеющего значение для формирования мимических структур, и часто

встречающихся у них дефектов речи, влияющих на деятельность лицевой мускулатуры. Дефектность в развитии органов чувств у части больных патопластически также отражается на их мимике (у слепых олигофренов отмечаются разглаженные лица, при утрате слуха отсутствуют ситуативные мимические выражения на звуковые раздражители).

В зависимости от степени интеллектуального дефекта выделяют три степени олигофрении: дебильность, имбецильность и идиотию. Глубина психомоторной недостаточности возрастает в зависимости от степени тяжести интеллектуального снижения.

Дебильность - легкая степень умственной отсталости, которая характеризуется неспособностью больного к абстрактному мышлению и неплохо развитым конкретным мышлением, недоразвитием речи, способностью к овладению несложными трудовыми, профессиональными навыками, достаточно дифференцированной эмоциональной сферой и удовлетворительной адаптацией к обычным условиям жизни. Несмотря на то, что мимические функции у больных, страдающих дебильностью, нарушены не так заметно, опытный врач замечает вялость мимической игры, недостаточную живость мимических реакций и обедненность общей экспрессии.

Имбецильность - средняя степень олигофрении, отличающаяся выраженной конкретностью мышления, резко ограниченным словарным запасом (до 60-80 слов), элементарной фразовой, косноязычной речью, насыщенной аграмматизмами, неспособностью к образованию отвлеченных понятий, возможностью приобретения навыков самообслуживания и нередко - элементарных трудовых операций. Мимическая недостаточность у больных бросается в глаза более резко. Для больных с торпидной формой имбецильности характерны вялая, маловыразительная мимика со скудной и замедленной игрой и часто - тупое и глупое выражение лица. Для эретической картины имбецильности типичны более оживленные лица, также бедные по своей мимической выразительности. Мимические переходы совершаются отрывисто и в целом носят своеобразный стертый характер.



Рисунок 43 -
Стереотипная
улыбка при
идиотии

Идиотия - глубокая степень психического недоразвития, включающая практически неразвитые речь и мышление, слабость дифференциации восприятия, крайнее обеднение эмоциональных реакций (преобладают эмоции удовольствия и неудовольствия), неспособность к формированию элементарных навыков, грубые моторные и поведенческие расстройства. Мимическая деятельность при этой форме олигофрении отличается еще большей ограниченностью и бедностью. Торпидные состояния сопровождаются значи-

тельной акинезией, которая в тяжелых случаях доходит до амимии. Их лица бывают разглаженными, неосмысленными, всякие мимические реакции, как правило, отсутствуют, иногда отмечаются abortивные и стереотипные формы улыбки, однотипные гримасы или неосмысленный смех. Находясь в состоянии возбуждения, больные нечленораздельно выкрикивают отдельные отрывки слов или звуки, совершая при этом стереотипные движения туловищем или головой. Они могут бессмысленно смеяться, громко кричать, хрюкать, кусаться, параться, бить себя или окружающих.

Для большей части больных, страдающих той или иной степенью олигофрении, характерны некоторые формы патологических движений [32].

Качание головой (кивательные спазмы). Качание головой наблюдается почти у 20% детей до двух лет и одинаково часто встречается как у мальчиков, так и у девочек. В раннем возрасте эта привычка обычно исчезает, хотя в редких случаях



*Рисунок 44 -
Раздражитель-
ность при
идиотии*

может сохраняться и у взрослых. Движения включают ритмичные качания головой, обычно из стороны в сторону, которые ребенок совершает нередко лежа на подушке. Частота движений бывает очень высокой и, как правило, сразу же прекращается, когда ребенок поднимается или садится в постели. Движения головой могут наблюдаться в период засыпания или во время глубокого сна. Качание головой из стороны в сторону совершаются синхронно с дыхательными движениями и нередко продолжают до двух и более часов. Кивательный спазм - достаточно редкое заболевание, которое в раннем возрасте начинается с медленных ритмичных поворотов головы

из стороны в сторону, иногда в форме вращения или движений вверх и вниз. Через короткое время у большинства детей присоединяется ассоциированный нистагм, включающий быстрые движения глаз в вертикальном или горизонтальном направлении.

Качание головой может возникать при фистуле лабиринта, а регулярные кивательные движения головы вперед и назад можно наблюдать при синдроме «раскачивающейся кукольной головы», который возникает в раннем возрасте при окклюзионной гидроцефалии, обусловленной нарушением оттока спинномозговой жидкости из третьего желудочка мозга. При этом могут наблюдаться дополнительные движения плеч и маятникообразные движения рук. Внезапное вскидывание и опускание головы может возникать при салаамовых судорогах, а движения головой по типу кивков или клевков могут наблюдаться при акинетических эпилептических приступах.

Удары головой - ритмичные, повторяющиеся удары головой о твердую поверхность (стену, спинку кровати и пр.), которые возникают в возрасте от полугода до полутора лет и чаще наблюдаются у мальчиков. Подобные состояния чаще наблюдаются в периоды ночного или дневного сна, но могут возникать и в состоянии бодрствования. Обычно удары совершаются лбом, реже затылочной частью головы, длятся от нескольких минут до двух - трех часов и заканчиваются сном. При этом могут наблюдаться и другие виды ритмической двигательной активности - качание головой, раскачивание туловища, сосание пальца и пр. У некоторых детей это состояние переходит в другие формы ритмической активности - выкручивание большого пальца ноги, царапанье или стереотипные движения во время игр. Во время ударов головой дети редко кричат и также редко получают тяжелые повреждения.



Рисунок 45 –
Болезнь Дауна

Раскачивание туловища (яктация) - медленные, ритмичные движения туловища вперед и назад или из стороны в сторону, обычно в положении сидя. Чаще эти состояния возникают эпизодически, но могут продолжаться часами, при этом раскачивающиеся движения усиливаются в нарастающем темпе, а потом их амплитуда и частота постепенно ослабевает. Раскачивания туловища обычно наблюдаются перед отходом ко сну или при засыпании. У

детей, находящихся в специализированных детских учреждениях, склонность к раскачиванию туловища, по данным Дж. Лиса [32], отмечается в 35% случаев.

Аутоагрессивное поведение - комплекс поступков, сопровождающихся разнообразными по форме деструктивными действиями, направленными на самого себя. Обычно при этом больные бьются головой или телом о твердые предметы, царапают себе лицо и тело до крови, иногда наносят себе тяжелые повреждения (повреждают область запястья, вплоть до глубоких ран, вырывают собственные волосы, прокусывают кожу рук, пытаются выдавливать себе глаза и пр.).

В связи с различием этиологических факторов, лежащих в основе патогенеза отдельных форм олигофрений, имеются и некоторые отличия внешнего вида больных, в т.ч. их экспрессивных реакций и поведения в целом. Ниже приведены основные экспрессивные



Рисунок 46 –
Эпикант у больного

характеристики больных при наиболее часто встречающихся формах олигофрений.

Болезнь Дауна. По внешним признакам заболевание распознается уже при рождении. Рост больных низкий, отмечается диспропорция между



Рисунок 47 -
Мимика
гидроцефала

короткими конечностями и относительно длинным туловищем. Череп имеет микробрахиоцефальную конфигурацию (в антропологии соотношение длины и ширины головы, при котором ширина составляет 0,81 длины, голова небольших размеров), затылок скошен. Ушные раковины обычно небольших размеров, деформированные. Лица больных, как правило, очень похожи друг на друга. Характерны косой разрез глаз с кожной складкой во внутреннем углу (эпикант). Нос короткий с широкой уплощенной переносицей, язык вследствие гипертрофии сосочков увеличен, складчатый.

Кисть плоская, пальцы широкие, часто присутствует поперечная ла-

донная борозда. В старшем возрасте обычно присоединяются своеобразная осанка, неуклюжая походка, неловкие движения, низкий глухой голос, маловыразительное лицо и полуоткрытый рот.

Гидроцефалия. При этом заболевании характерны дефекты строения лобной и лицевой частей черепа. Деформация проявляется в основном в подъеме черепа, расширении его купола, при этом основание черепа и лицевой скелет остаются неизменными. Лоб выпячен кверху и несколько выдается вперед. В некоторых случаях, обусловленных увеличением черепа, глаза расставлены шире. Глазные щели иногда уменьшены, отмечаются страбизм (косоглазие), нистагм, а при сдавлении перекреста зрительных нервов - утрата зрения, что проявляется в характерных особенностях мимики слепых.

Кретинизм (гипотиреоидная олигофрения). В лице нередко отмечаются разнообразные асимметрии, обусловленные недоразвитием отдельных костей лицевого и черепного скелета. Обращает внимание малая высота лба, седловидный нос, выпирание скуловых костей, грубые черты лица. Отмечаются широкие и короткие кисти и стопы. Наблюдаемая под глазами отечность суживает глазные щели, что усиливает общее слабоумное выражение лица. При значительно выраженной отечности лицо становится шарообразным (лунообразное лицо). Мимическая игра бедна, однотипна, вялая, недостаточно экспрессивна. Взгляд пустой, блуждающий. В некоторых случаях наблюдаются намек на улыбку, немотивированный смех и плач. Больных детей отличает большая вялость, они часами могут лежать, не проявляя интереса к окружающему или беспокойства при дискомфорте.

Синдром Шерешевского - Тернера. Заболевание возникает у женщин и проявляется внешне врожденными аномалиями строения, придающими больным своеобразный вид. Характерно так называемое «лицо сфинкса» – специфический разрез глаз, эпикант, низкое расположение ушей, короткая и широкая шея, низкий уровень роста волос. Отмечаются также нарушения строения скелета: деформация грудной клетки, широкая ладонь, укорочение пальцев, деформация стоп, реже – синдактилия и полидактилия. С возрастом появляется значительное отставание в росте, который у взрослых больных не

превышает 150 см. Нарастает диспропорция телосложения с преобладанием верхней части туловища и укорочением конечностей, отмечаются широкие плечи и узкий таз.

Синдром Клайнфельтера. Заболевание возникает у мужчин, симптомы болезни в форме типичного внешнего облика больных начинают более отчетливо проявляться в пубертатном возрасте. Для них характерен высокий рост, астеническое телосложение, узкие плечи, удлиненные конечности, слабо развитая мускулатура. У половины больных имеют место евнухоидные признаки: скудная растительность на лице, широкий таз, ожирение и оволосение на лобке по женскому типу. Их движения угловаты, походка неуклюжа. Мимика маловыразительна, стерта. У многих больных отмечается моторная недостаточность.

Фенилкетонурия (болезнь Фёллинга). Это заболевание связано с нарушением аминокислотного обмена, в частности аминокислоты фенилаланин, а также с дефицитом фермента, контролирующего превращение фенилаланина в тирозин и меланин. В первые 2-3 месяца жизни у больного ребенка обычно нельзя обнаружить каких-либо отклонений в развитии, однако во втором полугодии отставание в психомоторном развитии становится особенно заметным. Развернутая клиническая картина заболевания включает умственную отсталость (около 95% больных страдают имбецильностью или идиотией), дефекты пигментации кожи и радужной оболочки глаза (около 80% больных со светлой кожей и голубыми глазами), мышечную гипертонию, судороги, гиперкинезы, тремор пальцев рук,

атаксию. Наблюдается также недостаточность моторики, координации и дифференцировки тонких движений. У больных может отмечаться состояние психомоторного возбуждения, включающее импульсивность, стереотипные вычурные движения, манерность, гримасничанье, эхопраксию и эхолалию.

Микроцефалия. Выделяют



Рисунок 48 - Олигофрения.
Микроцефалия

истинную (наследственную) и вторичную (церебропатическую) микроцефалию. В первом случае мозговой череп симметрично уменьшен, размеры лица либо незначительно уменьшены, либо нормальны. Больные добродушны, склонны подражать окружающим. Мимические выражения могут быть разнообразными и быстро, почти калейдоскопически, сменять друг друга. В состоянии раздражительности и гнева на лице возникают гримасы злобы, реакции испуга выражаются в застывании больного, опускании головы, некотором свисании нижней челюсти. Вторичная микроцефалия сопровождается более грубой деформацией черепа при нерезком уменьшении его размеров. У этих больных чаще отмечается более грубое психическое недоразвитие, которое очень часто сочетается с отставанием в росте и массе тела, а также диспропорциями телосложения.



*Рисунок 49 -
Добродушное
выражение у
микроцефала*

Синдром алкогольного плода. Клиническая картина данного состояния складывается из характерных аномалий мозгового и лицевого черепа (микроцефалии и так называемого «вогнутого профиля» – выпуклого лба, короткого носа с плоской переносицей, гипоплазией верхней челюсти), неглубокого интеллектуального недоразвития и нарушений поведения. Очень характерными являются блефароспазм (укорочение глазных щелей), эпикант. Кроме того, во внешнем облике больных видны узкая красного цвета кайма губ, укороченная верхняя губа, широкие скулы. Уши обычно неправильной формы, низко или косо расположены. Мимика, как и у многих больных с умственной отсталостью, малоподвижная, вялая и недостаточно дифференцированная.

2.4.2 Деменция

Деменция - приобретенное снижение интеллекта, вызванное нарушением высших корковых функций, включая внимание, память, мышление, речь, способность к обучению и накоплению новых знаний и навыков. У больных ослабляется способность контро-

ликовать свои поступки, постепенно изменяется и упрощается структура личности, частично или полностью нарушается критика, проявляющаяся в неспособности адекватно оценивать свои возможности, поступки и собственное состояние.

Причины деменции разнообразны и связаны с локальными или грубыми повреждениями головного мозга. Деменция встречается при экзогенно - органических поражениях (сосудистого, инфекционного, травматического, токсического, асфиксического генеза), опухолях головного мозга, атрофических заболеваниях мозга (болезнях Альцгеймера, Пика, Гентингтона, Крейцфельда - Якоба), эпилепсии, шизофрении и пр. Различают две формы деменции - парциальную и тотальную, которые помимо разницы уровней когнитивных способностей больных различаются и клиникой их поведенческого репертуара.

При парциальной (лакунарной, фокальной, частичной) *деменции* преобладают нарушения памяти, расстройства других компонентов интеллекта представлены неравномерно. Отмечается слабость суждений, ослабляется гибкость психической деятельности, суживается круг интересов и увлечений. Несмотря на слабую способность приобретать новые знания, неумение планировать свои действия, стиль поведения больных заметно не страдает. Почти в прежнем объеме сохраняется словарный запас. Ядро личности (этические качества, способность соотносить свои действия с моральными нормами) остается относительно сохранным. Больные частично осознают то, что возникающие у них проблемы связаны с их интеллектуальным снижением, и стараются компенсировать свою несостоятельность. При лакунарной деменции отмечается тенденция к «мерцанию» клинической картины, степень выраженности которой меняется иногда в течение короткого отрезка времени.

Тотальная (глобальная) *деменция* характеризуется равномерным поражением всех сторон познавательной деятельности, резким снижением памяти, утратой способности к рациональному использованию накопленных ранее знаний, обеднением словарного запаса, отсутствием критики к своим поступкам, возможностям и состоянию. Чтобы ответить на простой вопрос, больные с трудом подбирают слова. Разрушение ядра личности проявляется в изменении

стиля поведения больных и их суждениях. Они становятся неряшливыми, прожорливыми, сексуально расторможенными, перестают интересоваться вопросами гигиены. Из-за грубых нарушений памяти могут уходить из дому и совершать бесцельные блуждания, часто не зная, где они проживают и как найти их родственников.

Для большинства больных с деменцией характерен специфический экспрессивный «портрет», включающий изменения мимики, походки, жестовой активности и более сложных форм поведения. Больные внешне выглядят неаккуратными, равнодушными, в выраженной степени деменции - неряшливыми, часто бывают не - причесанными (мужчины - не бритыми), ходят в грязной одежде. Лицо расслаблено, малоподвижно, взгляд тусклый, мимика обедняется и периодически отражает состояние растерянности или эйфории. Нередко возникающее у больных *состояние растерянности* сопровождается беспомощностью, вопрошающим выражением лица, позой озадаченности и неуверенности. Они не могут сообразить, что с ними происходит, не знают, куда идти, даже если находятся в знакомой обстановке. Кроме этого, в их эмоциональной сфере отмечается склонность к аффективной неустойчивости,

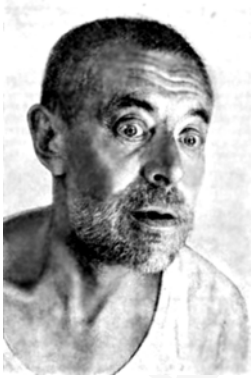


Рисунок 50 -
Деменция
вследствие перенесенного
инсульта

вплоть до *слабодушия* - быстрой смены настроения от печального до радостного и наоборот. В этом случае при возникновении у больного неприятных ассоциаций у него внезапно появляется мимика страдания, он плачет и через несколько секунд при переключении темы разговора и возникновении приятных воспоминаний тут же улыбается и смеется. Жестикуляция становится скудной, походка - медленной, неуверенной, шаркающей. Многие автоматизированные навыки выполняются неуверенно или утрачиваются. Больные испытывают трудности при зашнуровывании ботинок, становятся растерянными, когда попадают в малознакомое место или вынуждены общаться с незнакомыми людьми. Расторможенность их инстинктивной деятельности может проявляться в эпизодах мастурбирования, актах

уринации или дефекации в присутствии посторонних лиц, в выраженной прожорливости.

В зависимости от происхождения и того заболевания, на фоне которого возникает слабоумие, клиническая картина последнего может иметь некоторые особенности.

Сосудистая деменция. Возникает при тяжелом течении и осложнениях церебрального атеросклероза и гипертонии. Слабоумие прогрессирует медленно (кроме случаев острого нарушения мозгового кровообращения), имеет тенденцию к регрессированию психопатологической симптоматики. Постепенно нарастают нарушения памяти, внимания, теряется психическая эластичность, рано возникают затруднения в подыскивании слов, характерна астеническая симптоматика, выявляемая объективно и звучащая в жалобах больных. Вначале нарушается механическая память, позже - смысловая и ассоциативная. Слабоумие чаще носит лакунарный характер, постапоплектический вариант слабоумия нередко сопровождается афатико - агностико - апрактическими расстройствами (нарушениями речи, узнавания, способности осуществлять произвольные движения), которые могут усиливаться по мере утомления больного и в целом обнаруживают тенденцию к обратному развитию. На фоне сосудистого слабоумия могут возникать кратковременные психотические состояния, сопровождающиеся галлюцинаторно - бредовыми переживаниями.



Рисунок 51 –
Деменция на фоне
церебрального
атеросклероза

Старческая деменция. Начинается чаще после 65 - 70 лет. В начальном периоде повышается речевая активность, хотя естественные интонации и сопровождающие ее мимика и жесты сохраняются. Рано изменяется личность, усиливаются преморбидные качества (бережливость трансформируется в патологическую скупость, аккуратность - в невыносимую педантичность, появляются подозрительность, эгоцентризм, немотивированное упрямство, моральное оскудение). Быстро прогрессирует ос-

лабление памяти (вначале на недавние события, позже нарушается репродукция старого запаса знаний). Характерны симптомы амнестической дезориентировки (больной не может сообразить, как пройти в туалет, выйти на улицу и пр.), фиксационной амнезии (больной не запоминает текущих событий), сдвиг ситуации в прошлое, когда стирается грань между настоящим и прошлым, больные игнорируют смерть близких, утверждают, что виделись с ними. Речь постепенно становится расплывчатой, лишенной точных оборотов, включает стереотипно повторяющиеся фразы и обороты, обедняется словарный запас. При выраженном слабоумии нарушается диалогическая речь - из-за нарушения возможности устанавливать связь между вопросами и ответами больные теряют способность поддерживать разговор. В исходном состоянии больные что-то невнятно бормочут, речь становится фрагментарной, превращаясь в непонятный набор слов.

Пресенильные деменции. Манифестируют в предстарческом возрасте (после 40 - 50 лет), характеризуются неуклонным, протекающим без остановок и ремиссий ослабоумливающим процессом. Заболевания обусловлены первично - атрофическим поражением головного мозга.

При *болезни Альцгеймера* на первый план выступают прогрессирующие расстройства памяти, часто сопровождающиеся амнестической дезориентировкой, резким ослаблением удержания информации, приобретающим характер фиксационной амнезии. Снижается интеллект, теряются старые навыки, нарушается способность к произвольным целенаправленным движениям и действиям (апраксия) при сохранности составляющих их элементарных двигательных актов. Нарушается речь. Меняется характер речевой мелодии, которая становится дрожащей и неуверенной, часто встречаются ошибки в расстановке ударений. В конце первой стадии на фоне очагового поражения теменно-затылочной части головного мозга появляются признаки семантической афазии, конструктивной апраксии и нарушения счета (акалькулия). Во второй стадии эти расстройства резко усиливаются, появляется синдром амнестической афазии. Изменяется почерк, больные не могут писать произвольно, под диктовку, нарушается способность к списыванию и воспроизведе-

дению слов (аграфия). Теряется способность узнавать предметы даже на относительно несложных рисунках (оптико-гностическая несостоятельность). Позже явления семантической и амнестической афазии затушевываются явлениями сенсорной афазии (материал об афазиях см. в разделе «Расстройства речи»). Появляются *логоклонии* - вначале больные ритмично повторяют первый слог слова, затем повторяются слоги, расположенные в середине или в конце слова. Третья стадия характеризуется глубоким слабоумием. Нарастает кахексия (резкая потеря веса), больные становятся суетливыми, неопытными, ведут вегетативный образ жизни. Речь окончательно распадается. Контакт с больными становится совершенно невозможным.

Болезнь Пика. Начальная стадия болезни проявляется заметными изменениями личности. У больных отмечаются расторможенность влечений, гиперсексуальность, утрата чувства стыда, склонность к антисоциальным поступкам. Преобладает эйфорический фон настроения. Автоматизированные виды деятельности сохраняются. Постепенно нарушается интеллектуальная деятельность, расстройства памяти возникают на более поздних этапах болезни. Вторая стадия характеризуется неуклонным прогрессированием деменции и разными картинами распада речи, которые зависят от локализации центров атрофии. При лобном варианте отмечается падение речевой активности (происходит значительное обеднение словарного запаса, упрощение фраз), вплоть до полного мутизма. При височной форме болезни отмечается амнестическая афазия - вначале больные забывают имена, затем названия предметов. Возникающая сенсорная афазия как бы наслаивается на амнестическую. В речи появляются грубые нарушения в форме *стереотипий* («стоячие обороты»), стереотипно повторяемые слова или фразы, часто бессмысленные и грамматически неправильно построенные), *палилалии* (многократное стереотипное повторение одного - двух слов в нарастающем темпе), *эхолалии* (вначале больной повторяет заданный вопрос, слегка видоизменяя его, затем точно повторяет услышанное с неизменной интонацией). Нарушения письменной речи и практические расстройства появляются значительно позже, чем при болезни Альцгеймера. Длительное время сохраняется возможность

чтения вслух без понимания прочитанного. Третья стадия характеризуется тотальным слабоумием. У больных, несмотря на патологическую прожорливость и отсутствие соматических заболеваний, развивается тяжелая кахексия.

Эпилептическая деменция. Формирование слабоумия зависит от ряда факторов: давности эпилепсии, возраста больного с момента начала заболевания, частоты эпилептических приступов, преморбидного интеллектуального уровня, длительности приема антиконвульсантов, дополнительных травм, полученных при падении.

Для эпилептической деменции характерно постепенное нарастание брадипсихии (тугоподвижности процессов моторики и всех психических сфер) и олигофазии (обеднения словарного запаса). Мышление больных становится обстоятельным, замедленным, «лабиринтным», что не позволяет им выйти за пределы той темы, которую они затрагивают в беседе. Попытки изменить тему или обсудить другие вопросы игнорируются или вызывают раздражение у больных. При этом демонстрируются поверхностные, бедные по содержанию суждения и склонность к узкому морализаторству.

Больные выявляют замедление темпа и тягучесть речи, говорят как бы нараспев, «топчутся на месте», используют речевые шаблоны, стереотипно повторяют отдельные короткие фразы, часто употребляют ласкательные слова и используют уменьшительные суффиксы. Меняется внешний вид больных: мимика становится малоподвижной, взгляд тяжелым, движения головы, глаз, изменения поз, жестов, походка - все осуществляется медленно, плавно, без резких переходов. Из-за личностных расстройств в поведении проявляются полярные качества: вязкость сочетается с взрывчатостью, умиление, слащавость со злобностью и легким возникновением дисфорических состояний. Больные придираются к близким, часто прояв-



Рисунок 52 –
Синдром псевдо-
деменции

ляют немотивированное упрямство, появляется склонность к эмоциональным взрывам, после окончания которых не возникает чувство раскаяния.

Психогенная деменция. Понятие психогенная деменция включает несколько психопатологических состояний, которые возникают остро или подостро в ответ на психотравму, имеют затяжное течение и характеризуются клиникой мнимого слабоумия и регрессии психических функций [62]. В развитии психогенных деменций принимают участие психотравмы, переживаемые больными как психологический кризис (ситуации совершения правонарушения и ареста, внезапной смерти «значимого другого», измены, неожиданного известия о разводе, разоблачение и т.д.), склонность личности к истерическому реагированию, органический фон вследствие поражения головного мозга.

Псевдодеменция - наиболее часто встречающийся вариант психогенной деменции, возникающей внезапно на фоне истерически суженного сознания и проявляющейся в форме мнимого слабоумия, которое в дальнейшем бесследно исчезает. В поведении больных появляются растерянность, отвлекаемость, беспечность, дурашливость, неестественная оживленность. Нарушения памяти проявляются в том, что больные не могут запомнить фамилию врача, имя соседа по палате. При выполнении элементарных арифметических действий совершают грубые ошибки, нелепо отвечают на вопросы о возрасте, назначении тех или иных предметов и пр. Ответы на задаваемые вопросы обычно носят характер отрицания («не помню», «не знаю») и приобретают персевераторную форму (больные повторяют слова, взятые из вопроса, или те, которые имеют отношение к психотравмирующей ситуации). В беседе таращат глаза, карикатурно жестикулируют и ходят, совершают много ненужных движений, трогают предметы, комкают простыни. Их речь ускорена, в речи преобладают неправильно построенные фразы, вербальные персеверации. Если на больных обращают внимание, их возбуждение усиливается. Они громко хохочут, гримасничают, становятся суетливыми. Их удивленно-веселое или испуганное выражение лица может внезапно смениться гримасой печали, о чем свидетельствуют страдальческое выражение лица, глубокие морщины на лбу, опущенные уголки рта. Характерны симптомы миморечи и мимодействия.

Миморечь - больные отвечают не по существу заданных вопросов, хотя последние доступны их пониманию, и в то же время ответы находятся в смысловой плоскости вопроса. В содержании ответа можно установить связь с травмирующей ситуацией.

Мимодействие - на просьбу выполнить какое-то движение или действие больные выполняют его неадекватно, иногда в противовес инструкции (при просьбе поднять руку – поднимают ногу), но в соответствии с требованием. При этом выявляют способность правильно выполнять более сложные задания.

При углублении псевдодеменции появляются признаки *пуэрильного поведения*, которое характеризуется детскостью поступков, речи (восклицания, манера строить фразы, интонации) и мотики на фоне истерически суженного сознания. Признаки пуэрилизма сочетаются с привычками, отражающими жизненный опыт взрослого человека.

Продолжительность картины псевдодеменции - 2 -3 недели с момента начала терапии, в дальнейшем все психические функции восстанавливаются. При возникновении псевдодеменции на фоне органического поражения мозга состояние может приобретать более затяжной характер (от 6 до 8 месяцев). Обратное развитие псевдодеменции может сопровождаться явлениями псевдоамнезии, когда названия предметов больные заменяют описанием их действий и жестами подчеркивают их назначения.

2.5 Аффективная патология

Эмоции и чувства, являясь своеобразным «мостиком» между познавательными процессами и личностью, а также индикатором переживаний инстинктивной деятельности и отношений к чему или кому-либо, пронизывают все психические состояния индивида. Патология эмоциональной сферы представлена широким спектром расстройств. Аффективные расстройства могут быть первыми проявлениями психических заболеваний, сосуществовать с нарушениями восприятия, мышления, расторможенностью сексуального и пищевого инстинктов, доминировать в клинической картине на протяжении всего периода болезни. В отличие от эмоциональных состоя-

ний, возникающих в норме, аффективные расстройства характеризуются продолжительностью, устойчивым изменением энергетического тонуса человека, недостаточной осознанностью их причин, слабой зависимостью от внешних обстоятельств, скоростью возникновения и интенсивностью эмоциональных реакций.

Диагностическая оценка патологии эмоциональных состояний в большей степени зависит от адекватной интерпретации субъективного содержания переживаний, выражаемых пациентом вербально, однако их экспрессивное сопровождение, наблюдаемое врачом, позволяет достаточно быстро определить форму эмоционального расстройства.

Депрессивные состояния

Депрессивные состояния являются наиболее распространенной формой психической патологии. Они могут возникать вследствие эндогенных причин, в результате действия психогений (реактивная, невротическая депрессия), многочисленных соматических и неврологических заболеваний. Депрессии различаются не только по происхождению, но и по степени выраженности и продолжительности их проявлений.



*Рисунок 53 -
Депрессивное
состояние*

Клиническую картину депрессивных состояний можно условно разделить на три основные группы симптомов: признаки, отражающие субъективные переживания больных, психические изменения, связанные с болезнью, и экспрессивные признаки.

Субъективные переживания больного складываются из сниженного настроения, повышенной утомляемости даже при незначительных нагрузках, снижения способности к сосредоточению внимания, нарушений сна (ранних пробуждений, отсутствия чувства сна), снижения способности радоваться, отсутствия прежних интересов, наличия суицидальных переживаний.

Для депрессий характерны следующие психические изменения: ангедония, снижение функций памяти, наличие идей самоуни-

чижения и виновности, снижение самооценки. Депрессия сопровождается специфически окрашенным мышлением, касающимся оценки больным настоящего (своих качеств и возможностей), будущего (его мрачное и пессимистическое видение) и прошлого (у больных возникает необоснованное чувство вины и самобичевание за незначительные поступки, совершенные ранее).

Экспрессивные признаки. На этапе продрома депрессивного состояния на первый план выступают мимическое выражение вялости. По утрам мимика отражает пониженное настроение, утомляемость, недомогание. Вечером у таких больных можно отметить временную обратимость мимических расстройств.



Рисунок 54 - Поза депрессивной больной

В состоянии выраженной депрессии общий вид больного определяется следующими экспрессивными признаками: во всем его облике видна полная безнадежность, плечи опущены, голова свисает, руки выглядят беспомощными. Кожные покровы лица имеют бледно-серый цвет, иногда с синюшным оттенком, преимущественно в области носа. Тургор кожи бывает резко понижен, дряблая и морщинистая кожа свисает, появляются и усиливаются морщины на лице. Мышечный тонус лица бывает расслабленным, что приводит к некоторому вытягиванию лица, спонтанному опусканию нижней челюсти, свисанию уголков рта, сглаживанию носовых складок и опусканию их вниз. Глаза больного выражают страдание, тревогу, молят о помощи. Глазная щель обычно бывает несколько сужена, веки опущены, глаза полузакрыты. Отмечается *симптом Атанассио* - зрачки больных расширены, прямая фотореакция зрачков сохраняется, реакции на аккомодацию и



Рис.55. Депрессивный ступор
конвергенцию отсутствуют.

При повышении тонуса лица возникает напряженное выражение, губы плотно сжимаются, зубы крепко стискиваются. В таком состоянии больные обычно молчат и только изредка выдавливают отдельные мучительные стоны. При просьбе открыть рот у больных выявляется *симптом сухого языка* - сухой, покрытый трещинами и фулигинозным налетом, немного отечный язык. Из рта ощущается тяжелый голодный запах.

Брови нередко подтягиваются к переносице и принимают своеобразное положение, когда внутренняя их часть приподнимается, а наружный конец опускается. Это придает лицу больного очень печальное выражение (*лицо Пьеро*). Появляется *симптом Верагута* - кожная складка и бровь на границе внутренней и средней трети оттягивается кверху и образует вместо дуги угол, наружная же часть брови образует ровную линию, опускающуюся от места подъема вниз к месту ее обычного расположения. Все это придает лицу больного скорбное выражение.



Рисунок 56 -
Складка
Верагута
(левый глаз)

Иногда глубокая тоска выражается во всем облике больного. Он застывает в своем горе или плачет, заламывая руки. Во многих случаях характерен *плач без слез* - мимика больных идентична плачущей, они судорожно всхлипывают, но глаза при таком плаче не увлажняются. В других случаях больные совсем не плачут, а как бы застывают в своей тоске. Глазные яблоки остаются сухими и теряют свой естественный блеск. Взгляд часто отсутствующий, направленный неопределенно вниз или куда - то вдаль.



Рисунок 57 - Мимика
при депрессии

Поза больного также скована и подчеркивает скорбное состояние, движения замедлены, походка медленная, плечи опущены, руки, как правило, вяло свисают вдоль туловища. Больные в этом состоянии выглядят постаревшими, осунувшимися, у них отмечаются тусклые, запавшие глаза и выцветшие

волосы. В беседе они отвечают после пауз, как бы не понимая вопрос или подолгу обдумывая свои ответы даже на простые вопросы. Голос становится тихим, глухим, со слабыми модуляциями.

Речь больных отличается рядом особенностей: они говорят медленно, односложно, выявляя при этом *симптом олигофазии* - обеднение словарного запаса, который при улучшении состояния больных постепенно восстанавливается.

При возникновении ажитированной депрессии больные, находящиеся в состоянии витальной тоски, проявляют незначительное двигательное возбуждение. У таких больных отмечается мимика тоски, печали и страданий, но не на застывшем, а на подвижном, мимически активном лице. Иногда такие состояния прерываются *меланхолическим раптусом* - внезапно, неожиданно возникающим и бурно протекающим двигательным беспокойством, сопровождающимся непреодолимым влечением к совершению насильственных, в т.ч. суицидальных действий.

При улучшении состояния у больных постепенно разглаживаются морщины, поднимаются углы рта, выпрямляется ротовая щель, углубляются носогубные складки. Исчезает складка Верагута, брови выравниваются. Тоскливое выражение лица постепенно исчезает, появляется улыбка, которая вначале проявляется слабо, а затем приобретает все более и более естественные формы. Глаза приобретают блестящий оттенок, исчезает выражение тоски и страдания.

Патологические страхи

Во-первых, следует подчеркнуть, что повышенная готовность к возникновению страхов характерна в большей степени для детского возраста, у взрослых они чаще входят в комплекс других психических расстройств и редко встречаются изолированно. Во - вторых, в отличие от «нормальных», психологически обусловленных страхов, патологические страхи отличаются некоторыми особенностями:

- патологические страхи носят затяжной характер и имеют склонность к генерализации;
- они либо беспричинны, либо не соответствуют силе ситуационного воздействия;

-под влиянием страхов нарушается общее состояние человека (сон, аппетит, самочувствие, поведение в целом);

-страхи сочетаются с другими психопатологическими синдромами (невротическими, аффективными, аффективно - бредовыми и пр.).

В клинике психических расстройств выделяют следующие формы страхов.

Фобии (навязчивые страхи) - приступообразные переживания страха, которые возникают вопреки желаниям больного и осознаются им как необоснованные и чуждые.

У детей фобии отличаются конкретным содержанием, относительной простотой, более или менее отчетливой связью с определенной психотравмирующей ситуацией, незавершенностью картины (например, страх ходьбы после падения и ушиба).

У подростков нередко встречается страх смерти близких людей (чаще матери), страх оказаться несостоятельным во время какой-либо важной деятельности (например, *логофобия* - страх речи у заикающихся, *эрейтофобия* - навязчивое опасение обратить на себя внимание и покраснеть в присутствии посторонних).

У взрослых людей палитра встречающихся фобий очень широкая. Фобии могут встречаться при невротических расстройствах, соматических (например, сосудистых) заболеваниях, при шизофрении и пр. В отличие от обсессивно - компульсивного расстройства фобические состояния при шизофрении не имеют связи с конкретной психотравмирующей ситуацией (например, подросток, боящийся купаться в реке, объяснял свой страх тем, что в реке могут жить динозавры), для них не характерна этапность в развитии. Постепенно они становятся аффективно бедными и в ряде случаев имеют тенденцию к трансформации в бредовые идеи.

Мы выделили несколько групп фобий, положив в основу систематизации объектный критерий, согласно которому определенные предметы, состояния, действия или явления могут являться пусковыми факторами и своеобразными «якорями», вызывающими навязчивый страх у пациентов.

Страх природных и мистических явлений

Анемофобия - боязнь быть застигнутым ветром или бурей.

Аритмофобия - страх перед числом, приобретающим для больного особое символическое или мистическое значение.

Аэрофобия - страх перед сквозняками.

Иерофобия - боязнь встречи с предметами религиозного культа.

Кераунофобия - боязнь грома и молнии.

Никтофобия - боязнь наступления ночи из-за предчувствия мучительной бессонницы, кошмарных сновидений.

Омброфобия - страх попасть под дождь.

Пирофобия - боязнь огня, пожара.

Психрофобия - боязнь холода.

Симболофобия - боязнь предметов, событий, явлений, которые носят особый скрытый смысл и воспринимаются больным как знак неблагоприятного предзнаменования.

Теофобия - боязнь Бога и божьего вмешательства в судьбу.

Страх предметов и живых существ

Айхмофобия - страх перед острыми предметами и прикосновением к ним.

Апифобия - страх перед пчелами и осами.

Зоофобия - боязнь животных, чаще определенного вида (собак, кошек и пр.).

Кенофобия - боязнь больших незаполненных пространств (пустых, безлюдных площадей). Понятие, близкое к агорафобии.

Клаустрофобия - боязнь закрытых помещений.

Мизофобия - страх загрязнения, стремление избежать прикосновения к окружающим предметам.

Офизофобия - боязнь змей.

Педофобия - страх перед куклами, похожими на маленьких детей.

Спектрофобия (эйзоптрофобия) - боязнь зеркал.

Хрематофобия - боязнь прикоснуться к бумажным деньгам, монетам. Иногда сочетается с мизофобией.

Нозофобии

Акарофобия (скабиофобия, катофобия) - боязнь заразиться чесоткой.

Ангиофобия - страх стенокардитических приступов.

Вермифобия - боязнь червей и связанных с ними болезнями.

Дерматопатобия - боязнь заболеть кожной болезнью.

Инсультофобия - страх перед возможностью развития инсульта.

Канцерофобия - боязнь заболеть злокачественной опухолью.

Кардиофобия - страх перед возможным нарушением деятельности сердца.

Кипридофобия - боязнь заразиться венерическим заболеванием.

Лиссофобия - страх сойти с ума, заболеть психически.

Люофобия (сифилофобия) - боязнь заразиться сифилисом.

Одонтофобия - боязнь обращения к стоматологу и лечения зубов.

Спидофобия - страх заразиться СПИДом.

Туберкулофобия - страх заболеть туберкулезом.

Страх болезненных состояний

Акнофобия - наблюдающийся преимущественно в подростковом и юношеском возрасте страх перед появлением на коже угрей.

Атаксиофобия - страх перед нарушением координации движений.

Аутомизофобия - страх загрязнения, заставляющий больного постоянно мыть руки, лицо и пр.

Аутофобия - навязчивый страх одиночества.

Вертигофобия - боязнь головокружения.

Вомитофобия - боязнь рвоты.

Гедонофобия - боязнь наслаждения, т.к., по мнению больного, его может постигнуть чья-то кара.

Гидрозофобия - боязнь вспотеть или стать источником неприятного запаха.

Гипнофобия - боязнь заснуть и умереть во время сна.

Диофобия - боязнь головокружения (часто сочетается с агорафобией).

Петтофобия - боязнь неудержания газов в присутствии посторонних.

Пениафобия - боязнь обнищания.

Ректофобия - боязнь не иметь стула.

Скопophobia - боязнь казаться смешным, привлекать внимание.

Танатофобия - страх смерти, избегание разговоров о смерти, зрелища похорон и пр.

Тафетофобия - страх быть погребенным заживо.

Токсикофобия - страх отравления.

Топофобия - боязнь больного остаться одному в помещении, страх, что ему не окажут помощи, если возникнет экстремальная ситуация или ему станет плохо.

Тремофобия - страх дрожания.

Фобофобия - боязнь появления страха.

Хайрофобия - боязнь появления чувства радости и веселья в неподобающей обстановке.

Эпистаксофобия - боязнь носового кровотечения.

Эрейтофобия - страх покраснеть.

Страх перед действиями

Авиафобия - страх перед путешествием в самолетах.

Анопатофобия - страх заходить в уборные.

Базофобия - боязнь ходьбы.

Барофобия - страх подъема тяжести.

Блаптофобия - страх нанести кому-то повреждения.

Гефирофобия - боязнь пройти по мосту.

Кейрофобия - у парикмахеров, боязнь при бритье порезать клиентов.

Климакофобия - боязнь ходьбы по лестницам.

Миксеофобия - боязнь совершения полового акта из-за необходимости обнажать половые органы, прикасаться к телу партнера.

Пейрафобия - боязнь публичного выступления.

Сидеродромофобия - боязнь езды в железнодорожном транспорте.

Суцидофобия - страх лишиться себя жизни, совершить суицид.

Туннелефобия - боязнь следования в транспорте или пешком через туннель.

Фагофобия - боязнь приема пищи из-за опасения подавиться ею.

Фармакофобия - боязнь принимать лекарства.

Хилофобия - боязнь заблудиться в лесу и встретиться с дикими животными.

Эйхофобия - боязнь произносить добрые пожелания.

Страх перед людьми

Гантофобия - боязнь прикосновения окружающих людей.

Геникофобия - боязнь женщин.

Градивофобия - страх встречи с беременной, боязнь забеременеть.

Демофобия - боязнь скопления людей, толпы.

Клептофобия - боязнь воров (часто наблюдается у лиц пожилого возраста, нередко сочетается с бредовыми идеями обкрадывания и ущерба).

Коинофобия - боязнь заходить в помещение, где собралось много людей.

Страхи сверхценного содержания - страхи и опасения, неразрывно связанные с представлениями об опасности, доминирующие в сознании больного, воспринимающиеся им как обоснованные и мало зависящие от разубеждений и успокаивающих разговоров окружающих. К определенным предметам или явлениям (например, животным, птицам, каким-то предметам, темноте и пр.), вызвавшим испуг, формируется стойкое измененное отношение (боязливость, тревожное опасение, отвращение и т.п.), которое в дальнейшем может обнаруживаться не только на высоте испуга, но и в спокойном состоянии только при соответствующем его представлении. Страхи сверхценного содержания возникают в форме выраженных аффективных приступов и в дальнейшем склонны переходить в стойкие опасения. Страхи всегда связаны с той или иной психотравмирующей ситуацией, например, при столкновении с какой-то пугающей жизненной ситуацией (нападением, болезнью, смертью кого-то из близких), у детей - в связи со страшными рассказами, историями или сказками взрослых или сверстников. Такие страхи могут беспокоить человека долгие годы, при этом причина испуга, как правило, забывается.

У детей младшего школьного возраста подобные страхи могут выражаться в форме боязни школы, которая основана на сверхценных опасениях, связанных с неуспеванием по какому-то предмету,

наказанием учителей за нарушение дисциплины, страхом перед агрессивным поведением некоторых школьников и пр. В препубертатном возрасте в тематике сверхценных страхов доминируют опасения за жизнь и здоровье как близких, так и свое (страх может касаться смерти от удушья и остановки сердца). Нередко их страхи касаются взаимоотношений с уличными подростками, особенно с организованными подростково - юношескими группами с делинквентным поведением. У взрослых страхи сверхценного содержания - это, как правило, возникшие в детстве опасения, которые они не смогли преодолеть.

Бредовые страхи - страхи, возникающие на фоне бредовых состояний, чаще с персекуторной фабулой. Характеризуются переживанием угрозы со стороны многих окружающих больного объектов (предметов, людей, ситуаций), возникают на фоне подозрительности, настороженности, ощущения опасности. Нередко сопровождаются психомоторным беспокойством и вегетосоматическими нарушениями (покраснением или побледнением кожных покровов, сердцебиением, бессонницей). Бредовые страхи возникают в инициальном периоде бредовых состояний при шизофрении, начальной стадии экзогенно-органических психозов, реактивных психозах. Более детально клинические и экспрессивные признаки поведения бредовых больных, в том числе на фоне патологических страхов, описаны в соответствующем разделе книги.

Недифференцированные страхи - страхи с переживанием неопределенной угрозы жизни в сочетании с общим двигательным беспокойством и соматовегетативными расстройствами (ощущением прилива крови к лицу, тахикардией, потливостью и т.д.). В таком состоянии больной, как правило, не отдает отчет своим переживаниям, затрудняется в их описании, т.к. они бессодержательны, утверждает только одно, что ему страшно. Такие страхи могут встречаться как у детей, так и у взрослых, наблюдаются при неврозах, непроцессуальных соматогенных и резидуально - органических состояниях, а также при шизофрении.

Ночные страхи - состояния выраженного страха и двигательного возбуждения во время ночного сна. Страхи возникают преимущественно у детей дошкольного и младшего школьного возраста.

та, сопровождаются двигательным беспокойством, криками, плачем, отдельными высказываниями, свидетельствующими об устрашающих сновидениях или галлюцинаторных переживаниях. Мимика выражает состояние ужаса, ребенок, как правило, не узнает близких или отталкивает их от себя, садится или встает, совершает несложные автоматизированные действия (одевается или раздевается). Характерны застывшее выражение лица, фиксированный взгляд, стереотипные и однообразные движения руками (стряхивание, перебирание постельного белья, хлопанье в ладоши, ковыряние в носу).

Приступы возникают пароксизмально, длятся около 15-20 минут, после чего больной вновь засыпает и утром, как правило, не помнит своего ночного состояния. Пароксизмы ночных страхов часто рецидивируют и могут встречаться при височной эпилепсии, а также на фоне резидуально - органических непроцессуальных состояний.

Маниакальное состояние

Маниакальное состояние приводит к заметному изменению экспрессивного поведения больных. Они становятся деятельными, активными, чрезмерно подвижными. Их лица кажутся помолодевшими, спина выпрямляется, жесты - резкими, энергичными.

Лицо становится розовым, покрасневшимся, иногда насыщенно красным и часто покрывается потом. Морщины на лбу разглаживаются, глаза блестят, глазные яблоки становятся подвижными, «бегающими». В различных ситуациях отмечается быстрая смена реакций зрачков. Повышенный тонус делает лицо больного более выразительным и пластичным.

У наружных краев глаз расходятся «гусиные лапки». По мере развития заболевания лицо худеет, вытягивается, появляется бледность кожи, глаза становятся менее блестящими, снижается их подвижность.



*Рисунок 58 –
Маниакальное
состояние*

Больные много говорят, часто не умолкая и разбрызгивая слюну изо рта. Они говорят быстро, отрывисто, из-за высокой скорости ассоциаций содержание их высказываний иногда бывает непонятным. Они могут петь, читать стихи, танцевать и нередко с удовольствием делают это, если их об этом попросят. Позже (уже через 2-3 дня) из-за переутомления голосовых связок голос больных становится хриплым, потом сиплым, при этом потребность в говорении и речевой напор еще долгое время остаются почти такими же активными. Губы быстро становятся сухими, кожа на губах трескается, что во время разговора или смеха вызывает у больных гримасы боли.

Умеренно выраженное маниакальное состояние сопровождается стремлением больных к бурной, но непродуктивной деятельности. Больные берутся за множество дел, но ни одно из них не могут довести до конца. Они мало (3 - 5 часов) спят, но, несмотря на это, сохраняют очень высокий уровень активности. Часто, просыпаясь рано, начинают чем-то заниматься: мужчины звонят своим знакомым и договариваются о предстоящих делах, назначают деловые встречи, рано уходят на работу; женщины ночью или ранним утром начинают готовить обед, стирают, занимаются уборкой.



*Рисунок 59 -
Гипомания*

Растормаживаются влечения, повышается сексуальность, что проявляется в высокой сексуальной требовательности к своим партнерам или же склонности к поиску новых половых связей и даже к промискуитету. В этом состоянии больные нередко много курят (даже если ранее этого не делали), появляется тенденция к регулярной алкоголизации. Они с удовольствием посещают различные публичные места, рестораны. Находясь там, угощают незнакомых им людей и проявляют склонность к повышенной щедрости. Могут дарить даже последние деньги нищим, малознакомым людям, отдавать им свои собственные вещи.

Они легко заводят знакомства, приглашают людей к себе или идут в гости, рискуя быть ограбленным или, если это женщина, подвергнуть себя риску сексуального насилия.

Больные становятся чрезмерно подвижными, много жестикулируют, шутят, нередко заражая своим весельем и непосредственностью окружающих. Лицо больного становится чрезмерно подвижным, на котором можно заметить быстрые переходы мимических выражений. На фоне эйфории на лице возникают выражения радости, счастья или экстаза, которые могут неожиданно смениться возникающими вспышками раздражительности и гневливости, отражающимися в соответствующих гримасах.

В выраженной степени маниакального возбуждения у больных может возникать состояние, которое называется *скачкой идей* - симптом резкого ускорения мыслительного процесса, что проявляется в очень быстром («пулеметном») темпе речи, которая состоит из отрывочных высказываний и часто бывает непонятной. Отмечается общее возбуждение, сопровождающееся неусидчивостью, мелким дрожанием всего тела и рук, выпученными, «горящими» глазами. Больные то садятся, то резко встают, их лицо выражает гримасу напряжения, могут наблюдаться отдельные подергивания мимических мышц. При мании неистовства характерна мимика ярости: ноздри широко раздуваются, губы сильно сжимаются, зубы стискиваются, взгляд становится гневным, у переносицы появляются вертикальные морщины.

При спаде маниакального возбуждения интенсивность и скорость переходов одних мимических выражений к другим постепенно снижается. Сначала на лице больного начинают преобладать выражения утомления, вялости и апатии, затем, по мере возвращения сил у больного, его преморбидная мимика постепенно полностью восстанавливается.

Панические расстройства

Паническая атака - это состояние, для которого характерно внезапное появление чувств беспокойства, страха или ужаса, сопровождающихся в течение короткого периода ощущением неминуемой гибели. Панические расстройства включают эмоционально -

когнитивные, вегетативные и функционально - неврологические нарушения [11].

Ядром приступа является паника - выраженное беспокойство и чувство дискомфорта, которые могут иметь различную степень выраженности. В дебюте при первых приступах паника достигает степени витального страха смерти, в дальнейшем страх трансформируется в страхи с конкретной фабулой (кардио,- инфарктофобию, лиссофобию и пр.) либо чувство безотчетной тревоги, внутреннего напряжения и беспокойства. Наблюдаются приступы, в момент которых больные испытывают тоску, безысходность, подавленность, эмоции депрессивного спектра. Когнитивные расстройства при панических расстройствах появляются в форме искажения восприятия окружающего мира (дереализации) или себя в этом мире (деперсонализационные переживания).

Больные, описывая начало приступа, сообщают о внезапно начавшемся «сильном сердцебиении», ощущении «толчка» в области сердца, «пульсации во всем теле», «провалах», «замирании» или «остановке» сердца. Объективно регистрируется учащение пульса до 100-130 ударов в минуту. Большинство больных отмечают боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки, чувство дискомфорта включает в себя самые различные ощущения (сжатие, жжение, онемение в области сердца).

Большинство панических атак сопровождается подъемом артериального давления, особенно в дебюте или в развернутых формах пароксизмов. Возникают дыхательные расстройства: диспноэ и чувство удушья - затруднения в прохождении воздуха в легкие, что субъективно больные описывают так: «перехватило горло», «сдавило шею», «перестал поступать воздух» и т.п. Именно эти ощущения заставляют больного открывать окна, балкон, искать «свежий воздух».

Вегетативные симптомы в структуре панических атак представлены достаточно широким спектром расстройств, включающих изменение ритма сердца, колебание артериального давления, кардиалгии, дыхательные нарушения в форме ощущения «удушья», жалобы на нарушения дыхания (диспноэ), расстройства со стороны деятельности желудочно-кишечного тракта (ощущение тошноты,

рвота, отрыжка, метеоризм, острые или схваткообразные боли в животе, дискомфорт в эпигастрии и пр.).

Функционально - неврологические феномены, сопровождающие панические атаки, включают сенсорные, моторные и гиперкинетические расстройства. Сенсорные расстройства проявляются в ощущениях «пелены перед глазами», полной утратой или ограничением полей зрения, нарушениями слуха, появлением ощущения «кома в горле», парестезий, слабости в конечностях.

Кроме того, панические пароксизмы могут сопровождаться тоническими спазмами с формированием разнообразных патологических поз в кистях и стопах, крупноамплитудным тремором, хаотическими движениями с разбрасыванием рук и ног. Возможны запрокидывание головы, закатывание глаз вверх, одно - или двусторонний блефароспазм, псевдогемиспазм, тризм и т.д. Может нарушаться походка, сопровождающаяся истерическими симптомами астазии - абазии (больной не может самостоятельно встать с постели, стоять и ходить), встречаются и истерические псевдопарезы.

По данным статистики (в соответствии с критериями DSM – III R), панические атаки наблюдаются у 3% популяции и до 6% - у лиц, обращающихся за первичной медицинской помощью. Наиболее часто панические расстройства возникают в возрасте 25 - 44 лет, средний возраст дебюта заболевания колеблется от 24 до 26 лет. Среди пациентов доминируют женщины.

Панические атаки возникают в состоянии бодрствования (чаще в дневное и вечернее время), однако нередко эти состояния возникают и во сне. У 80% больных типичные приступы панических атак длятся в пределах нескольких минут, у 20% - в пределах нескольких часов. Приступы могут возникать спонтанно - без каких-либо провоцирующих факторов - и ситуационно - при воздействии определенных ситуаций, например, при пребывании в толпе, магазине, очереди, при удалении от дома, при возникновении ссор, конфликтов, при нежелательных встречах и пр. В межприступный период у подавляющего большинства с типичными паническими атаками имеют место тревожные, тревожно - фобические и астенические расстройства, а также незначительно выраженные депрессивные состояния.

В период переживания паники у больных отмечаются напряженная мимика, расширенные зрачки. Они не могут справиться со своим состоянием, поэтому часто бывают растерянными, суетливыми, потирают ижимают свои руки. Улыбка бывает вымученной, искусственной. Больные сидят в неудобной, зажатой позе, жесты могут быть либо излишне резкими, либо скованными. Отмечаются тахикардия, усиление потливости и другие вегетативные симптомы тревоги. Сильно выраженная тревога приводит к дезорганизации мышления, в связи с чем больные в остром периоде своих переживаний и ощущений не всегда адекватно могут их описать, допускают непоследовательность в высказываниях и суждениях.

В связи с ожиданием очередного панического состояния у больных изменяется отношение к состоянию своего здоровья, вызванное опасением повторения приступов. Быстро формируется защитное поведение, выражающееся в следующих формах. Больные тщательно продумывают маршруты своего передвижения, предусматривая, чтобы на их пути встречались медицинские учреждения. Хотя у них не отмечается склонность к регулярному приему успокаивающих средств, однако транквилизаторы они всегда держат при себе. При учащении панических приступов больные (чаще мужчины) нередко прибегают к периодическому приему небольших доз алкоголя, который, как известно, обладает легким анксиолитическим действием. Отмечаются попытки компенсировать страх перед паническими состояниями через чтение специальной психиатрической и психотерапевтической литературы, посещение церкви, а также путем разнообразных упражнений укрепления физического здоровья (йога, методы физического закаливания, медитация и пр.). По поводу беспокоящих их состояний они нередко ищут помощи у врачей.

При «малых» приступах клиническая картина включает меньшее количество субъективных симптомов, их эмоциональное сопровождение также минимально. Атипичные приступы характеризуются преобладанием у больных чувства раздражения, агрессии, ощущения сильного напряжения, будто «что - то должно взорваться в теле».

Демонстративные приступы имеют истерическую аранжировку и сопровождаются двигательными расстройствами (судорогами, спазмами), нарушением или изменением сознания, ярким вегетативным сопровождением с преобладанием гипервентиляционных расстройств (у больных отмечаются частое дыхание и форсированные вдохи). Кроме того, выделяют так называемые «нестраховые» панические атаки («паника без паники», «алекситимическая паника»), которые, по данным ряда авторов, составляют от 20 до 40 % панических расстройств.

Панические атаки могут сочетаться с синдромом агорафобии, для которого характерен навязчивый страх, возникающий у больных перед пространствами, улицами и большими площадями. Постепенно поведение больных, которые становятся узниками малых расстояний, дополняется адаптивными элементами: они тщательно продумывают маршруты своего планируемого передвижения, часто передвигаются в сопровождении «поводырей» из окружения близких людей, стараются использовать те средства (например, велосипед), которые позволили бы им быстро вернуться домой, где они, как правило, чувствуют себя в безопасности.

Апатия

Апатия (греч. *apatheia* - бесчувственность) - состояние без-



*Рисунок 60 -
Маскообразное
лицо при апатии*

различия, равнодушия, безучастности, индифферентности к своему настоящему, прошлому и перспективам будущего. Апатическое состояние сопровождается стойким и полным выпадением у больного высших социальных чувств и эмоций, отражающих органические потребности, эмоциональной неподвижностью и отсутствием аффективных модуляций. Апатия, чаще встречающаяся у больных, страдающих шизофренией, на ранних этапах болезни может выражаться в форме эмоционального уплощения и частично осознаваться больным. Изменения чувств проявляются в форме их аморфности, размытости, обеднения, угасания, эмоциональной неподвиж-

ности. Больные теряют эмоциональные связи с окружающими, перестают проявлять интерес к текущим обязанностям. Нивелируются признаки личностного своеобразия. Выраженная степень апатии, являющаяся показателем давности болезни, как правило, не тяготит больного, не отражается в жалобах, не осознается и не расценивается им как патологическое состояние. В беседе при затрагивании тем, способных вызывать озабоченность, радость или огорчение, эмоциональное состояние больных не меняется. Они демонстрируют удивительное равнодушие и безучастность, теряют интерес к еде, к одежде, к гигиене тела, к потребностям и нуждам самых близких людей.

Апатия может также наблюдаться у больных в отдаленном периоде органических поражений мозга (после перенесенного энцефалита, черепно-мозговой травмы) и у лиц на фоне переживаний психологического кризиса. В последнем случае апатическое состояние носит кратковременный и преходящий характер.

Апатия заметно отражается в мимике и других компонентах экспрессивного поведения. У больных отмечается пониженная мимическая игра, ее однотонность и бедность, лицо постепенно становится маскообразным и амимичным. Обращает внимание их малоподвижный и тусклый взгляд, исчезновение жестовой активности. Походка становится скованной, медленной, лишенной какой-либо энергетика, руки безжизненно свисают вдоль тела. На фоне снижения волевой активности больные теряют трудоспособность, отгораживаются от окружающих, отказываются от общения, редко выходят из дому, становятся безразличными и подчиняемыми.

Дисфория

Дисфория (греч. *disphoria* - раздражение, досада) - мрачное, угрюмое настроение, сопровождающееся брюзжанием, недовольством, неприязненным или враждебным отношением к окружающим. Состояние возникает спонтанно или в результате незначительной психологической провокации, часто сопровождается вспышками гнева, ярости, вербальной и физической агрессией. Продолжительность дисфории колеблется от нескольких десятков минут до нескольких часов.

Дисфорическое состояние чаще встречается у больных, страдающих эпилепсией (может предшествовать судорожному припадку или завершать его), у эмоционально неустойчивых личностей, может наблюдаться у больных, принимающих нейрорепродуктивные препараты, а также у женщин в предменструальный период или после родов.

Больные, находящиеся в психиатрическом стационаре, придираются к работе персонала, упрекают сотрудников в пренебрежении своими обязанностями. При этом выявляют злопамятность и нередко вспоминают эпизоды недружелюбного или невнимательного отношения к ним. В домашних условиях в состоянии дисфории они грубо обращаются со своими близкими, нередко проявляя жестокость и безжалостность. Попытки успокоить больного не изменяют его состояния, а противодействие только усиливает агрессивность.

Мимика больных, находящихся в дисфорическом состоянии, напряженная, тело отражает готовность к активным действиям. Преобладают гримасы недовольства, злобы. Слышен скрежет зубов, на скулах видна «игра» желваков. Взгляд недовольный, гневный, иногда «испепеляющий». Жесты резкие, руки сжаты в кулаки. Речь отрывистая, быстрая, в голосе звучат интонации недовольства и угрозы либо открытые признаки агрессии. Нередко агрессивные действия реализуются по типу «мимо - реакция» - больные бьют оконные стекла, посуду, бытовые предметы, оскорбляют оказавшихся рядом людей или нападают на них и находящихся вблизи животных.

После окончания дисфории больные могут испытывать стыд и раскаяние. Больные с личностными изменениями или со снижением интеллекта после исчезновения дисфорического состояния еще какое-то время демонстрируют мимику оскорбленности и униженности.

2.6 Бредовые состояния

Бред - это комплекс спаянных с личностью взглядов и суждений, не соответствующих объективной реальности, противоречащих законам формальной логики, занимающих доминирующее положение

ние в сознании больного и не поддающихся какому-либо логическому разубеждению.

Клинические, в т.ч. экспрессивные, признаки бредового состояния достаточно разнообразны по форме и содержанию и зависят от многих составляющих: его актуальности, фабулы, конкретных переживаний, динамики развития, способности личности больного контролировать свое поведение. Картина бреда зависит также от сопутствующих, входящих в его структуру, психических расстройств: галлюцинаций, тех или иных форм помрачения сознания, уровня интеллектуального развития пациента, комплекса патологических интроцептивных ощущений и пр.

2.6.1 Параметры бреда

Фабула (общая идея) бреда - совокупность суждений, выражающих основную концепцию бреда и направленность общих бредовых умозаключений больного.

Фабула бреда не наполнена конкретным содержанием и часто определяет название бредового синдрома. При обострениях психоза она может повторяться по типу «клише», содержание же бредовых переживаний каждый раз может быть достаточно переменным. Например, идея преследования включает такие общие элементы, как наличие противников или какой-то враждебной силы, цель которых причинить вред больному, однако сюжет, детали, конкретные действия «врагов» в содержании бредовых переживаний могут видоизменяться и иногда не соответствовать картине предыдущих приступов [51].

Фабула бреда зависит от пола, возраста, иногда от его нозологической принадлежности. Принято, например, считать, что бред ущерба и любовный бред чаще наблюдаются у женщин, а бред ревности, ипохондрический бред - у мужчин. В детском возрасте бредовые идеи возникают редко и часто выражаются в виде неоформленного чувства опасности или возникают на фоне помраченного сознания, бредовые идеи ущерба и обкрадывания - у лиц пожилого и старческого возраста. Многие авторы отмечают условную связь фабулы бреда с некоторыми нозологическими формами психических заболеваний. Например, бред величия и богатства в сочетании

со слабоумием характерны для прогрессивного паралича, нигилистический бред Котара – для психозов позднего возраста, бред религиозного содержания чаще встречается при эпилептических психозах.

Объекты бреда - «фигуры» и множественные элементы бредовых переживаний, отражающиеся в сознании больного и постоянно находящиеся в поле его внимания. Это широкий спектр разнообразных объектов и их действий: живые и умершие люди, животные, знакомые и неизвестные больному лица, люди, находящиеся в близком окружении или на недосыгаемом расстоянии; это действия, производимые объектами, оказывающие психологические, физические или мистические влияния на психику и организм больного.

Содержание бреда - конкретные детали переживаний, основанные на паралогических связях между объектами, событиями, явлениями, фактами, которые определенным образом влияют на суждения и поведение больного. Содержание бреда зависит от преморбидных особенностей больного (свойств его темперамента, конституции), интроцептивных ощущений, актуальных, вытесненных в подсознание комплексов и архетипических идей, уровня культуры, профессии, образования. На содержание бредовых переживаний влияют обстоятельства и факты общественного характера или личной биографии, а также случайные события (чей-то рассказ, информация, услышанная по радио и телевидению, прочитанное в газете и пр.) Содержание бреда в процессе развития психоза может дифференцироваться, усложняться или упрощаться и постепенно редуцироваться, быть моно - и полисюжетным, правдоподобным и фантастическим, последовательным и отрывочным.

По степени реалистичности содержание бредовых идей может быть: абсурдным, нереалистичным, нелепым, нереалистичным для данного больного и для данной ситуации, но в принципе правдоподобным, реальным для данного больного, правдоподобным, но по содержанию не соответствующим действительности.

Актуальность бреда - значимость и эмоциональная заряженность бредовой идеи, ее влияние на мысли, чувства, поведение, «внутренний мир» больного. Актуальность бреда зависит от многих составляющих: тематики конкретных переживаний, особенно при

наличии в сюжете непосредственной угрозы для больного; тенденции бреда к систематизации; степени убежденности в истинности бредовой концепции (убеждения могут приобретать характер «бредовой аксиомы» или иметь следующую зависимость: чем меньше больной убежден в бредовой идее, тем в меньшей степени она влияет на его поведение); свойств темперамента больного, определяющих стеничность его поведения в период бредовых переживаний (поведение может быть стеничным, экспансивным, вялым, астеническим). На актуальность бреда и поведение больного влияют также нарушения других психических функций: расстройства восприятия, сознания, интеллекта, способности к рефлексии.

Актуальность бреда может быть различной: бредовые идеи занимают только мысли больного, не сказываясь на поведении, которое остается правильным; бредовые переживания влияют на намерения, но, благодаря относительно сохранной способности больного к самоконтролю и коррекции своих действий, поведение остается упорядоченным; поведение больного целиком подчинено фабуле и содержанию бреда.

Уровень систематизации бреда. По этому параметру выделяют систематизированные, малосистематизированные и «бессвязные» формы бреда.

Систематизированный бред - результат бредового творчества, характеризующийся наличием определенной бредовой системы, в которой отдельные бредовые построения тесно взаимосвязаны. Бредовые идеи вырабатываются медленно, вытекают одна за другой, связаны между собой по смыслу, для них характерна тенденция к усложнению, углублению и расширению фабулы. В структуре такой формы бреда галлюцинации либо отсутствуют, либо играют незначительную роль в развитии психоза. Типичным примером такого варианта бреда является паранойяльный бред.

Малосистематизированный бред - бред, в котором отсутствует логическая разработка фабулы и формирование определенной системы, хотя бредовые идеи ассоциируются в определенные комплексы и имеют соответствующую аффективную аранжировку. Такая форма бреда характеризуется, как правило, остро возникающим наплывом разрозненных, отрывочных представлений и суждений,

не имеющих единого смыслового «стержня». В клинике бреда очень часто отмечаются симптомы расстройств восприятия и сознания. Крайняя степень нарушения систематизации бредовых переживаний, вызванная главным образом грубыми нарушениями сознания, может выступать в форме «бессвязного» бреда.

Первичный и вторичный бред. Традиционное деление бредовых состояний на первичный и вторичный бред определяется степенью участия в бредообразовании механизмов когнитивного или чувственного познания. Следует, однако, признать, что противопоставление мышления и других психических функций (восприятия, памяти, воображения и аффективной сферы), принимающих непосредственное участие в познавательной деятельности, не совсем правомерно. Вероятно, такое деление можно считать оправданным, когда в клинике бредового состояния заметно доминирование того или иного компонента познания.

Первичный («интеллектуальный», «систематизированный», «интерпретативный») бред - бредовое состояние, в основе которого лежит ложная интерпретация (толкование) большим событий и явлений внешнего мира или фактов своей биографии и внутренних переживаний (воспоминаний, интроцептивных ощущений, иллюзий, галлюцинаций и пр.). Ведущую роль в патогенезе бредообразования в этом случае играет паралогическое мышление и нарушение причинно-следственных связей, отражающих действительность, которые ведут к ложному, неадекватному истолкованию поведения окружающих людей (их жестов, высказываний, интонаций голоса и пр.), значимости их поступков и той роли, которую играют окружающие больного объекты.

Вторичный бред («чувственный», «образный», «аффективный») бред, «бред воображения») - бредовые состояния, возникающие при преимущественном нарушении тех психических функций, которые участвуют в чувственном познании (помрачения сознания, иллюзии и галлюцинации, нарушения аффективной сферы и воображения). Бред характеризуется изменчивостью, нестойкостью, незавершенностью бредовых идей, отсутствием логической разработки фабулы, малой зависимостью от структуры личности. Включает в себя как реальные, так и фантастические события и часто сопро-

вождается тревогой, растерянностью и импульсивными действиями больного. Интенсивность вторичного бреда во многом определяется степенью выраженности нарушений вышеназванных психических сфер и их соотношением.

На разных этапах формирования бреда могут появляться различные психопатологические элементы, присущие первичному или вторичному бреду. В дебюте психоза клиническая картина может определяться характеристиками чувственного бреда, а по мере его развития в большей степени приобретать признаки первичного интерпретативного бреда.

2.6.2 Характеристики динамики бреда

Бредовое состояние может возникать остро, внезапно и может формироваться постепенно, поэтапно. Первый вариант характерен для чувственного бреда, второй чаще встречается при шизофреническом бредообразовании. Внутри медленнотекущего, поэтапно развивающегося бреда выделяют качественные и количественные динамические сдвиги, которые будут рассмотрены ниже.

Внезапно возникающее бредовое состояние может проявляться в форме острого бреда и бреда по типу «озарения». *Острый бред* – внезапно возникающее психотическое состояние с резким двигательным возбуждением и помрачением сознания, сопровождающееся значительным повышением температуры тела и физическим истощением больного. Для клиники характерны иллюзорное восприятие обстановки, выраженный аффект страха и тревоги, импульсивные действия. Наблюдается при инфекционных и интоксикационных психозах, при эпилепсии, острых травматических психозах. Острый бред возникает преимущественно на фоне экзогенных психозов.

Бред по типу «озарения», как и острый, возникает внезапно, но лежащая в его основе бредовая концепция, вначале не имеющая логических обоснований, постепенно развиваясь в процессе паралогического диалога больного с самим собой, приобретает относительно систематизированную форму. Это в свою очередь ведет к усилению стремления больного найти новые подтверждения для до-

казательства своей новой идеи. Бредовому состоянию редко предшествуют нарушения сознания.

Постепенное формирование бредовых идей включает несколько периодов.

1 *Инкубационный период* (препараноидное состояние, инициальный период, период предвестников) - этап начального бредообразования, сопровождающийся тягостными переживаниями, восприятием новых изменений в окружающем мире, приобретающих для больного какое-то особое значение. Психические расстройства, возникающие в этом периоде, представлены преимущественно различными пропорциями таких состояний, как бредовое восприятие, бредовое представление и бредовое настроение.

Бредовое восприятие - бредовое истолкование адекватно воспринимаемых вещей, которым придается неадекватное, особое значение (больной, например, замечает необычный взгляд прохожих, особые детали одежды, жесты и манеру речи знакомых), из-за чего окружающее воспринимается загадочным и непредсказуемым.

Бредовое настроение - предчувствие надвигающейся катастрофы, сопровождающееся тревогой, тоской, страхом или чувством собственной измененности. Больные становятся недоверчивыми, подозрительными, периодически растерянными, склонными к продукции различного рода пугающих их догадок и предположений.

Бредовое представление - ретроспективное переосмысление больным своих воспоминаний и каких-то событий прошлого, догадки, «озарения», которые возникают неожиданно и не вытекают из предшествующих размышлений (бред «разматывающихся воспоминаний»).

Бредовые состояния на начальных этапах их формирования могут встречаться в форме *аутохтонных идей* - неожиданных, самовозникающих бредовых идей, доминирующих в сознании больного, приобретающих приступообразное, волнообразное течение и выражающихся в мучительных для больного мыслях о чем-то преследовании.

2 *Период кристаллизации* (по И.М. Балинскому) - период развития бреда, сопровождающийся систематизацией бредовых идей, когда на смену напряженности, растерянности, тревоги и ожиданий

угрозы больному приходят бредовые знания. В этот период беспокоившие до этого неясности приобретают для больного определенный смысл, начинается переосмысление реальных событий в плане бредовых переживаний. Устанавливаются понятные больному связи между определенными фактами и ситуациями, активно формируется бредовая система. Разрозненные факты начинают объединяться в одно целое и становятся для больного непреложной истиной. Поведение больного меняется и во многом определяется актуальным для него содержанием бредовых идей.

Внутри этого периода могут возникать качественные и количественные динамические сдвиги.

Генерализация бреда - последовательное развитие бредового состояния, сопровождающееся присоединением новых бредовых элементов, усложнением сюжета и появлением новых тематических направлений. Тенденция к генерализации и систематизации имеет место в тех случаях, когда развитие бредовых идей основывается на искажениях логических связей.

В процессе развития психоза бредовые идеи могут не достигать необходимого завершения и оставаться в редуцированном виде, состоя лишь из отдельных бредовых фрагментов. Такая форма бреда, не достигшая необходимой «кристаллизации», называется *абортивным бредом*.

Трансформация бреда - процесс, сопровождающийся видоизменением тематики, формы или стадии бреда. В это понятие включены переход в процессе болезни одной стадии бреда в другую (паранойальный, параноидный, парафренный бред), превращение одной формы бреда в другую, их смена на том же этапе развития (бред отношения, бред преследования, бред воздействия), изменение тематики и содержания бреда под влиянием внешних и внутренних факторов. Склонность к трансформации бреда, по мнению некоторых авторов, характерна для чувственных форм бреда.

В бредовой динамике выделяют *период стереотипизации* - отсутствие усложнения бреда, когда его содержание не меняется и приобретает устойчивость и стабильность. В *терминальном периоде*, наступающем через несколько лет после начала заболевания, отмечается постепенный распад бредовой системы, которая полно-

стью не исчезает, но постепенно теряет стройность и становится фрагментарной.

3 *Период бредовой редукции* - процесс распада бредовой системы, ослабление эмоционального заряда, сопровождающего бред, снижение актуальности бредовых переживаний для больного. В некоторых случаях говорят об *инкапсуляции бреда* - сохранении бредовых идей в редуцированном виде, когда бред еще имеет определенное значение для личности больного, но в гораздо меньшей степени влияет на его поведение. Инкапсулированный бред нередко сопровождается относительно критичным отношением к нему со стороны больного.

Резидуальный бред. Это понятие в психиатрии включает несколько клинических разновидностей бредовых состояний: результат редукции бредовой концепции с сохранением отдельных неустойчивых бредовых элементов, сочетающихся с легкими аффективными нарушениями; бредовые расстройства, сопровождающиеся аффективными реакциями, оставшимися после восстановления помраченного сознания, на фоне которого они возникли (например, резидуальный бред супружеской неверности после перенесенного алкогольного делирия).

2.6.3 Бредообразование и структура бреда

Вопрос бредообразования и изучения механизмов, участвующих в формировании структуры бреда, является одним из самых сложных в психопатологии. В построении бреда в той или иной степени принимают участие все психические функции. Основными «кирпичиками» и «блоками» бреда являются такие сферы психики, как мышление, воображение, эмоциональная сфера, восприятие, сознание и ее системообразующая структура - личность. Патология этих функций способствует формированию у больного бредовой установки, которая в свою очередь определяет многообразие форм содержания его бредовых переживаний и поведения.

Очень часто в основе бредообразования лежат расстройства сенсорно-перцептивной сферы, что отмечено многими авторами [16, 19]. Например, усиление в структуре бреда кинестетического компонента в форме патологических ощущений и доминирование их в

сознании пациента приводят к актуализации ипохондрической фабулы. В дальнейшем, в результате «творческой» переработки, формируются различные по содержанию ипохондрические идеи, которые могут выступать самостоятельно или сочетаться с бредом воздействия и преследования. Отмечается также связь бреда с галлюцинациями, которая может быть прямой, когда содержание галлюцинаций совпадает с бредовым сюжетом, не прямой, когда содержание галлюцинаций приспособляется к бреду путем паралогических рассуждений больного, отсутствующей, когда галлюцинации и бред отражают разные плоскости переживаний и сюжетно не соприкасаются.

Нарушения аффективной сферы также влияют на формирование бреда и поведение больного. Определенное аффективное окрашивание мышления и воображения больного ведет к искажению мотивации его поступков и суждений и может предшествовать или сопутствовать бреду. Например, страх, который является общим аффективным признаком психозов, может стать источником персекуторной фабулы бреда. Разнообразные оттенки страха и тревоги в форме подозрительности, недоверия, опасений, боязливости ожидания, тревожного предчувствия могут выступать основными симптомами бредовых переживаний на этапах предвестников и кристаллизации разнообразных бредовых систем.

Экзальтированность, подъем настроения, агрессивность лежат в основе бредовых идей величия, могущества, богатства. Глубокие депрессивные переживания нередко порождают возникновение чувства вины и идей самоуничтожения и греховности. Степень аффективной заряженности бреда определяет его актуальность и значимость для больного.

Мышление и воображение - «стержневые» психические функции, активно участвующие в бредообразовании, хотя, как указано выше, не только они принимают участие в формировании фабулы и содержания бреда. Патология мышления является не только обязательным условием формирования бреда, мышление влияет и на характеристики его основных параметров: уровня систематизации и степени реалистичности, определяет первичные или вторичные формы построения бреда. По мере углубления нарушений когни-

тивных функций (например, при разорванном или инкогерентном мышлении), при снижении уровня интеллекта, бред теряет стройность и часто представляет собой сложную когнитивную систему с элементами дезинтеграции многих составляющих ее звеньев.

Бредовые синдромы могут быть патогенетически связаны с состояниями помраченного сознания (при шизофрении, острых отравлениях, черепно-мозговых травмах, мозговых инсультах, инфекционных заболеваниях, других соматогениях). Общие клинические проявления, отражающие эти связи, могут иметь следующие закономерности. Может отмечаться прямая зависимость между бредовыми состояниями и расстройствами сознания, т.е. бред возникает одновременно с помрачением сознания и дальнейшее его развитие соответствует интенсивности помрачения сознания. Восстановление сознания сопровождается постепенным исчезновением бреда и появлением у больного критики к имевшимся расстройствам. Нарушения сознания могут служить пусковыми факторами для дальнейшего развития бредового состояния. В таких случаях бред развивается в соответствии с динамикой расстройств сознания, но после восстановления сознания усиливается и становится самостоятельным элементом психоза. Нарушения сознания оказывают модифицирующее действие на уже имевшее место бредовое расстройство. Бред может приобретать иную или дополнительную фабулу, т.к. расстройства сознания создают условия для появления новых элементов в содержании бреда. В таких случаях после исчезновения расстройств сознания бред продолжает развиваться.

По отношению к другим психическим процессам и состояниям сознание выполняет интегрирующую, эмерджентную функцию. Одним из универсальных механизмов, лежащих в основе деятельности сознания, является проекция, под которой мы понимаем способность личности переносить (приписывать, выносить за пределы индивидуального сознания) некое психическое содержание, позволяющее ей структурировать внешний или свой внутренний мир. С помощью проекции и структурирования происходит дальнейшая дифференциация элементов внешней среды или внутреннего мира личности, устанавливаются новые связи и отношения между объектами (людьми, явлениями, ситуациями, фактами и пр.), меняется их

значимость и ценностное соотношение в сознании индивида. Психическое содержание, подвергшееся проекции, содержит материал, основанный на актуальных потребностях личности, а также неосознаваемых, находящихся в латентном состоянии, продуктах индивидуального бессознательного: вытесненных комплексов и архетипических идеях и образах [70]. Таким образом, при бредовых состояниях, сопровождающихся дезинтеграцией многих психических функций, в том числе и эмерджентной (системообразующей) функции сознания, происходит нарушение структурирующей деятельности проекции и заполнение внутреннего и внешнего мира больного психическим материалом, состоящим из осколков его комплексов и архетипов. В зависимости от того, какой из «векторов» проекции является доминирующим в процессе бредообразования, мы выделяем экстра- и интропроективные формы бреда.

Экстрапроективные формы бреда характеризуются искажением процесса структурирования элементов внешней среды, что сопровождается возникновением у больного нарушений восприятия и оценки поведения, намерений, мотивов поступков окружающих людей, изменением смысла ситуаций, идентификацией их с враждебными, мистическими или иными установками и чувствами (например, при бреде отношения, преследования, воздействия, ущерба, ревности и пр.). У больного может возникать патологическое усиление проекции любовных чувств (эротический бред) или проективная актуализация комплекса переживаний, связанных с опасениями супружеской неверности (бред ревности).

Интропроективные формы бреда основаны на патологических структурных преобразованиях внутреннего мира и идентификации больного с какими-то позитивными ценностными аспектами «Я» или архетипической фигурой «героя» (бредовые идеи величия, могущества, богатства, реформаторства), либо с негативными аспектами собственной личности и архетипическими идеями «тени» (депрессивные бредовые идеи самоуничижения или греховности). К интропроективным формам бреда относятся ипохондрический бред, бред Котара, в основе которых лежит интропроекция комплекса базовых опасений личности за свое телесное здоровье и представлений о возникших в организме процессов соматической деструкции.

Таким образом, бред как система является психопатологической структурой, возникающей на основе нарушений векторной организации процессов чувственного и когнитивного познания, а также лежащих в их основе комплексов или архетипов личности больного, о которых речь пойдет ниже.

Склонность к формированию паранойяльных реакций и состояний нередко обуславливается совокупностью параноических и эпилептоидных свойств темперамента и характера больных: стойким искажением самооценки в форме эгоизма, эгоцентризма, подчеркнутой независимости, болезненного самолюбия, переоценки собственных достоинств; ригидности психических процессов, выражающихся в упрямстве, неспособности к компромиссам, стойкости аффектов, злопамятности, ревности, легком возникновении сверхценных идей; высокой энергетикой психических процессов, проявляющихся в стеничности, настойчивости, патологической целеустремленности, в тенденции к активной деятельности; комплексом неполноценности и гиперрефлексией социальных отношений, выражающихся в недоверчивости, подозрительности, повышенной ранимости, нетерпимости к возражениям, готовности к контратаке, привычки относить на свой счет высказывания окружающих; особенностями интеллекта, характеризующимися некоторой интеллектуальной ограниченностью и отсутствием чувства юмора.

Интересным в понимании бредообразования является вопрос возникновения той или иной фабулы бреда. Почему, например, у людей, живущих в разных культурно-исторических условиях, принадлежащих к различным этническим и половым группам, фабула бредового состояния остается устойчивой, универсальной и не зависящей от культурных условий текущего времени? Варианты фабулы бреда, выделенные и описанные психиатрами около 200 лет назад, сохраняются до сих пор, наполняясь лишь различным содержанием, определяемым личным опытом больного и ментальностью общества того исторического периода, в котором он живет. Кроме того, бредовые идеи часто не связаны с преморбидными личностными особенностями и реальными стремлениями или опасениями больного. Почему, например, человек, никогда не обнаруживавший чрезмерного стремления к превосходству и самоутверждению, в

психотическом состоянии демонстрирует идеи величия, могущества или богатства, а больной, никогда не придававший значения разговорам о колдовстве и порче, начинает активно продуцировать идеи околдовывания или одержимости.

С нашей точки зрения, наиболее адекватной концепцией, способной ответить на эти вопросы, является теория архетипов и коллективного бессознательного К.Г.Юнга, который считал, что последние включают свойства всего человечества как некоего целого. Он писал: «Безмерно древнее психическое начало образует основу нашего разума точно так же, как и стремление нашего тела к общей анатомической структуре млекопитающих» [69, с75]. Согласно взглядам Юнга и сторонников архетипической психологии бессознательное, являющееся резервуаром прошлого личности, включает в себя как личный, так и коллективный опыт. При этом личное бессознательное состоит из подавленных воспоминаний, основанных на отвергаемом личностью психическом материале. Коллективное бессознательное, согласно Юнгу, - это то психологическое наследие, которое, как и биологический опыт, являясь продуктом эволюции человеческой истории, уже с раннего возраста содержится в психике [70]. Несмотря на это спорное утверждение (наследственным или приобретенным является содержание коллективного бессознательного), мы согласны с тем, что коллективные идеи и образы составляют часть индивидуального бессознательного.

Основой коллективного бессознательного являются архетипы, которые, с нашей точки зрения, представляют собой психический материал, выражающий модели поведения базовых экзистенциальных фигур. Другими словами можно сказать, что архетипы – это схемы неких собирательных образов и действий, обобщающих свойства и поведение как мифологических, так и исторических персонажей, которые являются абстрактными и персонифицированными эталонами ценностей: Силы, Мужества и Власти, Хитрости и Коварства, Сверхъестественного и Чудесного, Мудрости и Сдержанности, Тайного и Вызывающего Стыд, Непосредственности и Детскости, Любви, Надежды и Заботы и т.д. Каждому архетипу, представленному в форме символической фигуры, свойственны определенные качества и стереотипы поведения. Каждая ценность

(или антиценность) имеет свой символический и персонифицированный эталон.

Архетипы могут колебаться в деталях, но при этом их базовая схема не теряется. В сознании человека они представлены в форме коллективных универсальных паттернов (моделей, схем), являющихся основным содержанием мифологических сюжетов, легенд и сказок, а у отдельного человека они появляются в сновидениях, грезах и в психопатологической продукции - галлюцинациях и бредовых переживаниях.

К. Юнг и его последователи выделяли несколько вариантов архетипов: «Героя», «Трикстера» (плута и злодея), «Сенекса» (мудрого старца), «Великой матери», «Вечной юности» (пуэра и пуэзлы), «Мана-личности» (магического и сверхъестественного), «Самости» (личностной целостности), «Персоны» (представляемого «Я») и «Тени» (чего-то отвергаемого личностью в себе). Архетипы, как и индивидуальные комплексы, с нашей точки зрения, определяют фабулу бредовых состояний. Таким образом, бред представляет собой психопатологическую структуру, возникающую вследствие дезинтеграции защитных, репрессивных механизмов контроля и рефлексии, высвобождения и проективного «всплеска» материала глубинных слоев бессознательного, чем и являются архетипические фигуры и многочисленные комплексы личности. Попытки найти корреляты между фабулой бредовых состояний и архетипами помогают лучше понять природу последних.

Соотнесение уже известных характеристик некоторых архетипов индивидуального и коллективного бессознательного с фабулой и содержанием бредовых идей позволило нам предложить новую (архетипическую) систематику бредовых состояний.

«Герой». Культурному герою, встречающемуся в мифологии всех народов мира, свойственны специфические свойства, цели и определенный образ жизни. В большинстве мифологий культурный герой - это полубог - получеловек, который иногда не знает своего отца, воспитывается матерью и в юности имеет склонности к нарушению запретов, обладает героическим характером - смелостью, самоуверенностью, сильной волей, стремлением к преодолению демонических противников (коварных духов, сил зла), отправляется

на поиски, совершая подвиги (ценой невероятных усилий побеждает чудовищ, добывает необыкновенные сокровища и волшебные вещи, приносит людям эликсир жизни, золотое яйцо и пр.), при этом проходит через многочисленные драматические ситуации, обладает особыми психическими и физическими способностями; преодолевает страдания, трудности и препятствия, вознаграждение, известность и славу получает нередко после смерти.

Архетип «героя» отражается в экспансивных формах бреда, проявляющихся в резкой трансформации личности и искажениях в структуре «Я». Больные приписывают себе свойства, которые не соответствуют их образованию, статусу, интеллектуальным, физическим и духовным возможностям. Они заявляют о своих необыкновенных способностях к телепатии, ясновидению, считают себя изобретателями космических аппаратов и супероружия, «летописцами всемирной истории», духовными вождями, реформаторами и пр. Посуществу, это группа интропроективных форм бреда, которые возникают в связи со стойкой и тотальной идентификацией больного с какими-то аспектами архетипа «героя». К ним можно отнести:

Бред величия - характеризуется грандиозной переоценкой больным своих психических и физических возможностей и своего положения в обществе.

Бред изобретательства - содержит идею совершения грандиозных по значению изобретений или научных открытий, которые, по мнению больного, в корне изменят образ жизни всего человечества.

Бред богатства - убеждение больного в том, что он владелец несметных сокровищ, обладает «всеми золотыми запасами на земле» и т.п.

Бред реформаторства - характеризуется идеями коренного переустройства в экономической, политической или религиозной областях в масштабах страны или всего мира. Нередко сочетается с идеями преследования. Близкими по содержанию являются *мегаломанический бред*, который выражается в убежденности больного в грандиозности своего влияния на мир, *бред мессианства* - убеждение больного в том, что он является спасителем либо народа той страны, в которой он живет, либо всего человечества и его предна-

значение - «установление царства Божьего», «всеобщего благоденствия и счастья людей».

Бред высокого происхождения - убежденность больного в своем происхождении от лиц, занимающих высокое положение в обществе (он внук или сын всемирно известного писателя, ученого, кинозвезды, потомок царствующих, очень влиятельных особ и т.п.). При этом к настоящим родителям больные часто проявляют враждебное или снисходительное отношение.

«Трикстер» - архетипическая фигура, включающая комплекс специфических свойств, таких, как плут и озорник, шут и безумец, существо, склонное к притворству и прибегающее для достижения успеха к хитрым и коварным действиям, к нарушению табу и общественных норм. Кроме того, у трикстера отмечаются такие черты, как жестокость, циничность, бесчувственность, прожорливость и похотливость. Этот архетип ассоциируется с образами опасных животных (лисы, крысы, волка), способных к неожиданным и агрессивным действиям. Фактически «трикстер» - это олицетворение зла, хитрости и коварства, действия которого иногда могут приобретать относительно безобидные, унижающие и позорящие больного формы, однако чаще его действия мотивированы агрессивными намерениями. Проекция («освобождение») «трикстера», приписывание его свойств окружающим в клинической практике отражается в многочисленных вариациях бредовых состояний.

Бред инсценировки - убеждение больного в том, что происходящее вокруг является специально организованной инсценировкой, преследующей особые цели. Больной связывает это с вовлечением его в какой-то хитроумный эксперимент, в котором он фигурирует в качестве подопытного объекта. Подстроенность ситуации, по мнению больного, необходима кому-то для того, чтобы выставить его в худшем свете, проверить какие-то качества или способности, понять его намерения, спровоцировать на какие-то действия и пр.

Бред преследования - характеризуется тенденцией больного видеть направленные против него преследования со стороны других людей, что часто сопровождается аффектами тревоги и страха.

Бред малого масштаба (кухонный бред) - убежденность больного в производимых соседями или близкими людьми действиях,

которые направлены на нанесение ему материального ущерба или для того, чтобы вызвать у него моральные страдания. Соседи подозреваются в мелких кражах, в проникновении в его квартиру, в порче принадлежащего ему имущества, в использовании его вещей и одежды в личных целях.

Бред ложного узнавания Капгра. Эту форму бреда В.П. Сербский (1907) впервые описал под названием «синдром смешивания личности», позже ее характеристики были более подробно изложены французским психиатром Ж. Капгра (1923). Бред включает несколько вариантов: а) *синдром «положительного двойника»*, когда больной узнает в окружающих его людях двойников своих родственников, знакомых, просто известных людей; б) *синдром «отрицательного двойника»* – убеждение больного в том, что родственник или знакомый, с которым он виделся, не настоящий, а подставная фигура, «загримированный двойник»; в) *симптом Фреголи*, когда больные утверждают, что их преследователи специально изменяют свою внешность, чтобы остаться неузнанными. Больные не всегда могут объяснить причину изменения внешности и притворного поведения людей, иногда предполагают безобидные намерения «двойников» (при синдроме «положительного двойника» - «хотят сделать приятное», «водят за нос», «разыгрывают»), но чаще указывают на слежку и злые умыслы с их стороны.

«Тень» - архетипическая форма, состоящая из материала, подавленного сознанием субъекта. Ее содержание включает те тенденции, желания, воспоминания и опыт, которые несовместимы с «персоной» и противоречат социальным нормам и идеалам личности. «Тень» является резервуаром комплексов личности, которые определяют влечение к власти, болезненное честолюбие, сексуальные табуированные тенденции и фантазии, вызывающие чувства вины, стыда, раскаяния, ощущение презрения другими, от которых она стремится избавиться [64]. Тень делается враждебной лишь там, где она игнорируется и не понимается. К бредовым состояниям, основанным на архетипе «тени» и его многочисленных комплексах, можно отнести следующие.

Бред обвинения - вариант вторичного, часто депрессивного бреда, характеризующегося утверждением больных, будто окру-

жающие приписывают им предосудительные и неблагоприятные (в том числе преступные) поступки и действия, в которых они не виноваты.

Бред невиновности и помилования - бредовые идеи, содержание которых сводится к тому, что больной не виновен в инкриминируемом ему «правонарушении» или утверждает, что приговор отменен и он помилован. В рамках психогенного бредаообразования наблюдается при «тюремных психозах», иногда встречается при шизофрении.

Бред самообвинения и греховности - депрессивный бред, который характеризуется приписыванием себе якобы совершенных в прошлом или в настоящее время поступков, наносимых большой вред окружающим, нередко гибельных для них. Эта форма бреда нередко сопровождается жадой наказания за свои поступки и стремлением к самоубийству.

Бред эротического презрения - бред, возникающий чаще у одиноких и неустроенных в личной жизни женщин, убежденных в том, что окружающие считают их женщинами легкого поведения.

Бред эротического преследования - бредовые убеждения, согласно которым больные считают себя жертвами сексуальных притязаний и оскорблений со стороны окружающих. Чаще наблюдается у женщин, которые утверждают, что их преследуют мужчины и иногда помогающие им женщины. Возможны обвинения некоторых «объектов», включенных в бредовую систему, в изнасиловании.

Бред ревности - бред, характеризующийся идеями супружеской неверности и причиняемого больному морального или материального ущерба. В основе бреда лежит экстрапроекция комплекса Клитемнестры, который включает убеждение больного в том, что его жена враждебно относится к нему и, чтобы поддерживать сексуальные отношения с любовником, вступив в сговор с последним, стремится его убить.

Бред обнищания - убеждение больного содержит идею об утрате им и его семьей принадлежащих материальных ценностей.

«Мана - личность» - персонифицированный архетипический образ сверхъестественной силы. В мифологиях различных культур он обозначает приблизительно одно и то же. Маланезийское слово

мана обозначает колдовские и нуминозные качества у богов или священных объектов. В кельтской мифологии *мананнан* - это владыка потустороннего мира на острове блаженных, который часто описывается как всадник, скачущий по морю или едущий по нему на колеснице. Мана - личность воплощает в себе магическую силу, которая проявляется в действиях священника, мага, колдуна, управителя людей и духов, целителя, святого, героя, лидера, и может нести как положительный, так и отрицательный заряд. К бредовым состояниям, возникшим на основе архетипа мана - личности, можно отнести архаические формы бреда - состояния, в формировании которых участвуют суеверия, магические представления и религиозные верования.

Мистический бред - характеризуется мистическим содержанием болезненных переживаний и убеждений больного в том, что с ним и с окружающими происходит нечто необъяснимое и загадочное. К мистическому бреду относятся бредовые идеи религиозного содержания, утверждения об общении с потусторонним миром и пр.

Бред одержимости - состояние, отражающее переживания больного о вселении в его тело каких-либо живых, нередко фантастических существ (например, дьявола, нечистой силы). Часто сочетается с *бредом овладения*, а при переживании одержимости нечистой силой - с речедвигательными галлюцинациями. *Дерматозойный бред* - один из вариантов одержимости животными (чаще насекомыми) с локализацией болезненных переживаний в коже или в подкожной клетчатке.

Бред воздействия - убеждение больного в том, что его действия зависят от чужой воли, а тело и процессы, происходящие в нем, являются объектами физического или психического воздействия других людей или существ. Различают бред психического (влияние гипноза, телепатии, сглаза) и физического воздействия (лучей космических, лазерных, атомных, тепловых и пр.), а также убеждение в околдовывании непонятными для больного способами. Многие из этих форм бреда могут возникать у одного и того же больного.

«*Самость*». К. Юнг называл самость главным архетипом психики человека, архетипом целостности личности, единства ее сознательного и бессознательного. Он писал [70]: «Самость - не

только центр, но и периферия, которая охватывает сознание и бессознательное: это центр всего, также как эго - центр сознания». Самость, согласно взглядам юнгианцев, изображается в сновидениях в форме безличных образов, таких, как мандала (фигура, в которой круг заключен в квадрат или квадрат в круг), или в форме камня и кристалла, а также в персонифицированных образах Будды, Христа или Аллаха. Субъективно самость выражается в переживании целостности и тождественности, включая соматические процессы, тело и его части, психику и ее компоненты. Она также является источником символов и образов целостности. Мы рассматриваем самость как совокупность диспозиций к определенным сторонам собственной личности, каждая из которых сопровождается специфическим комплексом ощущений, представлений, концептов и эмоций. Примером личностных диспозиций могут служить такие, как «мое здоровье», «моя внешность», «мой интеллект», «мой духовный багаж», «моя сексуальность», «моя привлекательность» и т.д. В патологии, как нам кажется, возникает дезинтеграция каких-то частей самости, доминирование одной из них, которая и определяет фабулу бреда. Процессы и механизмы, лежащие в основе патологии самости, мы назвали фрагментацией, редупликацией и трансформацией.

Фрагментация - процесс «дробления» самости на отдельные части и доминирования в сознании больного одного из ее инверсионных фрагментов (например, в диспозиции «мое здоровье» одна ее часть «я абсолютно здоров» имеет инверсионный полюс «я тяжело болен», а диспозиция, отражающая в самости отношение к своей внешности, включает такую инверсионную форму, как «я урод»). Такое понимание патологии самости находит отражение в некоторых формах бреда.

Ипохондрический бред - убеждение больного в наличии у него тяжелого или неизлечимого смертельного заболевания при отсутствии объективных признаков последнего. Больной может считать, что он болен чем-то, еще не выясненным врачами, предполагать у себя наличие патологии каких-то конкретных органов или соматических систем, а при дальнейшем развитии бредового состояния утверждать, что болезнь вызвана чьим-то чужим влиянием (с помощью колдовства, сглаза, отравления). Последний вариант может

свидетельствовать о слиянии, соприкосновении (интерференции) психического содержания архетипических фигур самости и манна - личности.

Дисморфоманический бред - бред мнимого уродства - убеждение больных в наличии у них грубых косметических недостатков, заметно и грубо обезображивающих их внешность. Они считают себя уродливыми из-за, как им кажется, непропорционально «больших» или «деформированных» частей своего лица (убеждены, что у них отталкивающе большие, «завывающиеся», «козлиные» уши, длинный, «как у Буратино», нос, узкий лоб, дикие, «как у обезьяны», глаза). Бредовое восприятие касается и других частей тела – ног, груди, гениталий и пр. Нередко больные убеждены в том, что от них исходят неприятные запахи (мочи, кала, спермы, непроизвольно выделяющихся кишечных газов). Дисморфоманический бред часто сочетается с идеями отношения и активным стремлением больных к исправлению своих мнимых физических недостатков.

Редупликация - умножение (удвоение, утроение), «клонирование» каких-то частей самости, сопровождающееся их проекцией во вне. Этот механизм, лежащий в основе патологии самости, с нашей точки зрения, проявляется в формировании такого бредового состояния, как *бред двойника (двойников)*. Больной может считать, что у него есть двойник, идентичный его личности, внешне (физически) очень похожий на него, который имеет те же привычки, то же прошлое и выполняет те же действия и даже мыслит, как он. Иногда больные могут быть убеждены, что их двойник ведет совершенно независимую от них жизнь, совершает позорящие их действия или даже враждебно относится к оригиналу. Генерализация бреда двойника (иногда у одного и того же больного) приводит к тому, что больной считает, что у каждого человека, в том числе и у него, есть множество двойников, психологически идентичных оригиналу, хотя внешне не похожих на него и даже принадлежащих к другой возрастной группе.

Трансформация самости - процесс временной замены самости индивида самостью другого существа. Клинической моделью данного вида патологии, позволяющей исследовать еще более грубые нарушения структуры самости, может служить бред метаморфозы.

Бред метаморфозы (метаболические, зоантропические формы бреда) - убеждение больного в том, что он превращается в неодушевленные предметы, животных (волка - ликантропия, собаку - кинантропия, кошку - галеантропия, птицу, корову и т.д.) или иное живое существо (инопланетянина, другого человека), что проявляется в манере его поведения, соответствующей «новой» самости. Индивидуальная самость больного на время как бы заменяется другой, не соответствующей прежней самости сущностью.

2.6.4 Экспрессивные признаки бредовых состояний

Наблюдение за экспрессивным поведением бредового больного позволяет врачу судить о динамике его состояния и снижении (или усилении) эмоциональной заряженности бредовых переживаний, предполагать наличие той или иной бредовой фабулы. В этом разделе будут даны характеристики экспрессивного поведения больных при различных бредовых состояниях, ниже описан общий экспрессивный комплекс их персекуторной формы, наиболее часто встречающейся в практике врача.

Экспрессивные признаки персекуторных форм бреда

Больные, часто испытывая напряженность и страх, вызванные бредовыми переживаниями, ведут себя неадекватно, что привлекает внимание окружающих или врача, к которому его приводят на прием. Они осторожны, пугливы, в беседе оглядываются по сторонам, назад, особенно если в кабинет кто-то входит или за его пределами слышен какой-то шум. Часто отказываются входить в кабинет врача. Мимика, позы отражают растерянность, сопротивление больных при попытках вступить с ними в контакт.

Заходя в кабинет врача, больные опасливо осматриваются, внимательно всматриваются в лицо врача или находящихся там людей. Часто настаивают на том, чтобы сзади никто не стоял или не сидел. Иногда, не давая никаких объяснений, могут внезапно встать и пытаться убежать. Если в период беседы с врачом звонит телефон, они вздрагивают, прекращают отвечать на вопросы, боясь, что их разговор каким-то образом могут прослушивать.

Если больные включаются в беседу, то нередко неадекватно замолкают, долго обдумывают вопрос, иногда молчат или презрительно улыбаются. Могут отвечать вопросом на вопрос, например, спросить: «Зачем вы меня об этом спрашиваете? Вы ведь и так все знаете». Иногда отказываются отвечать даже на простые вопросы, например, при выяснении имени, домашнего адреса, возраста и пр.

Сочетание бредовых переживаний и галлюцинаций выявляется во внезапном изменении настроения: больной может замолчать, внезапно расплакаться или улыбнуться. Мимика больного нередко отражает содержание его галлюцинаций, что выражается в неожиданно возникшем у него чувстве страха или ужаса, некоторой отрешенности и прислушивании к чему-то, в неадекватной улыбке или кивке головой.

О наличии бредовых переживаний могут свидетельствовать особенности голоса и речи больных: интонации их голоса могут меняться, они могут говорить то неадекватно громко, то тихо или шепотом. Часто их высказывания витиеваты, непоследовательны, паралогичны, в речи появляются неологизмы (придуманные больными новые слова или словосочетания) или слова, используемые больными в ином, необычном смысле. Речь больных может быть богата недосказанностями, намеками, «загадочными» неадекватными паузами, что, как правило, указывает на имеющиеся у них расстройства мышления.

Садистское и мазохистское поведение у больных с бредом ревности

У больных с бредом ревности садистское поведение встречается чаще, но нередко у одного и того же больного в различных пропорциях может наблюдаться сочетание как садистских, так и мазохистских форм поведения [60].

Садистское поведение - поведение, сопровождающееся моральным унижением и оскорблениями или физическими истязаниями жены или партнерши. Чаще садистические действия больных разворачиваются в вечернее или ночное время и проявляются в требованиях признания женой факта измен. Больные нередко делают это, угрожая ножом, ружьем, топором, «приговаривают» жену к

смертной казни, иногда описывая этот предполагаемый процесс во всех устрашающих подробностях. «Допросы» жены часто сопровождаются ее избиениями и пытками (больные связывают их, наносят уколы шилом, ножом, выкручивают руки, совершают порезы кожи), иногда - убийством или предложением совершить самоубийство жене. На пике своих болезненных переживаний больные нередко громко и торжествующе смеются, у них возникают признаки общего возбуждения, тремор, гиперемия лица и других частей тела. Характерна *тенденция к ритуализации* - на каждом «допросе» больные стремятся воспроизвести сцены, сопровождающиеся драматическими действиями и желанием вызвать состояние ужаса у жены и детей.

Мазохистское поведение - поведение, приводящее к нравственному самоунижению или физическому страданию самого больного. Поведение проявляется в том, что больной сам создает обстановку, в которой жена вынуждена прибегать в качестве обороны к его оскорблениям или нанесению пощечин. Больной во время «допросов» жены просит ее рассказать, как совершались половые акты с «любовником», объяснить, чем привлекательней для нее предполагаемый партнер по сравнению с ним, нередко обвиняет жену в собственной импотенции. Мазохистское поведение проявляется в том, что больной просит жену простить его за причиненную ей боль и моральные мучения, уверяет ее в любви к ней, грозитя покончить с собой, нередко подробно описывает способы самоубийства, которые он выберет в случае отказа жены простить и вернуться к нему. Тем самым он нередко доводит себя до состояния полного отчаяния.

Симптомы зеркала и фотографии у больных с бредом дисморфомании

Симптом зеркала. Этот симптом является очень частым поведенческим феноменом при патологической убежденности больного в наличии у него какого-то физического недостатка или уродства. Симптом был описан E. Morselli в 1894 году у больных с дисморфофобией, а позже почти одновременно и более полно охарактеризован двумя авторами: P. Abeli и A. Delmas.

Выделяют положительный и отрицательный варианты симптома зеркала.

Отрицательный симптом зеркала характеризуется тем, что у больных с бредом физического уродства отмечается резко негативное отношение к зеркалу. Больные избегают даже мимолетного взгляда в зеркало, часто требуют, чтобы из их квартиры убрали все имеющиеся зеркала, отворачиваются от любой отражающей поверхности. Они стараются реже носить новую одежду, чтобы у них не было лишнего повода смотреться в зеркало.

Положительный симптом зеркала выражается в том, что больные, напротив, много времени уделяют подробному рассмотрению своего «дефекта», подолгу сидят перед зеркалом, стараются «подыскивать» наиболее удачное, по их мнению, выражение лица и соответствующие жесты и позы, чтобы по возможности скрыть свой мнимый недостаток. Долгое рассматривание себя в зеркале необходимо больным еще и для того, чтобы выяснить, какая именно «коррекция» им потребуется и как ее лучше осуществить.

Симптом зеркала необходимо дифференцировать от так называемого *рефлекторного симптома зеркала*, который чаще встречается у больных со слабоумием (страдающих сенильной деменцией, болезнью Альцгеймера). Симптом проявляется в пассивном стремлении больных рассматривать себя в зеркале или в других отражающих предметах, которые привлекают их внимание видом зеркальной или блестящей поверхности.

Симптом фотографии - стойкое убеждение больных в том, что фотографии с их изображением четко и определенно обнаруживают уродства их лица и являются доказательством этого для других. Симптом фотографии впервые был описан в 1959 году М.В. Коркиной. Как и симптом зеркала, симптом фотографии имеет положительный и отрицательный варианты. В последнем случае больные упорно отказываются от фотографирования, испытывая при этом множество неудобств. Чтобы не запечатлеть свою «гнусную физиономию» даже при оформлении необходимых документов, они стараются совершать какие-то движения во время съемок для того, чтобы снимок получился нечетким и смазанным. Если фотография

получается с четким изображением лица, они нередко замазывают ее ручкой или вырезают.

В тех случаях, когда больные добиваются производства им косметических операций, они предоставляют свои фотографии как неопровержимое доказательство их «уродства», считая, что именно статическое изображение делает их «дефект» более заметным.

«Детективное» поведение - комплекс действий и поступков бредового больного в форме проведения расследования, слежки, поиска и сбора «фактов», доказывающих его болезненные предположения и убеждения. Детективное поведение встречается чаще у больных с бредом ревности и при возникновении у них бредовых идей преследования.

При бреде ревности больные в гротескной форме воспроизводят картины следственных действий: незаметно для жены наблюдают за ней, собирают «вещественные» доказательства - проверяют ее вещи (косметички, сумочки, содержимое карманов), перечитывают письма или поздравительные открытки, в которых надеются получить доказательства измен или тайной переписки с мужчинами. Нередко тщательно хронометрируют время передвижения жен с места работы домой и в случае «опозданий» уточняют время, место их пребывания и причины задержки. Часто звонят женам на работу и под предлогом важности сообщения или заботливого к ним отношения уточняют у жены или ее сотрудников, где она в данный момент находится. Проявляют склонность к опросу соседей или сотрудников и выяснению того, с кем, когда и сколько времени жена в последнее время общается. В процессе проведения «расследования» больные заставляют своих жен писать «объяснительные» записки, заявления с признанием своей вины, иногда ведут протоколы «допросов». Нередко с целью подтверждения своих подозрений и версий измен настаивают на осмотре тела жены, как правило, находя дополнительные «доказательства» супружеской неверности.

При паранойяльной структуре бреда отношения или преследования детективное поведение больных проявляется в поиске доказательств особого или враждебного отношения окружающих людей или конкретных субъектов и «спецслужб» к себе. Для подтверждения факта слежки больные часто меняют маршруты своего пере-

движения, перед тем как выйти из дому, тщательно осматривают ту местность или улицу, которую должны пересечь, нередко для того, чтобы их не «засекли», отключают телефон и запрещают подходить к нему своих близких. При подозрительных шумах или шорохах в подъезде следят за происходящим в замочную скважину. Преследуя своих мнимых преследователей, больные стараются это делать незаметно, прибегая к различным видам маскировки (соблюдают дистанцию следования, гримируются). Иногда уточняют домашний адрес, место работы, телефон своих предполагаемых врагов. Достаточно часто с целью безопасности больные носят с собой «холодное» оружие (ножи, кастеты, самодельные, незамысловатые средства обороны).

Защитное поведение - действия бредового больного, направленные на избегание контактов с мнимыми преследователями или активное противодействие их «коварным» замыслам.

Можно условно выделить пассивные и активные формы защиты. *Пассивная защита* выражается в стремлении больных к уходу от преследователей, перемене места жительства (больные могут менять квартиру, населенный пункт, в котором живут, пытаться выехать из страны), постоянной смене маршрутов своего передвижения и попытках «оторваться» от слежки (*тактика «мигрирующих параноиков»*).

Активная защита проявляется в различных формах противодействия и обороны. Опасаясь вторжения мнимых преследователей, больные меняют дверные замки, укрепляют двери. Думая, что их могут прослушивать и записывать на магнитофон, они тщательно проверяют электросеть в своей квартире, нередко обрывают телефонный кабель, разбирают телефоны, телевизоры, другие бытовые приборы, пытаясь найти «электронные чипы» или другие доказательства слежки. Больные с бредом воздействия нередко сооружают нелепые «экранные» устройства, призванные, с их точки зрения, уберечь от всевозможных направленных на них средств «современного» («лучевого», «атомного», «теплого», «электронного») оружия. На начальных этапах бреда обращаются к властям, пытаясь найти в них своих защитников. Активная защита часто сочетается с

элементами детективного поведения и проявляется в *тактике «преследования преследователей»*.

Диссимуляция - форма нарушения критики и поведения, которая сопровождается преднамеренным утаиванием большим существующих признаков психической болезни и, в частности, бредовых переживаний. Мотивом диссимуляции чаще всего является желание больного выписаться из психиатрической больницы, для чего он прибегает к различным способам поведения и утаивания своих болезненных убеждений так, чтобы врач и другие окружающие его люди поверили в то, что он здоров. Кроме этого, утаивая свои бредовые убеждения, больные иногда надеются реализовать свои агрессивные, антисоциальные или суицидальные замыслы и стремления.

Диссимуляция может выступать в двух основных формах: *аутистической и негативистической*. В первом случае больные, стремясь скрыть проявления болезни и бреда, ограничивают контакты с персоналом, не обращаются к врачу с какими-либо просьбами либо стереотипно повторяют одну и ту же просьбу - выписать их из отделения, во втором - при формальной доступности контакта - избирательно отказываются от беседы о состоянии своего здоровья. Они утверждают, что уже забыли то, о чем вчера или несколько дней назад активно обсуждали с врачом, либо говорят, что им неприятно это вспоминать и они хотели бы все забыть. В беседе при попытке врача выяснить их болезненные переживания стараются перевести разговор в иную плоскость, иногда находят предлог его прекратить, настаивая на том, что им стало плохо. Иногда прямо и резко заявляют, что эту тему они обсуждать не намерены, при этом могут встать и попытаться уйти из кабинета.

Эпистолярное творчество. Нередко на наличие бредовых переживаний может указывать письменная и рисуночная продукция больных. Почерк становится вычурным, текст может оформляться столбцами, характерно шифрованное содержание писем и абсурдные, гротесковые фразы. Можно выявить непонятные рисунки с символическим содержанием и иногда бредовым пояснением к ним. Нередко больные отсылают свои письма близким или в милицию, органы госбезопасности, в общественные и международные органи-

зации с просьбой помочь арестовать и наказать преследователей или с предложением признать их «изобретения» и «научные открытия».

2.7 Двигательные расстройства

К двигательным нарушениям относят расстройства моторики, которые сочетаются с нарушениями психических функций и сопровождаются патологией мышления, эмоциональной сферы, речи, сознания. Двигательные нарушения могут встречаться не только при психических заболеваниях, но и при неврологических поражениях, которые будут рассмотрены ниже.

Выделяют три основных формы двигательных расстройств: гиперкинезию, гипо-и акинезию и паракинезию.

Гиперкинезия - усиление и ускорение двигательной активности. В легких случаях гиперкинезии поведение больного в целом остается последовательным, мимика оживляется и становится более выразительной, движения - интенсивнее и разнообразнее. По мере усиления гиперкинезии мимика и движения больного становятся резкими, порывистыми, утрачивают естественную пластичность, поведение приобретает характер беспорядочности и внешне выглядит немотивированным. Достигая степени выраженного психомоторного возбуждения, больной совершает неправильные действия по отношению к окружающим и к самому себе.

Гипо - и акинезия - снижение или полное исчезновение двигательной активности - может проявляться с разной степенью выраженности (от неполной до полной обездвиженности). Гипокинетические расстройства встречаются в неврологической клинике, в психиатрии для обозначения состояний гипо - и акинезии используются термины «субступор» и «ступор».

Термином «*паракинезия*» в психиатрии обозначают двигательные расстройства, проявляющиеся в различных двигательных экспрессивных системах (мимике, жестах, позах, общей моторике), которые наблюдаются вне контекста психических переживаний больного или сопровождаются движениями, нарушающими единство целенаправленной моторной активности. К паракинезиям относят

парамимии, патологические формы стереотипий и манерности, эхо-симптомы и пр.

Ниже рассмотрены основные формы двигательных нарушений и их разновидности, которые в зависимости от динамики меняют свою клиническую и экспрессивную окраску, что часто является важным прогностическим критерием.

2.7.1 Ступор

Ступор - группа психопатологических расстройств, основными характеристиками которых являются: подавление психомоторной активности (двигательной сферы, мышления, речи), негативизм, временное резкое обеднение психической деятельности.

Больные, находящиеся в состоянии ступора, неподвижны, подолгу сидят, лежат или стоят, не меняя позы. Внешне они, как правило, безучастны к происходящему вокруг них, самостоятельно не едят, ни о чем не просят, оказывают сопротивление при попытках оживить их активность. На вопросы либо не отвечают совсем, либо реагируют на них отдельными словами или междометиями. Отмечается *автоматическая подчиняемость*, когда пациент как робот подчиняется любым, даже нелепым, инструкциям. У него отсутствует сопротивление изменениям положения его конечностей, позы и других производимых с ним действий.

Ступор может исчерпываться двигательной и речевой заторможенностью больного (люцидный - «светлый», «чистый» ступор) или сочетаться с разнообразными психическими нарушениями (бредом, галлюцинациями, помрачением сознания, аффективными расстройствами).

В зависимости от сопутствующих ступору психопатологических расстройств и нозологических форм заболеваний, в рамках которых он возникает, выделяют следующие формы ступора: кататонический, депрессивный, галлюцинаторный, апатический, истерический и более редко встречающиеся формы - эпилептический, маниакальный, алкогольный.

1 Кататонический ступор, считающийся «классическим» вариантом состояний ступора, входит в психопатологический сим-

птомокомплекс, называемый кататоническим синдромом. Для кататонического ступора характерны следующие признаки.

Мышечный гипертонус вначале возникает в жевательных мышцах, затем переходит на шейные и затылочные, далее - на мышцы плеч, предплечий, кистей рук и затем на мышцы ног. Гипертонус мышц вызывает у больных характерные *позы*: чаще они лежат на боку, находятся в эмбриональной позе, стоят с опущенной головой и вытянутыми вдоль туловища руками, сидят на корточках. У некоторых из них отмечается *симптом капюшона* - больные натягивают на голову халат



Рисунок 61 - Симптом воздушной подушки

или одеяло, оставляя лицо открытым.

Восковидная гибкость (катаlepsия) - способность больного из-за повышенного мышечного тонуса сохранять приданное ему вынужденное положение конечностей и туловища. Одним из проявлений восковидной гибкости является *симптом психической (воздушной) подушки*, когда больной в течение длительного времени лежит с приподнятой головой на расстоянии 5 - 10 см от поверхности постели. При попытке врача опустить голову больного на подушку отмечается



Рисунок 62 - Симптом «хоботка»

негативистическое сопротивление, и вскоре голова вновь оказывается приподнятой. Для ступорозной мимики характерен *феномен «хоботка»* - стереотипная гримаса, при которой губы выпячиваются в трубочку. Этот симптом может проявляться как в едва заметных движениях, так и в форме резкого выдвигания губ вперед. Гримаса может выражаться выпячиванием только одной губы - верхней или нижней. При малой выраженности этого феномена можно говорить об *«абортивном хоботке»*. Может встречаться *симптом Бернштейна*, проявляющийся в том, что если больному с

восковидной гибкостью придать вынужденное положение правой руке, а затем резким движением поднять и удерживать левую руку, то правая рука сама по себе опустится, тогда как левая окажется застывшей в приданном ей положении.

Негативизм – поведение, проявляющееся в немотивированном сопротивлении больных при попытках общения с ними: их одева-нии, кормлении, умывании, проведении медицинских процедур.



Рисунок 63 -
Негативизм в
поведении

Выделяют несколько вариантов негативизма:

активный негативизм сопровождается выполнением других действий вместо предлагаемых;

парадоксальный негативизм - когда больной выполняет действия, прямо противоположные тем, которые его просят произвести;

пассивный негативизм - больной не выполняет обращенные к нему просьбы (например, при попытке накормить больного он оказывает сопротивление, сопровождающееся резким повышением мышечного тонуса).

Эхо - симптомы, сопровождающиеся патологической раздражительной активностью больного, включают: *эхо - лалию* - пациент повторяет слова и фразы окружающих; *эхо - праксию* - пациент немотивированно повторяет чужие движения; *эхо - мимию* - дублируются мимические выражения врача, персонала или находящихся рядом больных.

Мутизм - больные либо не отвечают на вопросы совсем, либо отвечают после пауз, медленно, отдельными словами или короткими фразами. Может встречаться *симптом Иванова-Смоленского* - находящийся в кататоническом ступоре больной может на устно задаваемые ему вопросы отвечать письменно.

Амбигендентность: начав совершать какое-то движение, пациент прерывает его, не завершив, и начинает другое – противоположное.

В структуре кататонического ступора наблюдается также ряд других симптомов, описанных разными авторами.

Симптомы Павлова: 1) ступорозные больные с наступлением ночи начинают передвигаться, разговаривать, есть, а к утру у них вновь возникает состояние обездвиженности; 2) больные с мутизмом не отвечают на вопросы, задаваемые обычным голосом, но если задать вопрос шепотом, можно услышать ответ.



Рисунок 64 –
Каталепсия

Симптом лестницы - пациент с явлениями восковидной гибкости опускает поднятую руку не сразу, а порциями (прерывисто, толчкообразно), каждый раз ровно настолько, сколько длится помощь врача.

Симптом Бумке - отсутствие реакции зрачков на болевые и эмоциональные раздражители (в норме зрачки расширяются).

Симптом последнего слова Кляйста - больной с мутизмом совершает попытку ответить на вопрос в тот момент, когда спрашивающий отворачивается или уходит.

Симптом Сегла - больной не может ответить на вопрос, но по выражению лица и движениям губ видно, что он пытается это сделать.



Рисунок 65 -
Напряженная
мимика при
кататонии

Симптом Саарма - мутичный пациент может отвечать на вопросы, задаваемые другому человеку.

Симптом Вагнера - Яурега - больной может ответить на вопрос при надавливании на глазные яблоки.

В зависимости от доминирования в картине ступора некоторых клинических элементов выделяются несколько его вариантов:

Ступор с явлениями каталепсии. При таком ступоре обездвиженность больного сочетается с каталепсией (восковидной гибкостью) - изменение позы сохраняется длительное время. Так, поднятая нога, рука или повернутая голова на некоторое время сохраняет приданную больному позу.

Ступор с оцепенением. Мышечный тонус больного, в большей степени в мышцах сгибателей, резко повышен. Чаще в таких случаях больные находятся в *эмбриональной позе* - лежат на боку с согнутыми в коленных суставах и подтянутыми к животу ногами, их руки прижаты к груди, пальцы сжаты в кулаки, голова пригнута к груди, глаза закрыты, челюсти сжаты, губы вытянуты вперед (*симптом хоботка*).

Негативистический ступор. Состояние определяется полной обездвиженностью больных, однако любая попытка изменить их позу вызывает сильное мышечное напряжение и противодействие.

Патогенез кататонического ступора сложен. Имеются данные, указывающие на заинтересованность в его возникновении лобных долей мозга или их связей с подкорковыми узлами и красными ядрами [20].

В последние десятилетия произошел патоморфоз клинической картины ступора и сейчас очень редко встречаются такие формы как ступор с негативизмом и оцепенением. Если при кататоническом ступоре не оказывается своевременная помощь, процесс углубляется, что может привести к нарушению функций глотания, возникновению пневмоний, пролежней и других соматических осложнений.

Кроме грубых клинических и ярких экспрессивных признаков ступора, у больных, чаще страдающих шизофренией, могут наблюдаться *признаки микрокататонического ступора*. У них отмечаются фиксированный взгляд, не следующий за движущимися предметами, тусклые глаза, редкое мигание. Преобладает мимика непонимания и тупости, переходы мимических выражений незначительны. Часто отмечаются стереотипные жевательные движения, сплевывания, хоботковое вытягивание губ. Меняются голос и речь больных: голос становится тихим, ответы сопровождаются продолжительными паузами и изобилуют большим числом стереотипных речевых оборотов.

Преобладают жесты отстранения, стереотипные движения прихорашивания. У больных отмечается пониженная подвижность кисти и более заметные на этом фоне повышенная подвижность пальцев, стереотипные поглаживания и сжатия кисти. Наблюдаются

гипертонус мышц плечевого пояса, выпрямленное туловище, склонность к стереотипным движениям сведения и разведения коленей.

2 Депрессивный ступор. Внешний облик больного всегда отражает депрессивный аффект: поза согбенная, голова опущена; мышцы нижней части лица расслаблены; глаза сухие и воспаленные. На фоне общей обездвиженности наблюдаются движения пальцев рук, больные периодически издают вздохи, оханье, стоны. У больных, находящихся в состоянии депрессивного ступора, часто не отмечается полного мутизма, они сохраняют способность реагировать на словесное обращение к ним, произносимое шепотом, совершая наклоны головы или изменяя направление взгляда.

Депрессивный ступор встречается при биполярном аффективном расстройстве, шизофрении, пресенильной (инволюционной) меланхолии, может наблюдаться при протрагированных формах алкогольного галлюциноза.

3 Галлюцинаторный ступор. Состояние обездвиженности больного часто сочетается с различными мимическими реакциями, выражающими страх, тревогу, удивление, отрешенность. Возникает на высоте вербальных галлюцинаций или при псевдогаллюцинозе, наплыве зрительных сценopodobных галлюцинаций. Мутизм может быть полным, но негативизм обычно отсутствует. Галлюцинаторный ступор может длиться минуты или часы и редко - более продолжительное время. Встречается при интоксикационных, органических и старческих психозах, а также при шизофрении.

4 Апатический ступор. В этом состоянии больные обычно лежат на спине в состоянии прострации и полного мышечного расслабления. Выражение лица опустошенное, глаза раскрыты. Больные безучастны и безразличны к окружающему, но иногда на самые простые вопросы могут дать односложный, правильный ответ. Они часто неопрятны мочой и калом, страдают от кахексии, нередко понимают, что находятся в больнице. Апатический ступор может продолжаться неделями и месяцами. Возникает при тяжелых протрагированных симптоматических психозах, может отмечаться на фоне алкогольной энцефалопатии Гайе - Вернике.

5 Истерический ступор. Истерический ступор чаще развивается остро в ответ на действие психотравмирующих раздражителей. Обычно характеризуется неподвижностью и мутизмом, сопровождается страдальческой и напряженной мимикой. Глаза больных широко открыты, зрачки расширены. Мышцы конечностей напряжены. Больные, поставленные на ноги, застывают в этом положении, симптом восковидной гибкости у них не наблюдается. В отличие от кататонического ступора для данной формы характерна аффективная неустойчивость больного, мимика которого отражает разнообразные эмоциональные переживания, страх, слезы, устремление взора в одну точку. Истерический ступор распознается легко, если в его структуру вкрапляются элементы псевдодеменции и пугэрилизма. При этом больные бессмысленно таращат глаза и на их лице отражаются периодически возникающие детские наивные мимические выражения. Ступор развивается не поэтапно и имеет тенденцию к затяжному течению. Как правило, в истерическом ступоре отсутствует симптом каталепсии, а мышечный тонус изменчив. При затрагивании врачом «больного пункта», отражающего негативные переживания и воспоминания пациента, у него отмечается заметное оживление мимики и жестов, что свидетельствует о высокой значимости психотравмирующих переживаний. Нередко, чаще у заключенных в судебной ситуации, ступор приобретает черты наигранности и гротеска. Больные бывают вялыми, апатичными, с застывшей, напряженной мимикой. Находясь в постели, принимают вычурные позы, гримасничают, совершают стереотипные движения, иногда едят ртом прямо из тарелки, подражая животным, передвигаются на четвереньках, лают. Поведение, особенно в присутствии медицинского персонала, носит демонстративный характер.

В психиатрической практике клинику ступора приходится дифференцировать с некоторыми внешне сходными состояниями, требующими совершенно иной терапевтической тактики. К таким состояниям относятся сопор и кома - тяжелые формы нарушенного сознания. Внешне эти картины могут быть похожими: и в том и в другом случае больной обездвижен и часто лежит с закрытыми глазами, причем ступор чаще принимают за сопор и реже наоборот.

Состояния эти имеет различные патогенетические корреляции

и терапевтическую тактику: ступор не угрожает жизни больного, сопор требует применения срочных мер, т.к. процесс может углубляться, переходить в кому и при отсутствии адекватной терапии состояние больного может закончиться летальным исходом. Для проведения дифференциальной диагностики требуется тщательное изучение анамнеза, неврологическое обследование, однако наблюдаемые врачом экстернальные знаки, особенно на начальных этапах диагностики, позволяют быстро сориентироваться в клинической картине больного. Ниже приведена (табл. 3) дифференциальная диагностика ступора и сопора с использованием экстернальных знаков, наблюдаемых у больных.

Таблица 3 - Дифференциальная диагностика ступора и сопора

<i>Пор. номер</i>	<i>Экстернальные знаки</i>	<i>Ступор</i>	<i>Сопор</i>
1	Легкое дрожание век	Отмечается у большинства больных	Отсутствует
2	Состояние мышечного тонуса	Повышен	Снижен или отсутствует
3	Явления каталепсии	Отмечаются часто	Не отмечаются
4	Реакция больных на болевые раздражители	Отсутствует	Сохраняется

В психиатрической практике приходится дифференцировать ступор и состояние нейролептического паркинсонизма, который у больных, принимающих нейролептики, может приобретать высокую степень клинической выраженности и внешне быть похожим на ступор. Ниже (табл. 4) приведены клинические признаки, позволяющие дифференцировать эти состояния на начальных этапах обследования больного.

Таблица 4 - Дифференциальная диагностика ступора и нейролептического паркинсонизма

Пор. номер	Клинические признаки	Ступор	Паркинсонизм
1	Состояние глаз	Глаза закрыты, отмечается легкое дрожание век	Глаза открыты
2	Негативизм	Является типичным	Не отмечается
3	Явления каталепсии	Встречаются часто	Не отмечаются
4	Динамика формирования состояния	Быстрая	Постепенная
5	Уменьшение доз нейролептиков	Усиливает симптомы	Ослабляет симптомы
6	Применение методов растормаживания	Дает положительный результат	Неэффективно

2.7.2 Психомоторное возбуждение

Психомоторное возбуждение - неспецифический синдром, включающий различные формы двигательного и речевого беспокойства на фоне расстройств восприятия, мышления, сознания и аффективной сферы.

При низкой и умеренной степенях возбуждения речь, движения и действия убыстряются, высказывания больных остаются связанными и понятными по содержанию. Больные говорят громким голосом, поведение в целом сохраняет целенаправленность и последовательность. При выраженном возбуждении речь теряет свою последовательность, нарушается её грамматический строй. Появляются рифмование, неоконченные фразы и слова, может наблюдаться безостановочная речь - монолог. Речь больных становится бесвязной, плохо артикулированной, нередко состоит из отдельных слов, их осколков или просто звуков. Исчезновение речи на высоте возбуждения квалифицируется как «немое» возбуждение. Двигательное возбуждение становится импульсивным, хаотичным, неис-

товым, появляются движения, напоминающие гиперкинезы, в некоторых случаях возникают симптомы регресса психики - больные рычат, лают и т.д.

Заболевания или дополнительные психопатологические расстройства (аффективные, бредовые, галлюцинаторные расстройства, состояния помраченного сознания), на фоне которых возникает психомоторное возбуждение, придают последнему специфическую окраску, которая позволяет врачу определить его форму и нозологическую принадлежность.

Формы психомоторного возбуждения

1 Кататоническое возбуждение лишено внутреннего единства и целенаправленности. Поступки больных неестественны, зачастую немотивированны, стереотипны и внезапны. Больные склонны к повторению жестов, движений и поз окружающих. Речь бессвязна, включает неологизмы, повторения одних и тех же фраз, а также повторение слов и высказываний окружающих. Непрерывное бессвязное речевое возбуждение может внезапно смениться полным молчанием.

Кататоническое возбуждение сопровождается патетикой, экстазом, злобой, яростью, временами безучастностью и безразличием и в процессе динамики имеет склонность к трансформациям: вначале оно принимает форму *растерянно - патетического возбуждения* с экзальтированностью, умилённостью, вплоть до экстаза, с торжественно - высокопарными интонациями в речи; в дальнейшем развивается *гебефреническое возбуждение* (с кривляньем, паясничаньем, гримасничаньем, неуместным смехом, грубыми, циничными шутками, неуместными выходками; позже возникает *импульсивное возбуждение*, сопровождающееся внезапными агрессивными поступками (больные бросаются на окружающих, рвут их одежду, пытаются душиить и т.д.). Импульсивное возбуждение может быть немым или сопровождаться бессвязной речью. В отдельных случаях кататоническое возбуждение и кататонический ступор могут попеременно много раз сменять друг друга. Кататония с онейроидным помрачением сознания нередко сопровождается восторженно - патетическим возбуждением.

Кататоническое возбуждение может сочетаться с гебефреническим синдромом, что наиболее часто встречается у подростков и обычно свидетельствует о возможности злокачественного течения шизофрении. В поведении больных преобладает нелепая дурашливость, грубое кривлянье, манерность, утрированные гримасы, нарочито карикатурное поведение. Характерна особая «холодная» эйфория. Гримасы заменяют улыбку, у больных отмечается нелепое хихиканье или безобразный дикий хохот. Гебефренический смех, в отличие от маниакального веселья, не заражает и вызывает у окружающих чувство напряжения, недоумения и страха. Больные выглядят нечистоплотными, неряшливыми и неопрятными. Могут мочиться и испражняться в постель или в одежду. Грубая прожорливость может перемежаться у них с отказом от еды, расшвыриванием пищи. Двигательное возбуждение то нарастает, то затихает. Больные бегают, прыгают, вертятся на месте, кувыркаются, валяются на полу, пристают к другим, могут ударить человека, стоящего рядом, и тут же лезть целоваться. Иногда, никого не стесняясь, они открыто мастурбируют.

При микрокататоническом возбуждении у больных отмечаются следующие экспрессивные признаки: взгляд не фиксирован, пациент не смотрит в лицо врача. Отмечается высокая степень мимической подвижности: больной высовывает язык, часто сплевывает, двигает нижней челюстью, поднимает и опускает брови. Мимика насильственная, отмечается диссоциация мимических выражений верхней и нижней части лица. Жестикуляция больных не связана с их мимикой, нередко отмечаются хлопки и жесты скрытой тревоги. Больные могут вздрагивать, запрокидывать голову, совершать насильственные движения плечами [53].

2 Галлюцинаторно - параноидное возбуждение возникает при заболеваниях, сопровождающихся наплывом угрожающих галлюцинаций или преобладающими в клинической картине бредовыми идеями преследования, отравления, воздействия. Возбуждение сопровождается аффектами тревоги, страха. Больные напряжены, подозрительны, говорят неопределенно, скупое, как бы взвешивая слова. Они по-бредовому трактуют происходящее вокруг, всюду видят опасность, врагов, готовых их уничтожить, внезапно пытаются

бежать, наносят повреждения себе, нападают на окружающих. Встречается как при эндогенных, так и при экзогенно - органических заболеваниях.

3 Маниакальное возбуждение сопровождается аффектом веселья, повышенным настроением, постоянным стремлением к деятельности, речевым возбуждением со скачкой идей, упорной бессонницей. В зависимости от преобладания тех или иных расстройств выделяют следующие формы мании: веселая (сопровождается повышено-оптимистическим настроением с умеренным речевым и двигательным возбуждением); гневливая (сочетание повышенного настроения с недовольством, придирчивостью, раздражением); спутанная (с бессвязным речевым и беспорядочным двигательным возбуждением); бредовая (сочетание повышенного настроения с различными формами образного бреда); мания с дурашливостью (сочетание повышенного настроения, речевого и двигательного возбуждения с манерностью, детскостью, паясничаньем, плоскими шутками).

4 Психопатическое возбуждение часто психогенно обусловлено, бывает целенаправленным, разнообразным по проявлениям. При удерживании больного возбуждение возрастает, содержание речи (выкрики, требования, угрозы) меняется в зависимости от действий окружающих и происходящих событий. Истерическое возбуждение сопровождается выразительными театральными жестами и движениями. На пике состояния возбуждение может достигать высокой интенсивности и сопровождаться криками, дрожанием, конвульсиями, метанием. В других случаях возбуждение проявляется раздражительностью, конфликтностью, грубостью, неудержимой яростью и гневом, что приводит подчас к опасным актам насилия со стороны больных.

5 Аментивное возбуждение наблюдается при тяжёлых соматических, инфекционных заболеваниях, реже - при интоксикации, в остром периоде эпидемического энцефалита. Проявляется растерянностью и ассоциативной бессвязностью, грубыми нарушениями сознания и самосознания. Этот вид возбуждения наблюдается в пределах постели, при этом больные совершают непрерывные движения головой, конечностями, их настроение изменчиво, речь бес-

связна и состоит из набора слов, отдельных слогов, звуков. Вечером и ночью возможны зрительные галлюцинации, светлых промежутков, как правило, не бывает. На высоте аменции могут развиваться кататонические расстройства в виде возбуждения или ступора, возникают гиперкинезы. Возникновение аментивного состояния, как правило, свидетельствует о тяжёлом прогнозе заболевания.

6 Тревожно - депрессивное возбуждение - в одних случаях больных не оставляют мучительные предчувствия надвигающегося несчастья или катастрофы, в других случаях тревога связана с определёнными фактами. Они ждут суда, пыток, гибели близких. Больные много ходят, речевое возбуждение проявляется стонами, причитаниями, однообразным и многократным повторением одних и тех же фраз или слов. Ажитация может смениться меланхолическим раптусом - кратковременным иступлённым возбуждением со стремлением убить или изувечить себя. Больные с ажитированными депрессиями склонны к совершению суицидальных попыток.

7 Эпилептическое возбуждение возникает у больных на фоне сумеречного расстройства сознания после эпилептического припадка или при эпилептических психозах. У больных отмечается полная отрешённость от окружающего, появление у них галлюцинаторных или бредовых переживаний сопровождается интенсивными аффективными расстройствами: возникают страхи, иступлённая злоба или ярость, иногда экстаз. Двигательные расстройства проявляются чаще возбуждением и разрушительными действиями, направленными на неодушевлённые предметы или окружающих людей. Эпилептическое возбуждение может смениться продолжительным состоянием обездвиженности, вплоть до возникновения ступора.

2.8 Нарушения экспрессии речи

Экспрессивная устная речь больного, ее правильность, четкость произношения, понимание чужой речи имеют чрезвычайно большое значение для распознавания как психических, так и неврологических заболеваний. Некоторые нарушения речи могут являться относительно специфическими признаками отдельных нозологических форм. Так, скандированная речь характерна для мозжечковых

поражений и может встречаться при рассеянном склерозе, хроническом алкоголизме. Олигофазия (обеднение словарного запаса) может встречаться у умственно отсталых больных, при депрессивных состояниях, выраженных изменениях у больных, страдающих эпилепсией. Персеверации и словесные стереотипии характерны для болезней, сопровождающихся атрофическими изменениями вещества мозга и приводящими к развитию деменции (при болезни Пика и Альцгеймера). Дизартричная речь встречается при бульбарной форме бокового амиотрофического склероза, хроническом алкоголизме, стволовых поражениях сосудистого и опухолевого генеза. Толчкообразная речь характерна для хореи, тихая маломодулированная, замедленная речь встречается при паркинсонизме и т.д.

Патология формирующейся речевой функции может встречаться у младенцев уже на этапе предречевого развития. Исследование такого феномена, как «крик - плач», в условиях полной материнской депривации и на фоне соматоневрологических заболеваний позволило выделить несколько вариантов предречевой патологии [37].

Недифференцированный крик - плач. Для этого расстройства характерны отсутствие у младенцев интонационной выразительности голоса (сигнального значения модуляций и пауз) и генерализованный характер голосовой реакции, сочетающиеся с двигательным возбуждением.

Собственно депривационный синдром включает недифференцированный крик - плач и ретардированные формы (соответствующие более раннему возрасту) модулированных вокализаций. В отличие от нормы *гуление* у ребенка с патологией характеризуется отсутствием протяженности и разнообразия звуков, *лепет* - ограниченностью звукопроизношения и использования лепетных форм и псевдослов.

Псевдоалиментарный крик. Встречается при функциональных расстройствах пищевого поведения. Напоминает требования пищи, но звучит более интенсивно и включает признаки генерализованного двигательного беспокойства. Усиливается при попытке накормить младенца, сопровождается отказом от еды.

Коликообразный крик. Характерен для синдрома младенческой колики, носит приступообразный, пронзительный характер, чередуется периодами затухания. Возникает преимущественно в вечернее время. При усилении крика ребенок буквально «заходится» в плаче.

Церебральный вариант. Возникает при органических заболеваниях мозга - гидроцефалии, гипертензионно - гидроцефальном синдроме. Крик - плач возникает без определенной причины в ответ на незначительное воздействие (изменение положения тела, легкое прикосновение), характеризуется высокой интенсивностью в виде громких, напряженных, монотонных вокализаций с оттенком раздражительности, усиливается в ночное время.

Основные формы речевых нарушений

2.8.1 Дислалия

Дислалия - нарушение артикуляции отдельных или нескольких звуков, звукосочетаний или групп звуков при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Эти нарушения имеют также общее название «косноязычие». В норме у детей до семи лет неправильное произношение звуков спонтанно устраняется и считается физиологическим явлением.

В зависимости от причин, обуславливающих дефект звукопроизношения и локализации нарушений, выделяют две основные формы дислалий: функциональную и органическую (механическую).

Функциональные дислалии возникают в детском возрасте в процессе усвоения системы произношения, при этом может нарушаться воспроизведение одного или нескольких звуков. О функциональной дислалии говорят в тех случаях, когда не наблюдаются нарушения центральных или периферических звеньев речевого аппарата.

Механические дислалии возникают в любом возрасте вследствие поражений периферического речевого аппарата или отклонений в его строении (зубов, челюстей, языка, неба), часто сопровождаются нарушением группы звуков. В ряде случаев могут встречаться комбинированные (функциональные и механические) дефекты.

Причинами функциональной дислалии могут быть: биологические и социальные факторы, приводящие к соматической ослабленности и задержке психического развития ребенка, а также социальная и культурная депривация (ограниченность социальных контактов, дезадаптирующее воспитание, подражание неправильным образцам речи и пр.).

Выделяют три основные формы функциональной дислалии.

Акустико-фонематическая дислалия. В основе нарушения лежит недостаточная сформированность фонематического слуха, благодаря которому осуществляется узнавание и различение входящих в состав слова фонем. В связи с этим звуки узнаются неправильно, что это приводит к неправильному восприятию слов (например, гора - «кора», жук - «щук», рыба - «лыба»). Дефект сводится к тому, что у ребенка, у которого нет нарушений слуха, избирательно не формируются функции слухового различения некоторых фонем.

Артикуляторно-фонематическая дислалия. К этой форме относятся дефекты, обусловленные несформированностью операций отбора фонем по их артикуляторным параметрам, хотя фонематический слух чаще сформирован полностью. В данном случае при отборе фонем нужный звук, отсутствующий у ребенка, заменяется другим более простым по артикуляции. В другом случае при отборе звуков принимается неправильное решение, вследствие чего звуковой облик слова становится неустойчивым и, в силу их недостаточной дифференциации, это приводит к смешению звуков. Эти нарушения наблюдаются между звуками, различающимися по одному из признаков: свистящими и шипящими: *с* - *ш*, *з* - *ж* (крыса - «крыша»), между взрывными: *т* - *к*, *д* - *г* (Толя - «Коля», гол - «дол»), *с* - *с'*, *л* - *л'*, *т* - *т'* (сад - «сядь», тук - «тюк»), а также *ц* и *ч* (курица - «курича», кричать - «крицать»), *р* и *л* (рыба - «лыба», лапа - «рапа»).

Артикуляторно-фонетическая дислалия. К этой форме дислалий относятся дефекты звукового оформления речи, обусловленные неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями. Звуки произносятся в ненормированных, непривычных вариантах. Чаще всего неправильный звук по своему акустическому эффекту близок к правильному. Слушающий, как правило, соотносит этот вариант с определенной фонемой. Хотя и редко, но встречается та-

кой тип искажения, при котором звук не осознается, т.к. он пропускается (в логопедии это называется *элизией звука*). Основную группу звуков, в которой наблюдается искаженное произношение, составляют переднеязычные невзрывные согласные.

В зависимости от места дефекта органов речи различают следующие формы органически обусловленных дислалий: губную (при расщелине губы, парезе лицевого нерва); зубную (при аномалиях прикуса, наличии зубных протезов); язычную (при дефектах языка); небную, проявляющуюся в открытой гнусавости (вследствие небной расщелины или недостаточности небной занавески); носовую в форме закрытой гнусавости вследствие сужения носовых проходов (при воспалительных процессах, возникновении носовых полипов и т.п.).

По степени выраженности дислалии выделяют несколько вариантов косноязычия. При *звуковом косноязычии* неправильно произносятся отдельные фонемы: звук либо исключается полностью, либо получает аномальное звучание; один звук может заменяться другим (например, свистящие звуки заменяются на шипящие); отдельные звуки могут произноситься неправильно (например, шепелявость). *Полиморфная дислалия* сопровождается нарушением произношения большинства согласных звуков. При *универсальной дислалии* нарушается произношение всех согласных и звукосочетаний, за исключением *т*, что нередко сопровождается непонятностью речи.

Для обозначения искаженного произношения звуков используются термины, образованные от греческого алфавита с помощью суффикса - изм: *ротацизм* - дефект произношения *р*, *ламдацизм* - *л*, *сигматизм* - свистящих и шипящих звуков, *каппацизм* - *к*, *гаммацизм* - *г*, *хитизм* - *х*.

2.8.2 Ринолалия

Ринолалия (гнусавость) - ненормально измененная (сниженная или повышенная) назальность, проявляющаяся нарушениями резонанса звукопроизношения и изменением тембра голоса.

Для звучания речи важен резонанс носовых полостей и глотки, который зависит от силы смычки неба и зева. Во время речи мягкое небо непрерывно опускается и поднимается в зависимости от про-

износимых звуков и от беглости речи. Сила небно-глоточного смыкания зависит от произносимых звуков. В одних звуках резонанс проявляется больше (сильнее всего в гласных *и, а, э, о*, из согласных – в шипящих и взрывных), в других - вообще не проявляется.

Различают закрытую и открытую гнусавость.

Закрытая гнусавость - это сниженная назальность вследствие нарушения проходимости носовой полости. Причинами закрытой ринолалии могут быть: функциональные нарушения, связанные с повышенной функцией смыкания неба и зева; насморк, заложенность носа, хронические изменения в полости носа и носоглотки.

Вследствие сниженной назальности деформируются прежде всего носовые звуки. Они переходят в неносовые смычные согласные по месту образования: *м* - в *б*, *н* - в *д*. Отмечается приглушенный, без оттенков тембр речи, человек в таких случаях всегда дышит ртом.

Открытая гнусавость - это чрезмерно повышенная назальность вследствие увеличенной проходимости носа. Качество носового резонанса меняется, многие звуки образуются неправильно. Гласные теряют четкость и ясность, особенно *и*, из согласных неправильно произносятся главным образом шипящие, а также взрывные *п, б, д, т, к, г*, т.к. в ротовой полости не образуется необходимое воздушное давление вследствие неполного перекрытия носовой полости.

Причинами открытой гнусавости могут быть: функциональное снижение деятельности мускулатуры, участвующей в смыкании неба и зева, без аномалии органов; небрежность речи при разговоре с безразличным для говорящего партнером или, наоборот, в связи с неточной артикуляцией в случаях заинтересованности в важном для говорящего разговоре; патологическое смыкание полости рта и носа, врожденные аномалии неба и пр. Особой формой открытой гнусавости является *палатолалия*, возникающая вследствие врожденной расщелины неба. При этом у больных нарушается прием пищи и неправильно функционирует дыхательный аппарат.

2.8.3 Дизартрия

Дизартрия - расстройство речи, сопровождающееся нарушениями звукопроизношения и голоса, сочетающееся с нарушением артикуляционной моторики и речевого дыхания. При дизартрии, в отличие от дислалии, может нарушаться произношение как согласных, так и гласных звуков. В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, «смазанная речь», в тяжелых - наблюдаются искажения, замены и пропуски звуков, страдает темп, выразительность, модуляция. В целом произношение становится невнятным. Резко выраженной формой дизартрии является *анартрия*, под которой понимается полное или частичное отсутствие возможности звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц.

Дизартрические нарушения речи наблюдаются при органических поражениях мозга, которые у взрослых имеют более выраженный очаговый характер. У детей дизартрия связана с перинатальной патологией и чаще наблюдается при детском церебральном параличе, у детей, перенесших асфиксию или родовую травму. Более легкие формы дизартрии сочетаются с симптомами минимальной мозговой дисфункции.

В зависимости от локализации поражения моторного анализатора и эфферентной системы выделяют несколько форм дизартрии.

Пирамидная дизартрия характеризуется затрудненным спазматическим произношением звуков в сочетании с утрированной артикуляцией и нередко с открытой гнусавостью.

Кортикальная дизартрия проявляется повторением больным только отдельных коротких слов и неспособностью произносить предложения и длинные слова.

Экстрапирамидная дизартрия характеризуется нарушением речи, сопровождающимся изменениями голоса. Голос становится или очень резким, или слишком тихим и слабым.

Гипотонически - гиперкинетическая дизартрия характеризуется ограниченной подвижностью мускулатуры, вследствие чего у больных отмечаются замедленная речь и невыразительность мимики и жестикуляции.

Гиперкинетически - гипертоническая дизартрия проявляется в форме сбивчивой речи, нарушением ее динамики, что сопровож-

дается произвольным выделением слов или слогов независимо от смысла предложения.

Частым признаком дизартрии является наличие насильственных движений в артикуляционной мускулатуре, что искажает звукопроизношение и делает речь малопонятной или невозможной. При этом у больных отмечаются подергивания языка, губ, иногда в сочетании с гримасами лица и мелким дрожанием языка. В тяжелых случаях отмечаются произвольное открывание рта вперед, насильственная улыбка. Кроме этого, за счет нарушения иннервации дыхательной мускулатуры нарушается дыхание. В момент речи оно обычно учащенное, при произнесении отдельных звуков больной делает судорожные вдохи, у него появляется тенденция говорить на вдохе.

В условиях психиатрической клиники дизартрия чаще встречается при хроническом алкоголизме и, в частности, при алкогольном делирии. В этих случаях речь бывает смазанной и неясной. Речевые нарушения, как правило, редуцируются по мере ослабления клиники психоза. Вне алкогольного делирия дизартрия может встречаться при глубокой стадии алкоголизма и нередко выражается в форме скандированной речи.

Дизартричная речь встречается и выступает в качестве единственного симптома в начальных стадиях поражения продолговатого мозга (при бульбарном параличе), в то время как другие симптомы могут еще отсутствовать. Кроме дизартрии, могут наблюдаться поперхивание при попадании жидкой пищи в гортань, а также дисфония.

2.8.4 Нарушение темпа речи, баттаризм и полтерн

К нарушениям темпа речи относятся тахилалия - ускорение речевого темпа, которое часто сочетается с другими речевыми расстройствами - баттаризмом и полтерном.

Баттаризм (парафразия) - неправильное формирование фразы, проглатывание и перестановка слов и слогов, изменения звуков, выпадение отдельных слов и фраз, остановки в речи как следствие нарушения речевого внимания на фоне расстройств темпа речи.

Причинами этого расстройства могут быть соматические, психогенные факторы, привычка, выражающаяся в несоответствии между желанием говорить и речемоторными возможностями человека.

В общей моторике людей с баттаризмом и полтерном отмечаются стремительность, быстрая ходьба, резкие повороты, разбросанность движений. Речь сопровождается быстрыми, часто беспорядочными движениями лица (гримасами), рук и всего тела. Эти расстройства встречаются у людей с поспешным характером и расстройствами внимания, выражающимися в неумении слушать других.

Поспешность речи приводит к *спотыканию (полтерну)*, которое в чистых формах сопровождается рубленной речью, с нечеткими по смыслу и по способу артикулирования высказываниями. В речи появляются элементы аграмматизмов, нарушений синтаксиса (провалы, повторения, нарушения согласования и управления слов во фразе), которые отражают внутренний беспорядок мышления. Из-за аритмий и захлебываний речь больных бывает недостаточно выразительной, а иногда и недостаточно понятной. Человек, страдающий полтерном, не сразу произносит звуки, его губы, язык движутся беззвучно, напоминая хореатические движения. Отмечается монотонный, слабый, форсированный, с носовым оттенком голос. Имеются расстройства дыхания и дикции. Наблюдаются постоянные трудности в выборе слов, в общих формулировках и в выражении своих мыслей. Полтерн наблюдается при хорее, псевдобульбарном параличе, дистрофических заболеваниях головного мозга, олигофрении.

Нередко полтерн приходится дифференцировать с заиканием. В отличие от заикания нарушение речи в форме полтерна и баттаризма: человеком часто не осознается, больные с заиканием, напротив, знают о своем недостатке и страдают от этого; ослабевает при привлечении внимания, у больных с заиканием судорожность речи, наоборот, усиливается; усиливается во время непринужденного разговора, при заикании же расстройства речи ослабевают.

2.8.5 Афазии

Под афазией понимают системное нарушение речи, которое возникает при органических поражениях мозга. Расстройства организации речи на разных уровнях сопровождаются дезинтеграцией всей психической сферы и, прежде всего, коммуникативной функции речи [15].

Причинами возникновения афазии являются нарушения мозгового кровообращения, травмы, опухоли, инфекционные заболевания мозга. Клиника и формы речевых расстройств при афазии зависят от локализации поражения, величины очага поражения, особенностей остаточных и функционально сохранных элементов речевой деятельности.

В основе любой формы афазии лежат нарушения динамического или конструктивного праксиса, фонематического слуха, апраксии артикуляционного аппарата, что ведет к нарушению у больных устной и письменной речи, ее понимания, речевой памяти, а также к расстройствам письма, чтения и счета.

В настоящее время, в зависимости от ведущих механизмов, лежащих в основе функциональных систем, обеспечивающих речь и синдромальный анализ нарушений речи, общепринятой является классификация афазий, предложенная А.Р. Лурией. Согласно этой классификации выделено семь форм афазии (Л.С. Цветкова, 1988).

- 1 Эфферентная моторная афазия (поражение заднелобных отделов коры мозга – 44-е поле, или зона Брока).
- 2 Динамическая афазия (отделы мозга, располагающиеся впереди от зоны Брока, и дополнительная речевая «зона Пенфилда»).
- 3 Афферентная моторная афазия (поражение задних постцентральных отделов двигательного анализатора, нижние теменные отделы).
- 4 Сенсорная афазия (поражение задней трети верхней височной извилины, поле 22, зона Вернике).
- 5 Акустико - мнестическая афазия (поражение средней височной извилины - поля 21 и 37).
- 6 Семантическая афазия (поражение зоны ТРО).
- 7 Амнестическая афазия (поражение теменно – височно-затылочной области).

Эфферентная моторная афазия. Центральным механизмом данной формы афазии является патологическая инертность речевых стереотипов, что ведет к нарушению своевременного переключения одной серии речевых действий на другую. В клинической картине этот дефект проявляется в том, что произнесение отдельных звуков может оставаться сохранным, однако при переходе к серийному произнесению слов устная речь нарушается и становится невозможной из-за грубых персевераций, которые усиливаются в связи с упорным желанием больного произнести слово или предложение. В связи с этим устная речь больных может отсутствовать полностью, замещаясь одним - двумя речевыми осколками («ну вот - ну вот» и т.д.).

Нарушается просодика речи (искажаются ударения, интонации, ритмико-мелодическая структура). Голос больных становится плохо модулированным, речь - скандированной и бедно интонированной. Внешне отмечается обеднение мимики (гипомимия), в связи с инертностью психических процессов речь больного характеризуется длительными паузами и трудностями подбора лексических средств.

В зависимости от степени тяжести речь может либо полностью отсутствовать, либо быть относительно сохранной. При тяжелых нарушениях речи больной теряет способность повторять серию звуков и слов или, наоборот, повторять их многократно. Полностью отсутствует функция называния. При подсказке первого слова происходит либо автоматическое его заканчивание, либо соскальзывание на другое слово, начинающееся с того же слога. Например, вместо слова «корова» при просмотре предметных картинок больной, получив слоговую подсказку «ко», произносит «колбаса», «королева», «каравай» и т.п. Более легкие варианты афазии сопровождаются выраженным экспрессивным аграмматизмом*: больные пропускают глаголы, предлоги, флексии существительных (часть слова, выражающую грамматические значения при склонении или спряжении). В более легких случаях глаголы переносятся на конец предложения (например, больной, пересказывая сюжетную картинку, говорит: «Это пограничник...пограничник и вот деревья...и вот шпи-

он...убегать и прятаться... и пограничник догонять...стрелять...ранить...».

Более легкий вариант афазии проявляется крайней инертностью в выборе слов, что проявляется их растянутым произнесением. В высказываниях отмечаются длительные паузы и пресеверации.

Спонтанная речь изобилует стереотипами, штампами, при более грубых нарушениях - замещается речевыми эмболами и эхолалиями. Непроизвольная автоматизированная речь остается более сохранной. Если больному дать готовую, ранее хорошо известную фразу с пропущенным последним словом (например, «широка страна моя...»), больной находит нужное слово и правильно его произносит. В то же время, если больному предложить прочитать цифры в обратном порядке (от 10 до 1), то подобное действие окажется ему недоступным. Нарушается грамматическое оформление фраз (аграмматизмы), особенно использование частиц, местоимений, глаголов и прилагательных. Больные пропускают глаголы и с трудом подбирают предлоги, вследствие инертности артикулирования отдельных слов могут наблюдаться контаминации, обусловленные переносами слога предыдущего слова: «стожка» (стол, ложка).

Показ отдельных частей может быть доступен, если между произносимыми словами сделаны большие паузы. При незначительном убыстрении темпа предъявления заданий (показ картинок, частей тела или лица) легко возникают персеверации.

Наблюдается выраженная аграфия. В легких случаях больные могут записывать слова или фразы только при произношении слов по слогам, в тяжелых - не способны производить запись, безуспешно переставляя буквы даже в очень коротких словах. При этой форме афазии нарушаются также чтение (алексия) и способность к предметным действиям (апраксия).

Динамическая афазия. В основе динамической афазии лежит нарушение внутреннего программирования речевого высказывания, проявляющегося в трудностях его планирования при составлении отдельных фраз. Больные нуждаются в постоянной стимуляции речи. Их речь отличается примитивностью синтаксической структуры, наличием речевых шаблонов, при этом не наблюдается аграмматизма. Основным речевым дефектом при этой форме афазии является

трудность, а иногда и полная невозможность активного развертывания высказывания.

При динамической афазии правильно произносятся отдельные звуки, повторяются без артикуляторных трудностей слова и короткие предложения, однако коммуникативная функция речи все же оказывается нарушенной. При грубой выраженности расстройства отмечается не только речевая, но и общая аспонтанность, безынициативность, возникает выраженная эхолоалия, а иногда и эхопраксия, когда за собеседником повторяются не только произнесенные им слова, вопросы, но и его движения.

Существует несколько вариантов динамической афазии, характеризующихся разной степенью нарушения коммуникативной функции, от полного отсутствия экспрессивной речи до некоторой степени нарушения речевой коммуникации.

Центральным звеном при динамической афазии является нарушение спонтанного развернутого высказывания. Наиболее отчетливо выступает дефект монологической речи и развернутого диалога. В то же время больным бывают доступными те фразы, которые построены на готовых программах высказывания. В произносимых больными неразвернутых фразах снижается употребление глаголов, местоимений, прилагательных и увеличивается употребление вводных слов и союзов (например, при пересказе известной фразы больной говорит: «Вот... у попа была собака... и кусок мяса... и он ее убил... вот!»). При динамической афазии могут наблюдаться трудности при назывании предметов, особенно при вспоминании фамилий, имен знакомых людей, названий городов, улиц и т. п. Однако в отличие от больных с акустико - мнестической и семантической афазией эти больные не прибегают к помощи фразеологического описания функций предмета. Подсказка первого слога слова может явиться пусковым толчком, устраняющим инертность протекания речевого поиска слов.

При более массивных поражениях левой лобной доли отмечаются заметные нарушения экспрессивного поведения: больные не проявляют интереса к окружающему, не формулируют просьб, не задают вопросов. У них отмечаются гипомимия, гиподинамия, снижение общей психической и двигательной активности.

Спонтанная речь у больных может отсутствовать совсем, диалогическая речь может быть грубо нарушенной, состоящей из эхологического повторения вопросов, нередко заимствуя часть вопроса собеседника (например, на вопрос: «Как ваше самочувствие?» больной отвечает: «как наше самочувствие»).

Нарушается способность к пониманию речи. При легкой степени динамической афазии понимание элементарной ситуативной речи, особенно предъявляемой в несколько замедленном темпе, с паузами между инструкциями, остается сохранным. Однако при убыстрении предъявляемых заданий, при показе предметных картинок, частей лица могут наблюдаться персеверации и трудности быстрого нахождения предмета. При выраженной динамической афазии, как и при эфферентной моторной афазии, обнаруживается нарушение чувства языка, возникают затруднения в понимании сложных фраз.

При динамической афазии чтение и письмо остаются сохранными. Элементарный счет остается сохранным даже при грубом распаде экспрессивной речи, однако резко нарушается способность к решению арифметических задач, требующих построения плана действий. Из-за инертности протекания речевых процессов больные испытывают значительные трудности при просьбе произвести обратный порядковый счет.

Афферентная моторная афазия. Центральным механизмом расстройства речи при этой форме афазии является нарушение тонких артикуляторных движений. Речевое расстройство проявляется в невозможности найти нужные положения губ, языка при произнесении звуков и слов. Больной с таким нарушением не может быстро и без напряжения артикулировать слова и звуки. Поэтому и происходит замена одних звуков другими (глухих - звонкими и наоборот) и близкими по месту и способу происхождения (*т-д-л-н, к-г-ф, в-ф* и др.). При афферентной моторной афазии нарушается не фонационный аппарат (у больных отсутствует смазанность и монотонность речи как при дизартрии), а собственно речевая артикуляция.

Клинически данная форма афазии проявляется в полном отсутствии устной (экспрессивной) речи либо в обилии литеральных парафазий^{**} во всех видах экспрессивной речи (спонтанной, по-

вторной, номинативной). Нарушается правильное произнесение звуков, происходит замена одних на другие, сходные по способу и месту образования: взрывных (*б-п, т-д, г-к*), щелевых (*в-ф, с-з, ш-щ*). Автоматизированные формы речи (пение, произнесение стихов, имен близких людей и др.) остаются более сохранными. Все трудности начинаются, как только нужно осознанно произнести, повторить звук, слово, фразу. Нарушаются все виды и формы речи, а также сфера образов-представлений. Отмечается нарушение обобщения образов и тенденция к актуализации конкретных образов. Больные на просьбу показать все картинки с изображением мебели, конкретизируя любое обобщенное понятие, могут ответить вопросом: «Это что показать – стол, да?». Ниже приведена еще одна иллюстрация устной речи больного с более грубыми проявлениями афферентной моторной афазии, когда он, пытаясь описать то, что видит на картинке, говорит: «девушка...девучка...пошла к бабашке...относить парожики...пирожикок...волк встрашел...вошел в домсик... баушка...сестла... сел...и все».

Сенсорная афазия. Центральным дефектом этой формы афазии является нарушение фонематического слуха, в основе которого лежит нарушение акустического анализа и синтеза звуков речи. В клинической картине это расстройство проявляется в нарушении понимания слов и обращенной речи. Во всех видах устной речи (спонтанной, диалогической, связанной с называнием, пониманием и т.д.) изобилуют литеральные парафазии. Спонтанная речь малопродуктивна или полностью непродуктивна, в грубых случаях проявляется в виде феномена «жаргонафазии», для которого характерна дезорганизованная речь, состоящая из набора несвязных элементов речи или ее частей, из контаминаций (соприкасаний, смешений), литеральных и вербальных парафазий. Иногда остается ненарушенным общий интонационный строй высказываний. Больные с сенсорной афазией достаточно общительны и дефицит вербальных средств нередко замещают мимикой, жестиком и сохранным интонацией.

В силу первичного дефекта больные этой группы оказываются не в состоянии воспринимать различия близких по звучанию слов (например, класс - глаз, бидон - питон, быть - пыль). У них наруша-

ется способность называть предметы: больные, зная предмет или его наименование, не могут найти его соответствующую звуковую структуру (например, «потолок – потаскал...поколо...полоскат»). Для устной речи этой категории больных характерны многократные попытки повторения, названия и вообще многословие. Речь их эмоционально окрашена, богато интонирована, темп речи значительно ускорен.

Акустико - мнестическая («височная») афазия. Центральным механизмом, лежащим в основе ее возникновения, является нарушение слухоречевой памяти, сужение объема акустического восприятия и нарушение зрительных образов-представлений. Центральными дефектами этой формы афазии являются нарушения понимания речи, вторичные нарушения устной спонтанной речи, для которой характерно большое количество вербальных парафазий.

Клиническая картина нарушений проявляется в негрубом понимании речи и отчуждении смысла слов, в непонимании смысла скрытого подтекста высказывания, в нарушении называния предметов, в негрубом расстройстве устной речи (с преобладанием вербальных и отсутствием литеральных парафазий). Нарушения устной речи возникают на фоне относительной сохранности письма и чтения.

Спонтанная экспрессивная речь может быть понятной собеседнику, больные могут даже замечать свои речевые ошибки. У них нет многословия, не повышена эмоционально-экспрессивная сторона речи. Нарушаются восприятие и оценка ритмов, но сохранены все виды праксиса и гнозиса.

Нередко акустико - мнестическую афазию приходится дифференцировать с сенсорной формой афазии, между которыми отмечается некоторое сходство (и в том и в другом случае отмечаются нарушения понимания речи, феномен отчуждения смысла слова). Однако в отличие от сенсорной афазии у больных с акустико-мнестической афазией: 1) отсутствуют расстройства процесса звуко-различения при малом объеме материала (при сенсорной афазии звуко-различение нарушено независимо от объема); 2) фонематический слух сохранен (при сенсорной афазии грубо нарушен); 3) понимание речи нарушено негрубо, однако нарушено значение, а не

редко и смысл слов и высказываний (при сенсорной афазии нарушено понимание обращенной речи); 4) в устной спонтанной речи преобладают вербальные парафазии (при сенсорной - литеральные); 5) письмо и чтение негрубо нарушаются или остаются сохранными (при сенсорной афазии отмечаются грубая аграфия и алексия).

Семантическая афазия. В основе этой формы афазии лежат дефекты одновременного схватывания информации, нарушения пространственного восприятия и понимания логико-грамматических конструкций.

В клинической картине не обнаруживается грубое нарушение экспрессивной речи. Больные могут разговаривать, используя простые конструкции предложений, понимать просто построенную обращенную речь, однако всякое усложнение грамматики речи ведет к непониманию речи собеседника. Больные могут понимать обращенную к ним бытовую речь, адекватно отвечать на вопросы, однако, как только им предъявляются речевые конструкции, смысл которых не может быть понят ситуационно, они обнаруживают нарушения смыслового строя речи. На фоне сохранного восприятия отдельных предметов у больных обнаруживается нарушение тонких пространственных отношений, взаимоотношений предметов в пространстве. Больные узнают предметы, понимают смысл сюжетной картинки, но не могут воспринять отвлеченные координаты пространства и сложные пространственные отношения предметов относительно друг друга.

Наблюдаются специфические амнестические трудности при поиске нужного слова или произвольном назывании предмета, когда больные обращаются к описанию функций и качеству этого предмета, заменяя одно слово целой фразой («Ну, это то, чем пишут (режут)»), «это то, что показывает время» и т.д.).

Нарушается понимание конструкций с предлогами (*под и над, от, к, за, из-за, в, на* и т.д.), поскольку они отражают реальные пространственные отношения. Нарушается понимание сравнительных конструкций (*муха меньше слона*) и словесных оборотов со словами *перед, после, без*. Трудности возникают при расшифровывании значения словесных конструкций с использованием родительного падежа. Слова, подчиненные этой конструкции (например, сестра ма-

мы, ручка брата), воспринимаются вне единой смысловой связи. Для понимания больных недоступны фразы с обратным порядком слов (например, *поля покрываются снегом*), представляют трудности сравнительные конструкции фраз (*Саша выше Пети. Кто из них ниже?*).

При семантической афазии наблюдаются грубые нарушения счетных операций. Больные смешивают направления действий при решении арифметических примеров, испытывают трудности при выполнении действий с переходом через десяток, с трудом записывают со слуха многозначные числа. Отмечаются трудности и в понимании текста задач, включающего такие логические элементы, как: *больше - меньше, дальше - ближе, на столько, во столько раз* и т.д.

Амнестическая афазия. Эта форма афазии возникает при поражении задневисочных и теменно - затылочных отделов мозга. Расстройства, отмечающиеся у больных, выражаются в том, что они не могут выделить существенный признак предмета и испытывают трудности в отнесении схематического или стилизованного изображения предметов к определенной категории. При попытке назвать какой-либо предмет больные обычно перечисляют целую группу слов, но обязательно из того же семантического поля. В отличие от сенсорной и акустико - мнестической афазий при этой форме афазии подсказка помогает. Сохранено письмо и чтение. Больные часто обращаются к сохранной синтагматической речи^{***} с целью преодоления дефектов парадигматики.^{****} Выбирая нужные слова и используя сохраненные синтаксические структуры речи, больные пытаются найти искомое слово и включить его в обиходную речь. Эта форма афазии в чистом виде в клинике мозговых поражений отмечается крайне редко, чаще она встречается в виде симптома акустико - мнестической афазии.

^{*}*Аграмматизм* - неумение правильно употреблять языковые средства.

^{**}*Парафазия* - искажение отдельных элементов устной речи: замена, перестановка, пропуск отдельных звуков в словах, которые приводят к ее искажению (литеральная парафазия); замена слов другими, близкими по смыслу и звучанию (вербальная парафазия).

*** *Синтагматика* - связанность слов в плавную речь с опорой на синтаксические средства языка.

**** *Парадигматика* - иерархически построенная система кодов, с помощью которых слова вводятся в определенную систему понятий, семантические поля и др.

2.9 Расстройства сознания

Прежде чем перейти к вопросам патологии, кратко затронем основные положения, касающиеся структуры и функций сознания.

- Подобно операционной системе компьютера, которая распределяет ресурсы, запускает прикладные программы и обрабатывает их запросы, сознание выполняет интегрирующую, эмерджентную (системообразующую) функцию по отношению к различным психическим подсистемам (параперсональным - восприятию, памяти, мышлению, воображению и персональным – личности и ее составляющим).

- Системная взаимосвязь с механизмами, влияющими на эффективность когнитивных процессов, организацию проективно - рефлексивного континуума, формирование личностных структур, позволяет сознанию отражать и структурировать внешний и внутренний мир индивида. Сознание включает также механизмы, осуществляющие регуляцию отношений с социальной средой и контроль собственной деятельности.

- Сознание тесно связано с речью. То, что вербализовано (оречевлено), - осознано, то, что не поддается вербализации, - не осознано. Подсознание (бессознательное) - область информации, малоподдающаяся вербализации, что связано с тем, что сознание не способно расшифровывать большой пласт разнообразных внешних и внутренних сообщений по разным причинам (в результате повышения порога восприятия, автоматизации психических актов, недостаточно активного включения получаемой информации в процессы мышления, ее искажений за счет активации механизмов психологической защиты).

- В процессе социализации в сознании формируются, трансформируются и закрепляются ценностно-смысловые установки, от-

ражающие общественный и индивидуальный опыт. Формирование самосознания является важным условием развития личности, а результаты самовосприятия и самопознания отражаются в процессах постепенной интеграции и дифференциации структуры «Я». Нарушения самосознания являются причиной глубокой психической патологии.

В основе расстройств сознания лежат изолированные или комплексные нарушения многих психических функций - восприятия, мышления, памяти, воображения, а также механизмов, обеспечивающих интеграцию и контроль их отклонений от нормы. Патология восприятия, включающая фрагментацию, искажения, обманы восприятия, приводит к отрешенности больного от окружающего мира и собственных переживаний, в т.ч. «Я». Расстройства мышления, искажающие понимание причинно-следственных связей и отношений между объектами и явлениями, ведут к нарушениям рационального познания. Искажения памяти, трудности запоминания впечатлений о происходящих событиях и собственных переживаниях приводят к неотчетливым, непоследовательным воспоминаниям или полному отчуждению от них.

Расстройства сознания условно разделяют на большие группы: оглушенное сознание, включающее количественно разные состояния способности больных к сохранению бодрствования, отражению внешней и внутренней реальности и осуществлению контроля и самоконтроля; и помраченные формы сознания, включающие сложные виды дезинтегрированного поведения, возникающие вследствие системных расстройств многих психических функций.

2.9.1 Синдромы оглушения

Оглушенное сознание является следствием многих критических соматоневрологических состояний: интоксикаций, черепно-мозговых травм, метаболических нарушений при хронических заболеваниях печени, почек и других органов, опухолей мозга, сосудистых и других органических заболеваний мозга.

Оглушение - нарушение сознания, в основе которого лежит повышение порога восприятия внешних и внутренних раздражителей, сопровождающееся понижением ясности сознания или полной

его утратой; снижением или утратой двигательной активности; обеднением словарного запаса или неспособностью вступать в словесный контакт; утратой способности больного осуществлять контроль, осознавать, а также запоминать и воспроизводить все, что происходило вокруг него и с ним самим.

Продуктивные психопатологические расстройства, как правило, не встречаются, хотя иногда в рудиментарной форме могут эпизодически наблюдаться лишь в самом начале оглушения. В зависимости от степени оглушения выделяют такие состояния, как обнубиляция, сомнолентность, сопор, кома. При тяжелом течении заболевания эти состояния как стадии могут последовательно сменять друг друга, при остром, как правило, катастрофическом течении заболевания стадийность не наблюдается и оглушение может возникнуть сразу в форме комы или сопора. Ниже приводятся клинические и экспрессивные характеристики этих состояний.

Обнубиляция - легкая степень оглушения, «вуаль на сознании», сопровождается снижением способности больного к контролю над происходящим во внешней среде. Больные выглядят рассеянными, невнимательными, иногда беспечными, неадекватно улыбающимися. Лицо выглядит разглаженным, уставшим, мимика - малоподвижной, моторика заторможена. Они пассивны, хотя общий тонус еще сохраняется. Больные могут стоять, сидеть или лежать, менять положение своего тела. Жесты вялые, мышечный тонус понижается. Голос становится тихим и утрачивает эмоциональные компоненты выразительности. Больные могут понимать простые вопросы и отвечать на них. Их речевые реакции замедленны, ответы нередко сопровождаются речевыми ошибками, более сложные вопросы или темы для беседы они воспринимают с трудом.

Сомнолентность - более выраженное состояние оглушения, сопровождающееся постоянной сонливостью, выраженной вялостью и пассивностью больного. Больные находятся в неподвижном лежачем положении с закрытыми глазами. Их тело сильно расслаблено, двигательная активность резко снижена. Мимика неподвижна, глаза тусклые. Жесты либо отсутствуют, либо вялые, медленные, иногда напоминают автоматические действия. Словесный контакт, хотя и непродуктивный, все же возможен. Если вопросы задаются

громким голосом, больной на короткое время открывает глаза и кивком головы или односложным ответом дает понять, что он слышит собеседника или врача. После этого почти сразу же погружается в сонное состояние и утрачивает интерес к происходящему. Относительно сложные вопросы или просьбы больными не осознаются и не выполняются.

Сопор - выраженная степень оглушения, сопровождающаяся утратой сознания. Больной, находящийся в сопоре, лежит неподвижно с закрытыми глазами, не реагируя на привычные раздражители. У больных отмечаются резкое снижение (но не утрата) мышечного тонуса, амимия лица, утрата способности к каким-либо произвольным движениям. При раздвигании верхнего и нижнего век отмечается вялая реакция зрачков на свет. Речевой контакт с больным в этом состоянии не возможен. Сильные раздражители (громко заданный вопрос, яркий свет, сильный звук, щипки, уколы) вызывают у больных безусловно рефлекторные реакции в форме зажмуривания глаз, гримасничанья, мимических выражений страдания, отдергивания рук или хаотических недифференцированных движений. В ответ на сильные (чаще болевые) раздражители возможны также стереотипные голосовые реакции. Многие рефлексы сохраняются, глотание не нарушено.

Кома - бессознательное состояние, являющееся следствием прямого или косвенного поражения центральной нервной системы. Человек, находящийся в коматозном состоянии, лежит с безжизненным, маскообразным лицом. Отмечается полная атония и арефлексия. Сильные раздражители не вызывают каких-либо моторных или речевых ответных реакций.

Важными внешними признаками, дающими возможность врачу предположить происхождение комы, являются форма и размер зрачков. У большинства больных отмечаются расширенные зрачки, не реагирующие на свет. Наличие у больного в коме круглых, симметричных, реагирующих на свет зрачков позволяет исключить поражение среднего мозга и предположить в качестве причины комы метаболические нарушения. Точечные зрачки встречаются при передозировке наркотиков. Зрачки небольшого диаметра отмечаются также при гидроцефалии или поражении таламуса и моста. Повреж-

дение среднего мозга или сдавление III черепного нерва (при транстенториальном вклинении) вызывает одностороннее расширение зрачка, он становится овальным, слабо реагирует на свет. Двустороннее расширение зрачков с потерей реакции на свет указывает на серьезное двустороннее поражение среднего мозга, передозировку антихолинэргических препаратов или травму органа зрения [46].

В зависимости от причинных факторов кома может возникать остро или развиваться постепенно. Симптомокомплекс коматозного состояния может включать также миоклонические подергивания, признаки гемиплегии и других форм двигательных нарушений, нередко - нарушения ритма и частоты дыхания. На начальных этапах (состояние прекомы) иногда отмечаются эпизодические психотические (галлюцинаторные, бредовые) включения.

Различают комы первичного центрального генеза (травматическая, эпилептическая, апоплектическая, комы опухолевого и инфекционного генеза), вторичного генеза (комы при соматических и эндокринных заболеваниях - диабетическая, гипогликемическая, печеночная, уремическая, эклампсическая, тиреотоксическая и пр.), а также комы вследствие действия физических и токсических факторов (тепловая, при поражении электрическим током, алкогольная и пр.).

По темпу развития комы различают:

- остро, внезапно развивающиеся, что свойственно коматозным состояниям, возникшим вследствие сосудистых заболеваний (при инсультах), при эпилепсии, при черепно-мозговых травмах;
- развивающиеся подостро - при поражении мозга инфекционного характера (менингиты, энцефалиты, общие инфекции);
- медленно развивающиеся с затяжным течением, когда картина комы возникает не сразу, а постепенно (при эндогенных интоксикациях - диабетической, печеночной, почечной комах).

Наряду с общим симптомокомплексом, характерным для коматозных состояний, при некоторых их формах могут отмечаться относительно специфические внешние признаки.

Апоплектическая кома. Возникает чаще при геморрагическом инсульте. Развивается внезапно. В типичных случаях лицо больного багровое, одна щека «парусит» - отдувается при дыхании, носогуб-

ная складка с одной из сторон сглажена. У больного отмечается хриплое дыхание, развивается гемиплегия (парез одной из половин тела), могут наблюдаться патологические рефлексy (симптом Бабинского).

Эпилептическая кома. Возникает во время эпилептического приступа или отмечается некоторое время после него. Сопровождается цианотичностью или бледностью кожи лица, возможны пена у рта, следы крови у уголков рта в связи с прикусом языка. При утяжелении состояния развивается дыхание Чейна - Стокса.

Панкреатическая кома. Развивается постепенно. В начале у больных отмечается неадекватное поведение: у одних оно проявляется возбуждением, эйфорией, у других - заторможенностью и замедленностью реакций. Могут возникать эпизодические галлюцинации, кратковременное делириозное состояние. На конечном этапе отмечается коматозное состояние, сопровождающееся расширением зрачков и возникновением патологических форм дыхания.

В связи с тем, что тяжело протекающие комы часто сочетаются с нарушениями ритма и частоты дыхания, ниже рассмотрена клиническая и экспрессивная картина их основных форм.

Дыхание Чейна - Стокса - расстройство дыхания, сопровождающееся нарастанием и уменьшением амплитуды и частоты дыхательных движений: после паузы (в течение нескольких секунд) следуют резкие дыхательные движения, сначала поверхностные, потом углубляющиеся и учащающиеся. Достигнув максимальной силы, дыхательные движения становятся менее глубокими и более редкими, а после паузы учащаются вновь.

Дыхание Куссмауля - расстройство дыхания, характеризующееся редкими дыхательными циклами, глубоким шумным вдохом и усиленным выдохом.

Выявление причины коматозных состояний нередко представляет значительные трудности, особенно при отсутствии анамнестических данных. Диагноз заболевания, повлекшего развитие коматозного состояния, уточняется на основании тщательного клинического соматоневрологического, лабораторного, а также инструментального обследования больного.

Иногда после перенесенных комы или сопора может развиться *апатический синдром* (бодрствующая кома), который клинически выражается в отсутствии активных двигательных актов и речи, а также эмоциональных реакций при попытке установить контакт с больным. Больной выглядит безучастным, не отвечает на вопросы и не реагирует на присутствующих. Его застывший взгляд устремлен в пространство, мимика крайне бедна, лицо неподвижно. Могут встречаться маятникообразные движения глазных яблок и примитивные моторные автоматизмы. Мышечный тонус обычно повышен. Резких изменений функций дыхания и гемодинамики не наблюдается. В ответ на болевые раздражители больной реагирует хаотической двигательной реакцией.

Апатический синдром следует дифференцировать со ступором, сопором и деменцией. От деменции он отличается невозможностью привлечь внимание больного, отсутствием двигательной и речевой продукции. В отличие от сопора больной сохраняет состояние бодрствования.

В дальнейшем может развиваться состояние, которое называется *акинетическим мутизмом*. Это состояние может напоминать апатический мутизм, однако для него характерно наличие ориентировочно - исследовательского рефлекса. Несмотря на отсутствие контакта с больным и бедность моторных и мимических реакций, он может совершать некоторые простые движения и фиксировать взгляд на лицах окружающих его людей и находящихся рядом предметах.

В клинической практике могут возникать состояния, внешне похожие, но имеющие совершенно разные причины и, следовательно, разную терапевтическую тактику. Ниже приводится дифференциальная диагностика комы и ступора, основанная на наблюдении клинических и экспрессивных признаков этих состояний (таб.5).

2.9.2 Делириозное помрачение сознания

Делириозный синдром - распространенная форма психических расстройств, сопровождающаяся дезориентировкой больного преимущественно в пространстве, времени, окружающих лицах, преобладанием истинных зрительных галлюцинаций (реже тактильных и

слуховых), изменчивостью аффекта с доминированием тревоги и страха, двигательным возбуждением и чаще защитно-оборонительными поведенческими реакциями.

Делириозное расстройство сознания может возникать на фоне интоксикаций, тяжело протекающих общих и нейротропных инфекционных заболеваний, соматических (главным образом - сосудистых) нарушений, при черепно-мозговых травмах в остром периоде и т.д. Наиболее часто делирий является следствием осложнения хронического алкоголизма.

Делириозное помрачение сознания развивается постепенно и имеет определенную динамику развертывания клинической карти-

Таблица 5 - Экспрессивные признаки
в дифференциальной диагностике комы и ступора

<i>Клинические и экспрессивные признаки</i>	<i>Кома</i>	<i>Ступор</i>
Мимика	Атоническая	Напряженная
Мелкое дрожание век	Отсутствует	Заметно
Реакция зрачков на свет	Отсутствует	Видна
Симптомы восковидной гибкости	Отсутствуют, тонус мышц утрачен	Встречаются часто
Реакция на болевые раздражители	Отсутствует, зрачки остаются расширенными	Сопровождается расширением зрачков
Результаты растормаживания	Состояние остается прежним	Состояние улучшается

ны. Ниже будет рассмотрена усредненная, типичная, «классическая» клиника делирия, которая чаще встречается при интоксикационном генезе поражений центральной нервной системы.

Начальная стадия делирия. Состояние и поведение больных меняется за несколько часов, иногда суток до разгара делирия.

Больные становятся говорливыми, суетливыми, легко отвлекаемыми, в их высказываниях появляется заметная непоследовательность. Их движения становятся преувеличенно выразительными и сопровождаются повышенной жестикуляцией. Иногда при незначительном шуме или каких-либо неожиданностях (громкий звук, приближение человека, оклик) больные вздрагивают. Их эмоциональное состояние становится неустойчивым, восторженность и умиление легко сменяются подавленностью, раздражительностью, тревожностью. Как правило, к вечеру появляется общая возбужденность. Усиливаются наплывы образных представлений неприятного содержания. Больные с трудом засыпают, и если это происходит, то спят чутко, часто просыпаются, отмечают у себя яркие, нередко тревожные и устрашающие сновидения. Утром выглядят уставшими, разбитыми, отмечают слабость и подавленность настроения.

На этом этапе делирия преимущественно алкогольного генеза у многих больных повышается готовность к возникновению внушенных галлюцинаций, о чем могут свидетельствовать достаточно выраженные экспрессивные характеристики поведения при проведении проб (приемов) выявления галлюцинаторной готовности, описанных разными авторами. Даже при внешне правильной ориентировке больного и отсутствии признаков нарушения сознания в момент обследования, положительное проявление проб дает возможность врачу прогнозировать развитие делирия в ближайшее время.



Рисунок 66 - Симптом
Ашаффенбурга

Проба Ашаффенбурга. Больному предлагается поговорить по телефону с кем-то из своих близких или друзей, при этом телефон отключается от сети простым нажатием на рычаг. Больной вначале осторожно и недоверчиво вступает в «беседу», говорит, что ничего не слышит, дует в трубку, потом достаточно активно может обсуждать с «собеседником» проблемы своего здоровья или какие-то интересующие его проблемы. Мимика, позы и жесты

больного указывают на то, что он слышит «ответы» тех, кто «поддерживает» с ним мнимый разговор.

Проба Липмана. При легком надавливании на глазные яблоки у больных появляются зрительные галлюцинации, соответствующие содержанию производимых врачом внушений. Если врач указывает на то, что у больного на плече или на груди находится насекомое (жук, бабочка и пр.), больной мимически выражает неудовольствие или страх и стремится сбросить его со своего тела.

Проба Рейхардта (симптом белого листа). Больному предлагается на чистом листе бумаги «прочитать» слова, предложения или цифры. Если голос врача звучит императивно, а у больного имеется готовность к галлюцинированию, он вначале осторожно указывает, что ничего не видит. На просьбу врача внимательно всмотреться в написанное на листе, тщательно изучает его, соглашается, что «заметил» слова или цифры, кивает головой, улыбается, а потом уже более уверенно «читает» и говорит об увиденном на листе бумаги.



*Рисунок 67 - Симптом
белого листа*

Более заметными становятся мимика растерянности, порывистость жестов, дрожание рук, скованная, лишенная пластики, походка. Появляются зрительные иллюзии - на фоне рисунка ковра или обоев, трещин в потолке больные нередко видят образы фантастических существ и монстров (парейдолические иллюзии). В этих случаях их мимика на секунды отражает страх, иногда ужас. После мобилизации, повышения уровня сознания иллюзии исчезают и больные успокаиваются. Перед засыпанием появляются галлюцинации, из-за чего больные либо не спят совсем, либо засыпают на короткое время и просыпаются из-за сновидений с тревожной и устрашающей тематикой.

Стадия разгара. На этой стадии развития делирия появляются симптомы нарушения аллопсихической ориентировки. Больные неадекватно оценивают окружающую обстановку, не ориентируются во времени, не узнают находящихся рядом с ними людей. Несмотря

на пребывание в больничном стационаре, считают, что находятся у себя дома, в милиции, на работе, в компании друзей. Возникают ложные узнавания: соседей по палате, сотрудников отделения они принимают за своих близких и знакомых, просят их подойти, обращаются к ним с какими-нибудь неадекватными просьбами. Ориентировка в собственной личности долгое время сохраняется, нарушение аутоориентировки (утраты способности больного сообщать автобиографические факты, давать сведения о своем близком окружении, называть собственное имя и пр.) указывает на углубление и утяжеление делирия.

В стадии разгара делирия резко меняется внешний вид больных. Они выглядят неопрятными, неряшливыми, отмечается гиперемия поверхностных сосудов лица, кожа становится сухой,



*Рисунок 68 –
Разгар делирия*

блестящей, губы запекшимися, покрытыми корочками. Наблюдаются такие вегетативные расстройства, как расширенные зрачки и гипергидроз. У части больных наблюдается усталый, безразличный, тусклый взгляд, иногда со страдальческим выражением. На фоне нарастающей оглушенности и растерянности отмечаются вялость и оскудение мимической деятельности, которая постепенно становится однотонной и малодифференцированной. При появлении возбуждения у больных отмечаются дисмимические проявления: возбужденное лицо, малоосмысленный, но подвижный взгляд, повышенная мимическая игра, значительное речевое возбуждение. Больные часто пытаются куда-то бежать, прячутся.



При

Рисунок 69 - Алкогольный делирий. Рисунок 70 - Погоня больного за «зверьками»

попытке войти с ними в контакт растерянно смотрят, быстро отвлекаются. Их жесты размашистые, не координированные, у некоторых больных отмечается выраженный тремор пальцев рук, а иногда и всего тела. Походка становится атактической, речь - смазанной, замедленной, дизартричной, высказывания - отрывочными и непоследовательными.

Поведение больных во многом определяется содержанием возникающих галлюцинаций. Часто беспокоят устрашающие зрительные галлюцинации («полчища крыс», «змеи», «страшные люди», иногда фантастические существа), которые формируют у больных *защитно-оборонительное поведение*. Мимика больных выражает страх, ужас, отмечается напряжение мышц тела, стремление убежать, спрятаться, укрыться от преследователей. В таком состоянии больные не только избегают контакта с источником страхов, но и предпринимают оборонительные действия, заканчивающиеся нередко разрушением находящихся рядом предметов.

Патологические формы *поисково-исследовательского поведения* выражаются в возникающем «интересе» и попытках решения каких-то бытовых вопросов. Больные «прикручивают» винты, шурупы в сломанном кресле или диване, сосредоточенно «наматывают» на руку (или на палец) «провода», «нитку», застрявшую между зубами, в полости рта «выковыривают» «приклеенную к зубам пластмассу». Эмоции тревоги и страха в таких случаях встречаются редко. Они могут с интересом исследовать свое жилище, ища «спрятавшихся» существ (животных или людей). К исследовательскому поведению можно отнести реакции на появление, исчезновение и перемещение некоторых галлюцинаторных образов (зверьков, «гномиков», насекомых), которые, как это кажется больным, дразнят их, стараются разозлить, «играют в прятки». Они пытаются «их» поймать, злятся, но так как это не удается, иногда принимают участие в длительных и всегда безуспешных погонах.

При утяжелении делирия галлюцинации становятся рудиментарными, нестойкими. Дезориентировка и оглушенность больного нарастают, все это и определяет их поведение. Они становятся заторможенными, сонливыми, периодически погружаются в дремотное состояние, которое может смениться двигательным и речевым

возбуждением. В период возбуждения больные пытаются встать и куда-то бежать. В тяжелых случаях, находясь в пределах постели, что-то невнятно бормочут (мусситирующий делирий), появляются однообразные движения, имитирующие процесс снятия чего-то со своего тела, одежды, одеяла, простыни (*симптом обирания*). Их движения становятся медленными, мимика безучастной, глаза тусклыми, склеры желтушными, больные что-то стряхивают с себя и как бы рассматривают то, что недавно сняли. Отмечается *симптом карфологии* - больные пытаются схватить и удерживать находящиеся рядом предметы (халат врача, одежду больных, палец или руку человека, находящегося рядом) или совершают хватательные движения воображаемых предметов на некотором расстоянии от себя.

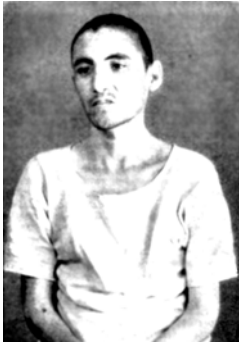
Тяжело протекающий делирий включает также такие формы поведения, которые сопровождаются растормаживанием профессиональных автоматизмов. В этом состоянии больные совершают стереотипные движения или действия, внешне напоминающие элементарные навыки какой-то профессиональной деятельности. Лежа в кровати, они как бы «шьют», «печатают на машинке», «ведут автомобиль», «забивают гвозди», что-то «украшают», «развешивают». Мимика больных при этом ничего не выражает, взгляд пустой, движения замедленные. Имитируемые навыки выглядят рудиментарными и практически не сопровождаются речевыми сигналами. Сознание больных нарушено грубо, они не отвечают на вопросы и теряют способность ориентировки в собственной личности. К профессиональным формам делирия относится «командный» делирий, который чаще возникает у военнослужащих или у лиц, участвовавших в боевых действиях. Состояние сопровождается чередованием оглушенности, вялости, сонливости и быстрым возникновением непродолжительного возбуждения, в период которого больные делают попытки привстать, отдают речевые команды («Вперед!», «Стройся!», «Всем спать!», «Ура!») и сопровождают их соответствующими жестами, напоминающими приказы и действия военных командиров.

Кроме этого, к признакам тяжелого делирия следует отнести:

1) появление судорожных припадков накануне белой горячки или в процессе развития психоза; 2) сочетание пространственно - временной дезориентировки с двигательной и аффективной неподвижно-

стью; 3) возникновение двигательных нарушений в форме резкого усиления тремора и появления миоклонических подергиваний отдельных групп мышц; 4) повышение температуры тела до $39^{\circ} - 40^{\circ}$; 5) грубое нарушение сознания в форме аменции.

Утром и в дневное время картина делирия либо исчезает полностью, либо ослабевает на несколько минут или часов, появляются так называемые люцидные «окна» (светлые промежутки). В этот период сознание больных восстанавливается полностью либо значительно проясняется. Их поведение становится упорядоченным, они правильно ориентируются в пространстве, времени и окружающих людях. Мимика становится более осмысленной и подвижной.



*Рисунок 71-
Мимика
астении*

После выхода из делирия, особенно в тех случаях, когда он протекал тяжело, у больных отмечается слабость, вялость мимических движений, тусклый взгляд. Они с трудом поднимаются с постели, неустойчиво передвигаются по палате и в первое время требуют постороннего ухода. Тремор рук сохраняется. При активизации больных появляется растерянное выражение лица, при усиленных попытках что-то вспомнить лицо принимает выражение напряженной сосредоточенности.

Продолжительность делирия колеблется от 2 до 8 суток, сосудистый и abortивные формы делирия могут длиться от часа до нескольких часов. Выздоровление больных (восстановление сознания и упорядочивание поведения) чаще наступает критически после глубокого сна и реже - литически, т.е. постепенно.

После восстановления сознания при тяжелом течении делирия у больных отмечается полная амнезия. Более легкие случаи делирия заканчиваются частичной амнезией, в основном тех фактов, которые имели место в реальной обстановке. Болезненные переживания (галлюцинации и их аффективное сопровождение), как правило, помнятся больными хорошо.

2.9.3 Сумеречное расстройство сознания

Сумеречное сознание - одна из форм помраченного сознания, которая характеризуется внезапно возникающими у больного суже-

нием поля и утратой ясности восприятия действительности, сохранением способности к совершению автоматизированных поведенческих актов, спонтанным и быстрым восстановлением психической деятельности, амнезией всего периода пребывания в болезненном состоянии.

Сумеречное расстройство сознания чаще возникает после судорожных припадков у больных, страдающих эпилепсией, может возникать при инфекционных заболеваниях с тяжелым течением, в остром периоде после перенесенной черепно-мозговой травмы, а также при других заболеваниях и поражениях головного мозга.

По клинической и экспрессивной картине поведения больного сумеречное сознание можно условно разделить на люцидную форму, при которой структура сознания больного, кроме самого расстройства, не наполнена другим патологическим содержанием, и сумеречное сознание с дополнительными психотическими включениями (галлюцинациями, бредовыми, аффективными расстройствами).

Люцидный вариант («светлый», от лат. lux - свет, расстройство в чистом виде). Состояние возникает внезапно, у больного теряется способность поддерживать речевой контакт. Мимика становится застывшей, лицо бледное, аффективные мимические реакции отсутствуют или малозаметны. Возникает общее выражение отстраненности или безразличия. Больной либо не отвечает на вопросы, либо произносит стереотипные и не связанные между собой короткие фразы или междометия. Голос становится глухим, лишенным естественных эмоциональных интонаций. Движения обеднены, замедленны, иногда возникают состояния, сопровождающиеся кратковременными, импульсивными действиями. Больной совершает автоматические, достаточно сложные действия, внешне напоминающие целенаправленные акты. Если он находится в помещении, может ходить, как будто что-то искать, открывать или закрывать дверь, перекидывать вещи и пр. Если состояние возникает на улице, больной спокойно передвигается, останавливается перед светофором или проезжающими автомобилями, переходит улицу. При этом он особо не выделяется в толпе, напоминая глубоко погруженного в свои мысли человека. Иногда сумеречное сознание проявля-

ется в достаточно продолжительных и бесцельных передвижениях. Восстановление сознания возникает быстро. Придя в себя, больной недоумевает, как он очутился в другом месте, т.к. в воспоминаниях остаются события (место пребывания, окружение), предшествующие расстройству сознания.

В зависимости от сроков блужданий больного выделяют *трансы* - состояния, длящиеся десятки минут, и *амбулаторные автоматизмы* - более продолжительные состояния, длящиеся иногда несколько часов.

Сумеречное сознание с дополнительными психотическими включениями. В зависимости от психотических расстройств, включенных в структуру сумеречного сознания, а также в зависимости от времени суток его возникновения, выделяют следующие формы.

Дисфорический (аффективно - двигательный) вариант. В начальном периоде, длящемся несколько секунд, у больного отмечается застывшее выражение лица, отсутствующий, стеклянный взгляд. Больные теряют способность осмысливать окружающую обстановку, не воспринимают внешние раздражители. После этого стремительно развивается аффективно - двигательное возбуждение. Лицо искажается, возникает выражение злобы и ярости, кожа становится бледной, в некоторых случаях наблюдается гиперсаливация. Больные совершают хаотические, бессмысленные агрессивные действия: бегают, крушат все, что оказывается у них на пути. Человек, стоящий рядом, может стать объектом жестокого нападения. В состоянии возбуждения больные могут падать на пол, кататься по земле, грызть оказавшиеся рядом предметы. При этом нередко издаются звуки, напоминающие голоса и рычание животных. Мышцы напряжены, сила резко увеличивается, что вызывает трудности у окружающих, которые стремятся пресечь агрессивные действия больных.

Состояние длится в пределах 10 - 40 минут, после чего больной, как правило, так же внезапно выходит из этого состояния. При восстановлении сознания он растерянно смотрит на окружающих, не понимая, что произошло и почему они так перепуганы. В большинстве случаев сумеречное расстройство заканчивается наступающим сразу же после выхода из психотического состояния глубоким сном. Реже сон наступает позже, через 1 - 3 часа.

Галлюцинаторно - бредовый вариант. В структуре сумеречного сознания могут возникать слуховые, тактильные, вкусовые, обонятельные галлюцинации и острый чувственный бред, из-за чего мимика, пантомимика, поведение больного в целом становятся чрезмерно динамичными и изменчивыми.

Дезориентировка придает мимике больных выражение растерянности. Глаза блестят, крылья носа раздуваются, губы, а иногда и щеки, дрожат. Взгляд неустойчивый, бегающий, смотрящий то вперед, то вниз. Иногда больной смотрит исподлобья, выражение лица временами принимает испуганный вид. При возникновении страха, вызванного продуктивными расстройствами, на лице возникает маска тревоги и ужаса.

Находясь в состоянии возбуждения, больные убегают от мнимых врагов, нападают на них, прячутся, зовут на помощь, бросают в окружающих камни, палки, предметы, находящиеся рядом с ними. При присоединении чувства злобы, гнева или ярости больные ломают и крушат все, с чем сталкиваются на своем пути. Отрывочные и спонтанные выкрикивания больных отражают содержание их галлюцинаторных и бредовых переживаний. Находясь в таком состоянии, больные способны совершить очень жестокие действия. Выход из этого состояния чаще заканчивается также внезапно, после чего больные сразу же засыпают.

Могут встречаться сумеречные расстройства сознания, имеющие затяжное течение, когда психотическое состояние прерывается и возникают люцидные «окна». Продолжительность светлых промежутков колеблется от нескольких минут до нескольких часов. В эти периоды больные успокаиваются, у них появляется ориентировка в пространстве, окружающих лицах и не всегда отчетливая ориентировка во времени. Больные узнают знакомых, понимают, где находятся, но в их внешнем облике все же отмечаются признаки растерянности, напряженности, суетливости, несобранности. Через какое-то время у больного вновь возникает сумеречное расстройство сознания, и поведение его меняется. В подобных случаях выход из сумеречного сознания бывает ступенчатым - через состояние оглушения, растерянности, недоумения.

При критическом выходе из сумеречного сознания у больных отмечается тотальная амнезия, при затяжном рецидивирующем течении отмечены случаи частичной амнезии с сохранением отдельных воспоминаний.

Снохождение (сомнамбулизм, лунатизм) - непродолжительное (длящееся несколько минут - часов) состояние, возникающее в период сна и сопровождающееся сложными двигательными автоматическими актами на фоне сумеречного сознания.

Снохождение может быть обусловлено тяжелыми психическими травмами, перенесенными черепно-мозговыми травмами или интоксикациями организма, являться одним из ранних симптомов эпилепсии, а также наблюдаться у детей, страдающих невротическими расстройствами.

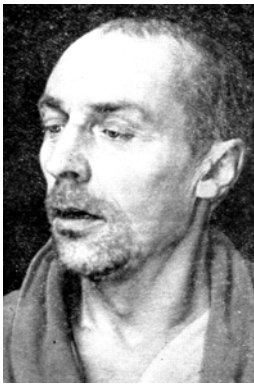


Рисунок 72 –
Мимика
больного в состоянии
сомнамбулизма

В большинстве случаев снохождение ограничивается пределами комнаты или квартиры, в которой находится больной. Больные могут спокойно ходить по комнате, иногда перемещать вещи, класть их в другие места, подходить к окну или двери и пытаться их открыть. Эти действия нередко совершаются с открытыми глазами, отсутствующим взглядом, застывшим лицом. При этом больные, как правило, не натываются на стоящие впереди них предметы, не замечают окружающих, не реагируют на их вопросы, просьбы или инструкции. Иногда отмечается несвязная речь, больные говорят что-то тихим и невнятным голосом или выкрикивают малопонятные фразы. После некоторых блужданий больные сами возвращаются в постель, ложатся в нее и вновь засыпают. Могут заснуть не в постели, а на полу рядом с кроватью или в другом месте.

Двигательная активность в этом состоянии может ограничиваться пределами постели - больные садятся на кровати, смотрят «вдаль» или как бы рассматривают что-то вблизи, жестикулируют, гримасничают, совершают сосательные движения и пр. В более ред-

ких случаях снохождение сопровождается передвижением за пределами квартиры или дома. Больные могут сами открыть входную дверь, выходят на улицу, куда-то идут, останавливаются, что-то «рассматривают», потом самостоятельно возвращаются к себе домой и ложатся в постель. Передвигаясь иногда в опасных местах (по крыше, по узкому мосту и пр.), они идут уверенно и спокойно. Очевидцы, видевшие их в этот период, отмечают у них спокойные, отрешенные, не выражающие напряжения или страха, лица, бедность жестов, застывший взгляд.

Наутро больные о своих хождениях ничего не помнят и удивляются, если близкие сообщают им об этом. Иногда, особенно у детей, снохождение может сочетаться с ночным недержанием мочи.

Патологический аффект. Диагностика патологического аффекта является достаточно сложным вопросом в судебно - психиатрической практике, т.к. оценка этого состояния осуществляется только ретроспективно, т.е. вне непосредственного наблюдения. Патологический аффект встречается достаточно редко и относится к группе исключительных состояний - остро возникающих и кратковременных расстройств психической деятельности, клинически сходных с физиологическим аффектом и некоторыми другими состояниями.

В клинической картине патологического аффекта, несмотря на его острое и интенсивное течение, условно выделяют три стадии: подготовительную, стадию взрыва и исходную (заключительную) стадию.

Подготовительная стадия сопровождается нарастанием эмоционального напряжения, изменением восприятия окружающей среды, нарушением способности оценивать обстановку и осознавать свое состояние. Сознание больного ограничено узким кругом представлений. Психогенные моменты, приводящие к дальнейшему развитию аффекта, зачастую отсутствуют. Состояние лишено психологически понятных мотивов.

Стадия взрыва характеризуется быстрым возникновением у больного напряженного аффекта гнева или иступления. Возникающая ярость мгновенно достигает кульминационной точки, лицо больного резко краснеет или становится необычайно бледным, ми-

мика искажается и может выражать довольно широкую палитру различных эмоций (гнева, отчаяния, ярости, недоумения). Отмечаются напряжение и дрожь в теле. Аффективный разряд проявляется бурным двигательным возбуждением с автоматическими действиями, бессмысленной агрессией и разрушительными тенденциями. Речевые и голосовые компоненты (в форме отдельных слов, бессвязных фраз, нечленораздельных звуков), сопровождающие возбуждение, не отражают каких-либо психотравмирующих переживаний больного.

Больной в силу нарушения сознания оторван от реальности, у него отсутствует контакт с окружающими и отмечается полная дезориентировка. На высоте нарушения сознания возможно появление иллюзий, функциональных галлюцинаций и психосенсорных расстройств.

Заключительная стадия патологического аффекта сопровождается внезапным истощением физических и психических сил больного и возникновением у него непреодолимого желания спать. У большинства больных после стадии взрыва наступает глубокий сон. В более редких случаях вместо патологического сна возникает состояние прострации, сопровождающееся общей вялостью, слабостью, полной безучастностью и безразличием к окружающему и содеянному. Лицо больного, еще недавно искаженное яростью, становится обмякшим, уставшим, малоподвижным. Двигательная активность резко снижается. ~~Основным~~ ~~выходом~~ ~~без~~ ~~диссоциальным~~ патологического сна у больных отмечается тотальная амнезия - они не помнят всего того, что с ними произошло, и не понимают, почему совершали такие агрессивные и жестокие действия.

Нередко патологический аффект приходится дифференцировать с физиологическим аффектом, который в уголовном кодексе многих стран понимается как «сильное душевное волнение». Взгляды на природу этого состояния и его судебно - психиатрическую оценку в последнее время разнятся. Одни авторы относят физиологический аффект к неболезненным формам эмоциональных реакций, считая, что его физиологической основой является «естественный нейрофизиологический процесс», приводящий к кратковременной

психической дезадаптации (Фелинская Н.И., 1968; Кудрявцев И.А., 1988; Морозов Г.В., 1988). Существует другая точка зрения, согласно которой физиологический аффект - это «состояние патологическое, относящееся к категории кратковременных расстройств психической деятельности непсихотического характера» (Первомайский В.Б., 2001, с.124). Согласно последней позиции физиологический аффект ограничивает способность лица отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

Несмотря на некоторую похожесть поведений человека, находящегося в состоянии патологического или физиологического аффекта, между ними есть и заметные различия. Аффективные реакции при физиологическом аффекте, как правило, психогенно спровоцированы и имеют психогенную окраску (остро возникшая или кумулированная в течение некоторого времени обида, переживание оскорбления или унижения). Аффективные реакции при физиологическом аффекте развиваются менее остро и их динамика не отражает характерной для патологического аффекта смены фаз. Хотя сознание человека, находящегося в состоянии физиологического аффекта, искажается (отмечается фрагментарность восприятия, концентрация на психотравмирующем объекте), однако признаков сумеречного расстройства сознания субъект не выявляет. Об этом свидетельствует также тот факт, что речевая продукция отражает преобладающий эмоциональный фон и соответствие ситуации, вызвавшей аффективную реакцию. Выкрики, речевые компоненты возбуждения, как правило, являются ответом индивида на внешние раздражители. Поведение и высказывания человека, находящегося в состоянии физиологического аффекта, не отражают болезненно искаженного восприятия внешней среды и тем более кратковременных галлюцинаторно-бредовых переживаний, что нередко встречается при патологическом аффекте. После быстрого угасания аффекта возникает состояние психического истощения, в дальнейшем выявляется картина неполного воспроизведения ряда деталей произошедших событий или их частичной амнезии.

2.9.4 Онейроидный синдром

Онейроидный синдром - расстройство, сопровождающееся наплывом в сознании больного спонтанно возникающих фантастических представлений и искажением воспринимаемой реальной действительности. Заполняющие сознание больного сновидные картины отражают материал прочитанного, услышанного и увиденного.

На этапе развернутой картины онейроидного состояния единственной формой субъективной и объективной реальности для больного становятся фантастические переживания. Больной видит сцены грандиозных, масштабных и фантастических ситуаций, в которых он одновременно чувствует себя наблюдателем, участником, персонажем, жертвой, виновником происходящих событий. В основе онейроида лежит расстройство не только сознания, но и самосознания. В содержании фантастических переживаний отражаются сцены космических полетов или войн, контакты с инопланетянами, сказочные истории, волшебные приключения и метаморфозы, перемещение в иные миры и исторические эпохи, в другие страны, возникают яркие ощущения превращения в других людей, существ или животных.

Экспрессивное поведение больных имеет некоторые специфические особенности. Больные чаще лежат с закрытыми или открытыми глазами, реже ходят или стоят. Их мимика застывшая, взгляд направлен куда-то в даль. Если рядом находятся посторонние, больные не отвлекаются и погружены в какие-то сложные и драматические переживания. Их мимическая игра зависит от содержания онейроидных переживаний и может выражать тревогу, напряжение (что встречается при устрашающих картинах) или восторг, радость, удивление. Несмотря на интенсивность и высокий уровень образных переживаний, проявление мимических выражений достаточно скупое. Передвигаясь в отделении, больные малоприметны, малоподвижны, стоят спокойно и за чем-то внимательно наблюдают «внутренним взором». Они не обращают внимание на подходящих к ним людей (персонал отделения, близких и пр.) и в то же время могут повернуть голову в сторону тех, кто обращается к ним с каким-либо вопросом. Голосовых и речевых сигналов они, как правило, не

подают, но иногда могут ответить на вопрос утвердительно или отрицательно.

В период болезненного состояния больные не раскрывают своих переживаний, однако после его окончания могут достаточно подробно рассказывать об этом.

Продолжительность онейроидного состояния, в зависимости от его происхождения, колеблется от нескольких часов до нескольких дней.

Онейроидный синдром возникает чаще при рекуррентной шизофрении, может встречаться и при других заболеваниях: алкогольном делирии, симптоматических (инфекционных, интоксикационных) психозах, в остром периоде черепно-мозговой травмы. Диагностика происхождения онейроидного состояния основывается на оценке остроты начала синдрома, картины этапности его развития и продолжительности, клинических проявлений редукции психопатологических расстройств.

При рекуррентной (периодической) шизофрении истинно онейроидному состоянию предшествует определенный стереотип развития психических расстройств, который не встречается при других формах психических расстройств (Т.Ф. Попадопулос, 1975).

На начальном этапе у больных отмечаются общесоматические расстройства, сопровождающиеся неприятными ощущениями (головными болями, парестезиями, ощущениями сжатия в области сердца и головы) и аффективными колебаниями (депрессивными и гипоманиакальными состояниями). Позже появляются тревога, страх, на этом фоне возникают нестойкие бредовые идеи, которые могут сменяться периодами успокоения. У больных возникает чувство чуждости и непонятности происходящего в окружающей его среде.

Возникшее бредовое восприятие действительности сопровождается нестойкими и трансформируемыми бредовыми идеями отношения, отравления, заражения, инсценировки, самобичевания и пр. В структуре бредовых расстройств появляются психические автоматизмы (открытость мыслей, вызванные ощущения и побуждения, возможность предсказывать и предугадывать события). Возникают ложные узнавания, иллюзии, аффективные расстройства (взбудораженность, депрессия, легкие

(взбудораженность, депрессия, легкие переходы от гипомании к тревоге и страхам). Заметно меняется поведение больных. Они становятся настороженными, подозрительными, считают, что являются наблюдателями разыгрывающихся вокруг них «спектаклей» и подстроенных кем-то инсценировок.

Следующий этап «движения» к онейроидному состоянию характеризуется резким усилением воображения больного. Бредово-фантастическая трактовка придается не только тем событиям, которые развиваются вокруг больного, но и тем, которые еще не совершились. Меняется эмоциональный фон - возникает радостное или тягостное ожидание фантастических событий. Отдельные события из прошлого приобретают новое, фантастическое значение (ретроспективный фантастический бред). У больных отмечаются растерянность, возбуждение, речевая бессвязность, тревога, страхи, экстаз, которые выражаются в пестрой картине соответствующих форм экспрессивного поведения.

В дальнейшем картина психопатологических расстройств характеризуется грубым нарушением самосознания и усилением процесса символизации мышления и сознания больных. События и факты настоящего и прошлого приобретают мистический и фантастический характер. Больные могут испытывать переживания превращения в животных, фантастических существ (один наблюдаемый нами больной «превратился» в динозавра), посланцев иных миров, у них возникает чувство раздвоенности. В восприятии преобладают символические образы и интерпретации. Аффективные реакции характеризуются большой лабильностью. Предметы, как в сказочных историях, по чьему-то волшебству то появляются, то исчезают. Отмечается грубое расстройство самосознания (растворение, «дробление» «Я»). Искажаются пространственно - временные соотношения переживаемых событий. Достигнув апогея, картина истинного онейроида может удерживаться в течение нескольких суток, в дальнейшем угасание и редукция психических расстройств происходит в обратном порядке.

Онейроидному состоянию при экзогенно-органических заболеваниях предшествует период, сопровождающийся астенической симптоматикой. У больных отмечаются повышенная утомляемость,

потливость, головные боли, сонливость, растерянность, раздражительность. Затем астеническое состояние может смениться другими формами расстройств сознания (делирием, сумеречным сознанием либо состоянием оглушения). В последующем постепенно или более - менее остро развивается продуктивная психопатологическая картина, характеризующаяся наплывом сновидных состояний. Очень редко наблюдается последовательное развитие картины онейроидного состояния. Фантастические эпизоды возникают отрывочно и не связаны между собой по смыслу. У больных чаще всего не бывает ни галлюцинаций, ни бредовых идей, ни признаков синдрома психических автоматизмов, а если и встречаются, то только в abortивной форме. Не отмечается расстройство самосознания. Сновидные переживания чередуются со светлыми промежутками.

Продолжительность онейроидного расстройства сознания небольшая (несколько часов - до суток), после чего состояние может смениться переходными синдромами Викка. Заболевание заканчивается полным выздоровлением через период астении. После выхода из онейроидного состояния у больных остаются фрагментарные воспоминания, чаще вначале пережитое они помнят хорошо, а позже забывают его.

2.9.5 Аментивное помрачение сознания

Аментивное сознание (амения, аментивный синдром) - длительно протекающее состояние, сопровождающееся нарушением всех видов (алло - и аутопсихической) ориентировки, грубыми расстройствами внимания, бессвязностью мышления и речевой продукции, психомоторным возбуждением больного и последующей тотальной амнезией.

Аментивное состояние возникает при острых и затяжных инфекционных психозах, перенапряжении на фоне физического истощения и авитаминоза, нередко является составной частью клиники фебрильной шизофрении [39].

При экзогенно-органическом генезе аменции психотическому состоянию предшествует продромальный период, сопровождающийся утомляемостью и общей слабостью больного, снижением продуктивности, нарушением сна. Повышается температура тела.

Постепенно возникают затруднения понимания окружающей действительности. Больные допускают неточности в работе, могут возникать отрывочные бредовые идеи отношения. Появляется нечеткость ориентации во времени, окружающей обстановке и позже в собственной личности.

У больных возникает грубое расстройство внимания в форме крайней его неустойчивости и сверхотвлекаемости (*симптом гиперметаморфоза*). Больные становятся чрезвычайно рассеянными и отвлекаемыми. Контакт с ними становится затруднительным, а в тяжелых случаях - невозможным. Наряду с этим утрачивается способность образовывать ассоциации. Отдельные восприятия, образы, представления, понятия не связываются между собой. Больные теряют способность отражать действительность и последовательно выражать свои мысли, перестают узнавать знакомые лица, обстановку, в которой находятся. Бессвязное мышление отражается в речи, которая состоит из хаотического набора слов, не связанных между собой по смыслу. Нарушается и грамматический строй речевой продукции больного. При просьбе рассказать о себе больные часто воспроизводят отдельные, не связанные между собой эпизоды из прошлого. Нередко стереотипно задают одни и те же вопросы: «А почему..., а зачем?».

При углублении аментивного состояния больные почти перестают отвечать на вопросы или не разговаривают совсем. Их привлекают окружающие предметы, царапины на стене, детали интерьера, передвижения людей, шумы, голоса, которые нередко усиливают возбуждение, сопровождающееся бессмысленными действиями. Возбуждение, как правило, сопровождается хаотическими действиями в пределах постели. Больные при этом растерянно смотрят по сторонам, морщат лоб, пытаются понять происходящее. На их лицах отражается выражение недоумения, недопонимания, они вертятся, изгибаются, вздрагивают, раскрываются, срывают с себя одежду, разводят или разбрасывают руки, смотрят то на собеседника, то на свои руки, то куда-то вдаль. Может наблюдаться *симптом обирания*: больные теребят белье, как будто снимают с него или со своего тела невидимые соринки, нити или крошки, что - то ловят в воздухе.

Контакт с больным в этом состоянии практически невозможен. Иногда в течение короткого времени он может выполнить отдельные несложные просьбы или указания (показать язык, подать руку), но из-за высокой отвлекаемости тут же изменить свое поведение. Настроение у больных меняется быстро: от подавленно - тревожного они быстро переходят к повышенно - восторженному или безразличному состоянию.

В структуре аментивного состояния могут появляться дополнительные психотические включения, которые придают ему новую клинико-экспрессивную окраску [43]. При появлении маниакальных элементов у больных наблюдаются повышенное настроение, двигательное возбуждение, ускорение течения мыслей, высказывание идей величия, которые быстро сменяют одна другую. При этом отмечается диссоциация между настроением, высказываниями больных и их маскообразной и растерянной мимикой.

Депрессивные включения в структуре аментивного синдрома выражаются пониженным настроением больного, тревогой, страхом, двигательной заторможенностью, бредовыми идеями виновности и самоуничужения. Печально - недоуменная мимика больного быстро сменяется тревогой, растерянность сочетается с выражением испуга или ужаса. Усиление аментивного состояния сопровождается застывшей мимикой, широко раскрытыми глазами, расширением зрачков, редким миганием век.

В структуре аментивного состояния могут возникать бредовые идеи и галлюцинации, которые также носят отрывочный характер. Их наличие выражается в появлении ряда поведенческих реакций у больных: они становятся беспокойными, настороженными, отказываются от общения или от приема пищи. Иногда по обрывкам фраз, отдельным словам, интонациям, быстрому изменению мимики больного можно догадаться, что у него возникают отрывочные видения, голоса или бредовые переживания.

Реже аменция сочетается с кататонической симптоматикой. Больной в этом состоянии обычно лежит с открытыми глазами, смотрит в одну точку и не отвечает на вопросы. На его лице отмечается застывшее выражение недоумения и растерянности.

Иногда в клинической картине аментивного состояния на фоне выраженной дезориентировки выступает истерическая симптоматика. Больные принимают причудливые позы, закатывают глаза, сваливаются с кровати, оголяются, выкрикивают отдельные слова и междометья. Их мимика богатая, изменчивая, в ней нередко отражается недоумение, сочетающееся с театральностью и наигранным «страданием».

Продолжительность аментивного состояния колеблется от 1 до 4 месяцев, с течением времени оно постепенно ослабевает. После выхода из него больные не помнят всего того, что происходило с ними в этот период.

2.10 Экспрессивные признаки интоксикации нейролептиками

Психотропные препараты широко применяются в медицинской практике для лечения психических и соматоневрологических расстройств. В настоящее время используются семь групп психотропных препаратов, назначение которых преследует различные терапевтические цели.

Нейролептики - группа фармакотерапевтических средств со специфическим спектром клинических действий, использующая преимущественно для лечения психических расстройств психотического уровня. В то же время нейролептики в большей степени обладают разнообразными сопутствующими явлениями, побочными действиями и осложнениями, которые могут серьезно отражаться на соматическом здоровье, неврологическом и психическом состоянии больных. Наиболее яркими в плане экспрессивного выражения являются неврологические побочные эффекты нейролептиков, которые описаны ниже.

Для ранних проявлений интоксикации нейролептиками характерны изменения мимики. Вследствие гипотонии мышц лица отмечаются гипомимия, иногда возникают тики. Наблюдаются редкое мигание, блестящий оттенок глаз, облизывание губ, связанное с их сухостью, иногда слюнотечение. Голос больного меняется и становится тихим, а темп речи угасающим.

Жесты нередко приобретают хореоподобный или атетоидный характер. Редко встречаются или полностью исчезают движения груминга. Походка становится скованной. Появляются неусидчивость, постоянное сгибание ног в коленях.

Побочные эффекты вследствие приема нейролептиков по срокам их появления делят на ранние эффекты, встречающиеся в отдаленном периоде, и поздние. Среди побочных эффектов, которые встречаются в первые дни - недели приема нейролептиков, выделяют следующие.

Акатизия - это состояние двигательного и психического беспокойства, характеризующееся невозможностью оставаться в одном и том же положении и непреодолимой потребностью больного двигаться. Двигательному беспокойству нередко предшествуют жалобы больного на нарастающее чувство напряжения и тревоги, а иногда - выраженное чувство страха, вспышки гнева, сексуальное возбуждение. Возникающее вслед за этим непреодолимое желание двигаться выражается в шарканьи, притоптывании, постоянном переминании с ноги на ногу. Больные часто ходят вперед и назад, иногда переходят на легкий бег и могут продолжать ходьбу часами. Они либо «маршируют» на одном месте, либо совершают стереотипные раскачивающие или «танцующие» движения. Попытки сохранять спокойствие сразу же вызывают у них выраженное физическое и эмоциональное напряжение, а двигательное беспокойство может быть настолько сильным, что больной нередко из-за этого лишается сна.

Акатизия чаще возникает при приеме нейролептиков фенотиазинового ряда обычно через неделю после начала лечения, реже - спустя несколько часов после их употребления.

Синдром акатизии чаще встречается у больных, страдающих шизофренией и принимающих нейролептики, может наблюдаться при постэнцефалитическом и идиопатическом дрожательном параличе.

Тасикинезия - синдром, клинически схожий с акатизией, выражающийся в непреодолимой потребности больных к непрерывному движению. Больные постоянно куда-то спешат, передвигаясь энергично размахивают руками, иногда внезапно срываются с места

и бегут. Находясь в отделении, могут достаточно долго и стереотипно проходить один и тот же маршрут в коридоре или в палате.

В раннем периоде приема нейролептиков отмечаются разнообразные по форме **дискинетические синдромы**, которые, как правило, возникают остро и очень болезненно воспринимаются как больными, так и их родственниками. К ним относятся:

- *окулогирные кризы* – приступы судорог зрения;

- *эксимоторные кризы* - состояние непродолжительного психомоторного возбуждения с истероподобными гиперкинезами в сочетании с эмоциональным оживлением и вегетативными сдвигами;

- *тортиколлис* - спастическая кривошея, при которой тонические и произвольные движения шейных мышц приводят к внезапному отклонению головы и шеи в сторону;

- *синдром Куленкампа - Тарнова* - состояние, которое сопровождается тонической судорогой жевательной мускулатуры, мышц языка и дна ротовой полости, что вызывает открывание рта и высовывание языка.

Могут встречаться и другие нейролептические побочные эффекты, которые имеют характерную экспрессивную окраску.

Акинето - гипертонический синдром - состояние, характеризующееся наличием мышечной гипертонии и резким снижением двигательной активности, потерей пластичности и выразительности движений. Мимика больных становится невыразительной и застывшей.

Гиперкинето - гипертонический синдром - состояние, сопровождающееся мышечной гипертонией, к которой присоединяются гиперкинезы в виде тремора, иногда в форме миоклоний.

Гиперкинетический синдром - состояние, которое объединяет различные виды гиперкинезов без явной мышечной гипертонии. Среди гиперкинезов чаще встречаются тремор, пароксизмальные вздрагивания, миоклонии (главным образом околоротовой и глазной и языкодвигательных сфер), а также акатизия и тасикинезия.

Поздние дискинезии - термин, употребляемый для описания комплекса стойких, иногда необратимых патологически произвольных движений, наблюдающихся у больных после длительного лечения антипсихотическими препаратами. Поздние дискинезии

включают в себя разнообразные по форме двигательные комплексы, среди которых чаще встречаются следующие.

Орофациальные дискинезии - насильственные червеобразные движения языка, которые появляются у больного все чаще и чаще и постепенно становятся более продолжительными. Язык может принимать фиксированное положение, высунувшись вперед или в сторону, может совершать непрерывные движения по поверхности губ. Часто наблюдаются легкие сосательные движения губ, их выпячивание или вытягивание в трубочку («рыбий рот»). У больных можно увидеть быстрые броски языка вперед или медленные, толчкообразные, круговые или изгибающиеся движения, которые сопровождаются постоянным открыванием рта, облизыванием губ, скрежетом зубов.

Окулофациальные дискинезии. У больных из-за неподвижности глаз и мышц лба лицо приобретает застывшее выражение. Дискинезии проявляются ротацией глазных яблок в вертикальном направлении, миганием, блефароспазмом, подниманием бровей и перекашиванием лица.

Дискинезии туловища и конечностей проявляются в виде хореических и атетоидных гиперкинезов. Часто наблюдаются движения корпуса и таза вперед и назад, а также изменения походки. Больные ходят, широко расставляя ноги, на пятках, штампующей походкой, сильно размахивая руками. К этой же форме дискинезий относятся двигательные нарушения в форме перекручивания, растопыривания, сгибания и разгибания пальцев, переразгибания и отведения рук. Могут отмечаться баллистические и миоклонические движения конечностей.

Поздняя дистония. Данный синдром встречается редко и наблюдается преимущественно у детей и лиц молодого возраста. Он носит малообратимый характер и проявляется в форме изолированной спастической кривошеи, ретроколлиса, усиления сколиоза в сочетании с хореоатетозом.

Нейролептический паркинсонизм - одна из форм нейролептического экстрапирамидного синдрома, вызванного приемом нейролептических препаратов, преимущественно производных фенотиазинового ряда. Клиника состояния складывается из постепенно

нарастающей ограниченной подвижности больного, маскообразности лица, повышения экстрапирамидного тонуса. Появляются скованность, дрожание рук, которое носит мелкий ритмический характер сгибания и разгибания пальцев, утрачиваются физиологические синкинезии. Дрожание типа «счета монет» отсутствует. Речь становится замедленной, монотонной, немодулированной, тихой и невнятной.

При лечении нейролептиками может отмечаться паркинсоническое расстройство в форме rabbit - синдрома (англ. rabbit - кролик), описанного А. Villeneuve (1973).

Rabbit - синдром характеризуется локальной экстрапирамидной симптоматикой и проявляется в форме тремора губ с частотой 5 движений в секунду, которые напоминают движения губ кролика.

Дифференциальную диагностику следует проводить с паркинсоническим синдромом атеросклеротического и постэнцефалитического происхождения. Трудности распознавания могут возникать при проявлениях паркинсонизма у лиц пожилого и старческого возраста, получающих нейролептики.

Ниже (табл.6) отражены экспрессивные признаки, позволяющие дифференцировать нейролептический паркинсонизм и паркинсонический синдром иной этиологии.

2.11 Экспрессия и отношение больного к болезни

2.11.1 Сопротивление и экспрессивное поведение

Одним из важных психологических компонентов общения врача с пациентом является сопротивление. З. Фрейд отмечал, что психотерапевтическое лечение вообще проходит «под аккомпанемент непрерывного сопротивления» пациента, чему психотерапевт должен уделять особое внимание.

Таблица 6 - Дифференциальная диагностика паркинсонизма нейролептической и другой этиологии

<i>Клинические и экспрессивные признаки</i>	<i>Нейролептический паркинсонизм</i>	<i>Паркинсонизм другой этиологии</i>
Сведения о приеме нейролептиков	Есть всегда	Могут отсутствовать
Согбенная поза у больных	Встречается редко	Типична
Наличие глазных симптомов (птоза, косоглазия, пареза конвергенции)	Отсутствуют	Встречаются часто
Явления пропульсии и ретропульсии	Не встречаются	Встречаются часто
Дрожание типа «счета монет»	Не отмечается	Отмечается часто
Наличие вегетативных расстройств (потливость, сальность лица, гиперсаливация)	Отмечается	Отмечается редко

Причинами возникновения сопротивления у пациента является стремление избежать осознания неприятных мыслей и аффектов, воспоминаний и собственных фантазий, вызывающих у него чувство стыда, угрызения совести, физическую боль или ощущение того, что на него оказывается вредное воздействие. Чем скорее болезненный материал в процессе терапии приближается к сознанию пациента, тем больше у него возрастает сопротивление. Сопротивление связано с комплексом механизмов психологической защиты, которые имеют тенденцию к повторению при возникновении каких-то опасных, но неосознаваемых личностью ситуаций. В психоанализе выделяют несколько типов и источников сопротивления.

1 *Сопротивление - подавление* - потребность индивида защитить себя от импульсов, воспоминаний и ощущений, которые при их осознании могут вызвать болезненные переживания.

2 *Сопротивление - перенос* - переживания, отражающие борьбу пациента против своих инфантильных и негативно окрашенных импульсов, проявляющиеся в форме их переноса на личность психотерапевта.

3 *Рентное сопротивление* - стремление пациента извлекать из болезненного состояния какие-то преимущества и привилегии. Больному нравится быть предметом жалости и забот окружающих, болезнью он может «наказать» обидчиков и получить немало временных преимуществ.

4 *Сопротивление «Оно»* - противодействие любым попыткам изменить способы удовлетворения или формы выражения инстинктивных побуждений (сопротивление «отучиванию»). Эта форма сопротивления выражается в тенденции личности к неизменяемости ранее приобретенных привычек или типов функционирования.

5 *Сопротивление «Супер - Эго»* – противодействие терапевтическому процессу, вызванное чувством вины пациента или его подсознательной потребностью в наказании. Чаще этот вид сопротивления возникает тогда, когда у пациентов есть система психологических запретов на успех и перемены к лучшим и благоприятным условиям существования.

Каждый психотерапевт должен знать признаки сопротивления, которые можно условно разделить на 2 большие группы: экспрессивные и вербальные. В зависимости от используемых психотерапевтических методов врач (психолог) может так или иначе учитывать феномен сопротивления в процессе оценивания состояния пациента и своего психологического воздействия на него.

Признаки сопротивления на экспрессивно - поведенческом уровне:

- избегание глазных контактов с психотерапевтом;
- занимаемые в процессе психотерапевтического сеанса позы: «скрученность» отдельных частей тела или чрезмерная подвижность пациента;
- сжатые кулаки, напряжение рук, скрещенные лодыжки;
- опоздания, пропуски сеансов психотерапии;
- особенности аффективных реакций: вербальные сообщения пациента сопровождаются бесстрастным тоном и заметным ослаб-

лением силы аффектов; у пациента отмечается неадекватно приподнятое настроение; больной демонстрирует признаки скуки.

- пациент молчит и не расположен рассказывать о своих чувствах и мыслях психотерапевту или не чувствует себя способным говорить об этом.

Признаки сопротивления на вербальном уровне:

- пациент рассказывает врачу о незначительных фактах (событиях) какого-то периода времени;

- пациент избегает обсуждения некоторых тем, чаще связанных с сексуальным, агрессивным и аморальным поведением или переживаниями переноса;

- пациент упорно забывает о своих сновидениях или сообщает психотерапевту об их отсутствии;

- пациент обсуждает происходящее на сеансах психотерапии с кем-то посторонним.

2.11.2 Типы критического отношения к болезни

Критическое отношение к болезни отражает понимание индивидом природы и причин своего заболевания, а также того влияния, которое оно оказывает на него и окружающих. Нарушение критики к проявлениям болезни, являясь сквозным симптомом многих психических заболеваний, тесно связано с самосознанием больного, его мотивационной сферой и адаптивной деятельностью. Выраженность нарушений критики к своему заболеванию зависит от уровня сохранности личности больного и структуры его самосознания, которые оказывают влияние на его когнитивные и эмоциональные процессы.

Можно выделить следующие виды критического отношения больного к своей болезни.

Полная критика. Больные имеют рациональные представления о собственных психопатологических феноменах и четко отделяют их от здоровых проявлений своей психической жизни, адекватно ориентируются в прогнозе своего заболевания.

Парциальная критика. При купировании острых психотических расстройств и достижении достаточно полной ремиссии больные выявляют изменения мотивационной сферы. Признавая себя

психически больными, хотя и не в полной мере, они соглашаются на проведение лечения и реабилитационных мероприятий.

Нарушение критики в форме неадекватной временной локализации болезни:

а) *сдвиг болезни в прошлое* - наблюдается в состоянии неполной ремиссии после перенесенного психотического состояния, когда больные адекватно определяют состояние как болезненное, но признают его наличие лишь в прошлом и полностью игнорируют у себя текущую психическую патологию. Отношение к лечению характеризуется переходом от амбивалентного к негативному;

б) *нарушение перспективной критики* - адекватно оценивая перенесенные психические нарушения, больные в периоде ремиссии категорически отрицают возможность рецидива заболевания в будущем.

Рационализация в форме "соматизации" или "психологизации" болезни проявляется в том, что больные, хотя и не отрицают у себя наличие психических расстройств, в то же время пытаются объяснить их соматическим недомоганием или психологическими причинами: конфликтными отношениями в быту или на производстве, переутомлением и пр. Отношение к лечению бывает либо отрицательным, либо амбивалентным.

Формально - логическое признание болезни характеризуется согласием больных с наличием у них психического заболевания в связи с аргументами внешних обстоятельств: повторными госпитализациями, изменением взаимоотношений с родственниками, мнением авторитетного врача или родственника о наличии заболевания. Установка больных на лечение отличается нестойкостью и противоречивостью.

Тотальная анозогнозия проявляется абсолютным отрицанием у себя психического заболевания как в прошлом, так и в настоящем. Некритичность к психотическим переживаниям сочетается с некритичной оценкой выраженных изменений собственной личности, своих возможностей и пр. Больные (например, в маниакальном состоянии) могут быть убеждены, что их самочувствие стало даже значительно лучше.

Генерализованная анозогнозия наблюдается у больных с выраженными процессуальными дефектными нарушениями (шизофрения, слабоумие), утративших интерес к окружающим людям и способность к эмпатии. Они неадекватно оценивают как свое психическое состояние, так и собственные физические качества (внешность, рост, вес, возраст и пр.).

2.11.3 Симуляция

Под симуляцией понимают одну из форм адаптивного поведения, заключающегося в осознанной и целенаправленной демонстрации личностью признаков психических расстройств. В качестве мотивов изображения психических нарушений у психически здоровых людей часто выступают: желание избежать каких-то неприятных последствий (например, наказания за совершенное преступление, желание затянуть следствие, добиться направления на экспертизу, досрочно освободиться из-под стражи, освободиться от службы в армии); достижение выгоды в форме каких-то благ, например, получить группу инвалидности, необходимые льготные документы, желание оставаться в больнице вместо пребывания в тюрьме и т.д.

Наиболее часто психически здоровые люди прибегают к изображению (демонстрации) расстройств, напоминающих интеллектуальные нарушения, состояния субступора, «депрессивные» расстройства с демонстрацией двигательной заторможенности, отказными ответами, ссылками на забывание, пытаются симулировать галлюцинаторные (чаще слуховые) переживания или пытаются преподнести фрагменты бредаподобных состояний.

Нередко демонстрируемые картины психических расстройств наблюдаются в форме «малой» симуляции - непсихотических расстройств со ссылками индивида на плохое самочувствие, стремление представить себя тяжело больным, навязчивыми просьбами о всестороннем обследовании, жалобами на тревогу, страхи, ощущения собственной измененности, безразличие, желание покончить с собой. При этом испытуемые стараются подчеркнуть болезненность протекания психических расстройств и стараются отметить наличие тех или иных нарушений как в настоящее время, так и в прошлом

[18].

Симулятивное поведение, особенно в условиях экстремальной ситуации, формируется в короткие сроки, и поэтому индивид, не знающий тонкостей клинического и экспрессивного проявления тех или иных психопатологических состояний, не может их воспроизвести точно и «правильно». В таких случаях симулятивная продукция чаще имеет полиморфный и в целом неконгуэнтный характер. Реже встречается так называемая превентивная симуляция - форма поведения, характеризующаяся стремлением индивида к использованию фактов обращения за помощью к психиатрам, которая сопровождается предварительной, иногда тщательной подготовкой. Изучается соответствующая психиатрическая литература, косвенно или прямо делаются попытки получить консультации у специалистов или у лиц, имеющих опыт общения с душевно больными. Подготовительная «работа» проводится индивидом для того, чтобы заранее обратить на себя внимание необычными увлечениями (например, демонстрацией своего интереса к эзотерическим знаниям, парапсихологии, биоэнергетике, НЛЮ), для этого же используются рассказы о собственных необычных проектах или изобретениях, нередко подкрепляемые замысловатыми чертежами, рисунками или схемами.

Для распознавания симуляции необходимо соблюдение ряда важных правил:

- 1) внимательное наблюдение и изучение испытуемого можно обеспечить только в условиях стационарного обследования;
- 2) максимальная объективизация сведений об испытуемом возможна только при тщательном изучении анамнеза, включая выяснение обстоятельств обращения и госпитализации в психоневрологические учреждения;
- 3) изучение клинической картины демонстрируемых испытуемым расстройств следует в хронологическом порядке, сопоставляя их со стереотипом развития, присущем тому или иному психическому заболеванию.

Основным принципом диагностики симуляции, позволяющим производить структурно - клинический анализ демонстрируемых (изображаемых) психических расстройств и изучать их в динамике,

с нашей точки зрения, является принцип синдрома - или нозоконгруэнтности, т.е. сопоставления и выявления соответствия (или несоответствия):

- предъявляемых жалоб, субъективных анамнестических сведений и общей клинической картины демонстрируемых расстройств;

- психических расстройств, изображаемых испытуемым и данных объективного анамнеза;

- демонстрируемых психических расстройств и реального поведения испытуемого;

- одной группы симптомов (синдромов) и других элементов клинической картины (выявление их внутренней противоречивости, незавершенности, несовместимости, а иногда и «нагромождения» демонстрируемых симптомов);

- демонстрируемых психических расстройств и стереотипа развития болезни;

- изображаемых расстройств и отсутствие в демонстрируемой клинической картине синдромов, специфических для данного заболевания (например, негативных процессуальных симптомов, аутизма, признаков эмоционально - волевого снижения и пр.).

Кроме структурного анализа психопатологической картины, можно выявить клинико-экспрессивные признаки предполагаемой симуляции, что позволяет оценить состояние испытуемого в статике в момент наблюдения.

О симуляции косвенно могут свидетельствовать особенности поведения испытуемых в период общения с врачом. Они могут предъявлять жалобы на невозможность вникнуть в суть происходящего, и в то же время сами жалобы могут упорно предъявляться на протяжении всего периода обследования. Испытуемые нередко отказываются от контакта, ссылаются на забывание, отказываются отвечать на вопросы, особенно тогда, когда уточняются клиническая картина и их переживания. Несмотря на демонстрацию отсутствия интереса и безразличия ко всему, испытываемые ими напряжение и тревога могут выражаться в расширении зрачков и вегетативных реакциях (бледности кожных покровов, испарине, учащенном слюноотделении и пр.).

Нередко подталкивая врача к определенным выводам, они легко теряются, если врач прямо или косвенно выражает свое недоверие их рассказу или изображаемым расстройствам. Эмоционально неустойчивые субъекты при возникновении недоверия к их ответам легко раздражаются, порываются уйти, требуют их не вызывать, выписать из отделения или направить в суд.

На возможность симуляции указывают также пластические признаки обмана. Например, ослабление иллюстраций в процессе общения и обсуждения значимых для испытуемого тем может указывать на то, что в этот период он обдумывает то, о чем собирается говорить. На состояние испытываемого дискомфорта может указывать усиление манипуляций в форме сжимания рук, различных моторных привычек, покачивания ногой и пр.

Большая часть испытуемых не способна длительно находиться в роли больного и сохранять психопатологическую «маску», поэтому, находясь в палате, они нередко обнаруживают достаточно интегрированное поведение: проявляют внимание к режиму отделения, к личности работающих там врачей, проявляют синтонность в общении с некоторыми больными и проводящими их родственниками, действуют достаточно последовательно и логично.

Диагностика симуляции представляет собой достаточно сложный процесс, поэтому вышеназванные экспрессивные признаки следует рассматривать только в контексте высказываний пациентов и выявленных у них психических расстройств. Полагаться на один - два признака никогда не следует. О симуляции можно судить только по целостной картине наблюдаемых психических нарушений и их патогенетическому соотношению как в статике, так и в динамике.

3 ЭКСПРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В КЛИНИКЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

3.1 Шизофрения

Шизофрения - психическое заболевание с непрерывным или приступообразным течением, клиническая картина которого представлена различными соотношениями продуктивных и негативных психических расстройств и дискордантными свойствами личности.

Клиника шизофрении обусловлена нарушениями механизмов интеграции (рассогласования, расслоения, утраты единства, диссоциации) и регуляции психических функций (мышления, эмоций, восприятия, сознания, структуры личности), которые проявляются в разнообразных комбинациях парадоксальных суждений, странных и малопонятных поступках и действиях, ослаблении энергетических характеристик поведения, нарастающей аутизации, обеднении эмоций, а также в своеобразии выразительных движений.

Диагностика шизофрении, особенно на начальных этапах, представляет немало трудностей. Врачу - психиатру приходится тщательно изучать и анализировать субъективные переживания больного, его взгляды и высказывания, изменения в стиле поведения и даже в образе жизни. Врач изучает возникшие или наблюдавшиеся у больного ранее нарушения в различных психических сферах, наследственность, личностные особенности его родственников, большое внимание уделяет выяснению анамнестических сведений, касающихся его жизни и болезней.

Кроме клинико-психопатологического метода, в диагностике важную роль играют результаты патопсихологических, инструментальных и лабораторных исследований, позволяющих проводить дифференциальную диагностику с внешне сходными симптомами и синдромами разных болезненных состояний. Старая метафора, утверждающая, что «шизофрения - это сфинкс в психиатрии», до сих пор остается в силе, т.к. клиника шизофрении настолько пестра и

многообразна, что ее приходится дифференцировать чуть ли не со всеми известными психическими расстройствами.

Клиническая картина шизофрении определяется формой ведущих психопатологических расстройств, типом течения заболевания, теми психическими и физическими изменениями, которые в течение длительного времени определяет своеобразие психического и внешнего облика больного.

Экспрессивные признаки, хотя и не являются ведущими в постановке такого диагноза, как шизофрения, имеют высокую значимость, особенно в тех случаях, когда имеющиеся клинические данные не позволяют врачу сделать окончательный вывод. Это нередко бывает тогда, когда больной в силу загруженности своим состоянием не может вербально выразить себя так, чтобы это было бы понятно врачу. Их оценка важна также в процессе проводимой терапии, даже когда диагноз заболевания уже известен. Изменения мимики, жестовых, позовых и локомоторных комплексов в динамике терапии могут служить объективными признаками ее положительного, нейтрального или отрицательного влияния. Следует отметить еще один важный аспект оценки экспрессивных признаков, отмечающихся у больных шизофренией. По их совокупности можно делать выводы о прогнозе заболевания, т.к. даже при внешне упорядоченном поведении больных и некоторой обратимости психических расстройств, экспрессивные признаки могут указывать на достижение недостаточной стойкой ремиссии, наличие дефекта тех или иных психических функций, склонность больного к диссимуляции и пр.

При шизофрении изменениям подвергаются манера поведения, внешний вид больных, их мимика, формы реакций на многие жизненные события.

Меняется голос: утрачивается способность к тонкому интонированию, голос больных становится монотонным и лишенным эмоциональных модуляций («деревянный голос»). В отдаленном периоде болезни может меняться походка, которая становится неестественно вычурной.

Нередко меняется и манера одеваться. Некоторые больные становятся неряшливыми, неаккуратными и могут, совершенно не стесняясь, появляться в обществе в грязной одежде. У других появ-

ляется склонность одеваться крайне вычурно, крикливо, обнаруживаются проявления пренебрежения к элементарному такту и вкусу. Они могут обнаруживать крайний консерватизм в одежде, которая перестает соответствовать не только моде, но и возрасту, полу и их положению в обществе. Заметная неряшливость часто сочетается со стремлением к прихорашиванию перед зеркалом.

Поведение больных характеризуется негативистическими тенденциями, которые проявляются в активном отстранении от любых попыток вступить с ними в контакт или чем-то им помочь. Во многих случаях реакции больных становятся трудно предсказуемыми.

Моторные нарушения в той или иной степени наблюдаются у большинства больных [1]. В основном эти нарушения сводятся к дисгармонии сферы экспрессивных движений. В результате болезни изменяется гармония выражения мимики, жестов, поз. Движения теряют свою непринужденность, плавность, слаженность. По мере развития заболевания из моторной сферы выпадают промежуточные звенья двигательной координации. В процессе заболевания у больных появляются разнообразные патологические движения [67].

Стереотипии. У больных шизофренией можно наблюдать множество характерных стереотипий - от тикоподобных движений до сложных символических жестов. Некоторые больные годами могут повторять какое-нибудь одно патологическое движение, например, напоминающее профессиональные или привычные действия (потирать палец ноги, притоптывать ногой, повернутой в определенной плоскости, прикасаться к одной и той же части стены). Могут стереотипно повторять бессмысленные и иногда аутоагрессивные действия - выдергивать у себя волосы, отрывать пуговицы на одежде, царапать лицо. Многие действия приобретают монотонный, ритмичный характер и могут занимать доминирующее место в повседневной жизни больного. Стереотипии проявляются также в рас-



Рисунок 73 -
Гримасничанье

хаживании вперед и назад, раскачивании, высовывании языка, нанесении себе укусов. Выделяют следующие группы стереотипий:

мимические стереотипии - гримасы, кудахтанье, покашливание, стереотипные моргания и тики;

жестикуляционные стереотипии - простые автоматические жесты (больные потирают руки, поглаживают волосы, трут нос) либо сложные жестовые действия (приветствия, коленопреклонения);

стереотипии поз - клинофилия, стояние на одном и том же месте, автоматическое хождение, подбирание чего-либо);

стереотипии комплексных типов поведения - навыки, привычки, повторение высказываний, ритуалов принятия пищи.

Манерные движения. В отличие от истерической манерности и склонностью больных к театральной аффектации, утрированным жестам, мимике, интонациям, которые приобретают характер свое-



Рисунок 74 -
Манерность

образной игры, манерные движения у больных шизофренией отличаются множеством странных, бессмысленных, шаржированных движений, которым трудно найти разумное объяснение. При шизофрении манерность эмоционально выхолощена, стереотипна, сочетается с вычурностью и витиеватостью высказываний, может выражаться в придании себе поз великих людей, включая манеру разговора, величественные жесты и пр. Больные могут брать предметы выпрямленными пальцами, здороваясь за руку, издавать хрюкающие звуки или причмокивать губами. Они могут особым образом поднимать ноги, садиться играть на фортепьяно в перчатках, нелепо имитировать чье-то выражение лица или манеру разговаривать. Особые манерные действия совершаются во время еды. Например, больные могут пробовать есть черенком ложки, особым образом «сервировать» стол. Могут отмечаться необычные движения языком, губами, пальцами, нелепые ужимки, обращающие на себя внимание.

Блокада движений. При этом больные вначале совершают движение правильно, но внезапно останавливаются, оставляя дви-

жение незавершенным, или же завершают его после некоторой паузы, возвращаясь при этом в исходное положение.

Амбивалентность движений - больной одновременно хочет и не хочет совершить какое-то специфическое действие (например, протягивает руку для рукопожатия и тут же отдергивает ее назад, опять протягивает и т.д.).



Рисунок 75 -
Манерничанье

Сложные движения. Иногда у больных шизофренией, независимо от формы заболевания, наблюдаются необычные формы спонтанного гротескного двигательного поведения (кувыркания, перевороты, круговые движения, прыжки в воздух, падения на колени, подпрыгивания и подскоки).

Эхопраксия - симптом, проявляющийся на ранних стадиях болезни, который носит преходящий характер и в определенной степени поддается контролю со стороны больных. Иногда они автоматически выполняют любое действие больных или персонала, находящихся с ними в палате, с точностью воспроизводя каждое изменение их позы. Эхопраксия может встречаться как самостоятельный симптом, а также входить в кататонический симптомокомплекс.

Общая, в том числе экспрессивная, клиника шизофрении зависит от формы проявления болезни. Выделяют четыре классические формы шизофрении: *простую, параноидную, гебефреническую и кататоническую*, каждая из которых имеет свой стереотип развития и представлена различными синдромальными клиническими соотношениями.

Простая форма

По мере нарастания процесса на фоне общего медленного эмоционального оскудения мимика больных трансформируется с постепенным усилением компонентов безразличия, вялости, апатии. Мимические функции становятся тусклыми и маловыразительными, мимические переходы теряют компоненты гармоничности и плавности и становятся как бы стертymi. В дальнейшем лицо становит-

ся все более безразличным, принимая своеобразное апатобулическое выражение («пустое» лицо). Глазной контакт непрерывный, часто сопровождается немигающим, смотрящим исподлобья взглядом. Взгляд приобретает еще одну своеобразную особенность. Больные во время ответа чаще смотрят на собеседника и отводят взгляд в сторону в том случае, когда им задают вопрос. У психически здоровых глазная стратегия, как показывают наблюдения, противоположная: вопрос привлекает внимание, во время ответа на него человек нередко смотрит в сторону или вниз.

В грубых и далеко зашедших случаях появляются признаки «мимической разорванности», иногда - признаки асимметрии мимической игры. Встречаются больные с «двойной мимикой» - на одной половине лица отмечается депрессивное выражение (печальный взгляд, опущено верхнее веко, свисает один угол рта), на другой - потухший взор и безразличное выражение.

Параноидная форма

Мимические расстройства этой формы особенно ярки. Они отражают наличие обманов чувств и бредовых идей, которые столь характерны для данной клинической картины.

На первых этапах заболевания мимические расстройства проявляются микросимптоматикой, характерной для шизофрении в целом, т.е. расщеплением и дезинтеграцией мимики, утратой гармоничности, выпадением промежуточных звеньев и т.д. Эту группу мимических расстройств Л.М. Сухаревский назвал *мимическими расстройствами первого порядка*. Однако более выраженными и вариабельными, часто перекрывающими вышеназванные расстройства, становятся *мимические нарушения вторичного порядка*, обусловленные обманами чувств, бредовыми переживаниями больных и эмоциональными реакциями, их



Рисунок 76 - Слуховые галлюцинации

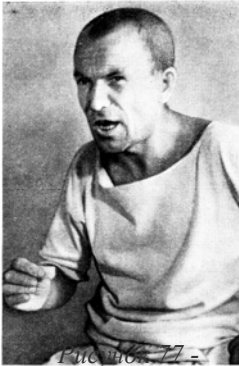
сопровождающими [59].

Слуховые галлюцинации. В период галлюцинирования тело больного принимает положение, устремленное в сторону мнимого звучания, поза свидетельствует об его интенсивном внимании. Больные находятся с открытыми или закрытыми глазами, к чему-то прислушиваются и что-то шепчут.

Лицо больного нередко неподвижно, брови приподняты кверху, их внимание сосредоточено, о чем свидетельствуют горизонтальные морщины лба и вертикальные морщины у переносицы. Содержание галлюцинаций отражается в форме относительно специфических мимико-экспрессивных комплексов, описание которых дано в разделе психопатологии.

Зрительные галлюцинации. Глаза больных обычно широко открыты и прикованы к мнимому источнику видения. Глаза при этом неподвижны и фиксированы, зрачки нередко расширены. Голова, а иногда и корпус тела подаются в сторону воображаемого объекта. При этом мышцы шеи, туловища бывают напряженными, особенно если больному трудно приспособиться к галлюцинации или он хочет лучше ее рассмотреть.

Вкусовые и обонятельные галлюцинации. Больных беспокоят неприятные ощущения и запахи. Иногда во время еды они осматривают пищу, обнюхивают ее, кладут в рот осторожно с явной неохотой и, слегка прожевав, выплевывают с мимикой отвращения. Они могут закрывать нос либо частично, либо полностью, чтобы сделать невозможным доступ того, что так отвратительно пахнет. В других случаях больные стискивают рот, и на их лице возникает гримаса неудовольствия, как если бы они приняли что-то очень невкусное или несъедобное.



*Недоверчивость
при бреде*

При наличии у больных бредовых идей мимика еще более разнообразна и нередко отражает их содержание. Больной, у которого отмечаются идеи отношения и преследования, как правило, насторожен, подозрительно смотрит на собеседника. Его лицо отражает состояние неуверенности, боязливости, печали, взгляд тревожный. В момент ослабления тревожности больного на его лице

отмечается выражение вялости и апатии, которые могут быстро сменяться мимикой тревоги и страха. Характерны жесты отстранения и отвращения.

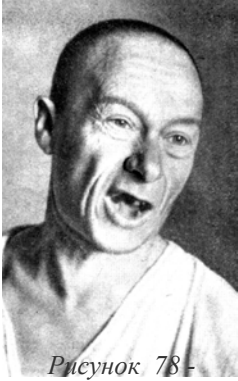


Рисунок 78 -
Мимика
сарказма
при бреде

О напряжении и скрытой агрессии у бредового больного могут свидетельствовать следующие признаки: продолжительный пристальный взгляд, взгляд исподлобья, жевательные движения и выдвигание нижней челюсти, приподнимание плеч, сжимание рук в кулак.

Изменяется территориальное поведение, которое проявляется в том, что больной, испытывая напряженность или страх, предпочитает находиться либо в отдаленных местах отделения, либо рядом с персоналом. Из-за этого же больные часто отказываются от контактов или осторожно входят в кабинет.

При бредовых высказываниях у многих больных на лице отражается как бы выражение уверенности в своей правоте. В процессе доказательства своей идеи больной преобразуется, его мимика становится еще более экспрессивной, а иногда включает в себя и выражение сарказма.



Рисунок 79 -
Дурашливое
поведение

Нередко клиника шизофрении может быть представлена картиной депрессии или же смешанным психопатологическим состоянием, в которой депрессия выступает на первый план, затушевывая нередко бредовые и иные психотические симптомы. Ниже (табл.7) отмечены экспрессивные признаки дифференциальной диагностики депрессивных состояний при шизофрении и биполярном аффективном расстройстве.

Таблица 7 - Дифференциальная диагностика депрессии при шизофрении и биполярном аффективном расстройстве

<i>Признак</i>	<i>Шизофрения</i>	<i>Биполярное аффективное расстройство</i>
<i>Голос</i>	Жалобам больного нередко не соответствует громкий голос и быстрый темп речи	Голос немодулированный, тихий, соответствует переживаниям больного
<i>Лицо, мимика</i>	Больные чаще смотрят в сторону, взгляд пристальный, глаза тусклые. Отмечается диссоциация верхней и нижней части лица, амимия, которая может смениться амимичным плачем	В период контакта больные чаще смотрят вниз или в окно. Зрачки расширены. Депрессивное состояние мимически выражается симметрично. Мимические стереотипии не наблюдаются
<i>Жесты и моторика рук</i>	Характерны стереотипии в жестах и манере двигаться. Часты жесты груминга. Руки и особенно моторика пальцев подвижны	Стереотипность движений отсутствует, жесты груминга не характерны. Жесты, мимические и локомоторные комплексы симметричны. Больные сжимают руки, совершают поглаживающие движения, переплетают пальцы

Гебефреническая форма

При вялом начале заболевания мимические нарушения проявляются медленно, но постепенно симптоматика нарастает и утяжеляется. Кожные покровы лица больного теряют эластичность, лицо в связи с развивающимися явлениями гипотонии кажется удлинённым.

По мере прогрессирования процесса в клинике гебефрении появляется *симптоматика дурашливого поведения*. В мимике отмечается повышенная подвижность оральной области и области бровей: больные морщат лоб, нос, раздувают щеки, кривят губы, вытягивают их в трубочку, высовывают язык, оскаливают зубы, закрывают или закатывают вверх глаза, таращат их и т.д. Жестикуляция больных резко оживляется, часты *жесты объятий, отстранения, демонстрации*. Особенно характерно манипулирование частями тела. Активизируется имитационное поведение, что выражается в

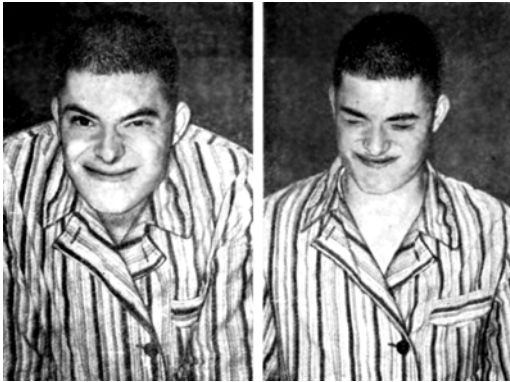


Рисунок 80 - Манерно – вычурные движения и гримасы

стремлении больных к передрозниванию мимики и жестов окружающих. Характерными для них являются *сексуальная расторможенность и повышенная тенденция к группированию*. Grimасы повторяются стереотипно и однотонно, больные принимают необычные, вычурные позы, такой же становится и их походка. В состоянии гебефренического возбуждения мимические переходы у больных

становятся настолько подвижными, что отмечается полная диссоциация всех областей лица: мимические выражения сменяют одно другим, отмечается мимическая несогласованность между частями лица и даже между отдельными группами мимических мышц.

В дальнейшем яркая экспрессивная симптоматика больных тускнеет, утрачивает отличительные для гебефренического состояния

признаки и приближается к общей картине, характерной для больных шизофренией.

Кататоническая форма

При вялом течении процесса у больных отмечается апатичная, скудная с застывшим выражением лица мимика, которая перемежается мимическими стереотипиями, а иногда и гиперкинезами в отдельных частях тела. Лицо становится напряженным, а при переходе в состояние кататонического ступора - застывает и становится неподвижным. На фоне общей неподвижности лица возникают отдельные парциальные гиперкинезы, например, редкие горизонтальные и вертикальные морщины лба и блуждающие гримасы. Встречается *симптом О. Бумке* - под влиянием психических переживаний или болевого раздражения у больных отсутствует реакция расширения зрачков.

При кататонических ступорозных состояниях отмечаются картины общей психомоторной заторможенности, на полностью застывшем



Рисунок 81 –
Манерничанье

лице можно увидеть элементы мимической диссоциации и парамимии. Характерен феномен «хоботка» – стереотипной гримасы, при которой губы больного выпячиваются в трубочку. По времени этот симптом может колебаться от нескольких секунд до достаточно продолжительного времени, а по степени выраженности может быть едва уловимым, когда больной совершает малозаметные микродвижения ртом («абортивный хоботок»), или приобретать резкие, грубые формы выдвигания губ вперед.

На экспрессию лица влияют также некоторые симптомы ступора. Так, при попытке вступить в контакт с негативистичным больным, он еще крепче стискивает зубы, плотнее сжимает губы, закрывает или отводит глаза. На лице проецируются выражения эмоций недовольства, упрямства или протеста. При попытках заговорить с таким

больным, у него усиливается мимика мутизма, больной стискивает зубы, сжимает губы и отворачивает лицо.



Рисунок 82 - Ступорозное состояние

При кататоническом возбуждении гармоническое единство мимических функций нарушается, у больных отмечается разорванная, парамимическая, огрубевшая мимическая деятельность. Больные морщат нос, кривят губы, вращают глазами, оскаливают зубы, скашивают рот. Все эти движения совершаются стереотипно. Могут встречаться *парциальные стереотипии*, в которых участвуют отдельные участки лица, и *тотальные стереотипии*, затрагивающие лицо в целом. Нередко у больных наблюдается *симптом эхомимии*, когда они подражают мимической деятельности окружающих людей (персонала, больных, врачей и пр.). Часто встречаются явления быстрого чередования вазомоторных реакций с внезапным резким побледнением и покраснением кожи лица.

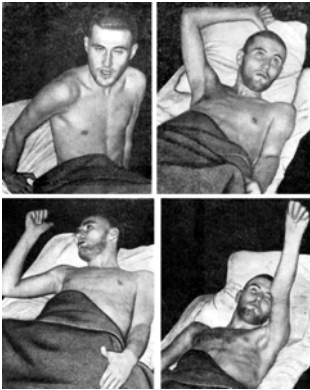


Рисунок 83 - Кататоническое возбуждение

Антогонизм отдельных мышечных групп в сочетании с гиперкинезами лицевой микромоторики придают лицу *выражение «мимической клоунады»*, состоящее из причудливых, нелепых и шаржированных гримас. Как правило, на фоне неподвижного амимичного лица усиливается мимическая игра преимущественно ротовой области, реже встречается сочетание безразличного лица с высокой подвижностью глаз.

Экспрессивная клиника негативных изменений при шизофрении

Больные избегают контакта глазами, постоянно отворачиваются, что проявляется в моторике их головы, плеч, туловища, в контакте с врачом чаще *занимают боковую позицию*. Мимика чаще безразличная, беспомощная, на лбу видны вертикальные и горизонтальные морщины, глаза тусклые.

При приближении к больным, у них отмечаются *жесты отстранения или покорности*. Повышенная статичность плеч сочетается с относительно *высокой подвижностью пальцев рук*. Характерны *движения «прихорашивания» головы*, совершаемые прямой кистью и чаще одной рукой. Нередко больные совершают стереотипные движения пальцами или другими предметами (обрывками бумаги, кусочком пищи), находящимися в руках. Походка больных также сочетается с повышенной подвижностью пальцев рук, сама походка нередко приобретает вычурные формы.

Искажается пищевое поведение - у некоторых больных возникает булимия (патологическое усиление пищевого инстинкта) или копрофагия (склонность к поеданию несъедобных продуктов). В период еды больные часто глотают не разжеванную пищу, что в отдельных случаях приводит к асфиксии. Меняется ритм приема пищи, появляется склонность прятать остатки пищи или хранить ее в антисанитарных условиях.

Интерес к чистоте тела снижается или исчезает совсем, в связи с чем больные нередко становятся неряшливыми, стремятся носить исключительно старую одежду, редко ее меняют и оказывают достаточно активное сопротивление близким при попытках ее поменять или постирать. Для больных с негативной симптоматикой характерны невыраженные *аутоагрессивные действия* в форме самоповреждений, стереотипных актов членовредительства, прижиганий отдельных частей тела (чаще пальцев), расчесов участков кожи, прикусов и пр.

Походка теряет пластичность, становится угловатой. Во время ходьбы больные вскидывают руки в стороны или вверх, совершают

вычурные повороты головы, забрасывают руки назад, совершают не координированные передвижения.

Нарушения речи

Нарушения речи при шизофрении может выражаться в форме *полного* или *частичного мутизма*, когда больной либо совсем не говорит, либо довольствуется отдельными словами, произносимыми шепотом или тихим маломодулированным голосом. Могут встречаться нарушения речи в *форме монолога* - больной говорит с самим собой, как будто он тот единственный собеседник, который его по настоящему интересуется, при этом контакты с другими людьми прерываются или отсутствуют совсем.

Встречаются *приступы вербальной импульсивности* - речевые нарушения, сопровождающиеся внезапными высказываниями, носящими непристойный, оскорбительный характер.

Речевые странности больных могут выражаться в «*говорении невпопад*» - форме спонтанных высказываний, звучащих нелепо, при этом их несоответствие контексту беседы или какой-то другой ситуации как бы не замечается.

У больных шизофренией могут отмечаться *голосовые нарушения* в форме изменения интонации или тембра голоса (шепот, глухой и гнусавый голос, необычные ударения, мямление и др.), а также нарушения темпа речи (ускорения, синкопы - неожиданные всплески - в манере говорить, чередующиеся торопливость и замедление речи). Иногда в речи больных выявляются странные *шумы - паразиты* (вдохи, прищелкивание языком, храп, сопение, кашель, откашливание, «хрюкание» и т.д.).

Больные, страдающие шизофренией, нередко стремятся изменить смысл слов, прибегая к неологическим вербальным конструкциям (*неологизмам*), которые могут быть представлены широким диапазоном - от единичных слов до создания больными нового языка. Неологизмы играют роль предвестников идеовербальной инкогеренции, которая является одной из наиболее типичных форм конечной фазы шизофрении.

Seglas разделял неологизмы на активные и пассивные: *пассивные* - несистематизированные неологизмы, носящие характер бессмысленных звукосочетаний и конгломератов обломков слов, кото-

рые чаще возникают автоматически на фоне галлюцинаций, при рассеянности и пр.; *активные* - неологизмы, возникающие вследствие искаженной мыслительной переработки словесного материала и всегда что-то обозначающие, являются результатом сознательной изобретательской работы больного.

Возникновение неологизмов сопровождается различными способами создания новых слов: существующее слово используют в ином смысле; новое слово образуют на фонетической модели другого слова; новое слово, образованное для того, чтобы выразить некую мысль или предмет, употребляется неадекватно существующим словам. Одним из способов образования неологизмов является сгущение (агглютинация) понятий. В отличие от органических контаминаций (например, при амнестической афазии), неологизмы при шизофрении отличаются легким появлением новых слов и редким употреблением прежних.

Шизофрения и ремиссия

Мимическая деятельность во время ремиссии нередко качественно и отчасти количественно отличается от нормальной мимики или той мимики, которая была у больного до болезни. Снижается живость мимических функций, подвижность мимики, способность с ее помощью более дифференцировано выражать свои чувства.



Рисунок 84 -
«Расщепление»
мимики

При выходе в хорошую ремиссию мимика больных становится более живой и выразительной. Больной способен адекватно выражать свое состояние, улыбаться, смеяться, грустить, иронизировать, реагировать на юмор и пр. Выход в менее благоприятную ремиссию сопровождается обеднением мимической деятельности. Мимика таких больных нередко выражает растерянность, напряженность и в целом носит огрубелый характер. При затяжных состояниях патология мимики, жестов и поз выступает более выражено и стабильно. В симптоматике преобладают

характерные для шизофрении экспрессивные знаки расщепления и эмоционального обеднения.

Практически не изученным остается вопрос о том, какие факторы, являющиеся условием более успешного общения, влияют на адекватное восприятие экспрессивных комплексов у других людей. С этой целью нами было проведено небольшое исследование двух групп испытуемых: психически здоровых и больных, страдающих параноидной шизофренией в состоянии, близком к ремиссии. Обследовалось по 25 человек в каждой группе. В исследовании использовался предложенный нами совместно с Ю.А. Алексеевой тест (приложение Б), который включает набор из 10 фотографий с изображением мимических выражений базовых эмоциональных состояний (радость, удивление, гнев, презрение, смущение, страдание и др.) и регистрационный бланк с семнадцатью названиями чувств (10 названий совпадает с изображениями на фотографиях, 7 - нет). Кроме того, использовался тест исследования уровня эмпатии И.М. Юсупова и фиксировались краткие описания эмоциональных состояний, которые, по мнению испытуемых, соответствуют изображениям на фотографиях.

Как и предполагалось, восприятие мимических выражений у больных менее дифференцировано, чем у психически здоровых. Затруднения в дифференциации и оценке мимики у больных вызывают такие чувства, как гнев (у больных 80,0 % правильных ответов, у здоровых – 100%), удовольствие (соответственно 86,6 % и 100%), отвращение (6,6% - у больных и 46,6% - у здоровых), страдание (66,6% - у больных и 80,0 % - у здоровых), презрение (46,6% - у больных и 66,6% - у здоровых). В то же время больные лучше воспринимают такое эмоциональное состояние, как ужас (правильный ответ дали 60,6 % больных и 46,6% здоровых). В целом проведенное исследование позволило сделать вывод, что восприятие и оценка мимических выражений эмоциональных состояний у больных шизофренией зависит не только от искажения процессов мышления, но и их способности к эмпатии и рефлексии.

3.2 Эпилепсия

Эпилепсия - хронически текущее и склонное к прогрессированию нервно-психическое заболевание, которое проявляется двумя

основными группами расстройств - судорожными и безсудорожными пароксизмами и более или менее стойкими психическими нарушениями.

Эпилепсия - одно из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний, показатель распространенности которого колеблется в пределах 0,8 -1,2 % общей популяции. Патогенез заболевания сложен и содержит ряд спорных моментов. В последнее время условно выделяют 2 основные группы звеньев патогенеза эпилепсии: церебральные и общесоматические [9].

Существует несколько классификаций эпилепсии, созданных на разной основе: на основе этиологического принципа, клинических признаков, принципа локализации эпилептического очага, однако все разнообразие клинических проявлений эпилепсии можно условно разделить на три большие группы [21]. Выделяют *первично-генерализованную, фокальную (очаговую) и вторично - генерализованную* формы эпилепсии.

Первично - генерализованная форма эпилепсии - такая форма заболевания, при которой эпилептический очаг расположен либо в межполушарной области мозга, либо не выявлен. При фокальной эпилепсии очаг расположен в одном из полушарий. При вторично-генерализованной эпилепсии очаг расположен в одном из полушарий, но внутренние условия способствуют вторичной генерализации пароксизмальной активности, которая чаще проявляется в форме развернутого судорожного припадка.



Рисунок 85 -
«Васнецовские
глаза»

Экспрессивные признаки эпилепсии проявляются в изменении мимики и главным образом тех моторных признаков, которые имеют специфическую окраску при разных формах судорожных и безсудорожных пароксизмов.

Мимика. У детей, страдающих эпилепсией, наблюдаются широко раскрытые глаза, смотрящие по-особому в даль. Отмечается значительное расширение зрачков, которые называют *«васнецовскими глазами»*. У других детей

это своеобразие взгляда может выражаться в его напряженном устремлении в сторону и вверх. У взрослых больных взгляд иногда имеет специфический оттенок («тяжелый», «свинцовый», «оловянный»), который в свое время был описан В.Ф.Чижом. Черты лица больных эпилепсией грубеют, выражение его становится тупым и угрюмым, отмечается постепенное обеднение мимических функций.

Экспрессивные клинические признаки большого развернутого судорожного припадка

Большой судорожный припадок имеет определенную динамику развития, стереотип которой описан ниже и отражен в рисунках 87 - 92.

1 Тоническая фаза. В начале припадка мышцы лица напрягаются и застывают в судорожной гримасе пронзительного крика. Глаза широко раскрыты. В самом начале припадка наблюдается сужение зрачков, а затем их расширение. Взор направлен вверх или в сторону поворота головы. Оба глаза отводятся в одну сторону. Лицо приобретает синюшную окраску, дыхание становится очень слабым. Челюсти резко сжаты. Такое мимическое выражение длится от 10 до 30 секунд. Судороги охватывают всю скелетную мускулатуру. Вследствие сокращения мускулатуры грудной клетки и живота воздух проходит через спазмированную голосовую щель, что может привести к вокализации в форме *эпилептического крика*, длящегося несколько секунд. Судороги начинаются с осевой мускулатуры и оттуда переходят на конечности. Плечевой пояс обычно приподнят и смещен кпереди. Плечи отведены и ротированы кнаружи, предплечья полусогнуты. Может возникнуть опистотонус, предплечья при этом перекрещиваются перед грудью либо наступает экстензия и пронация предплечий. Нередки судороги в мускулатуре пальцев *по типу «руки акушера»*.



Рисунок 86 -
Эпилептический
крик



Рисунок 87- Начало припадка, тоническая судорога с поворотом головы



Рисунок 88 - Переход тонической стадии в клоническую



Рисунок 89 - Нарастание клонических судорог



Рисунок 90 - Усиление клонических сокращений



Рисунок 91- Переход в спор и коматозное состояние



Рисунок 92 - Постприпадочный сон

2 Клоническая фаза. Переходный период от тонической к клонической фазе сопровождается состоянием, когда у больного на фоне тонического напряжения мышц возникает дрожание, которое замедляется с нарастанием амплитуды. Затем между мышечным сокращением появляются паузы релаксации мышц.



Рисунок 93 - Прикус языка во время припадка

Клоническая фаза длится около 40 - 60 секунд и состоит из коротких толчкообразных сокращений мышечных групп туловища и конечностей. Может иметь место прерывистая вокализация (*клонический хрип*). На лице возникают изолированные подергивания различных мышц и мышечных групп. Затем клонические судороги нарастают с большой скоростью, вызывая бурную мимическую деятельность. Голова под-

вергается прерывистым толчкам, ротовая щель растягивается и стягивается, углы рта судорожно дергаются. Из рта выталкивается язык, который нередко прикусывается.

Усиливается секреция слюнных желез. Образующаяся в избытке слюна выступает в виде пузырьков и сосредотачивается в углах рта. Иногда к пенистой слюне примешивается кровь от прикуса языка.

Пульс становится напряженным и частым. Дыхание учащается и совершается *толчкообразными движениями*. Лицо теряет бледный оттенок и становится красным, иногда багровым, на котором нередко выступают крупные капли пота. Грубые клонические подергивания придают лицу выражение тяжелого страдания.

Постепенно резкие толчкообразные движения становятся реже. Беспорядочная мимическая игра постепенно успокаивается. Багровый цвет кожи начинает бледнеть, эта стадия припадка завершается глубокими вдохами больного. Дыхание становится спокойнее, пульс теряет напряженность. Лицо делается спокойнее, но компоненты страдальческого выражения лица еще сохраняются. Отмечается хриплое (с частым храпом) дыхание. Постепенно сознание

начинает восстанавливаться, о чем может свидетельствовать отмеченный Л.М. Сухаревским феномен «тянущего взгляда».

3 Послеприпадочная (постиктальная) фаза, в которой выделяют два основных периода: ранний и поздний (восстановительный):

а) *ранний период* длится 1 - 5 минут. Он характеризуется появлением тонического сокращения мышц. Конечности, как правило, не вовлекаются в судорогу, глазные яблоки отклонены вверх, сохраняются мидриаз и другие вегетативные расстройства, дыхание становится учащенным и приобретает характер *стерторозного дыхательного хрипа*. Этот период заканчивается мышечной атонией, в связи с этим из-за расслабления сфинктеров может возникнуть непроизвольное выделение мочи. Зрачковые и корнеальные рефлексы отсутствуют, глубокие рефлексы могут быть оживлены. Больной продолжает находиться в коме;

б) *поздний период*. У больного исчезает мидриаз, восстанавливаются поверхностные рефлексы. В этом периоде возможны три основных варианта исхода состояния больного:

- больной в течение 10 -15 минут приходит в сознание через промежуточные стадии оглушения, мимические и моторные проявления которых описаны выше;

- у больного наступает патологический сон, длительность которого колеблется от 1 до 2 часов. Мимика больных в этом состоянии обычно соответствует мимическому выражению спящего человека, но отличия все же отмечаются: лицо бледное, осунувшееся, с большими темными кругами под глазами;

- у больного, особенно после неоднократных судорожных припадков, может возникнуть сумеречное расстройство сознания. В этом состоянии дезориентировка больных придает их мимике выражение растерянности. Нередко наблюдается значительное психомоторное возбуждение. Глаза блестят, крылья носа раздуваются, губы, а иногда и щеки дрожат. Взгляд становится неустойчивым, бегущим, то хмурым, то ласковым, то смотрящим вперед, то притупленным. Иногда больной смотрит исподлобья, временами принимает испуганный вид.

После восстановления сознания больные жалуются на головную боль, боли в мышцах, слабость, разбитость. Припадок амнезируется.

Абсансы

Абсансы (франц. *absens de l'esprit* - отсутствие рассудка) характеризуются внезапным и кратковременным (от 2 до 30 секунд) выключением сознания, обычно без падения больного.

В момент наступления припадка лицо больного бледнеет, теряет осмысленное выражение, становится безучастным и безразличным. Взгляд становится тусклым и устремленным куда-то в даль.

Характерна мимика выхода из абсанса. Больные делают глубокий вдох, причмокивают языком, реже производят жевательные или глотательные движения. Приступ заканчивается также внезапно, как начался. Осознание припадка обычно отсутствует.

Выделяют простые и сложные абсансы.

Простой абсанс сопровождается отсутствующим взглядом и умеренно выраженными вегетативными симптомами (покраснением или побледнением лица, умеренным мидриазом и др.). Больной застывает, его глазные яблоки иногда смещаются вверх.

Сложные абсансы - такие формы абсансов, которые сопровождаются какими-либо дополнительными моторными или вегетативными проявлениями. Выделяют несколько вариантов сложных абсансов: *атонический, автоматический, вазомоторный, вегетативный, гипертонический, кашлевой, миоклонический, ретрокурсивный, ретропульсивный, энуретический*. Ниже приведено описание только некоторых из них, имеющих определенную экспрессивную картину.

Абсанс автоматизма характеризуется простыми эпилептическими автоматизмами, например, произвольными движениями губ или языка, потиранием рук или жестах, используемыми при приведении одежды в порядок и т.п. Эти припадки следует отличать от фокальных припадков височного происхождения.

Абсанс с атоническим компонентом характеризуется уменьшением постурального тонуса, что ведет к свешиванию головы, рук, «сползанию» туловища, иногда к внезапному падению. Нередко по-

теря тонуса может происходить прерывисто: тело больного толчкообразно оседает.

Абсанс с миоклоническим компонентом характеризуется отсутствием сознания и ритмическими двусторонними миоклониями преимущественно в лице и верхних конечностях. Обычно отмечаются подергивания век, уголков рта, периорбитальной мускулатуры, иногда глазных яблок.

Абсанс с тоническими проявлениями. У больного отмечается более выраженное отхождение глазных яблок вверх, а иногда и выгибание туловища кзади (*ретропульсивный абсанс*), что может заставить больного для сохранения равновесия сделать шаг назад.

Очаговые (фокальные) припадки

Джексоновские припадки проявляются в виде односторонних моторных или сенсорных припадков. *Моторные припадки* выражаются тоническими или клоническими судорогами мышц конечностей (чаще кистей рук) и лица с возможной последующей их генерализацией в большой судорожный припадок и потерей сознания. Иногда припадки протекают в виде «*джексоновского марша*», при котором имеют место последовательное распространение клонических судорог с мышц лица на мышцы рук, туловища и ног. *Сенсорные пароксизмы* выражаются в виде различных парестезий (ощущений покалывания, жара), болей в отдельных частях тела.

Адверсивные припадки - припадки, проявляющиеся поворотом глаз, головы и иногда всего туловища в сторону противоположную полушарию, в котором локализуется эпилептический очаг. Часто адверсия сопровождается поднятием и отведением в полусогнутом положении руки на стороне, противоположной расположению очага (больной как бы смотрит на свой поднятый кулак). Тело больного при этом чаще остается в вертикальном положении. Очень часто этот припадок сопровождается вторичной генерализацией. Эпилептический очаг в этом случае локализуется в коре лобной или передневисочной области.

Психомоторные припадки - пароксизмы, которые в большинстве случаев связаны с эпилептическими очагами, находящимися в височных долях больших полушарий головного мозга и прилегаю-

щим к ним мозговым структурам. Форма психомоторных припадков зависит от возраста больных, хотя общими признаками для этой формы приступов является внезапное появление у больных тех или иных привычных автоматизированных движений, которые возникают на фоне сумеречного сознания.

Эпилептический автоматизм - непроизвольная, более или менее координированная двигательная активность, проявляющаяся во время или после эпилептического припадка. Эпилептические автоматизмы могут представлять собой продолжение деятельности, совершавшейся в момент наступления припадка или возникать в виде новой двигательной активности, связанной с пароксизмальным помрачением сознания. Различают следующие виды автоматизмов:

а) *алиментарные автоматизмы* проявляются в форме непроизвольных актов жевания или глотания;

б) *автоматизмы жестов*, простых или сложных, направленных на самого себя или окружающих;

в) *мимические автоматизмы*, выражающие аффективные состояния (обычно страх) в момент припадка;

г) *амбулаторные автоматизмы* - состояния, длящиеся в среднем несколько десятков минут, которые чаще после припадка проявляются в виде сложных координированных передвижений больного.

У детей наблюдаются преимущественно *оральные автоматизмы*, которые проявляются кратковременными приступами глотания, жевания, причмокивания или сосательными движениями. Нередко приступы сопровождаются повышенным слюноотделением.

У детей младшего школьного возраста психомоторные приступы встречаются в виде *повторяющихся элементарных привычных движений* (потирания рук, хлопанья в ладоши, подпрыгивания, пританцовывания, бессвязного проговаривания слов и фраз).

У взрослых психомоторные припадки чаще сопровождаются кратковременными *амбулаторными автоматизмами*. В этих случаях больной совершает автоматические движения ходьбы, бега, передвижения в состоянии сумеречного помрачения сознания. Иногда автоматизм носит более длительный характер - больные бесцельно

блуждают по улицам, могут совершать длительные поездки, в дальнейшем полностью амнезируя эти состояния. Выделяется особая форма амбулаторного автоматизма, свойственная детям и подросткам, называемая *сомнамбулическим автоматизмом*. В таком состоянии больной во время ночного сна может встать с постели, бродить по комнате, совершая ряд автоматических действий (перебирать белье, перекладывать одежду, потирать руки и пр.). Нередко сомнамбулизм ограничивается тем, что больной совершает эти действия, сидя в постели.

Нередко приходится дифференцировать эпилептические и истерические припадки, которые могут встречаться даже у одного и того же больного. В таблице 8 отмечены экспрессивные признаки, отмечающиеся при том и ином виде припадков.

3.3 Экспрессивные признаки у наркологически больных

3.3.1 Хронический алкоголизм

Уже на начальных этапах алкоголизма у пациента появляются некоторые характерные экспрессивные признаки. Наблюдаются необязательность в одежде и пренебрежение аккуратностью, которые при попытке скрыть алкогольные эксцессы могут сменяться кратковременной чрезмерной подтянутостью и чистоплотностью.

Лицо приобретает постоянный розоватый оттенок, становится пастозным и как бы «полнеет». Склеры становятся мутными, желтеют, прорезываются извитыми сосудами. Окраска радужной оболочки утрачивает ясность, что, вероятно, вызвано раздражением печени. Взгляд становится либо жестким, либо угрюмым.

Волосы у больных тускнеют, лежат в беспорядке и выглядят взлохмаченными. Разлитой розовый оттенок кожи со временем переходит в застойную красноту или бледность, которые со временем

Таблица 8 - Дифференциальная диагностика эпилептического и истерического припадков

<i>Экспрессивные признаки</i>	<i>Эпилептический припадок</i>	<i>Истерический припадок</i>
<i>Наличие этапности в развитии припадка</i>	Присутствует	Отсутствует
<i>Подвижность зрачков</i>	Отсутствует	Наблюдается
<i>Мимические движения</i>	Мимика обедненная, грубая, мало-подвижная	Мимика живая, подвижная, богатая нюансами
<i>Динамика окраски кожных покровов</i>	В начале припадка появляется побледнение лица, затем цианотическая окраска	В начале припадка лицо приобретает ярко-красный оттенок



Рисунок 94 –
Внешний вид
алкоголика

сменяются синюшным оттенком. Обозначаются прожилки сосудов, появляются телеангиэктазии, усиливаются пастозность и огрубление кожи лица. Это ведет к фиксации кожных складок, увеличению надбровных дуг, упрощению мимических гримас, расслаблению круговой мышцы рта и отвисанию нижней губы. Обрюзгшее лицо больных, страдающих алкоголизмом, приобретает оттенок цинизма, негативного отношения ко всему положительному и выглядит отталкивающим.

Голос больных становится громче, жестче, утрачивает мягкие интонации, исчезают эмоциональные обертоны. Речь становится избыточно экспрессивной, больные испытывают трудности при подборе слов, появляется склонность к стереотипизации речевых оборотов.

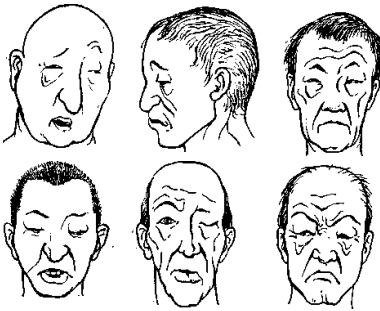


Рисунок 95 – Мимика больных, страдающих алкоголизмом

Отмечается своеобразный следовый мимико-вкусовой рефлекс, описанный И.Я. Завилянским - в ответ на вопрос, заданный больному, какие спиртные напитки ему приходилось употреблять, у него часто, еще до словесного ответа, появляются оживление мимики, улыбка, облизывание губ и глотательные движения.

У большинства алкоголиков встречается своеобразная форма коммуникативного поведения в виде группового приема алкоголя на корточках или лежа на спине, приподняв и скрестив ноги. Как показывают наблюдения, такая манера общения у больных сохраняется и в периоды терапевтической или спонтанной ремиссии. Во время общения у больных нередко отмечается и своеобразные позы: они разговаривают, сидя на корточках, ходят подбоченясь, раскачивающейся походкой, стереотипно сплевывают.

Алкогольное опьянение

Алкогольное опьянение (острая интоксикация алкоголем) - симптомокомплекс психических, вегетативных, неврологических и поведенческих расстройств, обусловленный действием спиртных напитков. Клинические проявления алкогольного опьянения разделяют на следующие типы:

- а) простое алкогольное опьянение;
- б) измененные формы простого алкогольного опьянения;
- в) патологическое опьянение.

Простое алкогольное опьянение

Оценка простого алкогольного опьянения основывается на изучении интенсивности и качественных характеристик экспрессивных поведенческих реакций, высказываний и субъективных переживаний опьяневшего человека, вегетативных и двигательных расстройств, однако основным критерием оценки степени опьянения является определение концентрации алкоголя в крови различными лабораторными методами.

Легкая степень простого алкогольного опьянения

Характеризуется ощущением психического и физического комфорта. У выпивших людей улучшается настроение, появляется чувство довольства. Восприятие окружающего приобретает положительную окраску. Усиливается потребность говорить; в движениях, мимике опьяневших появляется гиперэкспрессивность. Речь становится более громкой и быстрой, но нарушения артикуляции и смазанность речи выражены еще незначительно. В движениях наблюдается снижение точности, размашистость, импульсивность. Внимание легко отвлекается. Темп мышления ускоряется, часто встречаются поверхностные ассоциации. Объем и качество выполняемой работы снижается, возрастает число ошибок. Вегетативные симптомы представлены обычно гиперемией лица, учащением пульса и усилением аппетита.

Средняя степень алкогольного опьянения

На фоне повышенного настроения появляются преходящее или достаточно продолжительное состояния раздражения, недовольства, обиды, неудовлетворения, явная переоценка своих возможностей и собственной личности. Критика значительно снижена. Двигательная расторможенность усиливается, моторика еще больше расстраивается, возникают симптомы атаксии. Речь становится громкой, возникает дизартрия. Окружающее воспринимается фрагментарно, вследствие чего совершаются неадекватные поступки. Грубо нарушается почерк. Замедляются ассоциативные процессы, затрудняется способность к переключению внимания. Реакции зрачков на свет ослаблены. Появляется горизонтальный и верти-

кальный нистагм глазных яблок. Отмечается пошатывание во время ходьбы и в позе Ромберга.

Тяжелая степень алкогольного опьянения

Эта степень определяется появлением в клинике алкогольного опьянения различных по глубине симптомов оглушения. Всегда отмечаются выраженные неврологические симптомы: мозжечковая атаксия, мышечная атония, амимия, дизартрия. Дыхание становится редким, снижается тонус сердечно - сосудистой системы, появляется цианоз конечностей, гипотермия. Возможно непроизвольное выделение мочи и кала. После тяжелого опьянения наблюдается адинамическая астения с вегетативными нарушениями и анорексией. Опьянение тяжелой степени сопровождается полной амнезией.

Измененные формы простого алкогольного опьянения

Это состояния острой интоксикации алкоголем легкой или средней степени тяжести, при которых происходит резкое усиление или ослабление каких-либо поведенческих реакций, либо появляются симптомы, не свойственные простому алкогольному опьянению. Измененные формы простого алкогольного опьянения обычно возникают на патологической «почве» (у больных с органическими поражениями ЦНС, на фоне психопатий, олигофрении, других психических заболеваний), при сочетанном приеме алкоголя и некоторых лекарственных (или наркотических) веществ, в тех случаях, когда опьянению предшествуют соматические заболевания, переутомление, недосыпание, недоедание, интенсивные психотравмирующие переживания. Выделяют несколько вариантов измененных форм опьянения.

Эксплозивный вариант - состояние, когда настроение легко сменяется вспышками резкого недовольства, раздражения или злобы, которыми и определяются поведение и высказывания человека. Эти вспышки не продолжительны и в течение опьянения повторяются неоднократно.

Дисфорический вариант сопровождается преобладанием состояния напряженности, недовольства, угрюмости, неприязни или злобы. Опьяневший человек становится придирчивым, язвительным, постоянно ищет повода для ссор.

Истерический вариант характеризуется особым поведением опьяневшего человека, рассчитанного на зрителя. Характерны яркие театральные формы поведения (метание, заламывание рук, могут возникать истерические припадки, синдром астазии - абазии, драматические картины мнимой смерти). Человек в таком состоянии может наносить себе легкие повреждения, совершать демонстративные суицидальные попытки.

Депрессивный вариант характеризуется преобладанием у опьяневшего человека подавленного настроения, тоски, ощущения безысходности или тревоги, сопровождающихся высказыванием упреков в свой адрес и суицидальными мыслями.

Маниакальный вариант сопровождается повышенным настроением с беспечностью, благодушием, прерываемыми вспышками раздражения. В поведении отмечается склонность к озорным поступкам, неуместным шуткам и назойливому приставанию, легко возникающая смешливость. Могут возникать кривляние, паясничанье, двигательные или речевые стереотипии.

Опьянение с преобладанием состояния сомноленции - состояние, часто возникающее после непродолжительного и слабо выраженного периода эйфории, сопровождающееся быстрым возникновением сонливости и легким наступлением сна.

Патологическое опьянение

Патологическое опьянение - это сверхострый транзиторный психоз, вызванный приемом небольшого количества (50 - 150 мл) алкоголя, протекающий в форме сумеречного помрачения сознания и заканчивающийся патологическим сном. После пробуждения у человека отмечается, как правило, полная амнезия. Патологическое опьянение возникает только у мужчин в возрасте от 21 года до 40 лет. В большинстве случаев оно сопровождается особо тяжкими общественно опасными действиями против личности, нередко убийствами. Развивается обычно через несколько минут, час, реже - через более значительные интервалы времени после приема алкоголя.

Основной симптом - внезапно развивающееся сумеречное помрачение сознания. У больного возникает отрешенность от окру-

жающего, сопровождающаяся полной дезориентировкой с сохранением привычных автоматизированных действий, в частности способность к передвижению пешком, поездке на транспорте и т.д. В некоторых случаях, когда не совершается общественно опасное действие, патологическое опьянение остается «не замеченным». Однако если сумеречное помрачение сознания сопровождается продуктивными расстройствами - образным бредом, двигательным возбуждением, устрашающими зрительными галлюцинациями и аффективными расстройствами (обычно в форме страха, ярости, иступления), больными могут совершаться общественно опасные деяния.

Картину такого психотического эпизода приходится обычно восстанавливать ретроспективно на основании показателей свидетелей. Они часто сообщают о симптомах патологического опьянения, описывая внешние поведенческие признаки. Например, сообщают о внезапности его начала и необычности некоторых проявлений по сравнению с банальным опьянением: «резко изменился», «стал неузнаваемым», «стал странным, глупым», «лицо стало бессмысленным», «у него был отсутствующий, блуждающий взгляд» «ничего не понимал», «с ним невозможно было вступить в общение» и т.д. Одновременно даются такие сведения: «пьяным он не был», «на ногах держался твердо», «может быть, был слегка выпивший».

3.3.2 Наркомания и токсикомания

Наркоманы, даже молодого возраста, перестают следить за своим внешним видом. Они выглядят старше своих лет, у них, как правило, сухая кожа, покрытая преждевременными морщинами, ломкие волосы. При злоупотреблении эфедрином волосы на голове включены, спутаны, «стоят дыбом». Ногти теряют блеск, становятся хрупкими, ломкими. У многих больных выявляются признаки кариеса, зубы у них нередко выпадают без боли. Злоупотребление опиатами и эфедрином приводит к потере массы тела на 10 - 15 килограмм. При злоупотреблении снотворными, успокаивающими средствами и эфедрином на коже появляются множественные гнойнички, после которых появляются пигментные пятна. Их лица бледные, одутловатые, малоподвижные, маскообразные [48].

На коже тела обнаруживаются следы инъекций, которые чаще видны по ходу вен в области локтевых сгибов, на предплечьях, тыле кистей, стоп и т.д. Вены прощупываются в виде плотных жгутов, могут быть видны следы свежих или старых инъекций. Возникающие воспаления в местах инъекций оставляют грубые следы.

Наркотическое опьянение - состояние, возникающее после приема наркотических веществ. Синдром наркотического опьянения состоит из психических и телесных симптомов, различных в начале, в разгаре и на спаде интоксикации.

Экспрессивные признаки наркотического опьянения, несмотря на то, что больные могут принимать наркотические вещества, принадлежащие к разным группам, имеют немало общего. Поведение и внешний вид человека, находящегося в наркотическом опьянении, напоминает состояние алкогольного опьянения, но при этом у него отсутствует запах алкоголя изо рта. Изменяется настроение, у больных отмечается беспричинное веселье, смешливость, болтливость или злобность, агрессивность, которые не соответствуют той ситуации, в которых они находятся. У больных отмечается повышенная жестикуляция, моторная активность, неусидчивость, либо, наоборот, обездвиженность, вялость, расслабленность, стремление к покою. Их движения становятся размашистыми, резкими, неточными. Отмечается неустойчивость при ходьбе, покачивание туловища даже в положении сидя.

Изменяется цвет кожных покровов, кожа лица и всего тела становится бледной, или наоборот, покрасневшей. Отмечается блеск глаз, зрачки либо сильно сужены или расширены и слабо реагируют на свет. Появляется повышенное слюноотделение, или наоборот, сухость губ, сухость во рту. Учащается дыхание, которое позже быстро сменяется урежением дыхания, снижением артериального давления. Изменяется речь: она может быть ускоренной, подчеркнута выразительной или замедленной, невнятной, нечеткой.

Выход из наркотического опьянения сопровождается обычно сном, даже после приема не высоких стимулирующих доз. Лишь некоторые наркотики не вызывают сна, например, кодеин или стимуляторы, если они не были приняты в чрезмерных дозах. По мере выхода из состояния интоксикации и постепенного вытрезвления у

большинства больных развиваются депрессивные состояния с чувством острой тоски. Возможно появление тревоги и безотчетного страха (чаще при гашишной интоксикации).

Прием веществ определенных наркотических групп может определять относительно специфическую окраску экспрессивного поведения у больных. Так, *при приеме препаратов опия* у больных отмечается благодушное настроение, поэтому они расслаблены, вялы, безмятежно улыбаются, редко совершают злобные или агрессивные действия. Их мимика и жестикауляция выразительны, речь быстрая и внятная. В отличие от других видов наркотического опьянения у них редко отмечаются нарушения координации. Наиболее достоверными признаками опийного опьянения являются сужение зрачков, их слабая реакция на свет, а также бледность кожи лица.

При приеме барбитуратов более характерными экспрессивными признаками опьянения являются быстрая смена настроения с легким возникновением раздражительности, обидчивости, агрессивности без какого-либо существенного повода. Больные проявляют назойливость, вязкость, склонны к многократному повторению определенных слов, фраз или высказываемых суждений. У них отмечается невнятная и неразборчивая речь, движения становятся грубыми и размахистыми. С утяжелением опьянения выражение лица больного становится бессмысленным, амимичным, губы отвисают. Отмечаются застывший взгляд, расширенные зрачки и повышение слюнно - и салоотделения.

При гашишном опьянении у больных наблюдаются неудержимые приступы смеха, беспечность, веселье, которые могут легко смениться агрессивными действиями. Отмечается пастозность, покраснение лица. Склеры глаз покрасневшие, глаза блестят, возможно как расширение, так и сужение зрачков.

Следует помнить, что для маскировки наркотического опьянения больные «для запаха» нередко полощут рот спиртными напитками. Однако то, что картина опьянения в таких случаях, как правило, сильнее алкогольного опьянения, а запах алкоголя не настолько силен, позволяет заподозрить, что больной находится именно в наркотическом опьянении.

При приеме наркотических стимуляторов, к которым относятся различные аналоги и изомеры амфетамина, кокаина и пемолина, описаны ряд поведенческих и двигательных нарушений. Среди них встречается так называемая *бесцельная двигательная активность*, которая характеризуется постоянным повторяющимся выполнением большими бессмысленных и бесполезных действий и двигательных актов, приобретающих характер ритуалов. Мужчины чаще манипулируют с предметами бытовой техники, женщины обычно занимаются уборкой, мытьем посуды, расчесыванием собственных волос, наложением макияжа и пр. Наблюдаются своеобразные способы передвижения больных, сопровождающиеся стереотипными прогулками по одному и тому же участку улицы, маршировкой по кругу с высоким подниманием ног. Встречаются и другие проявления этого состояния - больные постоянно что-то ищут в доме или на чердаке, могут бесцельно ездить на автомобиле несколько часов подряд. В этот период большинство наркоманов становятся молчаливыми, перестают реагировать на окружающих и часто имеют отрешенный вид. Попытки насильственно прервать их действия в большинстве случаев вызывают у них реакцию гнева, раздражения или тревоги [32].

Кроме того, у лиц, злоупотребляющих психостимулирующими препаратами, описаны двигательные нарушения в форме *хореических гиперкинезов* - состояний, характеризующихся хореическими гиперкинезами лица, туловища и конечностей в сочетании с гипотонией, атаксией или букколингвальными дискинезиями, сопровождающимися постоянными жевательными движениями, скрежетанием зубов и трением языком о губы. Весьма характерными в таких случаях являются прикосновения больных к своему лицу и различным предметам.

Важные сведения, указывающие на возможность наркологической зависимости, можно получить, изучая татуировки. У больных, склонных к приему психоактивных средств, в качестве специфических татуированных образов могут выступать изображения бутылки или бокала, сочетающиеся с символами других «пороков», губящих человека. В последние годы встречаются татуировки, связанные с противоалкогольным лечением: перечеркнутая рюмка, надпись на

коже «эспераль» и дата его имплантации. Потребность в алкоголе и в тоже время криминальное прошлое могут выдавать, например, надпись на стопах «они устали, но до пивной дойдут» или изображение сидящего на Луне черта со следующим текстовым сопровождением: «Почему нет водки на Луне?».

О злоупотреблении наркотиками могут свидетельствовать: символ гашишизма - изображение полумесяца и трех звездочек, татуировки опиоманов, включающие, как правило, изображение головки мака, иногда с надрезами, из которых сочится опиумное «молочко». Рисунки могут состояться из половинок коробочки мака и черепа, изображений инъекционных игл и шприцов с иглами. Лица, находившиеся на лечении по поводу наркомании в ЛТП, нередко в качестве татуировки выбирают изображение шприца, обвитого колючей проволокой. Встречаются также сложные «гербы», включающие изображения головки мака, скрещенные шприцы, полумесяцы, таблетки и пр.

4 ЭКСПРЕССИВНЫЕ ПРИЗНАКИ В КЛИНИКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Клиника неврологических расстройств достаточно пестра и может быть представлена яркими и едва заметными экстернальными знаками и экспрессивными формами поведения. У больных часто можно наблюдать разнообразные виды двигательных нарушений, зрачковые реакции, изменения походки, мимики, поз. Каждое расстройство имеет специфическое топографическое представительство и сопровождается поражением определенных зон головного и/или спинного мозга.

Ниже приведены характеристики основных форм неврологических расстройств, доступных для наблюдения, на основании которых врач может строить свои диагностические гипотезы. Использование специальных методов неврологического обследования больного, инструментального и лабораторного исследований позволяет уточнить патогенетические звенья заболевания и выбрать адекватные методы терапии.

4.1 Гиперкинезы

Гиперкинезы - это автоматические насильственные чрезмерные движения, мешающие выполнению произвольных двигательных актов.

Гиперкинезы возникают при поражении разных отделов экстрапирамидной системы. При поражении паллидарной системы возникают нарушения, основными симптомами которых являются *олигокинезия* - бедность и малая выразительность движений и *брадикинезия* - их замедленность. Одним из часто встречающихся синдромов поражения паллидума является паркинсонизм, который имеет достаточно характерную экспрессивную картину.

Паркинсонизм. Поза больных, страдающих паркинсонизмом, достаточно характерна - их туловище слегка согнуто, голова наклонена вперед, руки согнуты и приведены к туловищу, взгляд устремлен вперед и неподвижен.

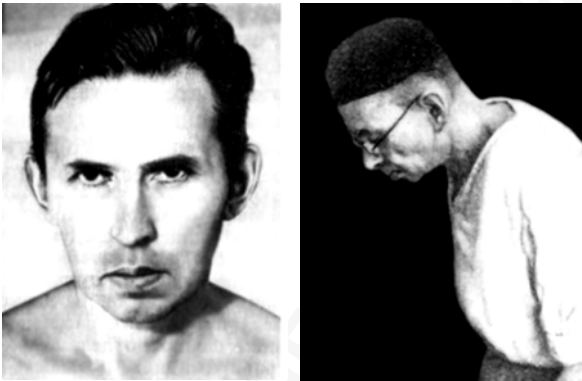


Рисунок 96 - Мимика и поза больных, страдающих паркинсонизмом

Начало двигательного акта затруднено, характерно паркинсоническое топтание на месте. Больной передвигается с трудом, мелкими и частыми шажками. Отмечается *ахейрокинез* - неподвижность рук при ходьбе. Отсутствие содружественных

движений выражается в нарушении инерции, необходимой для равновесия туловища, больной, выведенный из равновесия, не может выровнять его автоматически. Мышечный тонус у больных повышен.

Лицо амимичное, маскообразное, лишенное выражения радости, печали, удивления и других эмоциональных проявлений. Отмечаются редкое мигание и часто полуоткрытый рот. Речь больного невнятная, тихая, монотонная, замедленная, лишенная эмоциональ-

ной окраски. Жестикуляция либо отсутствует, либо очень невыразительная. Характерно дрожание рук, которое отмечается в покое и встречается реже при произвольных движениях. Тремор чаще локализуется в пальцах кисти и проявляется в форме «катания пилюль» или «счета монет», когда больной совершает ритмичные движения большим, указательным и средним пальцами [10].

При нарушениях стриарной системы в зависимости от уровня поражения её отделов выделяют следующие формы гиперкинезов.

Ти́ки - насильственные односторонние движения, которые часто производят впечатление нарочитых. *Ти́ки лица* проявляются



Рисунок 97 – Ти́ки
в виде
моргания

быстрым наморщиванием лба, поднятием бровей, миганием, высовыванием языка. *Ти́ки шейных мышц* встречаются реже и сопровождаются поворотом головы в сторону, киванием вперед. Ти́ки нередко сочетаются с непроизвольными спазмами дыхательных и речевых мышц, чаще усиливаются при эмоциональном напряжении.

Ти́ки лицевой мускулатуры могут возникать при неврозе навязчивых состояний, при невралгии тройничного нерва, конъюнктивитах, ринитах, травмах головного мозга, церебральном атеросклерозе.

Лицевой гемиспазм. Приступ сопровождается судорогами, которые появляются в группе мимических мышц, а затем постепенно распространяются на всю половину лица. Спазм чаще начинается с мышцы, суживающей глазную щель, глаз при этом зажмуривается, носогубная складка углубляется, угол рта оттягивается кнаружи и кверху, кончик носа искривляется в ту же сторону, сокращаются мышцы подбородка и шеи. Бровь на соответствующей стороне под влиянием сокращения лобной мышцы поднимается кверху, что в сочетании с зажмуренным глазом производит впечатление гримасы.

Появление лицевого гемиспазма связано с эмоциональным напряжением, утомлением, хотя он может возникнуть и без заметной внешней стимуляции.



Рисунок 98 -
Лицевой
параспазм

лица, к которым присоединяются сокращения других мышечных групп.

Во время развернутого приступа лицо больного напоминает гримасу человека, вдыхающего какой-то крайне неприятный запах. Наблюдаются растягивание рта, нахмуривание или поднимание бровей, открывание рта, выпячивание губ, спазмы шейных мышц. Могут встречаться крепкое смыкание губ, медленное высовывание языка, возникают затруднение глотания и дизартрия [56].



Рисунок 99 -
Тортиколлис

Тортиколлис (спастическая кривошея) - форма дистонии, при которой тонические и резкие непроизвольные движения шейных мышц приводят к периодическому или постоянному отклонению головы и шеи в какую-то из сторон. Наиболее типичным является положение, когда голова притянута к одному плечу, иногда голова выдвигается вперед или отклоняется назад, у некоторых больных может быть наклонена в одну сторону и повернута при этом в другую.

Лицевой параспазм (синдром Мейжа) - фокальная дистония, симметрично поражающая мышцы лица и сопровождающаяся блефароспазмом, гримасничаньем, торсионными движениями рта и нижней челюсти.

Блефароспазм в начале заболевания у большинства больных проявляется в виде непроизвольных частых миганий, которые позже приобретают характер постоянных тонических спазмов в форме стойких спастических смыканий век. Каждый приступ дистонии начинается с симметричных, двусторонних и различных по длительности тонических сокращений круговых мышц глаза и мышц верхней или нижней половины лица.

Каждый приступ дистонии начинается с симметричных, двусторонних и различных по длительности тонических сокращений круговых мышц глаза и мышц верхней или нижней половины лица.

Картина спастической кривошеи усиливается при стрессе, ходьбе и уменьшается в положении лежа и при поддержании головы. К возникновению тортиколлиса могут привести фиброзит, миозит, воспаление шейных лимфатических узлов, патология шейного отдела позвоночника, шейная радикулопатия, внутримышечные гематомы, прием нейролептических препаратов [12].

Торсионный спазм - это тонический спазм мышц шеи и туловища, вызывающий у больного появление причудливых поз, искривление и вращение туловища вдоль продольной оси позвоночника. Торсионный спазм появляется при произвольных движениях и прекращается при использовании различных компенсаторных приемов, например, при обхвате шеи руками, усиленном повороте плеча и т.д.



Рисунок 100 -
Торсионная
дистония

Спазм возникает при эпидемическом энцефалите, сосудистых заболеваниях мозга, при побочном действии нейролептиков.

Тремор - состояние, сопровождающееся дрожанием вытянутых рук, туловища или/и головы. Выделяют следующие виды тремора:

а) *интенционный тремор* наблюдается при произвольных движениях. Исследуется при помощи пальценосовой и пяточно-коленной проб, когда по мере приближения конечности к цели тремор усиливается; б) *паллидарный тремор* наблюдается в покое и исчезает при движении. Различают гиперкинезы головы типа «да - да» и «нет - нет», ритмическое дрожание рук по типу «катания пилюль» и «счета монет»; в) *статический тремор* - мелкоритмическое дрожание в пальцах вытянутых рук. Он наблюдается при алкоголизме, гипертиреозе, астеническом синдроме, интоксикации некоторыми веществами.

Миоклонии - быстрые молниеносные подергивания одиночных или отдельных групп мышц. Миоклонии делятся на *генерализованные* (множественные, несинхронные, беспорядочные сокращения мышц туловища или конечностей) и *локализованные* (быстрые ритмичные подергивания в отдельных группах мышц живота, диафраг-

мы и т.д.). Миоклонии встречаются при эпилепсии, острых нарушениях мозгового кровообращения, интоксикациях ЦНС.

Атетоз - медленные червеобразные, вычурные движения в

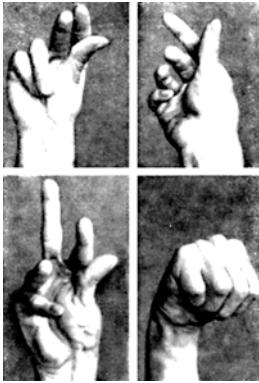


Рисунок 101-
Атетозные
гиперкинезы кисти

дистальных отделах конечностей (в кистях, пальцах рук и стопах). Движения совершаются медленно, с небольшим размахом, пальцы кисти сгибаются, разгибаются, отводятся или приводятся, нередко принимая самые вычурные положения. Атетоз может наблюдаться в мускулатуре лица – отмечается выпячивание губ, перекашивание рта, гримасничанье, прищелкивание языком. Характерным признаком атетоза является образование контрактур, которые придают кисти и пальцам своеобразное положение [6].

Гемибаллизм - крупные размашистые «бросковые» движения конечностей.

Насильственные движения совершаются с большой силой и их трудно прекратить. Чаше гемибаллические гиперкинезы встречаются в виде «взмаха крыла птицы». Возникновение гемибаллизма связывают с поражением льюисова тела, расположенного под зрительным бугром.

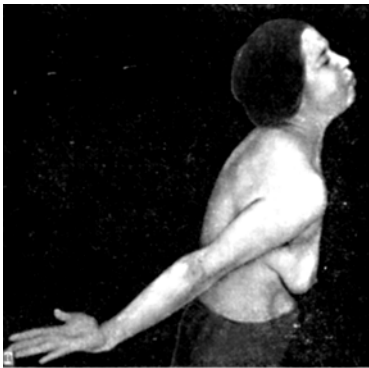


Рисунок 102 - Гемибаллизм

Хореатические гиперкинезы - быстрые сокращения различных групп мышц лица, туловища и конечностей. При начинающейся хорее вначале появляются лишь гримасы и усиленная жестикуляция, позже появляются раз-

бросанные, нелокализованные, беспорядочные движения и в других частях тела. Тонус мышц снижается, координированность движений нарушается. При гемихорее гиперкинез охватывает одну половину тела.

Гиперкинезы усиливаются при выполнении произвольных движений и при волнении, во сне они, как правило, исчезают.

Хореатические гиперкинезы наблюдаются при подкорковых дегенерациях, ревматическом поражении мозга и т.д. [3].

Тетанические судороги - периодические судороги с симметричным сведением мышц кисти и пальцев, возникающие на фоне ненарушенного сознания. Во время спазма характерно положение кисти: большой палец приведен к ладони, другие пальцы согнуты в пястно-фаланговом сочленении и приведены друг к другу таким образом, что мизинец и указательный пальцы помещаются под средним и указательным («рука акушера»). Тонические судороги иногда болезненны, имеют склонность через непродолжительный срок возобновляться и проявляются в виде серии приступов. Встречаются при тетании (после удаления околощитовидных желез, иногда после инфекции) и столбняке.



Рисунок 103 -
Хореоатетотический гиперкинез

Профессиональные спазмы - группа патологических состояний, характеризующаяся тем, что у больных нарушаются особые двигательные навыки, составляющие основу для выполнения их профессиональной деятельности. При профессиональных спазмах нарушается навык, приобретенный в результате долгих упражнений, который до болезни не вызывал утомления, выполнялся автоматически, с большой скоростью и в течение длительного времени. Характерной особенностью профессиональных дистоний является дезорганизация деятельности мышц синергистов и антагонистов и частое возникновение локальных спазмов и болей.



Рисунок 104 - Писчий спазм

Возникновение дистоний имеет место при таких профессиях, как писатели, телеграфисты, машинистки, профессиональные музы-

канты и спортсмены, ткачи, портные, ювелиры, парикмахеры, часовщики, балерины, граверы и т.д.

Писчий спазм - частная форма профессиональных спазмов, фокальная дистония мышц кисти, при которой нарушаются преимущественно акт письма и другие тонкие движения пальцами и кистью. Обычно болезнь развивается постепенно, через некоторое время скорость письма замедляется, ручка (карандаш) периодически выскальзывает из пальцев, больной чувствует тяжесть и боль в руке. По мере прогрессирования болезни многие больные не в состоянии даже взять ручку и начать писать, у других болезненная слабость возникает сразу же после написания нескольких букв.

При исследовании гиперкинезов обращают внимание на сторону, ритм, форму, симметричность и локализацию двигательных нарушений.

4.2 Нарушения двигательных функций

Двигательные функции, которые, по сути, являются рефлексорными актами, внешне отражают деятельность мозговой деятельности. По нарушениям двигательных функций можно судить о работе мозга, а по конкретным экстернальным знакам даже предполагать об очагах и характере поражения, вызвавших те или иные двигательные расстройства.

В зависимости от локализации поражения структур мозга, выделяют две основные формы параличей: центральный и периферический.

Клиника центрального паралича (или пареза) зависит от уровня поражения мозговых структур. В связи с этим выделяют корковый, капсулярный параличи, альтернирующий паралич при поражении мозгового ствола, спинальный паралич. В зависимости от охвата параличом тех или иных конечностей с той или иной стороны тела, выделяют: моноплегию, параплегию, гемиплегию, триплегию и тетраплегию.

Симптомы центрального паралича или пареза складываются из следующих экспрессивных знаков:



Рисунок
105 -
Поза
Вернике -
Мана

1) отсутствие или ограничение объема движений и снижение силы; 2) повышение мышечного тонуса по спастическому типу (*в руке* тонус повышается в приводящих мышцах плеча, сгибателях и пронааторах предплечья, сгибателях кисти и пальцев; *в ноге* тонус повышен в разгибателях бедра и голени, приводящих мышцах бедра и подошвенных сгибателях стопы). Вследствие этих двигательных нарушений возникает своеобразная *поза Вернике - Мана*, которая придает больному специфический вид: он стоит с согнутой в локтевом суставе, приведенной к туловищу и пронированной рукой, его нога разогнута и отведена в коленном суставе; 3) повышение сухожильных рефлексов; 4) появление патологических рефлексов, которые подробно описаны в руководствах по невропатологии. Возникают другие проявления нарушений двигательных функций, так называемые защитные рефлексы, клонусы стопы, содружественные движения.

Клиника периферического паралича различается в зависимости от уровня поражения периферического двигательного нейрона (могут поражаться клетки передних рогов спинного мозга, передние корешки, сплетения или периферические нервы).

Симптомы периферического паралича (пареза) включают:



Рисунок 106 -
Расходящееся
косоглазие

- 1) отсутствие или ограничение объема движений соответствующих мышц;
- 2) понижение или отсутствие тонуса мышц - гипотония или атония, что определяет название расстройства «вялый» паралич;
- 3) ослабление силы мышц;
- 4) отсутствие или снижение сухожильных или надкостничных рефлексов.

Черепномозговые нервы. Черепномозговыми нервами обеспечивается иннервация мимических мышц, мышц глазного яблока, мягкого неба, голосовых связок, языка, а также чувствительность кожи лица, слизистых оболочек глаза, ротовой полости, носоглотки.

Функции черепномозговых нервов по их физиологической значимости неравноценны. Одни нервы выполняют относительно

локальные задачи, например, обеспечение мимических движений, деятельность других, в основном входящих в систему органов чувств (зрения, слуха, вкуса, обоняния), имеет более важное значение для всего организма и психики человека.

Ниже приведено описание симптомов поражения тех черепно-мозговых нервов, которые могут выполнять функцию экстер-нальных знаков для распознавания разнообразных нарушений двигательных функций.



Рисунок 107 - Птоз
левого глаза

Глазодвигательный нерв (3-я пара) иннервирует 6 глазных мышц. Поражение ядер и мышц, вращающих глазное яблоко, а также мышц, поднимающих веко, приводит к развитию следующих нарушений.

Расходящееся косоглазие - «перетягивание» глаза кнаружи и вниз сохраненным тонусом мышц - антагонистов. Это вызывает у больного *диплопию* (двоение в глазах), которая может наблюдаться при взгляде прямо, при взгляде в сторону здорового глаза она усиливается еще резче.

Экзофтальм - выстояние глаза из орбиты - является результатом атонии парализованных мышц глаза и преобладания тонуса гладкой глазной мышцы, давящей на глазное яблоко со стороны глазницы.

Птоз - опущение верхнего века - вызывается параличом мышцы, поднимающей веко.

Поражение ядра глазодвигательного нерва наблюдается при полиоэнцефалите, поражение нерва - при базальном менингите, нарушении кровообращения, опухолях в области сильвиевого водопровода, энцефалите и т.д.

Отводящий нерв (6-я пара). При поражении отводящего



Рисунок 108 – Неврит
левого отводящего нерва

нерва возникает изолированный паралич наружной прямой мышцы глаза, что обуславливает *сходящееся косоглазие, ограничение движений глазного яблока кнаружи*. При поражении в области варолиева моста с вовлечением ядра отводящего нерва часто возникает *паралич взора* – невозможность содружественного поворота глаз. Паралич взора может возникнуть как при поражении коркового центра, так и при

поражении стволового центра взора. При поражении коркового центра становится невозможным поворот глазных яблок в противоположную сторону, они поворачиваются в сторону очага («смотрят на очаг»). При поражении мостового центра взора глаза «смотрят» в

сторону, противоположную очагу.



Рисунок 109 - Неврит
лицевого нерва

Клиника поражения лицевого нерва. Лицевой нерв (7-я пара) иннервирует мимические мышцы, мышцы ушной раковины, черепной крышки, заднее брюшко двубрюшной мышцы, шилоподъязычную мышцу и платизму. При поражении лицевого нерва возникает периферический паралич мимических мышц. При этом наблюдается *резкая асимметрия лица*: пораженная сторона неподвижна, складки лба и носогубные складки сглажены, глазная щель шире, угол рта опущен. При наморщивании лба на стороне паралича не образуются складки, при зажмуривании глаз остается несомкнутой глазная щель (*симптом Белла*) и видно отведенное кверху и кнаружи глазное яблоко, *логофталм* (неполное смыкание век).

При на- морщивании лба на стороне паралича не образуются складки, при зажмуривании глаз остается несомкнутой глазная щель (*симптом Белла*) и видно отведенное кверху и кнаружи глазное яблоко, *логофталм* (неполное смыкание век).

Кроме этого, отмечается ряд специфических признаков: отсутствие или неполное смыкание век при сильном слуховом раздражении (*симптом Брикнера*), нечеткое выполнение мимических движений по заданию в отличие от спонтанной мимики (*симптом Монрада - Крона*), невозможность изолированно закрыть глаз на больной стороне (*симптом Ревийо*). У больных отмечается асимметричный оскал зубов, затруднения речи, невозможность свистеть. При гипотонии мышц на стороне поражения лицевого нерва наблюдается *симптом паруса*: щека отдувается и как бы «парусит» в такт дыхания.

При двусторонней слабости мимических мышц лицо становится маскообразным (наблюдается при паркинсонизме). Односторонне выраженная слабость мимики встречается при опухолях зрительного бугра, нарушениях мозгового кровообращения.

Центральный паралич лицевого нерва часто сочетается с гемиплегией. Периферический паралич лицевого нерва возникает при нарушении кровообращения в варолиевом мосту, опухоли мостомозжечкового угла, травме височной кости, опухоли околоушной железы и т.д.

При поражении добавочного нерва (11-я пара) отмечается следующая клиническая картина: голова больного отклоняется в сторону (*кривошея*), надплечье опускается и отклоняется кнаружи от верхнего края лопатки. Расстройство проявляется *затруднением поднятия плеч и поворота головы в здоровую сторону*; при этом отмечается опущение плеча и отхождение нижнего края лопатки на стороне пораженного нерва.

Наблюдается при неврите, опухолях краниоспинальной локализации, травме шеи или основания черепа, клещевом энцефалите, полиомиелите, аномалиях основания черепа. Двусторонние поражения встречаются при полиневрите, полиомиелите, миопатии и миотонической дистрофии.

При поражении подъязычного нерва (12-я пара) развивается периферический паралич соответствующей половины языка с атрофией и истончением мышц. При двустороннем поражении развивается поражение всего языка, появляется *дизартрия (или анартрия)*, *затрудняется прием жидкости и пищи*. При центральном

параличе *язык отклоняется в сторону*, противоположную очагу поражения. Наблюдается при боковом амиотрофическом склерозе, нарушении кровообращения в продолговатом мозге, энцефалите, опухолях в области ствола мозга, травме основания черепа, бульбарном параличе.

Астазия - абазия - невозможность стоять и ходить при сохранности всех движений ног в положении лежа. При попытке поставить больного на ноги, он начинает шататься в разные стороны, делает ненужные движения, падает или стоит, крепко ухватившись за кровать, стул или другие предметы, и при этом не может совершать акт ходьбы.

Астазия - абазия может быть проявлением как органических, так и функциональных заболеваний нервной системы. Органическая астазия - абазия возникает при поражении лобных долей мозга, значительно реже - височных и теменных. При этом возникают и другие расстройства: парез взора, симптомы орального автоматизма, могут возникать различные по форме судорожные припадки, а также психические расстройства. Среди функциональных видов астазии – абазии, чаще встречающихся при истерическом неврозе, различают две основные формы. Первая характеризуется тем, что при попытке больного принять вертикальное положение ноги как бы «подкашиваются», сгибаясь в коленных суставах. При поддержке таких больных они сгибают ноги. Вторая форма характеризуется тем, что при попытке встать и ходить мышцы ног резко напрягаются.

Функциональная астазия - абазия может встречаться у психически больных (стертые формы описаны при депрессиях, ипохондрических состояниях), при этом неврологическое обследование не выявляет лобной, мозжечковой, заднестолбовой или лабиринтной атаксии. Ниже (таб. 9) приведены отличия функциональной и истерической формы астазии - абазии [20].

Таблица 9 - Дифференциальная диагностика астазии - абазии

<i>Клинические и экспрессивные признаки</i>	<i>Функциональная астазия - абазия</i>	<i>Истерическая астазия - абазия</i>
<i>Манера передвижения больного</i>	Больные испытывают досаду от того, что лишены возможности ходить, отсутствуют признаки демонстративности	При попытке ходить хватаются за кровать, стену, иногда совершают вычурные движения ногами, демонстрируют свою несостоятельность
<i>Отношение к расстройствам</i>	Активно стремятся к выздоровлению	Отношение эмоционально - нейтральное
<i>Наличие истерических черт</i>	Отсутствуют	Заметны
<i>Наличие других психических расстройств</i>	Присутствуют	Отсутствуют, кроме истерических

4.3 Нарушения координации

Координация (лат. *coordinatio* - упорядочение) движений - это правильное, соразмерное, точное выполнение движений, сохранение равновесия тела в покое и при движениях.

Координированные движения туловища и конечностей в целом согласованы, что обеспечивается притоком проприоцептивных импульсов (идущих от рецепторов мышц и сухожилий) и синхронной работой сложных систем, выполняющих интегративные функции. В координации движений принимают участие многие структурные образования мозга и, прежде всего, мозжечковая система, а также деятельность зрительного, вестибулярного, двигательного анализаторов.

Нарушение координации называется *атаксией*, сущность которой заключается в рассогласовании сокращений различных мышечных групп во времени, скорости, амплитуде и силе. Атаксия может проявляться как в форме распада («декомпозиции») двигательного акта, так и в виде «дефектного» сотрудничества отдельных мышечных групп, приводящих к избыточным движениям, а вследствие нарушений синергии позотонических и кинетических рефлексов приводить к нарушению равновесия. Движения больных при атаксии становятся неточными, несоразмерными, неловкими, не достигающими цели.

Признаки атаксии могут варьировать в зависимости от преимущественной локализации патологического процесса, а степень их выраженности зависит от характера болезни. Атаксия может быть одним из основных синдромов повреждения различных отделов коры головного мозга, ствола, мозжечка, вестибулярного аппарата, спинного мозга и периферической нервной системы.

Нарушения координации могут проявляться при стоянии (*статическая атаксия*), при выполнении различных действий (*локомоторная атаксия*) и при ходьбе (*атактическая походка*). В зависимости от поражения определенных структур мозга, выделяют следующие формы атаксии: мозжечковую, заднестволовую, вестибулярную, лобную, каждая из которых, наряду с общей атактической картиной, имеет свою клиническую и экспрессивную окраску [4].

Мозжечковая атаксия. Клинические и экспрессивные признаки этой формы атаксии зависят от места поражения мозжечка. При поражении червя мозжечка возникает статическая атаксия, нарушения походки и мышечная гипотония в конечностях. Поражение одного из полушарий мозжечка сопровождается нарушением координации и гипотонией конечностей на той же половине. При локализации процесса в верхней половине полушария мозжечка возникают нарушения координации и гипотония мышц преимущественно в руке на стороне очага, при локализации процесса в нижней половине полушария мозжечка те же нарушения отмечаются в нижней конечности на стороне очага поражения.

Мозжечковая атаксия возникает при опухолях и кистах полушарий или червя мозжечка, сосудистых заболеваниях, рассеянном склерозе, остро может возникать при инфекционно - токсических воздействиях, развивается при некоторых наследственно - дегенеративных заболеваниях.

Заднестолбовая атаксия обусловлена поражением задних столбов спинного мозга. Картина атаксии варьирует в зависимости от уровня и стороны поражения патологическим процессом. Чаще больной теряет способность выполнять элементарные действия (застегнуть пуговицу, самостоятельно сесть, пользоваться предметами обихода), в покое может совершать непроизвольные движения, напоминающие атетоз. Характерна походка: туловище слегка наклонено вперед, голова опущена, взгляд устремлен вниз. Больной высоко поднимает ноги и резкими сильными движениями опускает стопы при ходьбе (*«штангующая походка»*). Состояние сопровождается пошатыванием, которое усиливается при близком расположении стоп и тогда, когда больной закрывает глаза. Клиника заднестолбовой атаксии наблюдается при спинной сухотке в сочетании с синдромом Аргайл - Робертсона, анизокорией, миозом.

Лобная атаксия в отличие от мозжечковой проявляется на стороне, противоположной очагу поражения, сочетается с повышением мышечного тонуса по пластическому типу. Походка у больных резко не нарушается, иногда бывает *«лисья походка»*, когда больной не расставляет широко ноги, как при поражении мозжечка, а как бы перекрещивает их, оставляя след на одной линии.

Вестибулярная атаксия наблюдается при поражении вестибулярной системы. У больных, страдающих этой формой, при ходьбе туловище наклоняется в сторону поражения. Наряду с атактическим симптомокомплексом наблюдаются нистагм, снижение слуха или ощущение шума в ухе.

Четкая топическая локализация очага поражения у больных с атактическим синдромом затруднительна и поэтому требует тщательного неврологического обследования и анализа характеристик атаксии. Особое внимание рекомендуется обращать на симптомы, которые предшествуют развитию атаксии и проявляются в общей клинической картине.

4.4 Нарушения походки

Нарушение походки - заметный, бросающийся в глаза, экспрессивный элемент. Патологические формы походки отражают состояние позвоночника, общий жизненный тонус человека, силу мышц нижних и верхних конечностей, возникших в результате болезненных состояний мышечных зажимов. Оценка походки включает изучение и дифференциацию её моторных составляющих: координацию и устойчивость индивида во время передвижения, синергию движений ног и рук, положение ног при ходьбе, отклонение туловища в стороны, пластичность, общую композицию. Нарушения походки чаще возникают при поражении нервной системы на различных уровнях. Различают следующие варианты патологической походки.

Атактическая - напоминает походку пьяного - больной широко расставляет ноги, шатается.

Спастическая походка (при спастических парезах ног) - больной с трудом сгибает ноги в коленях и не отрывает их от пола вследствие напряжения мышц. Походка напоминает движения лыжника.



Табетическая (штампующая) походка - больной чрезмерно выбрасывает ноги и с силой ударяет пятками об пол, ноги передвигает под контролем зрения, покачиваясь из стороны в сторону.

Походка при паркинсонизме (микробазия) - больной ходит мелкими шагами, содружественные движения отсутствуют. Могут наблюдаться произвольные движения вперед (пропульсия), назад (ретропульсия), в стороны (латеропульсия).

Рисунок 110 -
Походка
Тодда

Астазия - абазия - невозможность стоять и ходить при отсутствии параличей, наблюдается при истерии и поражениях лобной доли.

Гемипаретическая походка - при ходьбе выпрямленная паретичная нога описывает полукруг.

Паретическая походка (при периферическом парезе ног) - больной медленно волочит ноги, ставит их неуверенно.

Петушиная походка - больной высоко поднимает ноги, чтобы не цеплять пальцами отвисающих стоп за землю.

Утиная походка - в связи со слабостью мышц тазового пояса больной при ходьбе раскачивается из стороны в сторону. Наблюдается при миопатии.

Походка Готда (при истерии) - больной волочит за собой ноги, держась руками за окружающие предметы.

4.5 Контрактуры

Контрактура (лат. *contraho* - стягиваю) - состояние, сопровождающееся сведением мышц и вынужденным положением конечностей с резким ограничением их подвижности в результате длительного сокращения мышц при параличе.

Контрактуры возникают в результате поражения головного или спинного мозга на различных уровнях и образования доминанты, обуславливающей состояние длительного напряжения и сокращения мышц. Выделяют несколько вариантов контрактур [7].



Рисунок 111 -
Контрактура с чрезмерным сгибанием пальцев при гемиплегии

Обычная гемиплегическая контрактура - контрактура, возникающая при пирамидных поражениях. Характеризуется неравномерным распределением паралича в различных мышечных группах: *на руке* поражаются мышцы, поднимающие плечо и лопатку, отводящие плечо, разгибатели кисти и пальцев; *на ноге* страдают мышцы, отводящие и сгибающие бедро, сгибатели голени и тыльные сгибатели стопы.

В результате развивается контрактура приводящих мышц плеча, пронаторов, сгибателей предплечья, кисти и пальцев руки и приводящих мышц бедра, голени и подошвенных сгибателей стопы.

Чаще встречается **контрактура типа Вернике - Мана**, которая характеризуется следующим положением: надплечье опущено, плечо приведено, предплечье пронировано^{**} и согнуто в локте под пря-



Рисунок 112 - Гиперпрона-
торная контрактура

мым и острым углом, кисть и пальцы согнуты во всех или только в межфаланговых суставах, бедро разогнуто и приведено, голень разогнута.

Гиперпронационная контрактура предплечья и кисти. При этой форме контрактуры гиперпронация предплечья и кисти бывает резко вы-

ражена и часто сочетается с разгибанием пальцев, иногда с чрезмерным сгибанием кисти и пальцев.

Гиперсупинаторная контрактура предплечья и кисти - в парализованной верхней конечности выявляется чрезмерная супинация предплечья и кисти. Контрактура сочетается с повышением тонуса в группе мышц - супинаторов. Развивается чаще в отдаленном периоде после инсульта.



Рисунок 113-
Гиперсупина-
торная
контрактура
кисти

Сгибательная гемиплегическая контрактура. Характеризуется сгибанием парализованной руки и ноги на стороне, противоположной очагу. Сгибание нижней конечности обычно сочетается с приведением ноги и достигает чрезмерной степени в позднем

периоде гемиплегии. Контрактура в парализованных конечностях возникает в раннем периоде, однако она постепенно развивается спустя 3-4 недели после инсульта.

Сгибательная контрактура нижних конечностей отмечается при поражении спинного мозга. Этому способствуют также раздражения на периферии, вызывающие развитие защитных рефлексов и закрепление защитно-рефлекторных сгибательных синергий. Она может развиваться также в результате поражения подкорковых узлов. Чрезмерное сгибание на парализованной стороне бывает выражено более четко в тех случаях, когда наряду с двигательным поражением имеется нарушение чувствительности и возникают болевые явления.

Сгибательная контрактура трех конечностей - контрактура



Рисунок 114 - Сгибательная контрактура кисти

тура двух парализованных конечностей на стороне, противоположной очагу, и нижней конечности на стороне очага поражения.

Квадриплегическая сгибательная контрактура - сгибательная контрактура четырех конечностей. Чаще возникает при двусторонней корково-подкорковой локализации процесса.

***Супинация** (лат. supinatio - опрокидывание) - вращение предплечья в локтевом суставе, при котором ладонь вращается вверх (кпереди), а большой палец - наружу; вращение стопы, при котором наружный край ее опускается, а внутренний поднимается.



Рисунок 115 - Указательная контрактура пальцев

****Пронация** (лат. pronatio - наклон вперед) - вращение вперед и внутрь. Вращение предплечья в локтевом суставе, при котором ладонь обращается вниз (кзади), а большой палец направлен внутрь; вращение стопы, при котором ее наружный край поднимается, а внутренний опускается.

ПРИЛОЖЕНИЕ А
(обязательное)
Фразеологизмы, выражающие
отдельные формы экспрессивного поведения

К фразеологизмам относят устойчивые сочетания слов, пословицы, поговорки, крылатые слова, описательные и аналитические обороты речи, составные термины и т.д., которые образно, метко и выразительно могут отражать разные стороны нашей жизни. Ниже приведены фразеологизмы, входящие в состав русского языка, которые, с нашей точки зрения, выражают разнообразные формы и элементы экспрессивного поведения человека.

Белая ворона - человек, резко выделяющийся чем - либо среди окружающих его людей, не похожий на них.

Бить поклоны - почтительно кланяться, приветствуя кого - либо, выражать чувство благодарности за что - то.

Бить через край - бурно, проявляться с неистощимой силой.

Божья коровка - тихий, безобидный, не умеющий постоять за себя человек.

Брать быка за рога - начинать действовать энергично и решительно.

Брать горлом - добиваться чего-либо криком, руганью.

Брать себя в руки - перебарывая порывы своих чувств, добиваться полного самообладания.

Бросает в краску - кому - либо становится стыдно, неловко.

Бросаться в глаза - привлекать к себе чье - то внимание.

Бросаться со всех ног - очень быстро, стремительно убегать, прибегать.

Будто муха укусила - неожиданно что - то случилось с кем - либо, настолько он необычен в своих поступках и действиях.

В нос - гнусавость, с носовым призвуком (говорить, петь, произносить).

Валиться с ног - приходя в полное изнеможение, не быть в состоянии держаться на ногах.

Продолжение приложения А

Валять дурака - дурачиться, паясничать, потешать грубыми выходками.

Валяться в ногах - униженно просить о чем - либо.

Вешать голову (нос) - приходить в уныние, отчаяние, огорчаться.

Вешаться на шею - приставать с ласками, усиленно добиваться взаимности или любви.

Вдохнуть свободно - почувствовать облегчение, освободиться от забот, обязанностей.

Вилять хвостом - прибегать к хитрости, уловкам, заискивать, подбостранно относиться к кому - либо.

Вне себя - в крайне возбужденном или раздраженном состоянии.

Во весь рост - выпрямившись, не сгибаясь (стоять, подниматься).

Во всю глотку - очень громко кричать, орать.

Вожжа (шляя) под хвост попала - кто - либо находится в резко выраженном неуравновешенном состоянии, проявляя упорство и самодурство.

Волк в овечьей шкуре - человек, прикрывающий свои дурные намерения маской добродетели, лицемер.

Волосы становятся дыбом - кого - то охватывает ужас.

Ворона в павлиньих перьях - человек, пытающийся казаться более важным, чем на самом деле, старающийся играть более важную, не свойственную ему роль.

Воротить нос - относиться с презрением, пренебрежением к кому - либо или чему - либо.

Воспрянуть духом - прийти в хорошее настроение, оживиться, преодолев чувство подавленности и уныния.

Воспрянуть ото сна - выйти из состояния апатии, подавленности, застоя.

Вскинуть глазами - устремить взгляд снизу вверх.

Выводить вензеля - лихо, замысловато отплясывать.

Выводить из себя - кого - либо приводить в состояние крайнего раздражения.

Вытягиваться в струнку - становиться на вытяжку.

Выходить из себя - приходить в состояние крайнего раздражения.

Продолжение приложения А

Глаза на лоб лезут - кто - либо приходит в состояние крайнего удивления, недоумения; испытывает сильную боль, испуг от чего - либо.

Глаза на мокром месте - кто - либо часто плачет, склонен плакать, готов заплакать.

Глаза разбегаются - кто - либо не может сосредоточиться, остановиться на чем - либо одном от разнообразия впечатлений.

Глаза разгорелись - кому - либо непреодолимо, страстно захотелось, хочется чего - либо.

Глаза слипаются - кого - либо клонит ко сну, мучительно хочется спать.

Глазом не моргнул - не задумался, не поколебался, не обнаружил признаков волнения, беспокойства, страха.

Глотать слезы - стараться сдерживать плач, рыдания.

Глотать слюнки - с завистью, с вожделением смотреть на что - либо заманчивое, соблазнительное, но недоступное.

Гнуть спину - унижаться, заискивать, раболепствовать.

Готов сквозь землю провалиться - острое желание исчезнуть, скрыться куда - либо от стыда, страха.

Грудь в грудь - вплотную.

Гусиные лапки - веерообразно расположенные морщинки около наружного угла глаза.

Давать волю рукам - драться, бить, избивать кого - либо.

Давать жару - сильно ругать, бранить кого - либо, расправляться с кем - либо, бить, громить кого - либо.

Давать по рукам - решительно пресекать какие - либо действия, предупреждая нежелательные последствия.

Давать по шапке - выгонять, прогонять от куда - либо, увольнять, снимать с должности.

Давать стрекача - пускаться наутек, стремительно, поспешно убежать.

Делать большие (круглые) глаза - выражать крайнее удивление, недоумение.

Делать веселую (хорошую) мину при плохой игре - скрывать свое огорчение, свои неприятности.

Продолжение приложения А

Делать вид - создавать видимость чего - либо, скрывать.

Делать кислую мину - выражать свое неудовольствие, огорчение.

Держать себя в руках (в узде) - сдерживать порывы своих чувств, подчиняя их своей воле.

Держать ухо остро - не доверяться кому - либо, быть очень осмотрительным, осторожным.

Держать язык за зубами - молчать, не болтать, не говорить лишнего; быть осторожным в высказываниях.

Для видимости - создавать обманчивое впечатление.

Доводить до белого каления - приводить в состояние иступления, полной потери самообладания.

Дурным голосом - истерично, истошно (кричать, орать, визжать).

Дутый пузырь - человек с преувеличенно положительной репутацией, не соответствующей тому, что он представляет собой на самом деле.

Дух захватывает - тяжело, трудно дышать от избытка чувств, сильных переживаний, каких – либо ощущений.

Душить в объятиях - крепко, горячо обнимать.

Едва на ногах стоит - очень ослаблен (обычно от болезни, усталости); сильно пьян.

Едва ноги волочит - очень медленно ходит, обычно от усталости или болезни.

Едва ноги несут (держат) - кто - либо очень устал, утомился, ослаб.

Есть поедом - изводить бесконечными попреками, замечаниями; непрестанно бранить.

Жевать жвачку - нудно, надоедливо повторять одно и то же.

Задирать нос - зазнаваться, важничать, чваниться.

Закрывать глаза - скрывать от кого - либо что - либо, умалчивать о чем - либо.

Запускать глаза - заглядывать, смотреть украдкой; проявлять корыстный интерес к чему - либо с целью завладеть, присвоить.

Застреть в горле - остаться невысказанным, недоговоренным.

Зуб на зуб не попадает - кто - либо дрожит от сильного холода или от сильного страха.

Продолжение приложения А

И бровью (глазом, ухом, носом) не повел - не обращает никакого внимания, ничем внешне не проявляет своего отношения к кому (чему) - либо.

Играть глазами - бросать выразительные взгляды, стремясь обратить на себя внимание, пробудить к себе интерес в ком - либо.

Извиваться ужом - льстить, угодничать, подхалимничать; изворачиваться, ловчить, хитрить.

Как будто аршин проглотил - держаться неестественно прямо.

Как будто муху проглотил - недоволен, имеет кислый вид.

Как будто ножом отрезал - резко, категорически сказал что - либо тоном, не допускающим возражений.

Как вкопанный - неподвижно, замерев на месте.

Как заведенная машина - ритмично, однообразно, беспрерывно, механически, не раздумывая.

Как из – под земли вырос - внезапно, неожиданно появился.

Как сонная муха - вяло, неторопливо, еле - еле (делать что - либо).

Как угорелая кошка - бессмысленно бегать, метаться.

Камень с души свалился - кто - либо испытывает чувство душевного облегчения, избавления от чего - либо гнетущего, тягостного, неприятного.

Кисейная барышня - изнеженный, не приспособленный к жизни человек.

Клевать носом - опускать голову, забывшись, задремав на мгновение.

Колоть глаза - попрекать, стыдить кого - либо; вызывать досаду, раздражение у кого - либо.

Красивый жест - нарочитый, преднамеренный поступок, рассчитанный на то, чтобы произвести хорошее впечатление.

Кровь бросилась в лицо - кто - либо покраснел от смущения, стыда, досады.

Крутить носом - выражать неудовольствие или пренебрежение, отказываться, упираться.

Лица нет - о человеке, который страшно побледнел, осунулся, изменился в лице (обычно от боли, ужаса, волнения).

Продолжение приложения А

Махнуть рукой - перестать обращать внимание, заниматься чем - либо или делать что - либо.

Медная глотка - кто - либо обладает способностью громко, долго петь, кричать, ругаться.

Мерить глазом (взглядом) - пристально, как бы оценивая, оглядывать.

Мозолить глаза - надоедать, досажать своим постоянным присутствием, не давать покоя постоянными жалобами, попреками, разговорами.

Мокрая курица - безвольный, бесхарактерный человек, размазня.

Мышиная возня - беготня, суета, сутолока, мелочные хлопоты, заботы, занятия.

Мышинный жеребчик - молодящийся старик, любящий ухаживать за молодыми женщинами.

На лице написано - по выражению лица ясно видно что - либо.

На одной ноге - очень быстро (сбегать, сходить, сделать что - либо).

Набрать в рот воды - хранить упорное молчание, ничего не говорить.

Навострить уши - приготовиться с напряженным вниманием и интересом слушать, прислушиваться; насторожиться.

Надевать (носить) маску - скрывать свою подлинную сущность, прикидываться, притворяться перед кем - либо.

Надувать губы - сердиться, обижаться, делая недовольное лицо; выражать неудовольствие, досаду.

Напускает на себя - старается показать себя важной и значительной персоной.

Наступить на горло - принуждать, притеснять, заставлять поступать определенным образом.

Не давать прохода - неотступно, назойливо преследовать просьбами, вопросами, разговорами.

Не дать шагу сделать - всячески сковывать, ограничивать, пресекать действия, поступки кого - либо.

Не отрывать глаз - пристально, внимательно, неотрывно смотреть на кого - либо или что - либо.

Продолжение приложения А

Не ударить лицом в грязь - не оплошать, не осрамиться, показать себя с лучшей стороны.

Ни жив, ни мертв - сильно перепуган, удручен, растерян.

Ни кровинки в лице нет - кто - либо очень бледен, побледнел.

Носить на руках - оказывать особое расположение, проявлять большое внимание к кому - либо; баловать, предупреждать все желания, выполнять прихоти.

Опускать руки - утрачивать способность или желание действовать, делать что - либо.

Отбиваться руками и ногами - противиться чему - либо, решительно, наотрез отказываться от чего - либо.

Отводить глаза - отвлекать внимание кого - либо от чего - либо, вводить в заблуждение, обманывать.

Падать в ноги (припадать к ногам) - умолять, просить кого - то о чем - либо.

Плевать в глаза - в резкой форме выражать крайнюю степень презрения, пренебрежения, неуважения к кому - либо.

Плясать под дудку - вести себя так, как угодно кому - либо, безоговорочно подчиняться кому - либо.

Повергать к стопам - полностью подчинять своей воле, власти, принижать; преподносить что - либо, выражая свою покорность, зависимость или просьбу.

Поворачиваться спиной - проявлять пренебрежение, безразличие, переставать обращать внимание на кого - либо.

Погладить по головке - потворствовать, потакать кому - то.

Под нос - очень тихо, невнятно (бормотать, бубнить, бурчать).

Поджилки трясутся - кто - либо испытывает сильный страх.

Поднимать голову - обретать уверенность в себе и в своих силах, начинать действовать активно, проявляя себя.

Подставлять ногу (ножку) - исподтишка с умыслом вредить, пакостить, строить каверзы.

Показывать когти - проявлять по отношению к кому - либо враждебность, нетерпимость, обнаруживать готовность дать отпор кому - либо.

Продолжение приложения А

Показывать кукиш в кармане - исподтишка угрожать кому - либо, осуждать кого - либо, не выражая явного неодобрения, неудовольствия.

Показывать пальцем - открыто, во всеуслышанье осуждать, порицать кого - либо или что - либо, обращать всеобщее внимание на кого - либо.

Показывать пятки - удирать, обращаться в бегство.

Показывать спину - отвернувшись, уходить, не желая объясняться, разговаривать с кем - либо, выражать невнимание и пренебрежение к кому - либо.

Положа (положив) руку на сердце - говорить (сказать, отвечать, заявлять) чистосердечно, откровенно, искренне.

Прикусить язык - замолчать, воздержаться от высказывания.

Прожужжать уши - надоест постоянными разговорами об одном и том же.

Развешивать уши - слушать с увлечением, с доверчивостью, заслушиваться.

Разводить руками - крайне удивляться, недоумевать; не знать, как поступать в затруднительных обстоятельствах.

Растерять глаза - не знать, куда или на что смотреть, на чем остановить свое внимание при обилии чего – либо.

Рвать и метать - раздражаться, неистовствовать, озлобляться.

Рвать на себе волосы - приходить в отчаяние, сильно досадовать, горевать.

Руки опускаются - пропадает всякое желание или способность действовать.

С глаз долой - прочь от себя, отсылать кого-либо.

С оглядкой - делать что-либо осторожно, осмотрительно.

С повинной головой (головушкой) - признавать себя в чем-то виноватым, раскаиваться в чем-либо.

Сбросить маску - обнаруживать свою истинную сущность, переставать притворяться.

Сверкать глазами - вглядываясь, выражать чувство гнева, раздражения.

Продолжение приложения А

Сквозь зубы - невнятно, неразборчиво говорить или шептать; с презрением, неудовольствием, как бы нехотя.

Складывать руки (сложить руки) - переставать действовать.

Склонять голову - признавать себя побежденным, сдаваться, уступать в борьбе; относиться с почтительным уважением к кому - либо.

Слепая курица - близорукий, плохо видящий человек.

Смеяться в бороду - тихо и незаметно, стараясь скрыть свой смех.

Смотреть в глаза - заискивать перед кем - либо, стараться угодить.

Смотреть в рот - очень внимательно и подобострастно слушать кого - либо.

Ставить (поставить) на колени - заставлять покориться, подчиниться.

Стиснув зубы - подавляя, преодолевая свои желания, сдерживая свои чувства (делать что - либо).

Стрелять глазами (глазками) - бросать короткие, быстрые взгляды; кокетливо, игриво поглядывать на кого - либо.

Строить из себя - прикидываться кем - либо, выдавать себя за кого - либо.

Умывать руки - уклоняться от участия, снимать с себя ответственность за что - либо.

Уносить ноги - поспешно уходить, убежать, исчезать.

Хвататься за животы - покатываться от смеху, сильно смеяться.

Ходить по струнке - трепетать, дрожать перед кем - либо, беспрекословно повиноваться, подчиняться кому - либо.

Хоть бы одним глазком - мельком посмотреть, взглянуть на кого-либо или что-либо.

Хоть волком вой - выражение отчаяния, бессилия, невозможности что-либо предпринять, чтобы выйти из безвыходного положения.

Хоть плачь - выражение отчаяния, бессилия, невозможности что-либо предпринять, что бы выйти из затруднительного, тяжелого или безвыходного положения.

Чесать в затылке - быть озадаченным чем-либо, ротозейничать (обычно во время работы).

ПРИЛОЖЕНИЕ Б
(обязательное)
Тест оценки мимических
выражений базовых эмоций



Рисунок 1



Рисунок 2



Рисунок 3



Рисунок 4



Рисунок 5



Рисунок 6



Рисунок 7



Рисунок 8



Рисунок 9



Рисунок 10

ПРИЛОЖЕНИЕ В**(обязательное)****Регистрационный бланк к тесту
оценки мимических выражений базовых эмоций**

ФИО _____

Возраст _____

Инструкция. Вам нужно внимательно рассмотреть рисунки (см. приложение Б), на которых отражены мимические выражения эмоциональных состояний, пережитых людьми в тех или других ситуациях. Их порядковый номер указан в первом столбике.

Во втором столбике даны названия эмоциональных состояний, которые тоже пронумерованы, но их порядковый номер не соответствует состояниям, изображенным на рисунках.

В третьем столбике Вы должны поставить номера названий тех эмоциональных состояний из списка эмоций, которые, по Вашему мнению, отвечают изображениям на рисунках.

<i>Номер рисунка</i>	<i>Список эмоций</i>	<i>Ваш выбор</i>
1	2	3
1	1 Презрение - пренебрежение	
2	2 Удивление	
3	3 Страх - ужас	
4	4 Интерес - волнение	
5	5 Чувства достоинства	
6	6 Зависть	
7	7 Раскаяние	
8	8 Удовлетворение - радость	
9	9 Радость	
10	10 Стыд	
	11 Сомнение	
	12 Отвращение	
	13 Горе	
	14 Злость - гнев	
	15 Чувство вины	
	16 Стыдливость	
	17 Страдание	

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абашеев - Константиновский А.Л. Моторные нарушения при шизофрении.- Киев, 1969.
2. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. - М.: Прогресс - Культура; Изд-во Агентства «Яхтсмен», 1995. - 608 с.
3. Бадалян Л.О. Детская неврология. - М.: Медицина, 1975.- 416 с.
4. Бадалян Л.О., Асланов А.М. Атаксия у детей. - Т.: Медицина, 1989. – 160 с.
5. Берон Р., Ричардсен Д. Агрессия. - СПб.: Питер, 1997.-336 с.
6. Боголепов Н.К. Клинические лекции по невропатологии. – М.: Медицина, 1971. - 432 с.
7. Боголепов Н.К. Нарушения двигательных нервов при сосудистых поражениях головного мозга. - М.: Медгиз, 1953. – 400 с.
8. Бодалев А.А. Личность и общение. - М.: Педагогика, 1983.- 273 с.
9. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. - М.: Медицина, 1984. - 288 с.
10. Вейн А.М., Голубев В.Л., Берзиньш Ю.Э. Паркинсонизм. – Рига, Зинанте: 1981. - 214 с.
11. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты).- М: ОО «Институт мед. маркетинга», 1997. - 304 с.
12. Виленский Б.С. Неотложные состояния в неврологии. - Л.: Медицина, 1986. - 304 с.
13. Дарвин Ч. О выражении эмоций у человека и животных. Сочинения, В 5 т. - М.: Изд-во АН СССР, 1953.- т. 5 – С.681 - 920.
14. Ершов П.М. Режиссура как практическая психология. - М.: Искусство, 1972. - 351 с.
15. Забродина Л.В. Соотношение вербального и невербального компонентов речи у больных афазией //Проблема патологии

речи: Тезисы Всесоюзного симпозиума. - М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии Минздрава РСФСР, 1969. - С. 36 - 37.

16. Златан Б.Д. Бред: клиника и лечение. - Кишинев: Штиинца, 1989. - 140 с.

17. Изард К.Э. Психология эмоций. - СПб.: Изд-во «Питер», 2000. - 464 с.

18. Илейко В.Р. Симуляция психических расстройств психопатическими личностями в судебно - психиатрической клинике: Автореф. дис... канд. наук: М., 1992. - 23с.

19. Каменева Е.Н. Шизофрения. Клиника и механизмы шизофренического бреда. - М., 1957. - 195с.

20. Камянов И.М. Невропатологические синдромы в психиатрической клинике: - Рига: Зинанте, 1989. - 188 с.

21. Карлов В.А. Эпилепсия. - М.: Медицина, 1990. - 336 с.

22. Китаев - Смык Л.А. Психология стресса. - М.: Наука, 1983. - 368 с.

23. Колпаков В.Г. Патологические формы поведения // Очерки по генетике поведения. - Новосибирск: Наука, 1978. - С. 56 -83.

24. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии. - К.: Здоров'я, 1990. - 215 с.

25. Крэйг Г. Психология развития. - СПб.: Изд-во «Питер», 2000. - 992 с.

26. Кудрявцев И.А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза. - М.: Юрид. лит., 1988. - С. 96 - 105.

27. Куприянов В.В., Сухаревский Л.М., Новинский Г.Д. Лицо больного: Атлас. - М.: Медучпособие, 1971. - 118с.

28. Куприянов В.В., Стовичек Г.В. Лицо человека: анатомия, мимика. - М.: Медицина, 1988. -272с.

29. Лангеймер И., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. - Прага: Авиценум, 1984. - 334 с.

30. Леонтьев А.А. Психология общения. - 2-е изд. - М.: Смысл, 1997. - 365 с.

31. Либина А. Психология современной женщины. - М.: ПЭР СЭ, 2001. - С. 94 - 126.

32. Лис А. Дж. Тики. - М.: Медицина, 1989. - 333 с.

33. Лоуэн А. Язык тела / Психосоматика. Взаимосвязь психики и здоровья: Хрестоматия. - Мн.: Харвест, 1999. - С. 385.
34. Майерс Д. Социальная психология. - СПб.: Питер, 1996. - 684 с.
35. Мацумото Д. Психология и культура. - СПб.: Прайм - Еврознак, 2002. - С.276 - 293.
36. Менинг О. Поведение животных: Вводный курс. - М.: Мир, 1982. - 359 с.
37. Микиртумов Б.Е., Гречаный С.В. Нарушение предречевого поведения у младенцев в условиях полной материнской депривации // Соц. и клинич. Психиатрия. – 2000. - № 1 - С. 19 - 20.
38. Морозов Г.В. Исключительные состояния // Судебная психиатрия: Рук - во для врачей. - М., 1988. - С. 340 - 353.
39. Наку А.Г. Аментивный синдром (клинико - экспериментальное исследование). - Кишинев: Изд-во «Картя Молдовеняскэ», 1970. - 211с.
40. Ниренберг Дж., Калеро Г. Читать человека - как книгу. - Мн.: ПП «МЕТ»; М.: АЗОТ «ЭКСМО», 1995. - С. 223 -265.
41. Панов Е.Н. Социализация и «язык» животных. - М.: Знание, 1980. - 31 с.
42. Панов Е.Н. Этология - ее истоки, становление и место в исследовании поведения. - М.: Знание, 1975 - 64 с.
43. Первомайский Б.Я. Инфекционные психозы. – Киев: Здоров'я, 1977. - 87 с.
44. Первомайский В.Б. Судебно - психиатрическая экспертиза: статьи (1989 - 1999). – Киев: Сфера, 2001.- С. 118 - 125.
45. Пиз А. Язык телодвижений. Как читать мысли других по их жестам. – Новгород: Ай Кью, 1992. - 262 с.
46. Плам Ф., Познер Дж. Б. Диагностика ступора и комы. - М.: Медицина, 1986. - 544 с.
47. Попадопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы. - М.: Медицина, 1975.
48. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1994.- 544 с.
49. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. - М.: Прогресс, 1979. - 391 с.

50. Рыбальский М.И. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации. - 2-е изд. - М.: Медицина, 1989. - 368 с.
51. Рыбальский М.И. Бред. - М.: Медицина, 1993. - 368 с.
52. Рюкле Х. Ваше тайное оружие в общении. Мимика, жест, движение. - М.: АО «Интерэкспорт», 1996. - 280 с.
53. Самохвалов В.П., Коробов А.А. Диагностика невербального поведения больных эндогенными психозами: Метод. рекоменд. - Симферополь, 1988. - 19с.
54. Сикорский И.А. Всеобщая психология с физиогномикой. Киев, 1912.
55. Сикорский И.А. Физиогномика в иллюстрированном изложении. / Читать человека - как книгу. - Мн.: ПП «Мет»; М.: АЗОТ «ЭКМО», 1995. - С. 5 - 219.
56. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. - Л.: Медицина, 1989. - 320 с.
57. Сухаребский Л.М. Патокинография в невропатологии и психиатрии. - М., 1936.
58. Сухаребский Л.М. Научно - исследовательская кинодокументация в клинике и эксперименте. // Объединенная сессия, посвященная памяти С.С. Корсакова. - М., 1955.
59. Сухаребский Л.М. Клиника мимических расстройств. - М.: Медицина, 1966. - 255с.
60. Терентьев Е.Н. Паранойя ревности. - Воронеж: Изд - во Воронеж. ун - та, 1982. - 192с.
61. Трубицына Л.В. Невербальные коммуникации в психотерапии // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1990 - №12 - С. 59 - 62.
62. Фелинская Н.И. Реактивные состояния в судебно - психиатрической клинике. - М., 1968. - 292с.
63. Фрумкин Я.П., Воронков Г.Л. Учебный атлас психиатрии. - Киев, 1962.
64. Холл Дж. Юнгианское толкование сновидений. Практическое руководство. - СПб.: Б.С.К., 1996. - 168 с.
65. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. - М.: Просвещение, 1988. - 207 с.

66. Щекин Г.В. Как читать людей по их внешнему облику. - К.: Украина, 1993. - 239 с.
67. Эй А. Шизофрения. - К.: Сфера. 1998. - 338 с.
68. Экман П. Психология лжи. - СПб.: Изд-во «Питер», 1999. - 272 с.
69. Юнг К. Архетип и символ. - М., Ренессанс: СП «ИВО - СиД», 1991. - 304с.
70. Юнг К. Человек и его символы. СПб.: Б.С.К., 1996. - 454 с.
71. Якобсен Л., Нильсен К.С. Переживший пытку - травма и реабилитация. - К.: Сфера, 1998. - 148 с.
72. Maslow A. H. Lesson from the Peak - Experiences. J. of Humanistic Psychology, 2, 1962.
73. Woodworth R. S., Schlosberg H. Experimental psychology. New York, Holt, 1955.