**Волевые расстройства** – это симптомы нарушения целенаправленности деятельности, представленные ослаблением, отсутствием, усилением и извращением произвольной активности. Гипербулия проявляется необычайной решимостью, скоропалительными действиями. Гипобулия представляет собой патологическое снижение волевых способностей, сопровождающееся вялостью, пассивностью, неспособностью выполнять задуманное. При абулии определяется полная утрата желаний и побуждений. Варианты парабулии – ступор, стереотипии, негативизм, эхопраксия, эхолалия, каталепсия. Диагностика выполняется при помощи беседы и наблюдения. Лечение медикаментозное и психотерапевтическое.

**Общие сведения**

Воля – психическая функция, обеспечивающая способность человека сознательно управлять своими эмоциями, мыслями и поступками. Основой целенаправленной активности является мотивация – совокупность потребностей, побуждений, желаний. Волевой акт разворачивается поэтапно: формируется побуждение и цель, осознаются пути достижения результата, разворачивается борьба мотивов, принимается решение, осуществляется действие. При нарушении волевого компонента происходит снижение, усиление или искажение этапов. Распространенность волевых расстройств неизвестна ввиду того, что легкие отклонения не попадают в поле зрения врачей, а более выраженные встречаются при широком круге заболеваний – неврологических, психических, общесоматических.

**Причины**

Легкие волевые нарушения рассматриваются как особенности эмоционально-личностной сферы, обусловленные типом высшей нервной деятельности, условиями воспитания, характером межличностных взаимоотношений. Так, например, [часто болеющие дети](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/frequently-ill) оказываются в ситуации [гиперопеки](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/hyper-guardianship) со стороны родителей, учителей, сверстников, в итоге их волевые качества ослабляются. Причинами выраженных изменений воли являются:

* **Депрессивные расстройства.** Снижение воли вплоть до полного отсутствия побуждений наблюдается при [эндогенной депрессии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/endogenous-depression). При невротических и симптоматических формах сохраняется интенция, но реализация действия затормаживается.
* **Шизофрения.** Ослабление волевых операций – характерная особенность шизофренического дефекта. Пациенты при [шизофрении](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/schizophrenia) внушаемы, впадают в кататонический ступор, склонны к стереотипиям и [эхолалиям](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/speech/echolalia).
* **Психопатические расстройства.** Расстройства воли могут быть результатом неправильного воспитания, заостренных черт характера. Зависимость от окружающих, неуверенность и подчиняемость определяется у лиц с тревожно-мнительными, истероидными чертами, склонных к [алкоголизму](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/narcologic/alcoholism) и [наркомании](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/narcologic/narcomania).
* **Маниакальные состояния.** Повышенное стремление к деятельности, высокая скорость принятия решений и их реализации диагностируется у людей с [биполярным аффективным расстройством](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/manic-depression) в фазе мании. Также выраженные симптомы развиваются при истерических приступах.
* **Органические патологии мозга.** Поражение ЦНС сопровождается снижением всех компонентов волевой активности. Гипобулия, абулия обнаруживаются при [энцефалитах](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/encephalitis), последствиях [ЧМТ](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/brain-injury) и интоксикаций.

**Патогенез**

Нейрофизиологической базой волевых расстройств является изменение сложных взаимодействий различных мозговых структур. При поражении или недоразвитии лобных отделов возникает нарушение целенаправленности, снижение способности планировать и контролировать сложные действия. Пример – подростки, имеющие множество желаний, потребностей, энергии к их удовлетворению, но не обладающие достаточным упорством и настойчивостью. Патология пирамидного пути проявляется невозможностью совершения произвольных действий – возникают параличи, парезы, тремор. Это физиологический (не психический) уровень изменения произвольности.

Патофизиологической основой расстройств воли может стать дисфункция или поражение ретикулярной формации, обеспечивающей энергетическое снабжение корковых структур. В таких случаях нарушается первый этап волевого акта – формирование побуждений и мотивации. У пациентов с [депрессией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/depression) и органическими поражениями ЦНС снижен энергетический компонент, они не хотят действовать, не имеют целей и потребностей, побуждающих к активности. Маниакальные больные, наоборот, чрезмерно возбуждены, идеи быстро сменяют друг друга, а планирование, контроль деятельности оказываются недостаточными. При шизофрении происходит искажение иерархии мотивов, изменение восприятия и мышления затрудняет планирование, оценку и контроль действий. Энергетические процессы снижены либо повышены.

**Классификация**

Нарушения волевых актов относятся к патологии эффекторного звена – системы, осуществляющей передачу информации из ЦНС к исполнительным системам. В клинической практике принято классифицировать данные расстройства по характеру симптомов: гипобулия (ослабление), [абулия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/abulia) (отсутствие), гипербулия (усиление) и парабулия (искажение). Согласно этапам произвольного акта, выделяют семь групп волевых патологий:

1. **Расстройство произвольных актов.** Человек не может выполнять действия, результат которых неочевиден или отдален во времени. В частности, он не может обучаться сложным навыкам, накапливать деньги для крупных покупок в будущем, совершать альтруистические поступки.
2. **Расстройство преодоления препятствий.** Совершению задуманного могут мешать физические преграды, социальные условия, новизна обстановки, необходимость поиска. Пациенты не могут прилагать усилия для преодоления даже незначительных трудностей, быстро отказываются от задуманного: при неудаче в экзаменах выпускники не пробуют повторно поступать в ВУЗы, депрессивные больные остаются без обеда, так как препятствием становится необходимость приготовления еды.
3. **Расстройство преодоления конфликта.** В его основе лежит несовместимость действий, необходимость выбирать одну из целей. Клинически нарушение проявляется неспособностью осуществлять выбор, избеганием принятия решения, перекладыванием этой функции на окружающих людей или случай (судьбу). Для того чтобы начать хоть как-то действовать, больные совершают «ритуалы» – подбрасывают монетку, используют детские считалочки, связывают случайное событие с определенным вариантом решения (если проедет красная машина, пойду в магазин).
4. **Расстройство преднамеренности.** Патологически изменяются сила, скорость или темп действия, нарушается торможение неадекватных двигательных и эмоциональных реакций, ослабляется организация психической деятельности и способность сопротивляться рефлекторным актам. Примеры: синдром автономной конечности с потерей контроля над моторикой руки, аффективная взрывчатость при психопатиях, препятствующая достижению цели.
5. [**Расстройство с автоматизмами**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/Kandinsky-Clerambault-syndrome)**, навязчивостями.** Патологически легко вырабатываются автоматизированные действия, теряется контроль над ними. Навязчивости воспринимаются как собственные либо чуждые. На практике это проявляется трудностями в изменении привычек: один маршрут до работы, одинаковые завтраки. При этом снижаются адаптивные способности, в изменяющихся условиях люди испытывают сильный стресс. Навязчивые мысли и действия невозможно изменить усилием воли. У больных шизофренией утрачивается контроль не только над поведением, но и собственной личностью (отчуждение Я).
6. **Расстройство мотивов и влечений.** Искажено чувство первичного влечения, естественного побуждения на уровне инстинкта и целенаправленного акта. Изменяется представление о средствах и последствиях достижения цели, осознание произвольности как естественной способности человека. В данную группу включены психопатологические феномены при расстройствах пищевого поведения, сексуальной сферы.
7. **Расстройство прогностических функций.** Больные имеют трудности предвосхищения результата и вторичных эффектов собственной деятельности. Симптомы вызваны снижением функции прогнозирования и оценки объективных условий. Таким вариантом расстройства частично объясняется гиперактивность и решительность подростков, маниакальных больных.

**Симптомы волевых расстройств**

Клиническая картина разнообразна, представлена усилением, искажением, ослаблением и отсутствием функций произвольности. Гипобулия – снижение волевой активности. Ослаблена сила мотивов, побуждений, затруднена постановка цели и ее удержание. Расстройство характерно для депрессий, продолжительных соматических болезней. Пациенты пассивные, вялые, ничем не интересуются, подолгу сидят или лежат, не меняя позы, не в состоянии начать и продолжить целенаправленное действие. Нуждаются в контроле лечения, постоянной стимуляции к выполнению простых бытовых задач.

Отсутствие воли называется абулией. Побуждения и желания полностью отсутствуют, больные абсолютно безучастны к происходящему, бездеятельны, ни с кем не разговаривают, не прилагают усилий для приема пищи, посещения туалета. Абулия развивается при тяжелой депрессии, шизофрении (апатоабулический синдром), [сенильных психозах](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/senile-psychosis), поражении лобных долей мозга.

При гипербулии пациенты чрезмерно активны, полны идей, желаний, стремлений. У них определяется патологически облегченная решимость, готовность к действию без обдумывания плана и учета последствий. Больные легко вовлекаются в любые идеи, начинают действовать под влиянием эмоций, не согласуют свою активность с объективными условиями, задачами, мнениями других людей. При совершении ошибок не анализируют их, не учитывают в последующей деятельности. Гипербулия является симптомом маниакального и бредового синдрома, некоторых соматических заболеваний, может быть спровоцирована приемом лекарств.

Извращение воли представлено парабулиями. Они проявляются странными, нелепыми поступками: поеданием песка, бумаги, мела, клея (парорексиями), сексуальными перверсиями, тягой к поджогам (пироманией), патологическим влечением к воровству ([клептоманией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/kleptomania)) или к бродяжничеству (дромоманией). Значительная часть парабулий – расстройства контроля моторики. Они входят в состав синдромов, характеризующихся нарушением движений и воли.

Распространенным вариантом является [кататония](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/catatonia). При кататоническом возбуждении развиваются внезапные приступы стремительного, необъяснимого неистовства либо ничем не мотивированные действия с неадекватностью аффекта. Восторженная экзальтированность больных быстро сменяется тревожностью, растерянностью, разорванностью мышления и речи. Основной симптом кататонического ступора – абсолютная обездвиженность. Чаще пациенты замирают сидя или лежа в позе эмбриона, реже – стоя. Реакции на окружающие события и людей отсутствуют, контакт невозможен.

Другая форма двигательно-волевых расстройств – [каталепсия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/catalepsy) (восковая гибкость). Утрачивается произвольность активных движений, но наблюдается патологическая подчиняемость пассивным – любая приданная больному поза сохраняется в течение длительного времени.

При [мутизме](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/elective-mutism) пациенты молчат, не устанавливают вербальный контакт при сохранности физиологического компонента речи. Негативизм проявляется бессмысленным противодействием, немотивированным отказом от выполнения целесообразных действий. Иногда он сопровождается противоположной активностью. Свойственен детям в периоды возрастных кризисов. Стереотипии – однообразные монотонные повторения движений или ритмичное повторение слов, словосочетаний, слогов. Пациенты с пассивной подчиняемостью всегда выполняют приказы окружающих независимо от их содержания. При эхопраксии наблюдается полное повторение всех действий другого человека, при эхолалии – полное или частичное повторение фраз.

Осложнения

При продолжительном течении и отсутствии лечения волевые расстройства могут стать опасными для здоровья и жизни больного. Гипобулические симптомы препятствуют выполнению профессиональной деятельности, становятся основанием для увольнения. Абулия приводит к потере веса, истощению организма, инфекционным заболеваниям. Гипербулия иногда является причиной противоправных действий, в результате которых пациентов привлекают к административной и уголовной ответственности. Среди парабулий наиболее опасным является извращение инстинкта самосохранения. Оно проявляется при тяжелом течении [анорексии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/anorexia), развитии суицидального поведения и сопровождается риском летального исхода.

**Диагностика**

Основным методом обследования больных с волевыми расстройствами остается клинико-анамнестический анализ. [Врачу-психиатру](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychiatric-consultation/psychiatrist) необходимо выяснить наличие неврологических заболеваний (изучение амбулаторных карт, выписок неврологов), [психических расстройств](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric) и наследственной отягощенности. Сбор информации проводится в присутствии родственников, потому что сами больные не всегда способны поддерживать продуктивный контакт. В ходе диагностики врач дифференцирует расстройства произвольности с характерологическими чертами психастенического и возбудимого/гипертимного типа. В этих случаях отклонения эмоционально-волевых реакций являются результатом воспитания, встроены в структуру личности. К способам исследования волевой сферы относят:

* **Клиническую беседу.** При непосредственном общении с больным психиатр определяет сохранность критического отношения к заболеванию, способность к установлению контакта, поддержанию темы разговора. Для гипобулии характерна бедность речи, длительные паузы; для гипербулии – переспрашивание, быстрая смена направленности беседы, оптимистичный взгляд на проблемы. Больные с парабулиями предоставляют информацию искаженно, мотив их общения отличается от мотивов врача.
* **Наблюдение и эксперимент.** Для получения более разнообразной информации врач предлагает пациенту выполнить простые и сложные задания – взять карандаш и лист, встать и закрыть дверь, заполнить бланк. О расстройствах воли свидетельствуют изменения выразительности, точности и быстроты движений, степень активности и мотивированности. При гипобулических нарушениях выполнение задач затруднено, моторика замедлена; при гипербулических – скорость высокая, но целенаправленность снижена; при парабулиях ответы и реакции больного необычны, неадекватны.
* **Специфические опросники.** В медицинской практике применение стандартизированных методов исследования волевых отклонений не получило широкого распространения. В условиях [судебно-психиатрической экспертизы](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychiatric-consultation/expert) используются вопросники, позволяющие в определенной мере объективизировать полученные данные. Примером такой методики является Нормативная шкала диагностики волевых расстройств. Ее результаты указывают на особенности волевых и аффективных отклонений, степень их выраженности.

**Лечение волевых расстройств**

Нарушения волевых функций лечатся в комплексе с основным заболеванием, послужившим причиной их возникновения. Подбором и назначением терапевтических мероприятий занимаются психиатр и невролог. Как правило, лечение проводится консервативно с применением медикаментозных средств, в отдельных случаях – [психотерапии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychotherapeutic/psychotherapy). Редко, например, при [опухоли головного мозга](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/brain-tumor), пациенту необходимо хирургическое вмешательство. Общая схема терапии включает следующие процедуры:

* **Медикаментозное лечение.** При снижении воли положительный эффект может быть достигнут применением антидепрессантов, психостимуляторов. Гипербулия и некоторые виды парабулий корректируются с помощью нейролептиков, транквилизаторов, седативных препаратов. Пациентам с органической патологией назначаются сосудистые препараты, ноотропы.
* **Психотерапия.** Индивидуальные и групповые сеансы эффективны при патологии волевой и аффективной сферы вследствие психопатических и [невротических расстройств](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/neurotic-disorder) личности. Больным с гипобулией показаны когнитивные и [когнитивно-бихевиоральные направления](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychotherapeutic/cognitive-behavioral-therapy), [психоанализ](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychological-help/psychoanalysis). Гипербулические проявления требуют освоения релаксации, саморегуляции (аутотренинг), повышения коммуникативных навыков, способности к сотрудничеству.
* **Физиотерапия.** В зависимости от преобладающих симптомов используются процедуры, стимулирующие либо снижающие активность нервной системы. Применяется терапия низкочастотными токами, [массажи](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/massage/).

**Прогноз и профилактика**

При своевременном обращении к врачу и строгом выполнении его назначений прогноз волевых расстройств благоприятен – больные возвращаются к привычному образу жизни, частично или полностью восстанавливается способность регулировать собственные действия. Предотвратить нарушения достаточно сложно, профилактика основывается на предупреждении причин – психических заболеваний, поражений ЦНС. Стать более устойчивым в психоэмоциональном плане помогает соблюдение здорового образа жизни, составление правильного режима дня. Еще один способ профилактики расстройств – регулярные обследования с целью раннего выявления болезни, профилактический прием медикаментов.