

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Минск БГМУ 2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2021

УДК 616.89(075.8)
ББК 56.14я73
О-28

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.02.2021 г., протокол № 2

Авторы: А. Ф. Крот, О. А. Скугаревский, И. В. Пятницкая, В. И. Пикиреня, Н. С. Болбат

Рецензенты: канд. мед. наук, уч. секретарь Республиканского научно-практического центра психического здоровья Ю. М. Каминская; каф. психиатрии и наркологии Белорусской медицинской академии последипломного образования

Общая психопатология : учебно-методическое пособие / А. Ф. Крот О-28 [и др.]. – Минск : БГМУ, 2021. – 40 с.

ISBN 978-985-21-0898-0.

Изложены базовые положения общей психопатологии в разделе симптомов и синдромов психических расстройств.

Предназначено для студентов 3-го курса медико-профилактического и стоматологического факультетов, 4-го курса лечебного, педиатрического, военно-медицинского факультетов.

УДК 616.89(075.8)
ББК 56.14я73

Учебное издание

Крот Алексей Федорович
Скугаревский Олег Алексеевич
Пятницкая Инна Викторовна и др.

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск О. А. Скугаревский
Редактор Ю. В. Киселёва

Подписано в печать 08.09.21. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 2,32. Уч.-изд. л. 2,17. Тираж 65 экз. Заказ 453.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-0898-0

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2021

ВВЕДЕНИЕ

Психическая патология — клиническая реальность. Врач любой специальности может столкнуться с психическими аномалиями как в своей врачебной практике, так и в повседневной жизни. Психическое нездоровье может быть у пациентов, родственников пациентов, ваших соседей, знакомых и близких, а у кого-то — непосредственно. Задача данного издания, на наш взгляд, заключается в том, чтобы сделать это знакомство наименее болезненным, чтобы вы вышли из него с минимальными потерями.

Знание общей психопатологии поможет вам быть более гибкими в ситуации постоянно обновляющейся медицинской информации. Понимание механики «поломок» психических процессов поможет адаптироваться к любой национальной классификации психических и поведенческих расстройств. Феноменологическое представление о симптомах и симптомокомплексах психических расстройств является относительно стабильным и в некоторых случаях оставалось неизменным на протяжении всего времени существования психиатрии как самостоятельной отрасли медицинских знаний, в отличие от частной психиатрии, которая развивается и претерпевает значительные изменения даже во временных рамках существования актуальной классификации психических и поведенческих расстройств. Изменяются диагностические категории Международной классификации болезней (МКБ): олигофрения (МКБ-9) — умственная отсталость (МКБ-10) — нарушения интеллектуального развития (МКБ-11); изменяется место расположения отдельных категорий МКБ, обретающих самостоятельное значение (кататония) либо утрачивающих его, с точки зрения психиатрического медицинского сообщества (шизоаффективное расстройство). Происходит перемещение отдельных диагностических категорий из одного раздела в другой, исходя из клинической целесообразности. Например, синдром дереализации и деперсонализации в МКБ-10 рассматривался как тревожное расстройство, в МКБ-11 — как диссоциативное. Однако изменяются ли при этом так радикально наши представления о симптоме и симптомокомплексе психических расстройств? Исчезают ли из описания диагностических критериев галлюцинации, бред, паранезии или гипотимия?

Работа с данным учебно-методическим пособием требует некоторого объема знаний общей психологии, так как, по мнению авторов, изучение психопатологии невозможно без сформированных представлений о нормальном течении психических процессов.

Данное издание предназначено для студентов, изучающих фундаментальную психиатрию вне зависимости от их дальнейшей специализации. Оно содержит необходимый пороговый уровень информации по общей психопатологии и призвано сформировать базовые представления о расстройствах

течения психических процессов, что поможет будущим врачам ориентироваться в текущих клинических ситуациях, сопряженных с психическим неблагополучием пациентов. Для тех же, кто выбрал психиатрию в качестве основной специализации, данное издание позволит сделать первые шаги в изучении психической патологии во всем ее многообразии более комфортными и осмысленными.

СЕМИОТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ПОНЯТИЕ О СИМПТОМЕ И СИНДРОМЕ

Симптом (от греч. *symptōma* — совпадение) — это единичное нарушение течения, сбой какого-либо процесса в организме.

Психопатологический симптом — это признак психического заболевания, отклонение от нормального течения психического процесса, которое может привести к нарушению индивидуального, профессионального, социального функционирования человека.

Симптом *неспецифичен*, не привязан к какой-то конкретной болезни, может выявляться при множестве заболеваний.

Советский психиатр, академик Андрей Владимирович Снежневский писал: «Любая болезнь проявляется не в виде отдельных разрозненных признаков — симптомов, а в форме синдромов, то есть типичной совокупности внутренне связанных симптомов. Синдром представляет собой систему взаимосвязанных типовых симптомов (элементов), подчиненных некоторому особому закону. Симптом вне этой системы не имеет смысла».

Синдром (от греч. *syndromē* — стечение, скопление; от *syn-* — с, со + *δρόμος* — бег, движение, то есть дословно: совместный бег симптомов) — типичная совокупность внутренне связанных, объединенных общим патогенезом симптомов.

Психопатологический синдром — это относительно устойчивая, внутренне связанная совокупность отдельных психопатологических симптомов. Из последовательной смены статичных в моменте синдромов складывается клиническая картина болезни в динамике. Представления о психопатологическом синдроме позволяют прогнозировать появление типичных для данного заболевания расстройств.

Существует понятие о позитивной и негативной симптоматике.

Позитивный симптом (син. продуктивный, плюс-симптом) — качественно новый признак, сформированный в процессе развития заболевания, отсутствовавший до его начала, то есть то, что болезнь «дала» пациенту. К этой группе симптомов относятся, например, галлюцинации, бред, мания и депрессия.

Негативный симптом (дефицитарный, минус-симптом) — утрата каких-либо качеств или функций психических процессов либо характерологических черт в динамике развития болезни, то есть то, что болезнь «забрала» у пациента. К этой группе симптомов относятся, например, абулия, амнезия, агнозия, ангедония, апатия.

Классическая психиатрия оперирует понятиями «невроз» и «психоз», которые до настоящего времени не утратили своей актуальности, но требуют отдельного рассмотрения.

Невроз — собирательное название для группы *функциональных психических расстройств психогенной природы*, обратимых, но имеющих тенденцию к длительному течению, характеризующихся *астенией, навязчивостями или истерией*. В настоящее время понятие «невротический» стало несколько шире. В рамках МКБ оно включает в себя тревожные, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Характерными чертами невроза являются:

- 1) функциональная природа;
- 2) психогенная обусловленность;
- 3) обратимый характер симптоматики;
- 4) эгодистонность;
- 5) сохранная критика.

Психоз — собирательное название для группы болезненных состояний, сопровождающихся *выраженными нарушениями течения психических процессов* (мышления, ощущений и восприятия, эмоций, сознания) с *продуктивной симптоматикой, грубой дезорганизацией психической деятельности и моторной активности*.

Психозы по их происхождению исторически принято классифицировать на эндогенные (шизофрения, шизоаффективное расстройство) и экзогенные: органические (формирующиеся как следствие повреждения ЦНС) и психогенные реактивные (формирующиеся как следствие тяжелой психотравмы).

Начиная изучение симптомов психического неблагополучия, следует обратить внимание на то, что расстройства течения большинства психических процессов, рассматриваемые в разделе общей психопатологии, имеют **качественные и количественные характеристики**, что является предпосылкой формирования различных нозологий.

РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ

Количественные расстройства ощущений:

1. **Гиперестезия** (от греч. hyper — над + aīsthēsis — ощущение; чрезмерное ощущение) — сенсорное искажение, характеризующееся повышением

восприимчивости/снижением порога чувствительности к внешним раздражителям обычной интенсивности. Эти симптомы чаще имеют органическую природу и обратимый характер, но могут встречаться и при расстройствах аутистического спектра как достаточно стабильные состояния, имеющиеся у пациента с раннего детского возраста.

2. **Гипестезия** (от греч. *hupo* — под, ниже + *aisthēsis* — ощущение; недостаточное ощущение) — сенсорное искажение, характеризующееся понижением восприимчивости/повышением порога чувствительности к внешним раздражителям обычной интенсивности. Раздражитель воспринимается неотчетливо, неясно, отдаленно. Расстройство чаще органической природы, связано с повреждением ЦНС и периферических нервных волокон. Встречается в структуре количественных расстройств сознания.

3. **Анестезия** (от греч. *an* — без + *aisthēsis* — ощущение; отсутствие чувств) — утрата чувствительности.

Качественные расстройства ощущений:

1. **Агнозия** (от греч. *a* — без + *gnōsis* — познание; отсутствие знания) — неспособность узнавать ощущения и описывать их свойства.

2. **Парестезия** (от греч. *para* — около, возле + *aisthēsis* — ощущение; ложные ощущения) — расстройство чувствительности, характеризующееся ощущением жжения, онемения, покалывания, ползания мурашек, локализованного поверхностно. Обычно данное состояние обусловлено *механическим раздражением поверхностно залегающего нерва*. В этом случае ощущения непродолжительны и прерываются после прекращения действия раздражителя.

Хронические парестезии возникают как симптомы поражения различных отделов нервной системы. Это могут быть инфекционные (например, ВИЧ) и онкозаболевания, системные нейродегенеративные или аутоиммунные процессы.

3. Термин **«сенестопатия»** (от греч. *koinos* — общий + *aisthēsis* — ощущение; общее ощущение болезни) был предложен французским психиатром Э. Дюпре в 1907 г. для обозначения неприятных, тягостных, мучительных ощущений, как правило, с проекцией внутрь тела, как то *стягивание, скручивание, сдавливание, растирание, жжение, переливание, дрожание, царапание, пульсация*, которые лишены предметности (не являются объектами в отличие от висцеральных галлюцинаций) и не обусловлены соматическими причинами. Могут характеризоваться *нетипичной локализацией симптомов* для определенных органов или систем. Например: холод или жжение в голове, зуд в животе.

4. **Фантомные ощущения** — характеризуются разнообразными ощущениями в утраченной части тела, включая пространственное *расположение, мнимое движение и боль в ней*. Синдром впервые описан в конце XIX в. у пациентов после травматических ампутаций конечностей.

РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ

Выделяют следующие варианты расстройств восприятия:

- 1) иллюзии;
- 2) галлюцинации;
- 3) психосенсорные расстройства;
- 4) деперсонализация + дереализация.

Иллюзии (от лат. *illusio* — обман) — искаженное восприятие реально существующих объектов.

Классификация иллюзий:

1. *По модальностям*: зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые, висцеральные.

2. *По уровням формирования*: физические, физиологические, психические.

Физические иллюзии — обусловлены характеристиками физических сред, в которых распространяется раздражитель (свет, звук). Так, с особенностями преломления света на границе различных оптических сред связана всем хорошо знакомая иллюзия «преломления» ложки в стакане воды; с различной скоростью распространения света и звука связан эффект отставания звука грома от вспышки молнии. Классическим примером физических иллюзий являются миражи, *fata Morgana*. Важной особенностью физических иллюзий является то, что их **видят абсолютно все**.

Физиологические иллюзии — иллюзии, обусловленные особенностями функционирования анализаторов. Наши органы чувств являются сложными и точными приборами, которые, тем не менее, могут работать с некоторыми погрешностями, обусловленными как физическими свойствами, так и физиологическими, а в ряде случаев — и патологическими характеристиками самой сенсорной системы. Большинство иллюзий, связанных с геометрическими фигурами, являются физиологическими зрительными (геометрическо-оптическими): одна из двух равных прямых кажется короче другой потому, что концы этих линий имеют стрелки, направленные в противоположные стороны (иллюзия Мюллера–Лайера). Тон Шепарда — звуковая иллюзия бесконечно повышающегося или понижающегося тона, достаточно часто используемая композиторами для усиления драматизма, также является физиологической.

Такие иллюзии, так же как и физические, **переживают все**.

Психические иллюзии — обусловлены сбоями нормального течения психических процессов не только восприятия, но и нарушением уровня ясности сознания, нарушениями внимания, памяти, мышления, особенностями эмоционального состояния. Их появление не связано с физическими свойствами окружающей среды, не обусловлено нарушениями в работе сенсорных систем, они формируются на уровне ЦНС.

Отдельные психические иллюзии могут быть как вариантом нормального течения психических процессов, так и указывать на поломки в сфере восприятия.

Аффектогенные иллюзии — как правило, зрительные или слуховые искажения, возникающие на высоте аффекта: страха, тревоги, депрессии, экстаза. Их возникновению способствует нечеткость восприятия окружающего (слабое освещение, невнятная речь, шум, удаленность объекта). Содержание иллюзий связано с аффективными переживаниями. Например, при выраженном страхе за свою жизнь человек слышит угрозы в разговоре стоящих невдалеке людей, в сумерках принимает висящее на вешалке платье за забравшегося в комнату вора. Тоскуя о потерянном человеке, мы «узнаем» его в случайных прохожих.

Парейдолические (от др.-греч. παρά — рядом + εἶδωλον — изображение; отклонение изображения) *иллюзии* — формирование зрительных иллюзорных образов на основе деталей реального объекта, при фиксации взгляда на предметах, имеющих нечеткую конфигурацию: узоры на обоях, ковре, шторах, иней на зимнем окне, трещины на стене, причудливое переплетение ветвей деревьев, облака воспринимаются как какие-то завершённые образы. Такие иллюзии могут быть как результатом работы воображения, так и болезненным проявлением в клинике делирия, когда, находясь в состоянии болезненного возбуждения, при восприятии сложных узоров мозг непроизвольно генерирует образы фантастического содержания.

Галлюцинации (от новолат. hallucinatio — бессмысленная болтовня, несбыточные мечты) — чувственно-субъективное переживание непроизвольного восприятия образов предметов и явлений, объективно не существующих, то есть восприятие без сенсорной стимуляции; результат непроизвольного оживления следов прежнего восприятия/представлений без наличия реального раздражителя. При этом для галлюцинирующего воспринимаемые им несуществующие образы столь же реальны, как и объективно существующие.

Классификация галлюцинаций:

1. *По модальностям:* зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые, галлюцинации общего чувства, моторные, вестибулярные, и *степени сложности:* элементарные, простые, сложные, комплексные.

Элементарные галлюцинации характеризуются проявлением образов, не имеющих определенной структуры, предметно не завершённых. Они, в свою очередь, бывают следующие:

— *элементарные зрительные* — галлюцинации в виде пламени, вспышек света, искр, дыма, тумана, пятен, чешуек, «мушек», «звездочек»; появляются как результат поражения ЦНС — фотопсии (от греч. photos — свет + orsis — зрение);

– *элементарные слуховые* — галлюцинации в виде шелеста, шорохов, треска, грома, щелчков, дыхания, гула, жужжания, звона, стука, выстрела, гудков, всхлипываний, иных неясных звуков — акоазмы (от греч. ἄκουσμα — слышимое);

– *элементарные тактильные галлюцинации* — восприятие прикосновения, жжения, жара или холода, хватания, стягивания, появления на теле жидкости.

Простые галлюцинации характеризуются появлением более завершенных, но крайне примитивных, схематичных образов:

– *простые зрительные* — галлюцинации в виде проволоки, паутины, сетки, провода, струи жидкости;

– *простые слуховые* — галлюцинации в виде окриков, отдельных слогов, стонов, смеха, плача, междометий (ох, ой, пли, ух, фу, фи, ага, ах, брр) — фонемы (от греч. φώνημα — звук);

– *простые тактильные галлюцинации* — восприятие паутины, сетки на теле, обруча на голове.

Элементарные и простые галлюцинации, как правило, имеют органическую природу.

Сложные галлюцинации характеризуются появлением завершенных образов в пределах одной сенсорной системы. Выделяют:

– *сложные зрительные* — галлюцинации в виде предметов, насекомых, животных, людей, в движении и неподвижных, цветных и бесцветных;

– *сложные слуховые* — галлюцинации в виде музыки, песен, голосов, целых монологов.

– *сложные тактильные галлюцинации* — ощущение на поверхности тела или под кожей посторонних предметов или организмов, которые могут менять свое положение и перемещаться.

Комплексные галлюцинации — формирующиеся одновременно в двух и более рецепторных системах.

Дифференцировать галлюцинаций по степени сложности внутри некоторых модальностей достаточно непросто, а ввиду относительной редкости в клинике и отсутствия собственной клинической значимости это, как правило, не целесообразно.

Обонятельные/ольфакторные (от лат. olfactorius — благовонный, душистый) **галлюцинации** — чаще всего представляют собой мнимое восприятие неприятных запахов (пациент ощущает запах гниющего мяса, гари, испражнений, яда), реже — совсем незнакомый запах, еще реже — запах чего-то приятного.

Вкусовые галлюцинации — пища кажется безвкусной либо имеющей специфический, как правило, неприятный вкус. Часто сочетаются с обонятельными галлюцинациями и имеют органическую природу.

Галлюцинации общего чувства (висцеральные, сенестопатические) — чувство присутствия внутри собственного тела инородных предметов, животных, насекомых, вероятно, формирующееся в зонах коры, воспринимающих информацию от интероцепторов.

Моторные галлюцинации — восприятия движений неподвижных частей тела, вероятно, формирующиеся в зонах коры, принимающих информацию от проприоцепторов.

Вестибулярные галлюцинации (галлюцинации чувства равновесия) — переживания падения, подъема, спуска, вращения тела, вероятно, формирующиеся в зонах коры, воспринимающих информацию от проприоцепторов.

2. По условиям возникновения галлюцинации подразделяют на экстракампинные, гипнагогические, гипнопомпические, внушенные.

Экстракампинные (лат. extra — вне + campus — поле) **галлюцинации** — выходящие за пределы чувственного поля — пациент воспринимает зрительные образы у себя за спиной, слышит голос с другого конца города или запах из соседнего дома.

Гипнагогические (гипнагогия — кратковременное состояние перехода от бодрствования ко сну) — зрительные (значительно реже описаны слуховые или тактильные) галлюцинации, возникающие перед засыпанием, при закрытых глазах на темном поле зрения, зачастую эйдетической яркости. После тяжелого эмоционально насыщенного дня могут отражать сцены происшедшего. Примеры: поплавок у рыбака, гриб у грибника, прицел у геймера. Статистически, галлюцинации перед сном хотя бы раз в жизни испытывали около 30 % людей. В отличие от сна контакт с реальностью не утрачивается (человек слышит тикание часов, работающий холодильник, разговоры тех, кто живет с ним, радио и т. п.). Критическое отношение к образам сохранено.

Гипнопомпические (от греч. hypnos — сон + pompos — сопутствующий) — зрительные, реже слуховые или тактильные галлюцинации, появляющиеся при пробуждении, чаще угрожающего характера, реже нейтральные или приятные.

Внушенные галлюцинации — возникают в ответ на внешние провоцирующие стимулы как результат функциональной готовности мозга отреагировать на раздражение расстройством восприятия. Пробы на готовность к галлюцинациям:

– симптом чистого листа (Рейхардта и Ригерта) — пациент на чистом листе бумаги, который предлагает ему врач, видит текст и даже может его читать;

– симптом Ашаффенбурга — разговор по выключенному телефону;

– симптом Липмана — вызывание сложных зрительных галлюцинаций легким нажатием на глазные яблоки больного.

Достаточно часто описанные пробы положительны при делириях.

3. По *механизму формирования* выделяют ложные и истинные галлюцинации.

Ложные галлюцинации (псевдогаллюцинации):

- проецируются во внутреннее, субъективное пространство — интра-проекция;
- если проецируются вовне, то лишены характера объективной реальности, то есть не связаны с окружающей обстановкой;
- сопровождаются чувством чуждости, навязанности извне, сделанности и насильственности;
- направлены против психического «Я»;
- относятся только к пациенту и не доступны окружающим;
- воспринимаются вычурно-нелепо, органами и частями тела, физиологически не предназначенными для получения вербальной и зрительной информации об окружающем мире либо не существующими органами чувств (третьим глазом, внутренним оком, мозгом, зубами, сердцем, пупком, кровью и т. п.);
- тенденция к хроническому течению.

Истинные галлюцинации:

- проецируются вовне;
- связаны с конкретной реальной ситуацией, интегрируются в нее, так что больные убеждены в том, что воспринимаемые ими объекты также воспринимаются и другими, окружающими их людьми;
- чаще имеют острое течение и обратимый характер.

Психосенсорные расстройства (расстройства сенсорного синтеза) рассматриваются как промежуточные между расстройствами сознания и восприятия. Это нарушение восприятия величины, формы и расположения в пространстве предмета или отдельных его частей. Клиническими вариантами психосенсорных расстройств являются:

1. ***Аллометаморфопсия*** (от греч. *allos* — другой, иной + *meta* — между + *morphe* — форма + *opsis* — зрение) — зрительное искажение внешней формы. Включает в себя искажение:

- формы и пропорций — искажается форма предметов (они воспринимаются деформированными, изломанными, наклонившимися, удлинненными, расширенными, скошенными, перекрученными вокруг оси);
- размеров — окружающие предметы кажутся увеличенными или уменьшенными;
- расположения в пространстве — например, чувство, что находящиеся рядом предметы располагаются на расстоянии дальше или ближе, чем они есть на самом деле. Они могут быть развернуты на 180° (правое — слева, левое — справа). Одиночный предмет может восприниматься как несколько предметов;
- цвета: все окружающие предметы кажутся окрашенными в один цвет.

2. **Аутометаморфозия** (от греч. autos — сам, meta — между, morphe — форма, orpsis — зрение) — зрительное искажение внутренней формы. «Расстройства схемы тела» — искаженное восприятие размера, массы, формы собственного тела и отдельных его частей и их расположения относительно друг друга. Например, пациенты могут заявлять, что они настолько выросли, что не умещаются в своей постели, голову из-за того, что она очень тяжелая, невозможно оторвать от подушки, «раздуло» ноги до невероятных размеров и т. д.

При психосенсорных расстройствах реально существующий (в отличие от галлюцинаций) объект узнается правильно (в отличие от психогенных иллюзий), но в искаженной форме.

Психосенсорные расстройства характерны для органических повреждений ЦНС.

В отличие от психосенсорных расстройств **деперсонализационные и дереализационные нарушения** не затрагивают физические свойства окружающих предметов, а касаются их внутренней сути. Пациенты с дереализацией видят предметы того же цвета, формы и размера, что и здоровые люди, но воспринимают окружающее неестественно.

Деперсонализация — расстройство самовосприятия и самосознания, для которого характерно переживание утраты собственной психической индивидуальности и чувств. Характерно переживание отстраненности от собственного тела, разума, чувств, ощущений, памяти, нереальности своего существования, что осознается, сопровождается мучительной рефлексией (самоанализом) и крайне болезненно переносится пациентом. Пациент с деперсонализацией характеризует себя как «утратившего полноту чувств», «поглупевшего», «потерявшего себя» несмотря на то, что прекрасно справляется с повседневными и сложными логическими задачами. При тяжелых формах деперсонализации утрачивается чувство собственного «я», совершаемые пациентом действия воспринимаются как бы со стороны и сопровождаются ощущением невозможности управлять ими, то есть происходит разобщение личности на две составляющие: наблюдающую и действующую. Деперсонализационные расстройства при этом никогда не отчуждаются, не сопровождаются ощущениями насильственности и навязанности извне.

Дереализация — нарушение восприятия окружающей действительности, сопровождающееся чувством измененности одушевленных и неодушевленных предметов, обстановки, явлений природы: призрачности, искусственности, нереальности, бесцветности, застывания окружающего мира, утраты красок жизни, осознаваемое и болезненно переживаемое пациентом.

Пациенты сравнивают окружающее с декорацией, людей — с манекенами или роботами. Все как во сне, как в кино, *«люди похожи на роботов», «дома и деревья — как театральные декорации», «окружающее доходит*

до сознания не сразу, как бы через стеклянную стену». Голоса и звуки отдаляются, становятся неотчетливыми, глухими, монотонными. Человек не может установить знакомого ранее вкуса, описывая, что «*все безвкусно*». Изменяется восприятие окраски окружающих предметов, их цвет воспринимается естественным, но становится тусклым, утратившим яркость красок.

К дереализационным феноменам относят:

– *jamais vu* — «никогда не виденное» знакомое воспринимается как впервые увиденное;

– *déjà vu* — «уже виденное» незнакомое воспринимается как знакомое;

– *déjà vécu* — «уже пережитое»;

– *déjà prouvé* — «уже испытанное»;

– некоторые авторы как дереализационный феномен рассматривают *дисторсию времени* — ощущение изменения скорости течения времени от ускорения до полной его остановки. Например, во внезапно возникшей катастрофической ситуации течение времени субъективно замедляется, и, напротив, в ситуации исключительной радости — течет быстро.

Деперсонализация и дереализация характерны как для невротического регистра (в качестве самостоятельной нозологии, а также как симптом ряда тревожных и аффективных расстройств), так и для психотического спектра расстройств.

РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

К количественным расстройствам памяти относятся гипермнезия, гипомнезия, амнезия.

Гипермнезия — обострение воспоминаний, их непроизвольный наплыв.

Гипомнезия — ослабление запоминания, удержания и воспроизведения.

Амнезия — утрата памяти.

Выделяют следующие варианты амнезий:

1. Относительно травмирующего обстоятельства:

1) *ретроградная амнезия* — потеря памяти на события, предшествующие периоду качественного или количественного расстройства сознания;

2) *антероградная амнезия* — потеря памяти на события, происшедшие непосредственно после окончания периода качественного или количественного расстройства сознания;

3) *конградная* (от лат. *con* — совместно + *gradior* — идти) — амнезия на события, происшедшие в промежуток времени, соответствующий периоду качественного или количественного расстройства сознания. Возникшие провалы в памяти обычно сохраняются на всю жизнь;

4) *ретроантероградная* — сочетание вышеуказанных вариантов;

5) *фиксационная* — утрата способности удерживать в памяти текущие события.

2. По динамике:

1) *прогрессирующая амнезия* (закон прогрессивного расстройства памяти Рибо–Джексона) — постепенное ослабление памяти, прежде всего, на текущие события, по принципу «обратного хода» от нового к старому, от сложного к простому;

2) *стационарная амнезия* — характеризуется тем, что уже имеющееся нарушение памяти не усугубляется, но и не проходит;

3) *регрессирующая амнезия* — характеризуется тем, что после выраженного ухудшения памяти со временем постепенно улучшается запоминание;

4) *ретардированная амнезия* — отставленная, запаздывающая амнезия. Какой-то период времени или события выпадают из памяти не сразу, а спустя некоторое время после болезненного состояния (как мы помним яркие сны: сначала очень четко, но спустя час после сна забываем).

3. Амнезии функционального генеза:

1) *кататимная (аффектогенная) амнезия* — пробелы в памяти возникают психогенно, по механизму вытеснения аффективно насыщенных индивидуально значимых впечатлений и событий;

2) *диссоциативная амнезия* — утрата крайне неприятных и тягостных травматических воспоминаний, носящая обратимый, функциональный характер.

К **качественным расстройствам памяти** относят *парамнезии* (от греч. пара — около + mneme — память; около памяти) — ошибочные, ложные воспоминания, заполнения пробела памяти фиктивными воспоминаниями.

В свою очередь, выделяют следующие варианты парамнезий:

1) *псевдореминисценции* («иллюзии памяти») (от др.-греч. ψευδο — ложно + лат. reminiscentia — воспоминание) — пробелы в памяти заполняются действительно имевшими место в прошлом событиями;

2) *конфабуляции* («галлюцинации памяти»; от лат. confābulāgī — болтать, рассказывать) — вымышленные воспоминания, заполняющие пробелы в памяти;

3) *криптомнезии* («невольный плагиат», присвоенные воспоминания; от др.-греч. kryptos — скрытый + mneme — память) — нарушение способности идентифицировать источник воспоминания. Пациент не может отличить действительно имевшие место события от услышанных, прочитанных, увиденных в кино или во сне (подобные переживания мы испытываем иногда при пробуждении после ярких сновидений).

Особые феномены, ассоциированные с памятью:

Эйдетизм (от др.-греч. εἶδος — образ) — представление фотографически воспроизводит ранее зафиксированный чувственный образ. Не явля-

ется болезненным состоянием, однако в контексте некоторых психических расстройств вторичные чувственные образы могут иметь эйдетическую яркость.

Флэшбэк (от англ. flash — вспышка, озарение + back — назад) — возникающие помимо воли пациента необычайно яркие воспоминания о перенесенном травматическом событии. Термин заимствован из кинематографа, где флэшбэк — это художественный прием с временным прерыванием последовательности повествования с целью показа неких событий в прошлом. При флэшбэке психотравмирующая ситуация переживается как реально происходящая в данный момент и длится от нескольких секунд до нескольких часов. Характерна аффективная насыщенность переживаний.

Переживания пациентов при флэшбэке более реалистичны, чем обычные воспоминания и представления (качественное различие). Образы переживаний сюжетно и тематически связаны между собой, имеют законченный сценopodobный характер (количественное различие). Однако мысленные образы не отождествляются с реальными объектами.

У большинства пациентов, несмотря на стремление к избеганию ситуаций, в той или иной степени связанных с травмирующими обстоятельствами, симптоматика переживания возникает спонтанно без внешней провокации.

Корсаковский амнестический синдром — мнестическое расстройство, для которого не характерно вовлечение иных психических процессов. В его основе — невозможность удержать в памяти текущие события (фиксационная амнезия) при достаточно сохранной памяти на прошлое — весь опыт, знания и навыки сохраняются. Как следствие, у пациентов наблюдается амнестическая дезориентировка и сопутствующие парамнезии.

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Нарушения темпа мышления:

1. **Ускорение мышления** — ускоренное течение ассоциативных процессов, когда мысли настолько быстро сменяют друг друга, что больной не успевает их высказывать. *Маниакальная речевая спутанность* характеризуется увеличением громкости и ускорением темпа речи, «речевым напором», преобладанием конкретного мышления, механических ассоциаций по созвучию, внешнему сходству и смежности во времени и пространстве, повышенной отвлекаемостью, поверхностностью суждений. В маргинальных случаях достигает степени выраженности *скачки идей* — потока обрывков фраз, отдельных слов, между которыми трудно обнаруживается даже механическая связь, когда язык не поспевает за новыми ассоциациями и мыслями.

2. **Замедление мышления** — бедность ассоциаций, замедленное течение ассоциативного процесса. В клинике — односложные, после пауз, ответы на вопросы, отсутствие инициативы в беседе, затруднение в подборе слов.

Симптоматика встречается в клинике аффективных расстройств.

Нарушения стройности мышления:

1. **Ментизм** (от лат. mens, mentis — мысль) — «наплыв» мыслей, образов — обычно непродолжительный эпизод (секунды, минуты, реже часы, дни) в виде внезапного появления и столь же резкого обрыва чрезвычайно интенсивного потока несвязанных друг с другом, неконтролируемых пациентом мыслей, который нередко имеет насильственный характер. Пациенты во время эпизода наплыва мыслей производят впечатление растерянных и несобранных людей, однако сознание у них не нарушено. Продуктивные симптомы на время эпизода исчезают. О содержании переживаний в памяти сохраняются лишь фрагментарные воспоминания.

2. **Шпёррунг** (от нем. sperrung — блокада) — «закупорка» мыслей, воспринимается как обрыв мыслей, внезапная пустота в голове.

3. **Паралогическое мышление** (от греч. paralogos — около логики) — характеризуется наличием у пациента своей, особой субъективной логики. Пациент, свободно оперируя абстрактными понятиями, в ходе рассуждений исключает любые факты, противоречащие занимающей его идее, что приводит его к парадоксальным, нелепым, непонятым окружающим выводам.

4. **Символическое мышление** характеризуется тем, что пациент наделяет обычные слова, объекты, явления или события понятным лишь ему смыслом, имеющим яркую аффективную окраску. Мы живем в мире, переполненном символикой, которая универсальна и понятна всем. У пациентов с символическим мышлением символика сугубо индивидуальная и непонятная окружающим, иногда с использованием неологизмов.

5. **Вербигерация** (от лат. verbum — слово + gerere — создавать) — речевая стереотипия, бессмысленное, часто ритмичное повторение («нанизывание») сходных по звучанию, но разных по значению слов либо бессмысленных сочетаний звуков и слов, реже фраз («павлин-шмавлин», «чих-пых»). Относится к числу кататонических феноменов, также встречается при умственной отсталости и шизофрении.

6. **Разорванность** — отсутствие смысловой связи между отдельными словами или словосочетаниями внутри предложения при сохранности грамматического строя. Пациент правильно строит фразы, но использует случайные ассоциации, поэтому речь его лишена смысла.

7. **Бессвязность, инкогерентное мышление** (от лат. incohaerens — бессвязный) — хаотичность, бессмысленность мышления, утрата ассоциативных и смысловых связей между представлениями, словами с распадом грамматического строя (словесная крошка), то есть речь состоит из набора

слов без смысловой связи и грамматической структуры. Операции мышления оказываются настолько разобщенными, что утрачивается способность складывать из слов предложения, а в некоторых случаях — из букв слова. В речи появляются неологизмы — новые словообразования, ранее не существовавшие в языке. Неологизмы — не всегда признак болезни. Они являются нормальным компонентом формирующейся речи ребенка. Язык — гибкая и динамично развивающаяся система, а неологизмы — способ пополнения языкового словесного многообразия. Но честь наполнения языка новыми словами принадлежит все же ученым или писателям.

Нарушения целенаправленности мышления:

1. **Обстоятельное мышление** (вязкость, торпидность, тугоподвижность мыслительных процессов) — характеризуется низкой продуктивностью мышления ввиду затруднения перехода от одной мысли к другой из-за длительной фиксации на предшествующих ассоциациях. В клинике — застревание на малозначащих биографических фактах, неспособность отделить главное от второстепенного, плохая переключаемость с одной темы на другую. Зачастую вообще непонятно, что пациент хотел сказать, какой смысл имела его длинная витиеватая речь (лабиринтное мышление).

2. **Персеверация** (от лат. *perseveratio* — упорство) — речевая стереотипия, длительное доминирование в сознании какой-либо фразы или представления в связи с выраженным затруднением переключаемости ассоциативного процесса, что клинически выражается в повторении одних и тех же слов или фраз. Пациенты отвечают только на первый вопрос, а затем просто повторяют тот же ответ. *Моторные персеверации* — воспроизведение одних и тех же движений или их элементов (написание чего-либо или рисование).

3. **Ригидность мышления** — отсутствие гибкости. Рассматривается в контексте личностных особенностей. Ассоциирована с консерватизмом, упрямством, неспособностью признавать свои ошибки, приверженностью привычкам, неумением быстро перестроиться в соответствии с изменениями среды.

4. **Амбивалентность мышления** — одновременное возникновение и сосуществование взаимоисключающих, противоположных суждений, умозаключений. Например: «я болен — я здоров», «мы враги — мы друзья», «я Бог — я сатана». Описанный феномен нередко сочетается с проявлениями аффективной и волевой амбивалентности.

5. **Тангенциальное мышление** (от лат. *tangens* — касающийся; мышление «по касательной») — неясное, аморфное, нецеленаправленное, бесплодное, расплывчатое мышление — непоследовательность мышления с постоянными переходами мысли из одной логической плоскости в другую. В свою очередь, можно выделить следующие типы тангенциального мышления: смысловое соскальзывание, резонерство, «философическая интоксикация», руминирование.

Смысловое соскальзывание — внезапное изменение темы разговора, соскальзывание с основного ряда суждений и умозаключений на побочный, часто с утратой логической связи (то есть «побочные ассоциации, которые бывают и у здоровых, но подавляются, занимают больного также сильно, как и основная тема» (Э. Блейлер, 1920)).

Резонерство — абстрактно-расплывчатое мышление, бесплодное мудрствование, склонность к пустым рассуждениям. Это мышление может быть охарактеризовано фразой: «Много слов, мало смысла». Мышление с преобладанием пространственных, отвлеченных, туманных, часто малосодержательных рассуждений на общие темы, по поводу общеизвестных истин, например в ответ на вопрос врача: «Как вы себя чувствуете?» пациенты долго рассуждают о пользе питания, отдыха, витаминов.

«Философическая интоксикация» — психопатологический феномен, близкий к резонерству, включающий отвлеченные мечтания, схоластические (знания, оторванные от жизни, основывающиеся на отвлеченных рассуждениях, не проверяемых опытом) философские построения, интенсивное, но непродуктивное увлечение эзотерическими, религиозными, метафизическими и парапсихологическими идеями.

Руминирование (руминация, умственная жвачка) — мышление, оторванное от реальности, абстрактное, бесплодное, с тенденцией к персеверации, но без алогичности и неопределенности понятий. Пациенты критически оценивают непродуктивность своих суждений и умозаключений. Встречается в клинике обсессивно-компульсивных расстройств.

Авторам данного издания кажется удобным и клинически оправданным выделение категории **атактического мышления**, или атаксии мышления (от др.-греч. ataxia — беспорядок, неразбериха), которое характеризуется наличием в речи пациента некоординируемых сочетаний. Подобное явление называется также атактическими замыканиями и в некоторых случаях может представлять собой динамику одного и того же патологического процесса:

– при наличии атактических замыканий между предложениями говорят о резонерстве;

– при наличии атактических замыканий между словами внутри одного предложения говорят об атактической спутанности (крайняя степень — разорванность);

– при проникновении атактических замыканий внутрь слова в речи пациентов появляются неологизмы, что характерно для бессвязности.

Симптомы вышеперечисленных групп нарушений мышления носят **качественный характер**, отражая **продуктивную симптоматику**. Дефицит когнитивных функций, обеднение, снижение продуктивности и общей эффективности мышления, выпадение ряда высших корковых функций (аграфия, алексия, акалькулия, афазия) в контексте интеллектуального дефицита может рассма-

триваться как расстройство негативного спектра, то есть **количественное дефицитарное расстройство структуры мышления**.

Расстройства мышления по содержанию включают в себя бред, сверхценные и доминирующие идеи, а также навязчивости.

Бред — ошибочные, иногда нелепые суждения и умозаключения, возникающие на болезненной основе, не поддающиеся коррекции, имеющие чрезвычайную индивидуальную значимость и определяющие мотивы поведения человека.

Классификация бреда:

1. По механизму бредообразования выделяют первичный, вторичный (чувственный) и индуцированный бред.

Первичный бред формируется как первичное повреждение мышления — поломка логического познания, при которой искаженное суждение последовательно подкрепляется рядом субъективных доказательств, формирующих систему. При этом иные психические процессы не затронуты. При обсуждении с пациентом объектов или субъектов, имеющих отношение к бредовой фабуле, отмечается аффективное напряжение. Этот вид бреда отличается стойкостью, резистентностью к лечению, тенденцией к прогрессированию и систематизации. Систематизация означает, что пациент формирует субъективно стройную систему «доказательств» бредовых идей (при этом все, что не вписывается в эту систему, попросту игнорируется). К этому варианту бреда относится паранойяльный и систематизированный парафренный бред.

Вторичный (чувственный) бред возникает вследствие изначального повреждения какого-либо иного психического процесса, помимо мышления (аффективной сферы, восприятия, памяти, сознания). Бредовые идеи при нем фрагментарны, непоследовательны, соответствуют аффекту, галлюцинаторным переживаниям, порождаются ошибками воспроизведения, то есть расстройство мышления вторично по отношению к расстройствам иных психических процессов, имеет место бредовая интерпретация искажений, сформированных в иных психических сферах.

Индуцированный бред — формируется при длительном близком контакте с человеком, исключительно значимым, доминирующим и харизматичным, страдающим психическим заболеванием и транслирующим бредовые идеи, которые интегрируются в сознание окружающих его, зависимых от его мнения людей, принимающих от него любую информацию без критической ее оценки, становящихся носителем этой бредовой идеи.

2. По систематизации можно выделить: систематизированный и несистематизированный бред.

3. По содержанию: монотематический и политематический бред.

4. По бредовой фабуле (сюжету): бред преследования, величия, особого предназначения, материального ущерба и т. п.

К *бредовым синдромам* относятся паранойяльный, параноидный, парафренный.

Паранойяльный (от греч. *paranoia* — умопомешательство) *синдром* — монотематический систематизированный бред. Повреждений иных психических процессов, помимо мышления, не отмечается. В рамках паранойи может присутствовать систематизированный бред величия и особого предназначения — в этом случае мы говорим о парафренном бреде. Если паранойяльный бред вторичен, он рассматривается в структуре парафренного синдрома.

Параноидный (от греч. *paranoia* — умопомешательство + *eidos* — вид; подобный паранойе) *синдром* рассмотрим на примере синдрома Кандинского–Клерамбо, в структуре которого выделяют псевдогаллюцинации, персекуторный бред (от лат. *persecutio* — преследование) и явления психического автоматизма.

Психические автоматизмы — переживание овладения, возникающее у пациента как результат мнимого воздействия внешних сил. Вероятно, представляют собой сочетанное нарушение мышления и восприятия. Варианты психических автоматизмов:

- идеаторный/ассоциативный — характеризуется чувством сделанности, открытости, чуждости, навязанности извне мыслей, идей, образов, сновидений, воспоминаний, чувств и эмоций, их вкладывания и отнятия, а также ментизмом и эхом мыслей. То есть речь идет об отчуждении продукции собственной психики;

- сенестопатический/сенсорный — чувство сделанности ощущений. Крайне неприятные тягостные (сенестопатические) телесные ощущения, возникающие под влиянием мнимых сторонних сил;

- кинестетический/моторный — чувство сделанности движений. Против воли пациента, под влиянием извне его заставляют ходить, говорить, улыбаться, гримасничать, бить и т. п.

Парафренный (от др.-греч. *пара* — около + *φρήν* — ум) *синдром* — характеризуется наличием в клинической картине несистематизированного, реже систематизированного бреда величия, бреда фантастического содержания либо персекуторного бреда, псевдогаллюцинаций, галлюцинаций и явлений психического автоматизма на фоне эйфории. Описан Е. Блейлером как инвертированный синдром Кандинского–Клерамбо.

Исторически считалось, что в динамике заболевания вышеописанные синдромы могут последовательно сменять друг друга: паранойяльный сменяется параноидным (галлюцинаторно-параноидным) и далее — парафренным, что свидетельствует об их патогенетической общности. В настоящее время паранойяльный синдром рассматривается как имеющий самостоятельное клиническое значение, не являющийся начальным этапом других бредовых синдромов.

Сверхценные идеи — ошибочные, но логически обоснованные суждения с выраженной аффективной окраской, носящие стойкий характер, получающие преимущество над всеми остальными идеями в сознании пациента. Как правило, имеют характерологические истоки и не сопровождаются иной психопатологической симптоматикой.

Критерием отличия сверхценных идей от бредовых является *возможность разубеждения пациента*. Сверхценные идеи хотя и с трудом, но поддаются коррекции под влиянием изменения жизненных обстоятельств либо веских логических доводов, приведенных авторитетными для пациента людьми, что способствует утрате актуальности и аффективной насыщенности. Для отграничения сверхценных идей от бреда может использоваться также *критерий психологической понятности* как самой идеи, так и аргументов, приводимых пациентом в качестве доказательств своей правоты.

Отличие сверхценных от бредовых идей:

1. Возможность разубеждения пациента.
2. Оформлены в виде психологически понятных представлений и объяснений, при сохранности стремления к объективной оценке (отсутствие патологического толкования действительности и событий, игнорирования противоречащих идее фактов), то есть не имеют паралогической основы.
3. Наличие тесной связи с убеждениями, интересами и принципами пациента.

Не существует доказательств того, что сверхценные идеи всегда трансформируются в бред. Тем не менее, понятие **сверхценного бреда** существует — это бред, который вырос из сверхценных построений.

Типичным содержанием сверхценных идей бывает сутяжничество, изобретательство, реформаторство, ревность, ипохондрические переживания.

Доминирующими принято называть встречающиеся в норме *идеи* сверхценного характера, критически оцениваемые, периодически приобретающие главенствующее значение в сознании человека, отодвигающие на второй план мысли, бывшие до того в центре внимания. Интенсивность и стойкость доминирующих идей не соответствуют их социальной значимости.

При доминирующих идеях, в отличие от сверхценных и бредовых, социальное функционирование не страдает. Доминирующие идеи характерны для здоровых людей, когда они усиленно к чему-то стремятся, сосредоточены только на результате, критически относятся к своим поступкам. Доминирующие идеи можно встретить у ученого, сильно увлеченного разработкой какой-либо теории; художника, находящегося в творческом процессе; у религиозного фанатика, глубоко преданного своим убеждениям и т. д.

Навязчивости. Продукция психики во всем ее многообразии, затрагивая течение практически всех психических процессов, может носить харак-

тер навязчивых переживаний. Навязчивый — это, в первую очередь, возникающий против воли пациента. Навязчивыми могут быть:

- идеи;
- сомнения;
- размышления (умственная жвачка);
- воспоминания;
- побуждения, влечения, желания;
- опасения/страхи;
- образы;
- напевание мелодии или песни;
- чувства (неприязнь, антипатия);
- действия (например, стремление добиться симметричности и точности расположения предметов).

К навязчивым состояниям относятся obsessions, compulsions, manias, phobias.

Obsessions (от лат. *obsessio* — охватывание) — это вышеуказанные переживания:

- возникающие против воли пациента;
- неприятные, тягостные, сопровождающиеся тревогой. Реже переживания могут быть эмоционально нейтральными (например, руминация или навязчивое воспроизведение мелодии);
- воспринимающиеся самим пациентом как нелепые, бессмысленные, бесплодные, отнимающие силы и время и, соответственно, вызывающие желание избавиться от них, приводящие к безуспешным попыткам контролировать их;
- никогда не воплощаются и не отчуждаются, то есть всегда воспринимаются как собственные, что усугубляет тревогу, ассоциированную с ними;
- имеют тенденцию к длительному течению.

Compulsions (от лат. *compello* — принуждать) — навязчивые ритуалы, к которым прибегает пациент для того, чтобы контролировать тревогу, вызванную obsessions.

Manias (от др.-греч. *μανία* — страсть). Один из вариантов использования этого термина — обозначения болезненного пристрастия, непреодолимого влечения, направленного на какой-то определенный объект или занятие, которое пациент не в состоянии контролировать. В отличие от obsessions и compulsions manias не имеют явной причины, представляя из себя как бы compulsions без obsessions. При этом внутреннее напряжение, порожденное, вероятно, множеством факторов, находит разрядку через действия, которые приносят удовлетворение, приятны, в некоторых случаях доставляют удовольствие. К этому варианту навязчивостей относят патологически привычные действия (трихотилломания, онихофагия, дерматотлазия и т. д.).

Фобии (от др.-греч. φόβος — страх) — иррациональный, чрезмерный по своей интенсивности страх, связанный с определенным внешним стимулом (объектом, субъектом).

Отличие навязчивых идей от сверхценных:

- навязчивые идеи оцениваются как необоснованные и часто как бессмысленные;
- навязчивые идеи чужды личности, которая противопоставляет себя им, осознает их неприемлемость и болезненность, пытается бороться с ними;
- сверхценные идеи, напротив, воспринимаются пациентом как изначально свойственные его личности, без какого-либо чувства навязчивости;
- пациент отождествляет себя со сверхценными мыслями, считает их адекватными, не противостоит им, не воспринимает их как болезненные и стремится осуществить.

РАССТРОЙСТВА РЕЧИ

Выделяют негативные и позитивные расстройства речи.

Негативным расстройством является *алогия*, которая клинически проявляет себя замедлением, бедностью, отсутствием содержания речи. *Бедность речи* означает снижение спонтанности словесных выражений и оборотов. Ответы на вопросы могут или вообще отсутствовать, или быть краткими, конкретными, формальными без уточнений. *Бессодержательность речи* — отсутствие содержательной части из-за избыточной конкретности, повторов и речевых стереотипий.

К **позитивным нарушениям речи** относят неадекватный подбор слов по их фонетическому или семантическому сходству, в некоторых случаях при ускоренном темпе, что делает речь бессвязной. Характерны паралогичность, соскальзывания, тангенциальность, разорванность, обстоятельность, речевой напор, отвлекаемость и ассоциации по созвучию. То есть речь, в данном случае, является отражением всего многообразия расстройств мышления.

Также **расстройства речи** могут быть **связаны с повреждением либо функциональной незрелостью речевого аппарата**. К таким расстройствам относятся дизартрия, алалия, дислалия.

Дизартрия — это нарушение произношения, вызванное поражением мышц речевого аппарата.

Алалия — нарушение речи при нормальном слухе и интеллекте, развивающееся на фоне органического поражения мозга в период до 3-го года жизни.

Дислалия — расстройство звукопроизношения, характеризующееся отсутствием, заменами, смешением или искажениями фонем и звуков в устной речи, что связано с недостаточной развитостью речевых органов в детском

возрасте, с дефектом слуха ребенка, который мешает ему правильно распознавать, подражать и воспроизводить звуки, со структурными дефектами органов речи.

Расстройства речи могут быть связаны с функциональными либо органическими нарушениями деятельности ЦНС. Такие расстройства включают дисфемию и афазию.

Дисфемия — это речевые расстройства, характеризующиеся нарушением артикуляции с многократным прерыванием речи и повторениями, вызванными плохой идеомоторной мозговой координацией. Примером дисфемии является *заикание*.

Афазия — этот вид речевых расстройств связан с локальным поражением задействованных в речи отделов мозга и представляет собой отсутствие или нарушение уже сформировавшейся речи.

РАССТРОЙСТВА ВОЛИ, ВЛЕЧЕНИЙ И ИНСТИНКТОВ

РАССТРОЙСТВА ВОЛИ

Расстройства воли могут выражаться в их *количественном* (аномальном усилении, ослаблении, исчезновении) или в *качественном* искажении.

Количественные расстройства воли:

1. **Гипербулия** — патологическое усиление волевой активности, стремление к деятельности, к достижению цели любыми путями и средствами. Гипербулия — характерный симптом маниакального и паранойяльного синдромов.

2. **Гипобулия** — патологическое ослабление волевой деятельности, бедность побуждений. Пациенты пассивны, малообщительны, длительно сидят или лежат в одной позе. Входит в структуру депрессивного и ступорозных синдромов.

3. Крайняя степень гипобулии называется абулией. **Абулия** — полная безучастность и бездеятельность, отсутствие инициативы, побуждений, желаний с минимальной сохранностью круга автоматизированных действий. Пациенты постоянно лежат или сидят в постели, с большим трудом могут заставить себя сделать что-либо. Приводит к снижению социальной и профессиональной продуктивности, потере социального окружения. Входит в структуру деменции, апато-абулического, психоорганического синдромов.

К **качественным нарушениям воли** относится *парабулия* — извращение волевой активности. Она, в свою очередь, включает следующие психомоторные расстройства:

1. **Амбигенность** — расстройство волевого акта, характеризующееся двойственностью побуждений и поступков.

2. *Кататонический синдром, кататония* (от др.-греч. *κατατείνω* — натягивать) — психопатологический синдром, основным клиническим проявлением которого являются двигательные расстройства в континууме от ступора до возбуждения.

Кататоническое возбуждение — характеризуется повышением моторной активности со стремлением к движению (в отличие от стремления к действию при маниакальном синдроме) без ясных мотивов, на фоне которого отмечаются:

1) эхо-симптомы:

– эхολалия немедленная и отсроченная — произвольное стереотипное повторение услышанных фраз;

– эхопраксия — произвольное повторение увиденных движений;

– эхомимия — произвольное повторение выражения лица собеседника;

2) стереотипные автоматизированные действия, для которых характерны хаотичность, нецеленаправленность, вычурность, говорливость, манерность, карикатурность движений и действий: пациенты гримасничают, говорят ломаным языком, принимают неестественные позы, мимика отражает противоположные по знаку эмоциональные переживания; по-особому ходят (например, только на пятках), необычным образом выполняют какие-либо действия (например, снимают шапку рукой, протянутой под коленом);

3) *речевые стереотипии* — могут иметь различную эмоциональную окраску, сопровождаться патетикой, экстазом, злобой, яростью, безразличием.

Кататонический ступор — характеризуется ограничением или полным отсутствием произвольной моторной активности, отсутствием реакции на внешние раздражители и мутизмом. Могут присутствовать следующие патогномоничные симптомы:

– застывание — пациент длительное время может сохранять одну и ту же позу;

– отсутствует эмоциональная и зрачковая реакция на боль (симптом Бумке — расширение зрачков на боль — отрицательный);

– симптом Павлова — пациент не реагирует на вопросы, заданные обычным голосом, но отвечает на шепотную речь;

– симптом воздушной подушки Дюпре — пациент, лежащий на спине или на боку, длительно, до нескольких часов (до засыпания), сохраняет положение приподнятой на некотором расстоянии от подушки головы (голова «висит над подушкой»);

– симптом капюшона — натягивание на голову халата при открытом лице;

– симптом хоботка — вытянутые вперед губы;

– застывание в позе эмбриона (с поджатыми к животу коленями, прижатыми к груди руками) в постели;

– симптом зубчатого колеса — при сгибании/разгибании верхней конечности исследователь чувствует прерывистость, рывки, равномерные толчки.

Общими как для ступора, так и для возбуждения являются:

1. Симптомы негативизма. *Активный негативизм* характеризуется тем, что пациент сопротивляется любым просьбам и действиям, с ним производимым. Как вариант активного негативизма описан парадоксальный негативизм, который характеризуется тем, что пациент, о чем бы его ни попросили, делает все наоборот. *Пассивный негативизм* — пациент вовсе не выполняет просьб.

2. Альтернатива негативизму — повышенная подчиняемость, которая проявляет себя в двух видах: 1) *автоматической/пассивной подчиняемости* — пациент неосмысленно выполняет любые инструкции врача; 2) *каталепсии* — «восковой гибкости», характеризующейся тем, что пациенту можно придавать любые, даже функционально неудобные позы, в которых он застывает на длительное время.

Кататонический синдром может протекать при ясном сознании — *люцидная кататония*, при которой отсутствуют продуктивные симптомы, нет помрачения сознания, пациенты ориентированы, осознают и запоминают окружающее. Иногда сознание затемняется по онейроидному типу — *онейроидная кататония*.

РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ

Импульсивные влечения и действия — категория, по своей природе близкая к навязчивостям.

Импульсивные влечения характеризуются внезапно возникающим бессознательным стремлением к совершению какого-либо отвергаемого сознанием действия. Они овладевают сознанием и подчиняют себе поведение пациента, постфактум воспринимаются большинством пациентов как чуждые, нелепые, болезненные состояния.

Импульсивные действия также характеризуются внезапностью, безмотивностью, возникают спонтанно и не контролируются сознанием, в типичных случаях реализуются без внутренней борьбы и внутреннего сопротивления.

РАССТРОЙСТВА ИНСТИНКТОВ

Нарушения ориентировочного инстинкта:

1. *Усиление*: дромомания, ониомания, дипсомания.
2. *Снижение*: утрата интереса как к внешним видам деятельности, так и к самому себе.
3. *Извращение*: пиромания, kleптомания.

Расстройства полового инстинкта:

1. *Повышение*: нимфомания, сатириазис.
2. *Снижение*: импотенция, фригидность.
3. *Качественные изменения полового влечения* (парафилии): фетишизм, вуайеризм, педофилия, эксгибиционизм и т. д.

Нарушения пищевого инстинкта:

1. *Усиление*: булимия, полифагия.
2. *Снижение*: анорексия.
3. *Извращение*: пика (от лат. *pica* — сорока) — парорексия.

Нарушения инстинкта безопасности (самосохранения). Включает в себя инстинкт выживания и инстинкт сохранения целостности тела:

1. *Усиление*: может проявляться в двух противоположных формах поведения:
 - пассивно-оборонительной (стремление к уходу от опасных и сложных ситуаций, от ответственных решений, робость, нерешительность, трусость);
 - активно-оборонительной (реакции протеста, оппозиции, различные виды агрессии).
2. *Ослабление*: самоубийство.
3. *Извращение*: самоповреждающее поведение.

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

Количественные нарушения эмоций:

1. **Гипертимия** — болезненно повышенное настроение с избыточной энергией, оптимизмом, жизнерадостью, завышенной самооценкой и недооценкой возможных последствий своих действий.

2. **Гипотимия** — болезненно пониженное настроение, переживаемое как грусть, печаль, уныние, угнетенность, подавленность, скорбь, чувство безысходности, сопровождающееся чувством физического неблагополучия, беспомощности, пассивностью, суицидальными мыслями и действиями.

3. **Апатия** (от др.-греч. *ἀπάθεια* — бесстрастие) — полное отсутствие эмоций, включая низшие («паралич эмоций», «бодрствующая кома»), которое не осознается и не переживается пациентом как болезненное. Выражается в безразличии, безучастности, отрешенности в отношении к происходящему вокруг.

4. **Аффект** (лат. *affectus* — душевное волнение) — сильная кратковременная эмоциональная реакция; в судебно-психиатрической практике под аффектом понимают чрезвычайную по силе кратковременную отрицательную эмоцию (например, вспышка гнева, ярости, неистовства) с последующим опустошением и чувством вины. Стадии аффекта: куммуляция, взрыв, истощение.

Качественные нарушения эмоций:

1. **Паратимия** — парадоксальность эмоций, когда ответная реакция не соответствует стимулу.

Т. Рибо в 1886 г. предложил термин **ангедония** — утрата способности получать удовольствие от того, что ранее его доставляло. Варианты ангедонии:

- физическая (еда, нагрузки);
- социальная (общение);
- мотивационная (желание что-либо делать);
- антиципационная (удовольствие от предвкушения чего-либо).

2. **Эйфория** — благодушное приподнятое настроение, сопровождающееся чувством удовлетворенности, безмятежности, комфорта, благополучия, расслабленности, пассивной радости. В отличие от гипертимии и мании не сопровождается ускоренным мышлением и повышенной психомоторной активностью. Препятствует познавательным процессам.

3. **Дисфория** — раздражительное, угрюмое, тоскливо-злобное, мрачное настроение. Возникает и оканчивается, как правило, внезапно. Может длиться часами или днями. Во время дисфории пациенты склонны к агрессивным действиям.

4. **Эмоциональная амбивалентность** — двойственность эмоций, переживание пациентом двух противоположных эмоций или чувств. В сознании пациента сосуществуют любовь и ненависть, радость и печаль.

Индивидуальные особенности эмоционального реагирования

Устойчивые характеристики ответного эмоционального отклика на внешние стимулы. Могут быть как врожденными, предопределенными темпераментом, так и приобретенными, сформированными как характерологические аномалии при расстройствах личности, на фоне органического повреждения вещества мозга, хронической психической болезни, длительного потребления ПАВ.

Слабодушие, недержание эмоций — состояние легко колеблющегося по ничтожному поводу настроения от слезливости до сентиментальности с умиленностью. Может сопровождаться капризностью, раздражительностью, утомляемостью. Наблюдается при сосудистом поражении головного мозга, при соматогенной астении.

Эмоциональная лабильность — повышенная аффективность, изменчивость эмоций, колебания настроения в широком диапазоне под воздействием внешних, зачастую незначительных причин.

Раздражительная слабость — сочетание эмоциональной лабильности, раздражительности с быстрой истощаемостью и утомляемостью.

Эмоциональная вязкость — фиксация аффекта и внимания на каких-либо индивидуально значимых объектах (личность сосредоточивается на обидах, неудачах, волнующих темах, неспособна их отрефлексировать).

Эмоциональное огрубление — неспособность определять уместность и дозировать эмоциональные реакции. Проявляется в том, что личность утрачивает высшие эмоции, сдержанность, деликатность, такт, способность к состраданию. При этом низшие эмоции, напротив, актуализируются — личность становится назойливой, расторможенной, хвастливой.

Эмоциональная холодность/тупость (аффективное уплощение) — недостаточная эмоциональность, отсутствие ожидаемого эмоционального отклика на значимые события (затрагивает как высшие, так и низшие эмоции). Характеризуется ослаблением эмоциональных реакций, бесчувствием, равнодушием, отсутствием эмоциональной теплоты, черствостью.

Эмоциональная монотонность характеризуется однообразием, неподвижностью эмоциональных реакций.

Эксплозивность (взрывчатость) — чрезмерная эмоциональная возбудимость с бурными вспышками аффектов ярости и гнева.

АФФЕКТИВНЫЕ СИНДРОМЫ

Депрессивный синдром. Характеризуется *депрессивной триадой*: подавленным настроением, двигательной заторможенностью, замедлением мышления.

Соматический симптомокомплекс депрессии:

- ангедония;
- снижение аппетита и ассоциированное с ним;
- снижение веса на 5 % и более в течение месяца;
- ранние пробуждения — на 2 часа и более от намеченного при отсутствии трудностей с засыпанием;
- усиление симптоматики в утренние часы;
- снижение либидо.

Маниакальный синдром. Характеризуется *маниакальной триадой*: повышенным настроением, ускорением мышления, психомоторным возбуждением.

Мóрия (греч. *moria* — глупость) — патологически повышенное настроение на фоне обнубления в сочетании с двигательным возбуждением, беспечностью, расторможенностью влечений, с дурашливостью, паясничанием, склонностью к плоским и грубым шуткам. Всегда сопровождается симптомами интеллектуального снижения. Наблюдается при органическом поражении базально-лобных отделов головного мозга (так называемая лобная психика).

Апато-абулический синдром — клиническое сочетание апатии и абулии, характеризующееся выраженным эмоционально-волевым оскудением.

Синдром Котара включает нигилистический (бред отрицания) бред и бред ипохондрического содержания в сочетании с тяжелой депрессией и феноменами деперсонализации/дереализации.

Клинически проявляется в убежденности пациента в том, что он будет вечно страдать, испытывать невыносимую психическую и физическую боль, никогда не умрет и не избавится от нее; пациенты жалуются на отсутствие органов, их изменения, гниение и гибель, перемещение пищевых масс по организму, сосудам и т. п.; убеждены в том, что самым фактом своего существования приносят большие страдания отдельным людям и всему человечеству; высказывают идеи гибели всего живого (все сгнило, все разрушилось, умерло). Синдром Котара встречается в структуре шизофрении, шизоаффективного расстройства, тяжелой депрессии, деменции.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Астенический/церебрастенический синдром. Характеризуется *эмоциональной лабильностью* — пациентов легко растрогать, они сентиментальны и слезливы. При малейшей неудаче настроение безнадежно падает, при удаче неадекватно повышается. Патогномичным симптомом является *раздражительная слабость*. Также пациенты предъявляют жалобы на плохое общее самочувствие, отсутствие бодрости и активности, слабость, резко выраженную утомляемость, снижение способности к продолжительному физическому и умственному труду с непереносимостью обычных для этого человека физических и психических нагрузок, головные боли, вегетативные расстройства. Одним из постоянных симптомов является *нарушение концентрации внимания*, что субъективно воспринимается больными как резкое ухудшение памяти. Типично нарушение цикла «сон – бодрствование» (сонливость днем, бессонница или прерывистый неполноценный сон ночью).

Тревога — отрицательно окрашенная эмоция, которая характеризуется внутренним напряжением, беспокойством, тягостными предчувствиями и ожиданиями, субъективным ощущением надвигающейся опасности, характер которой не вполне ясен, не очевиден. Тревога возникает тогда, когда ситуация воспринимается как неопределенная и потенциально несущая в себе угрозу. Тревога, посредством активации автономной нервной системы, запускает каскад физиологических реакций, эволюционно выполняя адаптивную функцию — подготавливая организм «к бегству или к борьбе» и повышая, таким образом, шансы на выживание в условиях высокого уровня неопределенности и угроз. В отличие от причин страха, причины тревоги обычно не осознаются. Страх опирается на прошлый травматиче-

ский опыт, тогда как тревога работает с неопределенностью, то есть проецирована в будущее.

Патологическая тревога — чрезмерно длительная и интенсивная по отношению к вызвавшему ее событию либо не обусловленная внешними факторами.

Паника — пароксизмальная генерализованная тревога. Существует мнение, что большинство людей переживают этот феномен хотя бы один раз в своей жизни. Приступ паники обычно развивается на фоне психогении (кульминация конфликта, острые психотравмирующие обстоятельства), однако может возникнуть и аутохтонно, при отсутствии предшествовавшего эмоционального и физического напряжения, на фоне повседневной деятельности пациента. Панические атаки не являются нозологически специфичным феноменом.

Психический компонент паники включает в себя:

- эмоционально окрашенные фобии (страх неловкой ситуации, потери контроля над собой, страх смерти, сердечной катастрофы, инсульта, страх сойти с ума);
- дисфорические проявления (раздражительность, обида, агрессия);
- депрессивные проявления с тоской, подавленностью, безысходностью, жалостью к себе;
- диссоциативно-конверсионные расстройства, чаще всего «чувство кома в горле», афония, амавроз (слепота), мутизм, онемение или слабость в конечностях; также отмечаются атаксия и вытягивание, «выворачивание», «скрючивание» рук;
- дереализационные и деперсонализационные феномены: «дурнота» в голове, «сноподобное состояние», чувство «отдаленности» окружающего.

Вегетативный компонент паники проявляется:

- затрудненным дыханием, чувством «кома» в горле, нехватки воздуха с одышкой и гипервентиляцией (возможно рефлексорное апноэ, что является еще одним фактором усиления стресса);
- дискомфортом и болью в грудной клетке, сердцебиением, ощущением перебоев, «замиранием» сердца, изменениями ЧСС, колебаниями АД;
- тошнотой, рвотой, неприятными ощущениями в эпигастрии;
- головокружением, потливостью, тремором с чувством озноба, «волнами» жара и холода, парестезиями, похолоданием кистей и стоп;
- полиурией или частым жидким стулом.

Поведение при панике различно. В некоторых случаях наблюдается психомоторное возбуждение: пациенты «не находят себе места», кричат, зовут на помощь, стонут, выбегают на улицу, «на свежий воздух». В иных случаях пациенты лежат, боясь пошевелиться. Часто принимают всевозможные лекарства и вызывают скорую помощь, исходя из своих представлений о происходящей в их организме соматической катастрофе.

Астазия-абазия (от греч. stasis — стояние и basis — движение) — вариант истерического синдрома, заключающийся в утрате пациентом способности стоять и ходить при сохранности мышечной силы и способности к движениям в ногах в положении лежа. Поставленный на пол пациент пошатывается, делает ряд ненужных, подчас вычурных движений, судорожно хватается за любую опору, всячески демонстрируя свою беспомощность, однако, как правило, не падает. Движения в руках при этом сохраняются в полном объеме. В лежачем положении у пациента движения в ногах сохранены, координаторных расстройств нет, мышечная сила достаточная. Степень выраженности симптоматики может быть различной: от неуверенности при ходьбе, пошатывания и стремления держаться за стены в легких случаях до полной утраты больным возможности к передвижению.

РАССТРОЙСТВА ВНИМАНИЯ

Расстройства внимания / аттентивные расстройства — патологическое изменение направленности и избирательности психической деятельности.

Количественные расстройства внимания:

1. **Апрозексия** — выключение как активного, так и пассивного внимания, полное отсутствие возможности привлечь внимание каким-либо способом. Характерна для аменции, тяжелой деменции.

2. **Гипопрозексия** — термин, определяющий различные варианты ослабления внимания:

– *истощаемость* — уменьшение интенсивности активного внимания спустя некоторое время из-за повышенной утомляемости;

– *рассеянность* — нарушение способности длительно концентрировать внимание, фиксировать его на заданном объекте, в некоторых случаях сочетается со слабой переключаемостью;

– *неустойчивость/патологическая отвлекаемость* — снижение концентрации, повышенная отвлекаемость, произвольное переключение на посторонние раздражители.

3. **Гиперпрозексия** — патологическая концентрация внимания на значимых для пациента объектах:

– *недостаточная переключаемость, инертность, тугоподвижность или торпидность внимания* — неспособность к быстрому и частому переключению концентрации внимания с одного объекта или явления на другой, то есть патологическая фиксация внимания;

– *сужение объема* — высокая концентрация внимания на каком-то одном объекте, с трудностью переключения на другие объекты;

– в тех случаях, когда выпадает способность к активному вниманию на фоне резко усиленного пассивного, непроизвольного внимания говорят о *гиперметаморфозе* (от греч. hypermetamorphosis — сверхпревращение) — характеризуется чрезвычайной рассеянностью, высокой степенью отвлекаемости пациента, непроизвольным, кратковременным привлечением внимания к предметам и явлениям, обычно не замечаемым. Сопровождается состоянием острой растерянности.

Парапрозексия представлена различными **качественными нарушениями внимания** — всевозможными отклонениями направленности последнего. Проявлениями парапрозексии могут быть следующие симптомы:

- соматизация внимания или ипохондрическая его направленность;
- патологическая рефлексия, или болезненная интроверсия, — проявляется устойчивой направленностью внимания на события внутренней психической жизни;
- эготизм, или прикованность внимания пациента к проблемам его межличностных отношений;
- депрессивная направленность внимания — проявляется чрезмерной озабоченностью пациента проблемами самооценки;
- тревожная направленность внимания — фиксация на мрачных предчувствиях, касающихся будущего;
- поворот внимания к прошлому;
- отклоняющееся внимание — внимание рассеивается на малозначащие события, вследствие чего пациент теряет способность замечать главное, адекватно реагировать на происходящее вокруг;
- фиксация внимания на психотических переживаниях.

РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА

Формально интеллект представляет собой сплав таких психических процессов, как мышление и память, поэтому расстройство интеллекта рассматривается как поломка мышления и памяти, в первую очередь, их количественный дефект, на фоне которого возможно качественное обеднение этих процессов. Первая систематика расстройств интеллекта принадлежит Esquirol (1814), разделившему слабоумие на приобретенное и врожденное.

Врожденное слабоумие характеризуется неспособностью сформировать навыки, включая моторные, языковые, социальные, приобретать знания и оперировать ими из-за воздействия на ЦНС в процессе ее формирования и созревания каких-либо органических вредностей (физических, механических факторов, химических веществ, инфекционных агентов, системных заболеваний или заболеваний ЦНС, хромосомных aberrаций или генетических

мутаций) либо же социальных факторов (социальная изоляция). Условным пороговым значением возраста, в котором завершается созревания ЦНС принято считать 3 года. Врожденное слабоумие в классификации описывается как расстройства интеллектуального развития.

Приобретенное слабоумие характеризуется утратой приобретенных знаний, опыта, навыков, снижением общей продуктивности психики вследствие болезненного процесса, затрагивающего ЦНС. Исходя из определения следует, что деменция возможна в любой возрастной группе, начиная с 3 лет. Нозологически приобретенное слабоумие в МКБ — это все возможные варианты деменций.

Врожденное слабоумие рассматривается как состояние стабильное, тогда как приобретенное может быть сопряжено с нарастанием интеллектуального дефицита. В настоящее время слабоумие любой природы рассматривается как состояние необратимое.

РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

Критерии нарушенного сознания по К. Ясперсу:

1. Под *отрешенностью от окружающего мира* следует понимать утрату способности адекватно воспринимать происходящие события (нарушение восприятия) с неточностью, фрагментарностью, беспорядочностью и бессвязностью отражения происходящих событий, чему сопутствует дезорганизованное мышление.

2. Под *дезориентировкой* понимают нарушение ориентировки во времени, в месте и в личности.

3. *Амнезия* на период нарушенного сознания.

Количественные расстройства сознания. Синдром оглушенного сознания характеризуется повышением порога чувствительности ко всем раздражителям и обеднением психической деятельности. Продуктивная психопатологическая симптоматика не характерна.

Синдром оглушенного сознания последовательно проходит ряд стадий, отражающих нарастание тяжести соматического состояния пациента:

1. **Обнубиляция** (от лат. *obnubilus* — облачный) — «вуаль на сознание», легчайшая степень оглушения. Характерны замедление речевых и моторных реакций, рассеянность внимания, снижена чувствительность к внешним раздражителям, затруднено воспроизведение информации, наблюдается несколько повышенное настроение с беспечностью. Ориентировка на этой стадии не нарушена, понимание контекста ситуации пациент не утрачивает.

2. **Сомнолентность** (от лат. *somnolentus* — сонливый) — характеризуется сонливостью, вялостью, безразличием к происходящему и динамией,

пациент неотчетливо воспринимает происходящее вокруг, спонтанная речь отсутствует, на простые вопросы даются правильные ответы, сложные вопросы не осмысливаются. Рефлексы сохранены, ориентировка не нарушена.

Внешние раздражители способны на некоторое время ослабить симптомы обнубиляции и сомнолентности.

3. **Сопор** (от лат. *sopor* — оцепенение) — сохраняются простые реакции на внешние воздействия: пациент отдергивает руку при уколе, на громкий звук открывает глаза, поворачивает голову. Продуктивный речевой контакт невозможен, пациент не выполняет инструкции. Сохраняются зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные реакции.

4. **Кома** (от др.-греч. *κόμα* — глубокий сон) — характеризуется полным угнетением психической деятельности, отсутствием зрачковых и других рефлексов, наличием бульбарных и тазовых расстройств.

Кататонический ступор, диссоциативный ступор и аффективно суженное сознание при острой реакции на стресс являются психогенными феноменами количественного нарушения сознания.

Качественные расстройства сознания. Синдром помраченного сознания характеризуется противоположными оглушенности признаками: *понижением порога чувствительности* ко всем раздражителям, *богатством психопатологической симптоматики*.

В начале XX в. немецким психиатром Карлом Бонхёффером была разработана концепция экзогенных типов реакций психики. По его мнению, «неограниченному множеству внешних (соматических) вредностей» соответствует «ограниченное число» наблюдающихся психопатологических синдромов. То есть, вне зависимости от того, какова природа экзогенной вредности — инфекция, интоксикация, травма и т. д. — мозг отреагирует на повреждение достаточно ограниченным количеством психических расстройств. К синдромам, относящимся к экзогенным типам реакций на внешнюю вредность, были отнесены делирий, аментивные состояния, сумеречное помрачение сознания, состояние эпилептиформного возбуждения, галлюциноз, состояние раздражительной слабости, амнестический синдром. Идея этиологической неспецифичности органических психических расстройств лежит в основе соответствующего раздела МКБ-11.

Исходя из вышесказанного, следует определять **делирий** как этиологически неспецифический органический психосиндром — то есть один из наиболее часто встречающихся универсальных болезненных ответов мозга на повреждение, природа которого не имеет клинического значения. Делирий в динамике проходит стадии, описываемые в классической психопатологии как собственно *делирий* и сменяющая его *амениция*. Данная стадийность отражает нарастание тяжести состояния пациента на фоне прогрессирующего соматического неблагополучия.

Делирий характеризуется:

- нарушением ясности осознания происходящего вокруг;
- дезориентировкой в месте и времени;
- гипопрозецией;
- нарушением памяти на текущие события;
- изменением моторной активности от гиперактивности до гипоактивности;
- расстройствами цикла «сон – бодрствование» с инверсией ритма сна — бессонницей в ночное и сонливостью в дневное время либо поверхностным ночным сном с обилием кошмарных сновидений, которые при пробуждении могут становиться частью субъективной реальности, превращаясь в истинные галлюцинации;
- усилением симптоматики в ночное время, возможны люцидные интервалы — отсутствие симптомов в дневное время;
- расстройствами восприятия в виде иллюзий и истинных, чаще зрительных, слуховых и тактильных, галлюцинаций;
- тревогой.

Аменция (от лат. *amentia* — безумие) — характеризуется инкогеренцией (ассоциативной бессвязностью), растерянностью с аффектом недоумения, симптомом гиперметаморфоза. Проявляется в невозможности в целом воспринимать происходящие события, устанавливать связь между предметами и явлениями. К дезориентации в месте и во времени присоединяется дезориентация в собственной личности. Галлюцинации и бредовые идеи отрывочные. Воспоминания о периоде аменции отсутствуют. При отсутствии адекватной терапии аменция может сменяться сопором и комой.

Онейроид (от греч. *oneiros* — сон + *-eides* — подобный; сноподобный) — характеризуется наплывом непроизвольно возникающих фантастических панорамных сценopodobных сновидных представлений в виде законченных по содержанию картин, следующих в определенной последовательности и образующих единое целое. Характерным для онейроида является *сдвоенное сознание*, когда человек осознает себя как в реальном мире, который воспринимается как измененный (дереализация), так и в мире своих грезopodobных, сноподобных, сценopodobных, панорамных псевдогаллюцинаций, в которых пациенту, зачастую, отводится центральная роль. События мира реального и мира болезненных переживаний пациента переплетаются в сознании. При этом реальность и псевдогаллюцинации как бы меняются по яркости и значимости местами. Если у здорового человека реальность более яркая, чем представление, то при онейроиде наоборот. Для пациента характерно явление гиперметаморфоза, в некоторых случаях пациенты могут быть загружены, окружающее не привлекает их внимания, на лице — выражение восторга, радости, удивления, тревоги или ужаса, что

находится в прямой зависимости от содержания онейроида. Онейроид может сопровождаться депрессивным или маниакальным аффектом, симптомами кататонии.

На выходе из психоза в памяти сохраняется содержание болезненных переживаний при полной или частичной амнезии на события, происходившие в реальном мире.

Продолжительность онейроида — до нескольких недель.

Сумеречные помрачения сознания характеризуются:

- внезапным развитием и разрешением;
- кратковременным/транзиторным характером (минуты – сутки);
- дезориентацией;
- аффектом тоски и злобы;
- в некоторых случаях — стереотипными, автоматизированными действиями;
- в некоторых случаях — галлюцинациями и бредом;
- агрессивными действиями;
- выходом через оглушение или сон;
- ретардированной/конградной амнезией.

В зависимости от патогенеза сумеречные расстройства сознания трактуются классификацией как делирий либо транзиторные психотические расстройства.

В качестве примера сумеречных расстройств сознания можно привести *патологическое опьянение и патологический аффект*.

Патологическое опьянение представляет собой не результат алкогольной интоксикации, а выражение необычной реактивной чувствительности к алкоголю (идиосинкразическая алкогольная интоксикация). Как правило, возникает при сочетании ряда факторов (истощение на фоне психотравмы, психического или физического переутомления, вынужденной бессонницы, органической церебральной недостаточности) и внешне не соответствует клинике алкогольного опьянения. Развивается после употребления *небольших доз алкоголя у лиц, не страдающих зависимостью*. Очевидно несоответствие принятой дозы алкоголя и следующих за этим клинических эффектов. Переход в психотическое состояние совершается *мгновенно*. Длительность психотического состояния — в пределах 1–2 часов, оставляет после себя астению, головную боль, амнезию. Основным признаком патологического опьянения является помраченное сознание, в результате чего нарушаются процессы восприятия и мышления, изменяется осознание происходящего вокруг.

Формы патологического опьянения:

1. *Эпилептоидная/эпилептиформная форма* — характеризуется тотальной дезориентацией, резким моторным возбуждением с аффектом страха и гнева либо с молчаливой, бессмысленной агрессией, которая порой имеет

характер автоматических и стереотипных действий, характеризующихся особой жестокостью. Отмечается молчаливая мрачная сосредоточенность.

2. При *параноидной форме* поведение пациента отражает бредовые и галлюцинаторные переживания устрашающего содержания. О том же свидетельствуют отдельные слова, выкрики, команды, угрозы, хотя в целом речевая продукция пациента скудна и малопонятна. Двигательная активность имеет относительно упорядоченный характер, приобретает форму сложных и целенаправленных действий (бегство с использованием транспорта, защита, нападение, совершаемые с большой силой).

3. «*Тихие сумерки*», или простое сумеречное помрачение сознания, с отрешенностью от окружающего, дезориентацией и автоматизированными поступками неагрессивного характера.

Психоз завершается столь же быстро, как и начинается. На выходе пациент в состоянии оглушения или в глубоком терминальном сне. Обычно выявляется *конградная амнезия*, иногда такая амнезия бывает отставленной. *Полная амнезия* более характерна для эпилептоидной формы, *парциальная* — с фрагментарными, иногда очень красочными, воспоминаниями — для параноидной формы.

В МКБ-10 шифр патологической алкогольной интоксикации F10.07.

Патологический аффект определяется как сумеречное помрачение сознания, возникающее непосредственно в ответ на психогенный раздражитель. Патологический аффект проходит следующие фазы:

1. *Подготовительная фаза/фаза куммуляции аффекта* характеризуется ясностью сознания с полной фиксацией его на внезапно возникшем психотравмирующем событии (конфликт с иным лицом, которое оскорбляет, угрожает пациенту или его близким), сопровождается выраженными вегетативными изменениями (бледность, потливость, повышение ЧСС, ЧД, АД) и нарастанием эмоционального напряжения, которое сдерживается, подавляется пациентом.

2. *Фаза взрыва* характеризуется тем, что происходит мгновенное высвобождение куммулированной психической энергии вовне. Высочайший уровень эмоционального напряжения мгновенно реализует себя в виде помрачения сознания с выраженным психомоторным возбуждением, дезориентацией, невозможностью адекватно оценивать себя и происходящее вокруг, отрывочной бредово-галлюцинаторной симптоматикой, агрессивными действиями, которые носят нецеленаправленный характер, рассеиваясь на все, что окружает пациента. Невозможен речевой контакт с пациентом, действия совершаются им либо при отсутствии речевой продукции, либо выкрикиваются отдельные слова, отражающие болезненные переживания. Продолжительность фазы от 20 секунд до 3–4 минут.

3. *Фаза истощения* характеризуется выраженным психическим и физическим истощением с выходом из психоза через оглушение или сон с последующей конградной амнезией.

Патологическое опьянение и патологический аффект **никогда не повторяются**, ввиду чего в судебно-психиатрической практике получили название исключительных состояний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бухановский, А. О.* Общая психопатология / А. О. Бухановский, Ю. А. Кутявин, М. Е. Литвак. Ростов-на-Дону : Феникс, 2003. 416 с.
2. *Гиляровский, В. А.* Психиатрия / В. А. Гиляровский. Москва ; Ленинград : Гос. изд. биол. и мед. лит., 1935. 750 с.
3. *Учебник психиатрии* / О. В. Кербинов [и др.]. Москва : МедГиз, 1958. 367 с.
4. *Корсаков, С. С.* Курс психиатрии / С. С. Корсаков. Типо-литография В. Рихтер, 1913. 342 с.
5. *Марилов, В. В.* Общая психопатология / В. В. Марилов. Москва : Академия, 2002. 224 с.
6. *Обухов, С. Г.* Общая психопатология и психические расстройства детского и подросткового возраста / С. Г. Обухов, Э. Е. Шустер. Гродно : ГрГМУ, 2003. 127 с.
7. *Общая психопатология* : сб. тестовых заданий и ситуационных задач / под ред. проф. Е. В. Снедкова. Санкт-Петербург : СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. 168 с.
8. *Осипов, В. П.* Курс общего учения о душевных болезнях / В. П. Осипов. Берлин : Госиздат, 1923. 738 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Семиотика психических расстройств. Понятие о симптоме и синдроме.....	4
Расстройства ощущений.....	5
Расстройства восприятия	7
Расстройства памяти	13
Расстройства мышления.....	15
Расстройства речи.....	23
Расстройства воли, влечений и инстинктов.....	24
Расстройства воли.....	24
Расстройства влечений	26
Расстройства инстинктов	26
Расстройства эмоций	27
Индивидуальные особенности эмоционального реагирования	28
Аффективные синдромы	29
Невротические синдромы	30
Расстройства внимания	32
Расстройства интеллекта.....	33
Расстройства сознания.....	34
Список использованной литературы.....	39

Д. ПОЗИТОРИЙ БГМУ

ISBN 978-985-21-0898-0



9 789852 108980