

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Реферат на тему:

Расстройства влечения и воли.

Выполнил: ординатор 1-го года обучения

Тимофеев А.С.

Руководитель: зав.кафедрой, д.м.н.

Березовская М.А.

- 1. Актуальность проблемы**
- 2. Функции, нейробиологический базис**
- 3. Формы нарушения влечения и воли**
- 4. Вывод.**
- 5. Список используемой литературы.**

Актуальность проблемы

Влечение — непосредственное переживание потребности (нужды) в чем-либо.

Потребности человека могут быть обусловлены как биологически (например, потребность в еде, сне, физическом комфорте, сексе и пр.), так и социально (потребность в любви, признании, самореализации и др.). В своих первичных биологических формах потребности имеют гомеостатический характер: побуждаемая ими деятельность направлена на достижение оптимального уровня функционирования основных жизненных процессов, он возобновляется при отклонении от этого уровня и прекращается при его достижении. Такие потребности направлены на сохранение жизни индивида и продолжение его рода, они могут иметь форму инстинктов, т.е. врожденных знаний о свойствах релевантных потребностям предметов и поведенческих актах, необходимых для их удовлетворения. Высшие (вторичные, социальные) потребности человека отражают его связи с социальными общностями разных уровней. При этом и биологические потребности человека, обусловленные физиологией его организма, отличаются от аналогичных потребностей животных, поскольку они не определяют полностью его поведения, а зависят от высших, специфически человеческих форм жизнедеятельности. Предпринималось множество попыток создать обобщенную систематику потребностей человека. Наиболее известной является иерархия потребностей А.Маслоу (1943 г.). Основная идея А.Маслоу была в том, что по мере удовлетворения наиболее простых, базовых потребностей у человека возникают другие, все более и более высокие.

Воля — способность человека действовать для достижения сознательно поставленной цели с преодолением при этом как внешних, так и внутренних препятствий.

В отличие от ситуативного поведения целенаправленная (произвольная) деятельность включает сознательную регуляцию. При этом собственно волевым поведение называют в тех случаях, когда сознательная регуляция произвольной деятельности подчиняет поставленной цели все имеющиеся в данный момент побуждения — усиливает те, которые связаны с целью, и подавляет прочие.

Выделяют четыре этапа волевого действия (С.Л.Рубинштейн):

- Возникновение влечения и первичная постановка цели (т.е. формулирование желания).
- Стадия обдумывания и борьба мотивов (взвешивание всех за и против, столкновение различных побуждений).
- Принятия решения, определение способов достижения поставленной цели и необходимых действий (формирование намерений).
- Исполнение, в том числе настойчивость и твердость в достижении цели.

Простые, привычные волевые акты, направленные на цели, не выходящие за пределы непосредственной ситуации, выполняются в «свернутом», упрощенном виде, тогда как сложные, непривычные требуют последовательного прохождения всех этапов. При этом в зависимости от конкретной ситуации, а также от психологического склада индивида те или иные стадии волевого действия могут приобретать больший или меньший удельный вес.

Следует отметить, что привычные, автоматизированные действия тоже могут быть целенаправленными и произвольными, хотя их выполнение и не требуют сосредоточения внимания.

На этапе борьбы мотивов большое значение приобретает мысленное построение будущей ситуации. Если в результате такого предвидения последствий своих действий возникают положительные эмоции, связанные с достижением желаемой цели и они сильнее имеющихся у человека текущих эмоциональных побуждений, то эти переживания склоняют индивида в пользу сознательно поставленной цели. Таким образом, настоящая ситуация, преломляясь в свете будущей, обретает новый смысл, что и определяет принятие решения в пользу волевого поступка.

Л.С.Выготский рассматривал волю как овладение собственным поведением, которое становится возможным благодаря использованию знаковых средств. Сначала знаки (в том числе речь) носят только внешний социальный характер: взрослые воздействуют с их помощью на ребенка. Но в последующем ребенок сам овладевает теми же средствами, при помощи которых другие направляли его поведение. Развитие воли начинается в раннем детстве и проходит длинный путь: возникновение действий, направленных на осуществление желания -> избирательные действия -> готовность поступить вопреки непосредственному эмоциональному побуждению -> понимание «правил» поведения и следование им и т.д. К началу школьного возраста ребенок уже сознательно ставит перед собой задачи и старается целенаправленно их выполнять. Постепенно в результате обучения и воспитания на основе непроизвольного внимания, памяти, ситуативных действий и т.п. формируются произвольное внимание, память, целенаправленное мышление и произвольные действия.

Функции и нейробиологическая основа эмоций.

Считается, что основное значение в формировании влечений, как и эмоций, имеет лимбическая система, а лобные доли коры больших полушарий головного мозга обеспечивают их реализацию и регуляцию, а также организуют произвольную деятельность.

Биологические влечения, связанные с нарушением гомеостаза в организме, формируются при участии гипоталамуса, который напрямую оценивает состав крови и спинномозговой жидкости.

Для формирования влечений существенное значение имеют также мозговые системы награды (вознаграждения) и наказания. Как уже отмечалось при описании нейробиологии эмоций, важное значение в функционировании системы награды имеют прилежащее ядро (*nucleus accumbens*), мезолимбический тракт и нейротрансмиттер дофамин.

Деятельность человека, в особенности произвольная, обеспечивается функцией лобных долей больших полушарий головного мозга («исполнительный» мозг). Если моторная кора (прецентральная извилина), содержащая пирамидные клетки, задействована непосредственно в осуществлении движений, то прочие (префронтальные) области лобных долей осуществляют организацию и регуляцию деятельности в целом. При этом разные отделы префронтальной коры выполняют разные функции, условно их можно разделить следующим образом:

1. Дорсолатеральная префронтальная кора (*dorso —* спина, *lateralis —* боковой, здесь оси изначально в отношении четвероногого животного, соответственно, это наружная поверхность префронтальной коры) — исполнительные когнитивные функции, т.е. произвольное внимание, рабочая память, абстрактное мышление, решение задач, планирование, постановка целей, предвидение, оценка хода выполнения действий и пр.
2. Орбитофронтальная кора (нижняя поверхность лобных долей) — принятие решений (в том числе основанных на эмоциях и влечениях), контроль и коррекция поведения, связанного с наградой и наказанием, социальные эмоции (эмпатия, стыд и т.д.) и пр.
3. Медиальная префронтальная кора (*medialis —* средний, расположенный ближе к средней поверхности, т.е. внутренняя поверхность лобных долей, включая дорсальную кору передней части поясной извилины) — поддержание состояния активности (поражение приводит к апатии и аспонтанности), оценка выполнения текущих процессов с выявлением конфликтов (несоответствий), регуляция эмоциональных реакций.

Патологические группы расстройства воли и влечений

К расстройствам влечений можно отнести значительное число состояний, в том числе связанных с зависимостями от психоактивных веществ, нарушением тех или иных социальных, но наиболее непосредственное значение в клинической практике имеют нарушения базисных, биологических, инстинктивных влечений:

- пищевого;
- полового;
- инстинкта самосохранения.

Нарушения этих влечений могут быть представлены в виде:

- усиления (растормаживания);
- ослабления или утраты;
- извращения, т.е. качественного изменения.

В связи с тем, что такие влечения возникают как отражение в психике биологических процессов, их нарушения могут быть связаны с:

- биологическими причинами (например, усиление или ослабление полового влечения связано с уровнем половых гормонов);
- различными психическими расстройствами (например, депрессия как эмоциональное состояние, изменяющее весь нервно-психический статус человека, в той или иной степени угнетает все биологические влечения); в этих случаях расстройства влечения являются вторичными по отношению к основным психическим расстройствам;
- собственно расстройствами, основным проявлением которых являются нарушения влечения (первичные расстройства влечений).

Кроме того, нарушениями, связанными с контролем над влечениями, являются:

- Импульсивные влечения;
- Навязчивые (обсессивные) влечения;
- Компulsive влечения (навязчивые действия).

К патологии воли относят ее:

- усиление — гипербулия;
- ослабление — гипобулия и абулия;
- извращение — парабулия, в том числе кататонический синдром.

Расстройства влечения

1. Пищевое расстройство

— Усиление: **булимия** (от греч. bus — бык, limos — голод) — патологически усиленный, чрезмерный, «волчий» аппетит, неутолимое чувство голода, «прожорливость». Может наблюдаться при органических поражениях головного мозга, в том числе иногда при тотальной деменции, в некоторых случаях при депрессивных состояниях, состояниях тревоги («стресса»), нервной булимии (повторяющиеся приступы переедания с чрезмерной озабоченностью контролем массы тела; эндокринных нарушениях).

— Извращение: **поедание несъедобного** (пика, (от лат. pica — «сорóка»), пикарцизм, парарексия). Поедание несъедобного — извести, мела, земли, волос, бумаги, мелких предметов и прочего — может наблюдаться у лиц, которые оказываются не в состоянии различить съедобные и несъедобные предметы (маленькие дети, люди с тяжелой умственной отсталостью, глубоким слабоумием), в качестве одного из вариантов импульсивных действий (у больных шизофренией, расстройствами личности), так и собственно при изменении влечений (у женщин во время беременности и детей при дефиците микроэлементов, эндокринных нарушениях, в стрессовых состояниях и др.). Сюда же можно отнести **избегание или ограничение приема отдельных видов пищи (избирательность в еде)**. Например, дети с расстройствами аутистического спектра иногда бывают крайне избирательные в еде, отказываются от любого нового блюда, особенно, если оно вызывает необычные вкусовые и тактильные ощущения (слишком твердое или, наоборот, жидкое, острое или, наоборот, пресное и пр.).

— Ослабление: **анорексия** (ан — отсутствие, от греч. orexis — желание есть, аппетит) — отсутствие чувства голода, утрата аппетита или преднамеренный отказ от пищи. Может быть причиной уменьшения количества съедаемой пищи или полного отказа от нее.

Виды:

- **Соматогенная анорексия** — при различных соматических заболеваниях: эндокринной патологии, опухолях — «синдром малых признаков» онкологических заболеваний, хронических интоксикациях, при старении и пр.

- **Психическая анорексия** — наблюдается при различных психических заболеваниях, в том числе при депрессии, кататонии и т.д.

- **Нервная анорексия** — самостоятельное расстройство, выражающееся в сознательном, преднамеренном ограничении в приеме пищи ради снижения массы тела, при этом похудение может достигать степени выраженной кахексии с возможным летальным исходом. В основе расстройства — дисморфофобия и/или дисморфомания с болезненной убежденностью в своей излишней полноте. Само влечение к пище может быть не снижено, а отказ от нее мотивирован лишь болезненными переживаниями с желанием похудеть. Может сопровождаться приступами булимии с последующей рвотой съеденной пищей.

В Международной классификации болезней 11-ого пересмотра (2019) приводятся следующие виды патологии пищевого поведения:

- Нервная анорексия (ИМТ <18,5 или -15% от возрастной нормы вследствие намеренного ограничения приема пищи или приемов, направленных на похудание; низкий вес тела является ключевым для самооценки или неправильно воспринимается как нормальный или даже избыточный). Может быть только рестриктивный паттерн (ограничение питания) или паттерн с перееданием-очищением. По потере веса выделяют три варианта: с потерей веса, с опасной потерей веса (ИМТ<14), с выздоровлением с нормальным весом.
- Нервная булимия (приступы неконтролируемого переедания больших объемов пищи (не реже 1 раза в неделю в последние месяцы) с компенсаторным поведением, направленным на недопущение повышения массы тела — вызывание рвоты, прием слабительного, клизмы и пр. Нет потери веса)
- Комппульсивное (психогенное/приступообразное) переедание [binge eating disorder] — (приступы неконтролируемого переедания больших объемов пищи (не реже 1 раза в неделю в последние месяцы) без компенсаторного поведения, но с дистрессом и чувством вины)
- Избегание-ограничение приема пищи (избегание приема пищи, не связанное с переживанием о полноте, при этом влекущее снижение веса тела или нарушения обмена веществ)
- Пика
- Руминационно-регургитационное расстройство

2. Половое влечение

- Усиление — гиперсексуальность: нимфомания (у женщин), сатириазис (у мужчин) — проявляется постоянной сексуальной неудовлетворенностью, эротическим фантазированием, непрекращающимися поисками новых партнеров, случайными половыми связями и в целом качественным изменением сексуального поведения, при котором сексуальность становится основной жизненной целью индивида. Может наблюдаться при маниакальных состояниях, умственной отсталости, органических поражениях головного мозга, эндокринной патологии, но также может быть и самостоятельным расстройством. В МКБ-10: повышенное сексуальное влечение (F52.7) и «неумеренная мастурбация» (F98.8). В МКБ-11: Комппульсивное расстройство сексуального поведения. Близкое — «сексуальная зависимость»
- Ослабление — гипосексуальность (гиполибидемия, у женщин — фригидность, «половая холодность») — снижение или утрата полового влечения, которое не является вторичным по отношению к другим сексуальным затруднениям (таким как отсутствие эрекции или боль во время полового акта). Может быть связано с депрессией и тревогой, органическими поражениями головного мозга, эндокринной патологией, хроническими интоксикациями (в том числе алкогольной и др.), может быть самостоятельным расстройством. В МКБ-11 выделяют: гипоактивная

дисфункция сексуального влечения, дисфункция сексуального возбуждения (у жен., у муж. — эректильная дисфункция), оргазмическая дисфункция (аноргазмия)

- Извращение — парафилии (от греч. para — около, мимо, philia — любовь, склонность). Термины «половые извращения», «перверсии» (от лат. perversiō — «переворачивание») — считаются устаревшими, так как в большей степени констатируют противоречие девиантных форм сексуального поведения господствующим стереотипам культуры. Сексуальная жизнь человека разнообразна и включает в себя множество вариаций по объектам, на которые направленно влечение, по особенностям реализации влечения и пр. Парафилиями будут считаться только те варианты, которые можно признать патологическими, т.е. устойчивые изменения сексуального влечения, которое ведет либо к субъективным страданиям самого индивида, либо к сексуальной дисфункции, либо к социальной опасности (за счет принуждения других). Наиболее частые варианты парафилий, выделены в МКБ-11:
- Эксгибационизм (периодически возникающая или постоянная тенденция неожиданно показывать свои половые органы незнакомым людям, обычно противоположного пола, что обычно сопровождается половым возбуждением и мастурбацией).
- Вуайеризм (периодически возникающая или постоянная тенденция подглядывать за людьми во время сексуальных или интимных занятий, таких как переодевание, что сочетается с половым возбуждением и мастурбацией).
- Педофилия (постоянное или преобладающее предпочтение половой активности с ребенком или детьми пубертатного возраста).
- Принуждающий (насильственный) садизм (средством получения возбуждения и наслаждения является причинение страданий партнёру без его согласия)
- Фроттеризм (сексуальное возбуждение и удовлетворение достигаются посредством трения половых органов через одежду о постороннего человека в местах скопления людей)
- Другие парафилии, вовлекающие лиц без их согласия или вызывающие дистресс

Констатация наличия нарушения сексуального влечения основана на выявлении отклонения от "нормального" сексуального влечения. Однако само понятие нормы в отношении сексуального поведения достаточно размыто и за прошедшие 100 лет претерпело значительные изменения. Так, если прежде одной из основных форм парафилий считался гомосексуализм, то в настоящее время гомосексуальное влечение воспринимается как вариант нормального сексуального влечения (если оно само по себе не вызывает значимый дистресс

у индивида), который не мешает удовлетворительной социальной адаптации индивида и не нарушает состояния психического здоровья. При этом еще несколько десятилетий назад в нашей стране и во многих европейских странах гомосексуальность не только признавалась болезненным влечением, но и любые действия, связанные с реализацией этого влечения, считались преступлением и наказывались тюремным заключением.

Парафилии могут быть как вторичными по отношению к тем или иным психическим заболеваниям (органическим заболеваниям головного мозга, шизофрении и пр.), так и самостоятельными расстройствами.

Кроме того, нельзя забывать про многообразие проявлений сексуальности и сексуальной жизни человека, включающих ряд уровней:

- Пол (гендер):
 - Биологический (генетический) пол
 - Гендерная идентичность (восприятие себя человеком определенного пола):
Её изменения: МКБ-10 (1990): транссексуализм; DSM-5 (2013): гендерная дисфория; МКБ-11 (2019): гендерная неконгруэнтность. Транс-, цисгендеры, небиранные
 - Полоролевое поведение (экспрессия) — соответствующее биологическому полу или нет
 - Сексуальная ориентация (предпочтение партнеров определенного пола):
Гетеро-, гомо-, би-, а- [не патология за искл. МКБ-10: эгодистоническая ориентация по полу]
 - Сексуальные предпочтения (в большинстве случаев — варианты нормальной сексуальной жизни, но включают и патологические варианты — парафилии)
 - Сексуальное функционирование: влечение, возбуждение, удовлетворение, эякуляция, другие функциональные аспекты
3. Нарушения инстинкта самосохранения
- Усиление — может отражаться в ипохондрических переживаниях (в основе страх смерти и/или болезней), идеях преследования и агрессивном поведении (как активное устранение опасности).
 - Ослабление — утрата потребности в чувстве безопасности, стремлении сохранить свою жизнь от действия угрожающих факторов, а иногда и активное стремление убить себя — суицидные попытки (попытки самоубийства).

По мотиву и реализации суицидной попытки выделяют три основных типа суицидального поведения:

- Истинный — основная цель в этом случае — лишить себя жизни, «уйти из жизни».

- **Демонстративный** — суицидная попытка совершается на глазах у окружающих для привлечения внимания и манипулирования их поведением; попытки подразумевают возможность спасения, но совершающий попытку может не рассчитать силы и действительно нанести себе серьезное увечье или умереть.
- **Скрытый** — в широком смысле сюда можно отнести любое аутодеструктивное поведение: пьянство, курение, отказ от медицинской помощи, пренебрежение правилами дорожного движения, непрофессиональное занятие экстремальными видами спорта и т.д.

В соответствии со стадиями волевого процесса выделяют 4 стадии в динамике суицида:

1. **Появление влечения** — случайные или преднамеренные мысли о смерти, в том числе о бессмысленности жизни («жизнь или смерть — одно и то же» и т.д.), о смерти как об избавлении от страдания («скорее бы умереть, надоело мучиться» — такие высказывания достаточно характерны в том числе для тяжелобольных, немощных пациентов с соматическими заболеваниями), желание умереть, но пока еще не связанное с добровольным уходом из жизни.
2. **Появление собственно мыслей о суициде**, обдумывание их, борьба мотивов — взвешивания за и против, отсылки к религии, социальным последствиям и пр.
3. **Формулировка намерений**, т.е. составление плана действий, обдумывание деталей.
4. **Исполнение** — непосредственно совершение суицидной попытки или попыток.

Степени нарушений влечения

1. **Обсессивное (навязчивое) влечение** - возникновение желаний, которые больной может контролировать в соответствии с ситуацией. Влечения, явно расходящиеся с требованиями эти-ки, морали и законности, в этом случае никогда не осуществ-ляются и подавляются как недопустимые.
2. **Компульсивное влечение** — более мощное чувство, по силе сравнимо с голодом, жаждой, инстинктом самосохранения.

Больные осознают извращенный характер влечения, пытаются сдержи-вать себя, но при неудовлетворенной потребности возникает невыносимое чувство физического дискомфорта - патологичес-кая потребность занимает столь доминирующее положение, что человек быстро прекращает внутреннюю борьбу и удовлетво-ряет свое влечение, даже если это связано с грубыми асоци-альными поступками и возможностью последующего наказа-ния (повтор-ное насилие, серийные убийства...)

3. Импульсивное влечение — неодолимое побуждение к совершению тех или иных действий, полностью овладевающее рассудком с одновременным подавлением любых иных стремлений, представлений, желаний, лишенное объяснения мотивов поступков.

Противоборство возникшему расстройству, понимание его противоестественности, сближают на какое-то время импульсивное влечение с влечением навязчивым. Однако в последующем борьба мотивов исчезает и импульсивное влечение реализуется. После реализации импульсивного влечения нередко испытывают чувство резкого душевного облегчения; некоторые больные говорят о появлении душевного покоя. Одновременно может возникнуть упадок физического и психического тонуса.

Импульсивные влечения возникают в форме единичного эпизода. В части случаев они повторяются неоднократно и в стереотипной форме.

Расстройства воли.

Как и влечения, волевая активность может быть усилена, снижена и качественно изменена (извращена).

1. Гипербулия (от греч. *hyper* — повышение, увеличение; *bule* — воля) — болезненно повышенная волевая активность. Проявляется чрезмерным стремлением к деятельности (зачастую вместе с повышенной двигательной и речевой активностью), настойчивостью в реализации своих идей и решений (даже совершенно нереалистичных), преодолением любых возникающих при этом преград. Может сочетаться с общим усилением влечений (например, при маниакальном синдроме), недостаточностью интеллектуальной проработки при принятии решений (к примеру, при расстройствах интеллекта), охваченностью какой-либо идеей (например, при сверхценных идеях и паранойяльном синдроме). Все это приводит к необдуманным, ненужным, а иногда вредным и опасным действиям.
2. Гипобулия — болезненно пониженная волевая активность, вплоть до ее полного отсутствия (абулии). Снижение или утрата поведенческой активности, нет стремления или попыток совершать что-либо, добиваться достижения каких-либо целей, реализации своих идей, своего личностного потенциала. Любые житейские препятствия становятся чрезмерными и надолго парализуют способность человека к каким-либо продуктивным действиям. Иногда про эти состояния говорят как о разрушении «волевого стержня личности», который в норме воедино скрепляет все психические процессы индивида, позволяет ему реализовывать себя в действии, свою индивидуальность.

В относительно легких случаях (гипобулия) человек в жизни «плывет по течению» — он не способен принимать важные решения, менять свою жизнь даже в неблагоприятных ситуациях, добиваться чего-либо сверх того, что уже имеет, а

иногда и удерживать то, что имеет (снижение социального статуса — «социальный дрейф»), он может попадать в зависимость от других более решительных людей, в целом свою волевою активность стремится свести к минимуму (в просторечье про таких говорят — безвольный, ленивый).

3. В более выраженных случаях (абулия) недостаток волевой активности проявляется в повседневной жизни (бытовых делах): по мере сокращения репертуара волевого поведения человек перестает работать (обычно встретив на работе какую-то трудность, которую он не в состоянии преодолеть, он увольняется), убираться в своем доме (квартиры таких больных могут находиться в совершенно антисанитарном состоянии), готовить еду (питается лишь наиболее простой, легкой в приготовлении пищей), следить за личной гигиеной (не причесывается, мужчины — не бреются, женщины — не красятся, не чистят зубы) и состоянием своего здоровья (не ищут лечения, не обращаются к врачам в случае заболеваний). В наиболее выраженных случаях такие пациенты большую часть времени проводят в постели в бездействии (если за ними никто не присматривает, а такое состояние длится долго, то обычно это очень грязная постель, у самих же пациентов могут образовываться пролежни — при том что никаких двигательных расстройств обычно нет, — может быть значительное похудение).

Гипо- и абулия могут наблюдаться в сочетании с общим угнетением влечений и идеомоторным торможением (например, при депрессии — в этом случае это временное, обратимое состояние), нарушениями планирования, праксиса, способности к самокритике (при грубых органических заболеваниях головного мозга, деменциях), при навязчивых явлениях (чрезмерно выражен этап борьбы мотивов, что парализует реальную деятельность, так называемая нерешительность), в рамках нарастающего дефекта при шизофрении (апато-абулический синдром).

Парабулии (от греч. *para* — рядом, вблизи, отклонение от чего-либо; *bule* — воля) — извращение, искажение волевой активности, в широком контексте сюда можно отнести многие расстройства, в более непосредственном сюда относят кататонический синдром.

Кататонический синдром (от греч. *katátonos* — напряженный) — психопатологический синдром, основным клиническим проявлением которого являются двигательные расстройства в виде состояний возбуждения и обездвиженности (ступора) с мышечным напряжением, которые носят немотивированный характер (не определяются ситуацией или другими психопатологическими синдромами).

Состояния кататонического возбуждения и ступора возникают аутохтонно, могут сменять друг друга достаточно быстро (иногда внезапно) и часто; носят функциональный характер (т.е. по миновании болезненного периода или на фоне лечения контроль над двигательной сферой полностью восстанавливается).

Кататония может быть люцидной («чистой», не сопровождается помрачением сознания) и онейроидной (сопровождается онейроидным помрачением сознания).

Прежде считалось, что кататония наблюдается преимущественно при шизофрении, но в настоящее время рассматривается, как транснозологический синдром, который может возникать при различных заболеваниях (аффективных, расстройствах нейроразвития, шизофрении, и пр.). Есть гипотеза, что кататония — измененный вариант аффекта страха, подтверждением чему является вовлеченность в патогенез кататонии ГАМК рецепторов.

Кроме состояний возбуждения и ступора для кататонии относительно характерны следующие симптомы:

- импульсивные влечения и действия;
- мутизм (немотивированный отказ от речи при сохранности речевого аппарата);
- негативизм (бессмысленное противодействие, немотивированный отказ от действий — пассивный негативизм — или выполнение противоположных действий — активный негативизм;
- двигательные и речевые стереотипии, вычурность движений и мимики;
- подражательные («эхо») симптомы: эхо-праксия (нелепое, немотивированное повторение действий окружающих), эхо-лалия (нелепое, немотивированное повторение чужих слов и фраз).

Кататонический ступор — обездвиженность с повышением мышечного тонуса.

Кататонический ступор может развиваться как достаточно быстро, так и постепенно, в этих случаях сначала появляются замедленность, угловатость движений, долгие застывания на одном месте и пр. (субступор). В дальнейшем выраженность ступора может усиливаться. Выделяют его виды или степени выраженности:

- — ступор с восковой гибкостью — повышение мышечного тонуса, из-за чего тело больного может длительное время сохранять неудобное положение, любое изменение позы сохраняется продолжительное время. Выделяют симптом каталепсии, или восковой гибкости, т.е. застывание пациента в преданной ему извне неудобной позе (обычно врач поднимает руку пациента вверх или в сторону), симптом «воздушной подушки» (из-за мышечного напряжения, которое в большей степени затрагивает мышцы сгибателей, пациенты лежат на спине в достаточно характерном положении — голова немного, на несколько сантиметров, приподнята над подушкой, это положение очень трудно удерживать в обычном состоянии, так как оно требует выраженного напряжения мышц, но больные с каталепсией могут сохранять его на протяжении многих часов);
- — ступор с негативизмом — мышечное напряжение нарастает, и более явно проявляются противодействия попыткам окружающих изменить

позу больного. Пациенты мутичны (не разговаривают), лежат без движения с закрытыми глазами, руки приведены к груди. Кулаки крепко сжаты. Обычно осмотр подобных пациентов, как и любых пациентов, нуждающихся в исключении неврологической симптоматики, начинается с попытки врача осмотреть зрачки, язык и далее ниже менингеальные рефлексы, тонус конечностей и пр. Однако при этом сразу обращает на себя внимание сопротивление пациентов — при попытке поднять веки они зажмуриваются, при попытке открыть рот — сжимают челюсти, не позволяют разжать их руки, причем видно, что сила мышечного напряжения и противодействия может нарастать при таких попытках врачей;

- — ступор с оцепенением — крайне выраженное мышечное напряжение, из-за преобладания тонуса сгибателей пациенты находятся в эмбриональной позе (т.е. с приведенными к животу коленями, прижатыми к груди руками).

Кататонический ступор представляет опасность для жизни пациента, так как в этом состоянии, без еды и питья и при отсутствии лечения, такой пациент может погибнуть.

Кататоническое возбуждение — немотивированное, бессмысленное, нецеленаправленное двигательное возбуждение.

Кататоническое возбуждение так же, как и ступор, может развиваться внезапно (в том числе как стремительный переход из состояния ступора. Например, пациент на протяжении месяца находился в состоянии выраженного кататонического ступора в психиатрическом стационаре, но в один момент внезапно вскочил, бросился бежать по коридору через все отделение, и, с силой ударив железную дверь, выбил ее), так и постепенно.

Виды кататонического возбуждения (степени выраженности):

- экстатическое — больные подвижны, много говорят, речь с патетикой, с оттенком экстаза, декламируют стихи и пр.;
- гебефреническое — преобладают дурашливость, нелепые, грубые шутки, неуместные, непристойные действия, немотивированная и необоснованная веселость;
- импульсивное — неожиданные, внезапные действия, часто разрушительного и агрессивного характера;
- немое — двигательное неистовство с агрессией и разрушительными действиями, направленными на себя и окружающих.

Вывод

Волевая и эмоциональная регуляция могут действовать в противоположных направлениях: воля может подавлять эмоциональную реакцию, например в случае возникновения утомления желание прекратить активность компенсируется волевым усилием и таким волевым качеством, как терпеливость; или, напротив, аффект может подавлять волю, например страх последствий может заставить прекратить начатую деятельность, вернуть ее на стадию борьбы мотивов. Но в других случаях между волей и эмоциями может быть синергия, к примеру эмоции, связанные с любопытством, сами могут стимулировать деятельность.

Волю человека характеризуют определенными качествами. Силой воли называют обобщенную способность преодолевать значительные затруднения, возникающие на пути к достижению поставленной цели (или иначе силу самоконтроля, используемую для подавления контрпродуктивных импульсов, мешающих достижению цели). К положительным волевым качествам относятся, к примеру, целеустремленность (сознательную и активную направленность личности на достижение определенного результата деятельности), выдержка и самообладание (умение сдерживать свои чувства и сиюминутные реакции, умение владеть собой и заставлять выполнять задуманное действие), настойчивость (стремление человека к достижению поставленной цели в сложных условиях), инициативность (способность предпринимать попытки к реализации возникших у человека идей), самостоятельность (способность осознанно и самостоятельно принимать решения), решительность (отсутствие излишних колебаний и сомнений при борьбе мотивов, своевременное и быстрое принятие решений) и т.д. К отрицательным волевым качествам относят упрямство (руководство не доводами разума, а личными желаниями, вопреки их несостоятельности), лень, пассивность, безынициативность, нерешительность, импульсивность (склонность принимать торопливые, необдуманные решения) и пр.

Источники литературы:

1. Психиатрический тезаурус. Ч.2: Основные психопатологические синдромы: руководство для врачей/ Б.С. Фролов, В.Э. Пашковский. - СПб.: СПбМАПО, 2016.
2. Психиатрия. Национальное руководство. Ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова, 2020
3. Психиатрия: справ. практ. врача/ под ред. А.Г. Гофмана. - М.: Медпресс-информ, 2017
4. Современная клиническая психиатрия: руководство, основанное на МКБ-10/ Ю.В. Попов, В.Д. Вид. - СПб.: Речь, 2016.
5. Руководство по психодиагностике: учеб. пособие для студентов и практ. психологов/ И.Н. Носс. - М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2017