



На правах рукописи

Дейч Роман Витальевич

**ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ УВЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:
ВАРИАНТЫ, ДИНАМИКА, СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ**

14.01.06 – психиатрия (медицинские науки)

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2012

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Сергеев Игорь Иванович

Официальные оппоненты:

Шевченко Юрий Степанович, доктор медицинских наук, профессор,
ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»
Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой детской и подростковой
психиатрии и психотерапии

Портнова Анна Анатольевна, доктор медицинских наук,
ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации, руководитель отдела неотложной психиатрии и помощи
при чрезвычайных ситуациях

Ведущая организация: ФГБУ «Научный центр психического здоровья»
Российской Академии медицинских наук

Защита состоится «23» *апреля* 2012 года в *12* часов на
заседании Диссертационного совета Д 208.44.01 при Федеральном бюджетном
государственном учреждении «Московский научно-исследовательский институт
психиатрии» Министерства здравоохранения и социального развития России по
адресу: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Московский
НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России по адресу: г. Москва, ул.
Потешная, д. 3.

Автореферат разослан «15» *марта* 2012 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
д.м.н., профессор



Довженко Татьяна Викторовна

2012А
8867

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы



Среди психопатологических образований детского и подросткового возраста до сих пор не вполне определены роль и место различных патологических увлечений. Несмотря на немалое количество публикаций, отражающих интерес психиатров к феноменам болезненных хобби, располагающихся на стыке психиатрии, психологии и педагогики, они до сих пор не получили единой оценки специалистов. Описаны разнообразные по содержанию патологические увлечения («странные увлечения», по Р.А. Наджарову (1965), «патологические хобби», по А.Е. Личко (1973), «духовные влечения», по Л.Б. Дубницкому (1977), включая «запойное чтение», по М.Ш. Вроно (1971) и др.). В.В. Ковалев (1989) относил односторонние, аффективно заряженные хобби к синдрому сверхценных интересов и увлечений в форме конкретной деятельности, подчеркивая их принадлежность к эволютивным рудиментам сверхценных идей у взрослых. Болезненные увлечения описаны у взрослых больных шизофренией (Морозов В.М., 1934; Hasenfus N. et al., 1976; Hermelin B. et al., 1989; Брагин Р.Б., 1995; Сергеев И.И., Малиночка С.А., 2008). Кроме того, они представлены в литературе как проявление декомпенсации расстройств личности преимущественно шизоидного круга (Kretschmer E., 1953, Сухарева Г.Е., 1959). Остается недостаточно освещенным вопрос о психопатологической квалификации и нозологической принадлежности болезненных хобби, их клинической дифференциации. Фрагментарно представлен анализ патопластических факторов, клиники и динамики патологических увлечений у детей и подростков (Скродский Ю.А., Личко А.Е, 1973; Мамцева В.М., 1974; Бесчасный А.А с соавт., 1994.). Вместе с тем, данная патология оказывает существенное негативное влияние на социальную адаптацию детей и подростков, что является особенно актуальным ввиду значительной распространенности патологических увлечений, а также появлением в последние годы их новых форм, в том числе компьютерной и Интернет-зависимости. Негативное влияние болезненных интересов, наряду с другими формами психической патологии детского и подросткового возраста, рассматривается как один из важнейших факторов формирования школьной

дезадаптации (Иовчук Н.М., Северный А.А., 1995; Сухотина Н.К., 1999; Безменов П.В., 2001). Вместе с тем, не существует единого мнения относительно влияния болезненных хобби на все аспекты социального функционирования больных, не сформирован и единый подход к проблеме коррекции этих состояний.

Цель исследования

Цель настоящей работы - клинико-психопатологическое изучение феноменологии, структуры и динамики патологических увлечений у детей и подростков для решения вопросов диагностики, прогноза и оценки уровня социальной дезадаптации.

Задачами исследования являлись:

1. Выделение признаков патологических увлечений у детей и подростков.
2. Определение условий, способствующих формированию патологических хобби.
3. Разработка вариантов структуры и содержания патологических увлечений в детстве и отрочестве.
4. Выяснение сравнительно-возрастных и клинико-динамических закономерностей болезненных хобби.
5. Оценка социально-дезадаптирующего влияния болезненных увлечений у детей и подростков.

Научная новизна исследования

Впервые проведено исследование болезненных хобби у детей и подростков с выделением их патологических признаков, определением условий их формирования, клиники, динамики, сочетания с другими психопатологическими расстройствами. Предложена дифференциация болезненных увлечений на основе их содержания и психопатологической структуры. Выделены доминирующие, сверхценные и сверхценно-бредовые патологические хобби, установлены закономерности их формирования. Определена рубрификация патологических увлечений. Систематизированы динамика, клинические особенности в разные периоды детства и отрочества, варианты сочетания с другими психопатологическими синдромами и заболеваниями. Изучено влияние на

социальную дезадаптацию детей и подростков с учетом клинических особенностей болезненных увлечений.

Практическая значимость исследования

Установлены признаки болезненных увлечений. Выделена группа индивидуальных и средовых факторов, способствующих формированию патологических хобби у детей и подростков, что должно содействовать совершенствованию их диагностики, терапии и дальнейшей реабилитации больных. Проведенное исследование негативного влияния патологических увлечений на социальную адаптацию поможет в разработке и оптимизации медико-педагогической коррекции и реабилитации больных, а также оценке клинического и социального прогноза.

Положения, выносимые на защиту

1. Патологические увлечения у детей и подростков, в отличие от нормальных хобби, характеризуются: особой напряженностью и устойчивостью болезненных интересов; тесной связью с другими психопатологическими проявлениями; дезадаптирующим влиянием; односторонностью, однобокостью содержания при ослаблении или утрате остальных интересов; низкой продуктивностью.

2. Имеет место ряд условий, способствующих формированию патологических увлечений: доманифестные личностные черты шизоидного, неустойчивого и истероидного круга, резидуально-органическая недостаточность головного мозга, провоцирующее влияние неблагоприятного социального окружения.

3. Патологические увлечения дифференцируются как по содержанию (интеллектуально-познавательные, творческие, конструирование, азартные, анималистические и культовые), так и по психопатологической структуре (доминирующие, сверхценные, сверхценно-бредовые) на основании преобладания тех или иных облигатных компонентов хобби - аффективного, идсаторного и влеченческого.

4. Патологические хобби характеризуются непрерывным либо приступообразным течением, а также прогрессирующим, стационарным либо

регрессирующим вариантами динамики. Сравнительно-возрастные особенности болезненных увлечений представлены инфантильностью, незавершенностью сюжетов, при этом их содержание и психопатологические проявления обнаруживают зависимость от возраста ребенка.

5. Выраженность нарушений адаптации при патологических хобби определяется их клиническим вариантом. Доминирующие увлечения вызывают умеренную социальную дезадаптацию больных, ограниченную рамками семьи. Сверхценные хобби характеризуются значительным дезадаптирующим влиянием, включающем и семейный, и школьный уровни. Увлечения сверхценно-бредового характера приводят к фактической инвалидизации больных.

Апробация работы

Материалы исследования доложены на ежегодной межкафедральной конференции «Ковалевские чтения», проводимой на базе кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО в г. Москве 9 ноября 2006 г. Диссертация апробирована на научной конференции кафедры психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 29.08.2011 г. (протокол № 1) и на заседании проблемной комиссии «Клинические и психологические проблемы детского и подросткового возраста» ФГБУ «Московский Научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (протокол № 77).

Внедрение в практику

Основные результаты исследования внедрены в лечебно-диагностическую деятельность ГКУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков» Департамента здравоохранения г. Москвы, используются в обучении клинических ординаторов, интернов, аспирантов и повышении квалификации преподавателей медицинских вузов на кафедре психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Публикация материалов исследования

По материалам диссертации опубликовано 8 работ, в том числе, 3 статьи в журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации, список которых приведен в конце автореферата.

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 164 страницах машинописного текста и состоит из введения, 6 глав («Обзор литературы», «Материалы и методы исследования», «Патологические признаки и условия возникновения болезненных увлечений», «Клиническая дифференциация патологических хобби», «Динамика, сочетание с другими психическими расстройствами», «Нарушения социальной адаптации»), заключения, выводов. Работа содержит 22 таблицы и 3 клинические иллюстрации. Указатель литературы включает 265 наименований (из них 151 отечественных и 114 иностранных источников).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена на базе ГКУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков» Департамента здравоохранения г. Москвы (ранее - Детская Психиатрическая Больница №6), главный врач – д.м.н. Е.Л. Усачева. Данный стационар является специализированным учреждением психиатрического профиля для детей и подростков. Методом случайной выборки обследовано 62 больных (46 мальчиков и 16 девочек). В исследование включены пациенты в возрасте от 4 до 16 лет, в клинической картине, а также в анамнезе которых ведущее или существенное место занимали патологические увлечения. При отборе материала были использованы и усовершенствованы критерии патологических хобби, предложенные ранее рядом авторов (Косачев А.П., 1975; Дубницкий Л.Б., 1977; Simeoni С.Е. et al, 1980; Исаченкова М.П., 1986; Личко А.Е., 1989; Голик А.Н., 1991; Брагин Р.Б., 1995; Малиночка С.А., 2008) - доминирование в сознании, односторонность увлечений, их яркая аффективная окраска, непродуктивность, а также стойкость и неизменность. Из выборки исключались больные с выраженной соматической или неврологической патологией. Ведущим методом исследования являлся клинко-психопатологический. Кроме того, применялись анамнестический, клинко-

катамнестический, и клинико-статистический методы. В 43,0 % случаев был прослежен катамнез при повторном или многократном стационарировании, сроки катамнестического обследования составляли от 1 до 4 лет после первичного обращения. Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета Statistica 6.0 (StatsoftInc.). Число мальчиков значительно преобладало над количеством девочек (72,6 % и 27,4 % соответственно). Начало болезненных хобби приходилось на возраст от 2 до 13 лет, в среднем составляя значение $8,5 \pm 3,6$ года. Максимальное количество случаев дебюта болезненных хобби зарегистрировано в возрасте 9 - 12 лет. Большинство обследованных больных на момент формирования патологических хобби обучались в школе (74,2 % наблюдений), вместе с тем, 9,7 % больных посещали различные дошкольные учреждения, 16,1 % детей воспитывались дома. В 19,3 % случаев анамнестические данные указывали на повторные эпизоды патологических увлечений в прошлом. Количество таких эпизодов составляло от одного до трех. Длительность существования болезненных хобби варьировала от 4 месяцев до 11 лет, при среднем значении $3,4 \pm 2,7$ лет. Патологические увлечения у детей выявлены при различных психических расстройствах, которые стали причиной госпитализации в психиатрический стационар. Большинство наблюдений (69,3 %) отнесено к заболеваниям «шизофренического спектра» - шизофрении (40,3 %), шизотипическим расстройствам (29,0 %). Вместе с тем, у 30,7 % выявлены психические нарушения иной природы – органическое поражение головного мозга (12,9 %), легкая умственная отсталость (8,0 %), расстройства личности по шизоидному (6,5 %), диссоциальному, истероидному типу (в совокупности 3,2 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сложность отграничения болезненных увлечений от нормальных хобби детского возраста определялась не только недостаточной четкостью клинических различий, но и тем фактом, что их направленность и содержание были сходными. Сюжеты болезненных хобби, преимущественно, носили вполне заурядный характер: увлечение животными или растениями; компьютерными и видеоиграми; одним из видов транспорта; техническими приборами; увлечения, связанные с «кумиром» - любимой музыкальной группой, исполнителем, спортивной

командой; самообразование. Выделены как облигатные, так и факультативные признаки патологических увлечений. К облигатным были отнесены: 1) Напряженность и устойчивость интересов. Своеобразная «охваченность» детей своим увлечением, напряженность интереса к той или иной области, которая характеризовалась особой устойчивостью, отмечалась во всех наблюдениях, представляя собой стержневой симптом болезненных увлечений. Дети занимались излюбленным хобби часами, стараясь использовать все свободное время: проводили целые дни за компьютерными играми, совершали многочасовые ежедневные прогулки, рисовали бесчисленные схемы, с утра до вечера искали детали в мусорных контейнерах и т.д. При этом напряженный интерес к хобби не угасал в течение многих месяцев или лет. 2) Сочетание с другими психическими расстройствами. Патологические увлечения в 100 % наблюдений сосуществовали с различными психопатологическими синдромами: формирующимися расстройствами личности; патологическим (бредоподобным) фантазированием; аффективными расстройствами; рудиментарными галлюцинаторно-бредовыми, кататоническими расстройствами; негативной эндогенной симптоматикой; нарушениями инстинктивной деятельности. 3) Нарушение социальной адаптации ребенка разной степени выраженности. Деадаптирующее влияние болезненных хобби отмечено в подавляющем большинстве наблюдений (96,7 %). Нарушения поведения, возникающие у детей с болезненными хобби, отличались разнообразием проявлений и сочетались иногда с асоциальными, агрессивными или аутоагрессивными действиями.

Помимо облигатных симптомов, выделены факультативные признаки патологических увлечений, представленность которых в различных клинических группах составляла от 79,1 до 83,9 %: 1) Низкая продуктивность. Малая продуктивность болезненных хобби выявлена в 83,9 % наблюдений. Несмотря на узкую направленность интересов и многочасовые занятия, такие большие обнаруживали, в целом, малую осведомленность в излюбленной области. Многочисленные чертежи, модели, рисунки характеризовались поверхностностью, инфантильностью, несоответствием задуманному сюжету, иногда нелепостью. Низкий уровень познаний резко контрастировал со временем, затрачиваемым на

«изучение» предмета больными, а также с заявлениями детей о «главном увлечении» или «основном деле жизни». 2) Однобокость содержания, ослабление или утрата остальных интересов. Патологические увлечения характеризовались также отчетливой односторонностью, монотематичностью (79,1 % наблюдений). Если в процессе формирования хобби интерес к определенной тематике преобладал над остальными увлечениями ребенка, то постепенно все внимание больного концентрировалось вокруг объекта увлечения, зачастую полностью вытесняя прочие занятия. Сформировавшееся патологическое хобби наносило ущерб и повседневным занятиям - общению с родителями и сверстниками, играм, просмотру телепередач и фильмов или прогулкам.

При ретроспективном анализе условий, способствовавших развитию болезненных хобби, проведена оценка выявленной психопатологической наследственности, патологии перинатального и раннего возрастного периода, имевшихся дизонтогенетических проявлений, а также личностных особенностей больных, микросоциального окружения. Выделены 2 группы таких условий - индивидуальные и средовые. К индивидуальным, которые установлены в 91,9 % наблюдений, отнесены биологические характеристики (психопатологическая отягощенность по психическому заболеванию, фоновая резидуально-органическая патология, соматическая ослабленность детей) и нарушения развития (отклонения в интеллектуальном развитии, дисгармонии формирования личности). Психопатологическая отягощенность в первой линии родства выявлена в 56,5 % наблюдений и представлена широким кругом диагностических рубрик. Семейный анамнез был отягощен, преимущественно, шизофренией и расстройствами личности шизоидного круга; алкоголизмом, эпилепсией. Признаки резидуально-органической недостаточности установлены у 69,4 % больных и проявлялись негрубыми церебрастеническими стигмами. Соматическая отягощенность в период возникновения болезненных увлечений выявлена у 27,4 % больных и была представлена разнообразной острой и хронической соматической патологией, при этом преобладала общая соматическая ослабленность с частыми респираторными инфекциями («часто болеющие» дети). Нарушения темпа психического развития отмечены у 59,7 % больных. Выявлены как ретардация (24,2 %), так и асинхрония

развития (35,5 % наблюдений), при этом случаев акселерации психического развития отмечено не было. У преобладающего числа больных (77,4 %) установлены доманифестные дисгармонии формирования личности с преобладанием шизоидных (46,8 %), неустойчивых (12,9 %), истероидных (11,3 %) или эпилептоидных (6,5 %) черт. К средовым особенностям, сопутствующим формированию патологических хобби, отнесено провоцирующее влияние неблагоприятной микросоциальной обстановки (родителей, сверстников, знакомых), а также необычное сочетание обстоятельств, непосредственно стимулирующее интерес ребенка к определенной тематике. Чаще начало увлечений носило аутохтонный характер, без видимой связи с событиями либо прежними интересами (75,9 % случаев). Вместе с тем, в 24,1 % наблюдений хобби возникло в результате какого-либо внешнего воздействия: знакомства с другими увлекающимися детьми или стимуляции интереса ребенка родителями (9,6 %), случайного события, вызвавшего интерес к определенной теме или предмету (14,5 % больных). Выделено 6 вариантов болезненных увлечений в зависимости от их содержания (Таблица 1): интеллектуально-познавательные, творческие, конструирование, азартные, анималистические и культовые.

Таблица 1. Содержание патологических увлечений

ГРУППА	СЮЖЕТЫ ХОББИ	Общая группа n=62	
		абс.	%
Конструирование	Радио- и электротехника, транспортные средства	16	25,8
Анималистические	Животные и растения	13	21,0
Интеллектуально-познавательные	Счет и цифры, чтение и самообразование	10	16,1
Творческие	Рисование, лепка, написание рассказов	10	16,1
Азартные	Компьютерные игры	7	11,3
Культовые	«Кумиры», «вампиризм», «толкиенизм»	6	9,7
ВСЕГО		62	100,0

Группа патологических хобби, связанных с конструированием (25,8 % больных), включала увлечения радиоэлектроникой, бытовой техникой, транспортом или отдельными техническими приспособлениями. Поведение больных определялось стремлением накапливать, носить с собой, разбирать и конструировать технические приспособления (например, радиотехнику или механические изделия) или их изображения, совершать бессмысленные поездки на определенных видах транспорта. Ко второй по численности (21,0 %) группе анималистических хобби отнесены увлечения животными и растениями. Больные большую часть времени посвящали общению с определенным видом животных (например, с кошками, собаками, лошадьми). Они стремились постоянно находиться среди животных, проводили дни в питомниках, приютах для бездомных животных - подкармливали, приводили домой, подолгу выгуливали их. К группе интеллектуально-познавательных (16,1 % наблюдений) относились хобби, направленные на самообразование, накопление информации в какой-либо узкой области знаний. Так, при увлечениях, связанных с изучением какой-либо научной дисциплины (математики, биологии) или определенного явления природы (например, землетрясений), больные занимались чтением учебников, энциклопедий, руководств, выполнением различных письменных заданий, составлением конспектов и т.д. Патологические хобби творческой направленности, которые выявлены у 16,1 % больных, включали в себя написание стихов и рассказов, киносценариев, рисование, лепку, изготовление поделок и т.д. Дети проводили многие часы за рисованием картин, изображающих сюжеты или героев мультфильмов, популярных детских фильмов и книг. К группе азартных (11,3 %) отнесены увлечения, связанные с различными компьютерными и видеоиграми. Больные стремились проводить время за домашним компьютером или в компьютерных клубах. Поглощенные своим хобби, дети зачастую отказывались от еды, засиживались до поздней ночи или не возвращались домой почевать. Культовые хобби составили самую малочисленную группу (9,7 %). К ним отнесены увлечения, связанные с определенной подростковой субкультурой, культовой спортивной командой или популярным исполнителем. Так, при

патологических увлечениях «вампиризмом», больные стремились копировать внешний вид и поведение вампиров (совершали длительные ночные прогулки, посещали кладбища) пили жидкости, напоминающие по цвету и консистенции кровь. При хобби, связанных с популярными музыкальными исполнителями больные проводили время в прослушивании их композиций, накапливали соответствующую атрибутику, вырезки из журналов и газет, стремились как можно чаще бывать на их концертах.

При психопатологическом анализе болезненных увлечений проводилась оценка их облигатных компонентов – аффективного, идеаторного и влеченческого. Аффективный компонент выявлен у 56,5 % больных и был представлен особой эмоциональной заряженностью хобби, которая проявлялась отчетливым оживлением, радостью и удовольствием при занятии любимым делом, а также при простом упоминании о предмете увлечения. При попытках ограничения занятий любимым хобби (например, со стороны родителей), аффективный компонент патологических увлечений проявлялся в возникновении бурных протестных реакций с криком, плачем, а зачастую, и опасными действиями и поступками. Идеаторный компонент (35,5 % наблюдений) проявлялся в форме узконаправленной, тесно связанной с объектом хобби деятельностью познавательного характера. У таких больных отмечался интерес к поиску и накоплению сведений об объекте увлечения - устройстве транспортных средств, схемам радиоэлектроники, чертежам машин и т.д. Компонент болезненно усиленного влечения к конкретной деятельности был представлен наиболее широко (90,3 % больных), составляя основу патологических увлечений. Больные испытывали элементарное, и вместе с тем, выраженное стремление заниматься определенным хобби. Данный компонент был выражен даже в тех случаях, когда увлечение больного характеризовалось малой идеаторной разработкой интереса и относительно слабой аффективной заряженностью.

Степень выраженности компонента влечений, проявлявшаяся в «охваченности» больных своей деятельностью, как и других составляющих, обнаружила значительную вариативность (Таблица 2). Это послужило основанием

для клинического разделения всех случаев патологических хобби на 3 варианта: «доминирующие», «сверхценные» и «сверхценно-бредовые».

Таблица 2. Соотношение облигатных компонентов патологических увлечений в трёх клинических вариантах

Клинический вариант / Компоненты	Степень выраженности	I Доминирующие n=37	II Сверхценные n=19	III Сверхценно-бредовые n=6
Аффективный	сильная	8 (22,5)	11 (58,1)	5 (83,3) (p < 0,05)**
	слабая	29 (77,5) (p < 0,05)**	8 (41,9)	1 (16,7)
Идеаторный	сильная	27 (72,2) (p < 0,05)***	12 (63,2) (p < 0,05)	5 (83,3)
	слабая	10 (27,8) (p < 0,05)**	7 (36,8)	1 (16,7)
Влеченческий	сильная	21 (56,8) (p < 0,05)**	6 (31,8)	4 (66,6)
	слабая	16 (43,2)	13 (68,2)	2 (33,3)

* - в сравнении с группой I; ** - в сравнении с группой II; *** - в сравнении с группой III

Болезненные увлечения, отнесенные к группе доминирующих, преобладали в общей группе больных (37 наблюдений - 59,7 %). Они характеризовались выраженным, устойчивым и длительным интересом к объекту хобби. Для них было типичным преобладание идеаторного и влеченческого компонентов (у 72,2 % и 56,8 % больных данной группы соответственно), при относительно малой представленности аффективного компонента (у 22,5 % больных). Помимо общих признаков, свойственных патологическому характеру увлечений, им были присущи следующие особенности: 1) принципиальная возможность коррекции – дети прекращали заниматься излюбленным хобби при повторных запретах со

стороны родителей, изменении места жительства, госпитализации; 2) относительная продуктивность - патологические хобби в ряде случаев приводили к накоплению запаса знаний в избранной области, специальной литературы, формированию коллекций и т.д.; 3) способствовали развитию семейной дезадаптации - вызывали конфликты с близкими, отказ выполнять обязанности по дому, проводить время с семьей, однако больные при этом продолжали посещать школу, как правило, справляясь с учебой. Патологические увлечения, отнесенные к группе сверхценных выявлены у 19 больных (30,6 %). Для них было типичным преобладание идеаторной (63,2 %) и аффективной составляющих (58,1 %) над компонентом болезненно усиленного влечения (31,8 %). Кроме того, им были свойственны: 1) особая аффективная заряженность в сочетании с болезненным стремлением к соответствующему занятию - попытки отвлечь ребенка сопровождались яркими, аффективно насыщенными протестными реакциями с плачем, злостью, яростью; 2) доминирование хобби в психической жизни больного - они во многом занимали его мысли, в значительной степени определяли поведение; 3) почти полный отказ от наиболее естественных в детском возрасте занятий (таких как общение со сверстниками, прогулки, просмотр телепередач, фильмов, игр); 4) возможность частичной коррекции поведения - при запрете или невозможности заниматься любимым делом больные могли временно отвлечься, при попытке переубеждения выказывали формальную критику к своему поведению; 5) низкая продуктивность; 6) значительная социальная (семейная и школьная) дезадаптация (вплоть до невозможности жить в семье из-за регулярных конфликтов, частых прогулов школьных занятий, отказов от выполнения домашних заданий). Патологические хобби с наибольшей охватченностью, сопровождавшиеся нарушениями субпсихотического или психотического уровня и особенно выраженной дезадаптацией, составили самую малочисленную группу - сверхценно-бредовую (6 больных - 9,7 %). Для данной группы была типичной относительно равномерная выраженность всех компонентов патологического увлечения - аффективного, идеаторного и влеческого. Кроме того, им были свойственны следующие признаки: 1) возникновение на основе имевших место доминирующих, сверхценных хобби -

разработка бредовой фабулы полностью или частично соответствовала характеру увлечения; 2) поведение больного полностью определялось фабулой сверхценно-бредового симптомокомплекса; 3) невозможность коррекции, переубеждения; 4) полная непродуктивность; 5) грубая социальная дезадаптация ребенка (включая необходимость регулярных госпитализаций, невозможности обучения).

При комплексном ретроспективном анализе динамики патологических увлечений оценивались как тип их течения (непрерывный и приступообразный), так и прогрессивность (стационарный, прогрессирующий, регрессирующий варианты). При непрерывном типе течения (77,4 %) у больных выявлены однократные эпизоды патологических увлечений, варьирующие по длительности. Приступообразный тип установлен у 22,6 % больных, отмечены два или более эпизода болезненных хобби, также варьирующих по длительности. Максимальная продолжительность приступообразных патологических увлечений составила 4 года, средняя продолжительность – $2,2 \pm 2,6$ лет. При прогрессирующем варианте динамики (35,5 % наблюдений) обнаружена интенсификация патологических увлечений, их усложнение с углублением регистра поражения. Прогрессирующая динамика установлена во всех наблюдениях сверхценно-бредовых увлечений, значительно преобладала в группе сверхценных (84,2 %) и не была выявлена в группе доминирующих патологических увлечений. При более распространенном (54,8 % больных) стационарном варианте патологические хобби обнаружили значительную устойчивость структуры и содержания. Стационарный тип динамики преимущественно встречался при доминирующих (86,5 %), значительно реже - при сверхценных патологических хобби (10,4 %). Регрессирующий вариант динамики был выявлен у незначительной части больных (9,7 %). При данном варианте, после непродолжительного стационарного течения отмечено частичное ослабление клинических проявлений со снижением актуальности болезненных интересов, расширением сферы нормальных увлечений больных, повышением уровня социализации. Практически все наблюдения с регрессирующим течением отнесены к патологическим хобби доминирующего характера (13,5 % случаев

данной группы). Прослежены особенности клинической структуры патологических увлечений в зависимости от возраста ребенка (Таблица 3).

Таблица 3. Возрастные особенности патологических увлечений у детей и подростков

Возрастная группа	Клинические особенности	Формы реализации
Ранний возраст (3-4 года) n = 12	Преобладание компонента влечений, слабая выраженность аффективной и идеаторной составляющей	ПРИМИТИВНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ (манипулирование предметами увлечения - картинками, фигурками, мелкими деталями, длительное их рассматривание, стремление находиться с ними рядом)
Дошкольный возраст (5-7 лет) n = 6	Преобладание аффективного и когнитивного компонента увлечений	УСЛОЖНЕНИЕ И РАЗНООБРАЗИЕ ФОРМ РЕАЛИЗАЦИИ (длительные сюжетные игры, рисование)
Младший школьный возраст (7-11 лет) n = 34	Преобладание аффективного и идеаторного компонента увлечений	ДАЛЬНЕЙШЕЕ УСЛОЖНЕНИЕ ФОРМ РЕАЛИЗАЦИИ (коллекционирование предметов, связанных с объектом увлечения, рисование, сюжетные игры)
Подростковый возраст (12-15 лет) n = 10	Максимальная идеаторная разработка с относительно слабой выраженностью компонента влечений и аффективного	МАКСИМАЛЬНОЕ РАЗНООБРАЗИЕ И СЛОЖНОСТЬ ФОРМ РЕАЛИЗАЦИИ (накопление и изучение специальной литературы – справочников, энциклопедий, склонность к упорному образному фантазированию на соответствующую тему)

В раннем возрасте (3-4 года, 19,4 % наблюдений) преобладало манипулирование предметами увлечения (картинками, игрушками; мелкими предметами, такими как лампочки или провода и т.д.), однообразное длительное их рассматривание, стремление находиться с ними рядом. Для патологических увлечений в этом возрасте отмечалось преобладание компонента влечений при относительно слабой выраженности аффективного и идеаторного компонентов. В

дошкольном возрасте (5-7 лет, 9,7 %) происходило накопление информации о предмете хобби, попытки его осмысления, проявлявшиеся, преимущественно, в форме рисования, сюжетных игр. В младшем школьном возрасте (7-11 лет, 54,8 %) болезненные хобби приобретали более очерченный характер с формированием привычных форм реализации – собирательства, однотипных игр или фантазирования. В этом возрасте преобладающей становилась эмоциональная заряженность интересов, доминировал аффективный компонент патологического увлечения. Наконец, в подростковом возрасте (12 - 15 лет, 16,1 % наблюдений) болезненные хобби характеризовались наибольшей сложностью и зрелостью, разнообразием, максимальной идеаторной разработкой в виде изучения специальной литературы – справочников, энциклопедий, поиска информации в компьютерных сетях и т.д.

Полиморфизм клинических проявлений определялся их корреляцией с различными психопатологическими синдромами. Значительную распространенность среди пациентов с патологическими увлечениями обнаруживали психопатоподобные расстройства личности и поведения (54,8 % наблюдений). Корреляционные взаимодействия в таких случаях достигали средней силы ($0,5 \leq r \leq 0,7$). Поведенческие расстройства в наибольшей степени определяли социальную дезадаптацию больных с патологическими увлечениями. Негативные эмоционально-волевые изменения в виде склонности к аутистическим формам поведения, эмоциональной холодности, индифферентности, бездеятельности и непродуктивности, а также специфических расстройств мышления обнаружили отчетливые (средней силы, $0,5 \leq r \leq 0,7$) корреляционные связи с патологическими увлечениями. Взаимодействия средней силы также выявлены с имевшими место у 59,7 % больных расстройств формирования личности в виде инфантилизма. Черты ретардированного личностного развития определяли в ряде случаев особенности формирования и течения патологических увлечений в виде общей незрелости, «детскости» интересов (например, коллекционирование мягких игрушек девочкой-подростком), а также формы реагирования с чертами эмоциональной лабильности, слабостью волевых задержек и самоконтроля.

В подавляющем числе наблюдений (96,7 %) патологические увлечения сопровождались нарушением социальной (школьной, семейной) адаптации детей и подростков, выраженность которой зависела от их клинического варианта. При патологических хобби доминирующего характера нарушения адаптации, почти исключительно ограничивались рамками семьи (97,3 %). Поглощенность детей своим увлечением приводила к ослаблению контактов с родными. Они отказывались от совместного времяпровождения, если только оно не было связано с объектом хобби. Часто больные захламляли квартиру предметами, связанными с их увлечением (рулонами бумаги, полуразобранными бытовыми приборами, мешками с землей для теплиц), портили мебель, заливали пол водой и т.д. При этом школьная успеваемость и поведение в школе страдали менее значительно или не нарушались (27,0 %). В отличие от доминирующих, сверхценные хобби, как правило, сопровождались выраженными нарушениями и семейной (89,5 %), и школьной (94,2 %) адаптации. Особая аффективная заряженность, свойственная патологическим хобби сверхценного уровня, приводила к возникновению бурных протестных реакций при попытке родителей запретить опасные затеи детей либо ограничить их увлечение. В ряде случаев такие обострения сопровождались грубыми нарушениями поведения с шантажными суицидальными угрозами, а также агрессивными действиями в адрес родных. В подавляющем большинстве патологических увлечений сверхценного уровня (89,4%) имело место значительное снижение школьной успеваемости, что рассматривается некоторыми авторами как основное проявление дезадаптации у детей и подростков (Ковалев В.В., 1984; Беззубова Е.Б., 1995; Вострокнутов Н.В., 1995; Мазаева Н.А., Шмаков О.П., 2005). Наконец, патологические увлечения сверхценно-бредового характера почти всегда приводили к глубокой дезадаптации - как в семье (100,0 %), так и в школе (83,3 %). По мере формирования сверхценно-бредового симптомокомплекса больные проявляли все дезадаптирующие признаки, свойственные субпсихотическим и психотическим расстройствам. Дети, загруженные болезненными переживаниями, практически полностью утрачивали связи с родными и сверстниками, переставали выходить из дома, разговаривать по телефону. Больные переставали есть, следить за своим внешним видом,

умываться. Одновременно отмечалась учебная несостоятельность детей и подростков, выражавшаяся в частичном или полном отказе от учебы.

Выраженность дезадаптирующего влияния патологических хобби определяла необходимость поиска подходов к коррекции этих расстройств. Подбор психофармакотерапии не входило в задачи данного исследования. Вместе с тем, все больные, прошедшие курс стационарной терапии, получали неспецифическое лечение с целью купирования наиболее значимых психопатологических проявлений. Отмечена, в целом, низкая чувствительность болезненных хобби к традиционным лечебным схемам. Положительные эффекты психофармакотерапии нейролептиками (как седативного, так и антипсихотического ряда), антидепрессантами и препаратами из группы нормотимиков ограничивались влиянием на аффективный компонент увлечения, а также на сопутствующую симптоматику (психопатоподобную, аффективную, галлюцинаторно-бредовую). При этом клиническая структура и динамика болезненного хобби претерпевали незначительные изменения. Более заметное улучшение отмечено при одновременном применении психофармакотерапии и медико-педагогической коррекции, изменении формы обучения, индивидуальной психотерапии (игровых, поведенческих, рациональных методик) мероприятий вместе с длительной воспитательной работой. Комплексный подход к терапии способствовал повышению как школьной, так и семейной адаптации больных.

ВЫВОДЫ

1. Патологические увлечения у детей и подростков, в отличие от нормальных хобби, характеризуются наличием как обязательных, так и факультативных психопатологических признаков. К обязательным относятся: особая напряженность и устойчивость болезненных интересов; тесная связь с другими психопатологическими проявлениями; дезадаптирующее влияние, выраженность которого зависит от клинического варианта патологических хобби. К факультативным признакам болезненных увлечений относятся: односторонность, односторонность содержания при ослаблении или утрате остальных интересов; низкая продуктивность.

2. Рубрификация детских и подростковых патологических увлечений у большинства больных относится, преимущественно, к шизофрении (психопатоподобной, шубообразной, параноидной, ранней детской) и шизотипическим расстройствам. Патологические хобби выявлены также при резидуально-органических заболеваниях головного мозга, расстройствах личности и легкой умственной отсталости.

3. Формированию патологических увлечений способствуют доминантные личностные черты шизоидного, неустойчивого и истероидного круга, резидуально-органическая недостаточность головного мозга, провоцирующее влияние неблагоприятного микросоциального окружения.

4. Феноменологические особенности болезненных хобби у детей и подростков представлены их упрощенностью, незавершенностью и инфантильностью содержания. Выделены 6 вариантов патологических увлечений в зависимости от их содержания: интеллектуально-познавательные, творческие, конструирование, азартные, анималистические и культовые.

5. Выявлены три варианта болезненных увлечений в зависимости от клинической структуры – доминирующие, сверхценные и сверхценно-бредовые. Для доминирующих увлечений типично преобладание идеаторного и влеченческого компонентов при меньшей представленности аффективного компонента. Патологическим хобби данной группы свойственно относительно благоприятное, стационарное и непрерывное течение. Сверхценные увлечения характеризуются непрерывной динамикой со склонностью к прогрессированию. Для них типично преобладание аффективного и влеченческого компонентов над идеаторным. Для сверхценно-бредовых хобби характерна наибольшая выраженность всех компонентов патологического увлечения – аффективного, идеаторного и болезненно усиленного влечения.

6. Выявлены два типа течения патологических увлечений – непрерывный и приступообразный, а также три варианта по степени прогрессивности – прогрессирующий, стационарный и регрессирующий. Непрерывному типу течения свойственна относительно постоянная выраженность патологических увлечений. Приступообразная динамика характеризуется

периодической интенсификацией клинических проявлений болезненных хобби. Прогрессирующий вариант выражается в усилении интенсивности патологических увлечений, их усложнении с нарастанием явлений социальной дезадаптации больных. При стационарном варианте болезненные увлечения обнаруживают значительную устойчивость структуры и содержания. При регрессирующем варианте отмечается частичное ослабление клинических проявлений со снижением актуальности болезненных интересов, расширением сферы нормальных увлечений больных, повышением уровня социализации.

7. Установлены сравнительно-возрастные особенности патологических увлечений. В раннем возрасте поведение больных, охваченных своим увлечением, ограничивается манипулированием одними и теми же предметами увлечения, длительным их рассматриванием, стремлением находиться с ними рядом. В дошкольном возрасте происходит накопление информации о предмете хобби, попытки его осмысления, проявляющиеся, преимущественно, в форме рисования, сюжетных игр. В младшем школьном возрасте болезненные увлечения приобретают более очерченный характер с формированием привычных форм реализации – собирательства, однотипных игр или фантазирования. Наконец, в подростковом возрасте болезненные увлечения характеризуются наибольшей сложностью и зрелостью, разнообразием, максимальной разработкой сюжетов.

8. Выявлено отчетливое социально-дезадаптирующее влияние патологических хобби у детей и подростков. Выраженность нарушений адаптации обнаруживает зависимость от их клинического варианта. Доминирующие увлечения вызывают умеренную социальную дезадаптацию больных, ограниченную рамками семьи. Сверхценные хобби характеризуются значительным дезадаптирующим влиянием, включающем как семейный, так и школьный уровни, в то время как увлечения сверхценно-бредового характера приводят к фактической инвалидизации больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Патологические увлечения у детей и подростков занимают существенное место в клинической картине больных различных диагностических категорий. Сложность отграничения болезненных хобби от нормальных детских и

подростковых увлечений, их выраженное дезадаптирующее влияние требуют усовершенствования диагностического процесса на основе выделенных патологических признаков. Также актуален их более углубленный клинический анализ с учетом предложенных вариантов, что существенно для проведения дифференцированной фармако- и психотерапии, медико-педагогических мероприятий, а также более точного клинического и социального прогноза.

В стационарной и амбулаторной практике особенно значима коррекция патологических увлечений сверхценного и сверхценно-бредового вариантов вследствие их выраженного дезадаптирующего влияния, грубых нарушений поведения и значительной вероятности совершения больным агрессивных и аутоагрессивных действий. Патологические хобби сверхценного и сверхценно-бредового характера определяют показания для госпитализации в психиатрический стационар.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Сергеев И.И., Дейч Р.В., Трунова М.М. «Патологические сверхценные увлечения у детей и подростков» // Журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков». 2005. Вып. 5. № 3. С. 16-21.
2. Дейч Р.В. «Синдром сверхценных идей и увлечений в форме конкретной деятельности у детей и подростков» // В сб.: «Материалы второй научно-практической конференции психиатров и психологов Южного федерального округа» - Ростов на Дону: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2006. – 616 с., С. 168-169.
3. Дейч Р.В. «Патологические увлечения у детей и подростков - клинические особенности и динамика» // В сб.: «Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины». - СПб., 2008. С. 128-130.
4. Сергеев И.И., Дейч Р.В. «Аномальные увлечения у детей и подростков: клиника, динамика, социальная дезадаптация» // Журнал «Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева». 2009. № 2. С. 28-33.

5. Дейч Р.В. «Патологические увлечения у детей и подростков - клиника, проблемы социальной адаптации» // В сб.: Материалы 1 межрегиональной научно-практической конференции "Психосоматические и пограничные нервно-психические расстройства в детском и подростковом возрасте" (Новосибирск, 4-6 марта, 2008 г.) / Научный редактор А.А. Северный. Новосибирск, 2008. С. 20-21.

6. Дейч Р.В. «Болезненные хобби и их влияние на социальную адаптацию в детстве и отрочестве» // В сб.: «Материалы 15 съезда психиатров России» - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. -408 с. С. 143.

7. Дейч Р.В. «Клинико-динамические аспекты феномена аномальных увлечений у детей и подростков» // Журнал «Социальная и клиническая психиатрия». 2011. № 2. С. 16-21.

8. Сергеев И.И., Дейч Р.В. «Влияние патологических интересов на социальную адаптацию психически больных детей и подростков» // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2011. Т. 111. № 8. С. 9-13.

Для заметок

Для заметок

Заказ № 51-П/03/2012 Подписано в печать 14.03.2012 Тираж 120 экз. Усл. п.л. 1



ООО "Цифровичок", тел. (495) 649-83-30
www.cfr.ru ; [e-mail: info@cfr.ru](mailto:info@cfr.ru)

LOLA
8867

2 - 8867