

---

# МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

---

Кафедра психиатрии и наркологии

Е. В. Снедков, М. А. Соляник, Ю. И. Поляков

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Учебно-методическое пособие

Санкт-Петербург  
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
2016

УДК 159.9:343.95

ББК 88.47

П86

**П86 Психопатологические синдромы:** учебно-методическое пособие / Е. В. Снедков, М. А. Соляник, Ю. И. Поляков. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 56 с.

**Авторы:**

профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России д-р мед наук *Е. В. Снедков*;

доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России канд. мед. наук *М. А. Соляник*;

доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России канд. мед. наук *Ю. И. Поляков*.

**Рецензент:**

заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России д-р мед. наук, доцент *С. В. Гречаный*.

В учебно-методическом пособии рассматриваются теоретические и практические проблемы синдромологии в психиатрии. Подробно описаны психопатологические синдромы, наиболее часто встречающиеся в общей практике. Подчеркивается важная роль синдромального диагноза в психиатрии.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов медицинских вузов.

Утверждено  
в качестве учебно-методического пособия  
Методическим советом ФГБОУ ВО  
СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
Минздрава России,  
протокол № 2 от 03 июня 2016 г.

© Е. В. Снедков, М. А. Соляник, Ю. И. Поляков, 2016  
© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016

## СОДЕРЖАНИЕ

|   |    |
|---|----|
| ВВЕДЕНИЕ .....                                    | 4  |
| НЕВРОТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ .....                      | 7  |
| АФФЕКТИВНЫЕ СИНДРОМЫ.....                         | 14 |
| БРЕДОВЫЕ И ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-БРЕДОВЫЕ СИНДРОМЫ ..... | 22 |
| СИНДРОМЫ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ .....  | 32 |
| СИНДРОМЫ НАРУШЕННОГО СОЗНАНИЯ.....                | 35 |
| СИНДРОМЫ ВЫКЛЮЧЕННОГО СОЗНАНИЯ .....              | 37 |
| СИНДРОМЫ ПОМРАЧЕННОГО СОЗНАНИЯ.....               | 38 |
| ОРГАНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ .....                       | 44 |
| ЛИТЕРАТУРА.....                                   | 52 |
| ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.....                             | 53 |
| ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....                              | 56 |

## ВВЕДЕНИЕ

Синдром — устойчивая совокупность симптомов, объединенная единым патогенезом. В общей психопатологии синдром рассматривается в качестве определенной формы психического реагирования, как типовая реакция мозга на действие вредности, сформированная в ходе филогенеза.

Динамику развития, соотношения и исчезновения структурных элементов синдрома (симптомов) изучает синдромокинез.

Симптом определяется как повторяющийся у разных больных феномен, указывающий на патологию, болезненное отступление от естественного течения психических процессов. «Распознавание любой болезни, в том числе психической, начинается с симптома. Однако симптом — признак многозначный, и на его основании диагностировать болезнь невозможно. Отдельный симптом приобретает диагностическое значение только в совокупности и взаимосвязи с остальными симптомами, то есть в симптомокомплексе — синдроме» (Снежневский А. В., 1983).

Важное место в общей психопатологии занимают понятия продуктивных и негативных расстройств.

Продуктивной (позитивной) симптоматикой называют новый феномен, появившийся в результате болезни, отсутствующий у здоровых людей. Примерами позитивной симптоматики служат бред и галлюцинации, навязчивые идеи, чувство тоски при депрессии. Негативной (дефицитарной) симптоматикой, напротив, именуют ущерб, который наносит болезнь естественным здоровым функциям организма, т. е. ослабление или исчезновение какой-либо способности. Примерами негативной симптоматики являются утрата памяти (амнезия), интеллекта (слабоумие), неспособность испытывать эмоции и чувства (апатия).

Считается, что негативная симптоматика обусловлена деструкцией клеток мозга, в результате какого-либо повреждения, а продуктивная симптоматика — это проявление патологической активности живых клеток и тканей в результате все того же повреждения. В связи с этим негативная симптоматика является более патогномичной, поскольку непосредственно вызвана причиной заболевания и более значима для нозологической диагностики, чем продуктивная. Продуктивная же симптоматика является неспецифической реакцией здоровых тканей на раздражающее действие очага и потому может быть общей для различных заболеваний. Негативная симптоматика является, как правило, необратимой, невосполнимой утратой. Она свидетельствует о длительности заболевания и о глубине поражения психики. Характер негативной симптоматики довольно специфичен и играет существенную роль в диагностике таких заболеваний, как шизофрения, эпилепсия, атрофические процессы. Продуктивная симптоматика весьма динамична. Она может резко нарастать при обострении заболевания, а затем исчезает сама по себе или под воздействием адекватного лечения. Она, как правило, менее специфична и может быть сходной при нескольких различных заболеваниях. Негативная и продуктивная симптоматика тесно взаимосвязаны. Так, при синдроме Корсакова выпадение из памяти значительных периодов жизни больного и снижение критики (негативная симптоматика) непосредственно ведут к заполнению образовавшихся пробелов вымыслом и фантазией (конфабуляции — пример продуктивной симптоматики).

Симптомы также различаются в зависимости от их положения в структуре синдрома. Симптом может выступать как облигатный, синдромообразующий признак. Так, снижение настроения — облигатный признак депрессии, а фиксационная амнезия — центральное расстройство при корсаковском синдроме. Факультативные симптомы указывают на особенности течения болезни у данного пациента, придают специфические нюансы клинической картине и имеют определенную диагностическую ценность. Так, появление тревоги и психомоторного возбуждения в структуре депрессивного синдрома не является типичным, но может свидетельствовать о высокой вероятности суицида. Иногда возникновение симптома указывает врачу на необходимость специальных мероприятий: например, психомоторное возбуждение обычно свидетельствует о высокой остроте состояния и желательности ста-

ционарного лечения независимо от предполагаемого нозологического диагноза. Отказ от еды, активное стремление к самоубийству требуют активных действий врача еще до установления окончательного диагноза. Однако именно синдром является важнейшей диагностической категорией психиатрии. Синдромальный диагноз характеризует текущее состояние пациента, но при этом он не рассматривается просто как один из этапов в установлении нозологического диагноза. Довольно часто синдромальный диагноз позволяет быстро определить необходимую лечебную тактику. Так, ярко выраженный депрессивный синдром предполагает наличие суицидальных мыслей, а потому четко указывает врачу на необходимость срочной госпитализации, тщательного надзора и применения антидепрессантов.

Выделяют синдромы простые и сложные. Примером первого служит астенический синдром, проявляющийся сочетанием раздражительности и утомляемости. Обычно простые синдромы не обладают достаточной нозологической специфичностью и бывают проявлением самых различных заболеваний, как относительно благоприятных (неврозы), так и самых грубых (органических) заболеваниях. Если простой синдром представляет собой только инициальное проявление тяжелого заболевания, с течением времени можно наблюдать его усложнение (присоединение более тяжелой симптоматики в виде бреда, галлюцинаций, выраженных изменений личности), т. е. формирование сложного синдрома.

На протяжении болезни мы можем наблюдать у одного и того же больного последовательную смену различных синдромов, одновременное сосуществование признаков нескольких синдромов, что определяется как синдромотаксис. Врач, в ходе анализа клинического материала, в том числе результатов дополнительных обследований, диагностирует определенное заболевание на основании, как оценки текущего статуса пациента, так и оценки всей динамики течения расстройства, с учетом синдромокинеза и синдромотаксиса.

Современные классификации синдромов строятся по принципу уровней или «регистров», впервые выдвинутых Э. Крепелином (1920). Согласно этому принципу, синдромы группируются в зависимости от степени тяжести патологических процессов. Каждый уровень включает несколько разных синдромов, но уровень глубины расстройств, лежащих в их основе, примерно одинаков. Однако, патогномоничных, нозоспецифичных синдромов не существу-

ет. Более того, при одном и том же заболевании в разные периоды времени наблюдаются различные синдромы, а один и тот же синдром может наблюдаться при разных заболеваниях.

Выделяют 6 уровней психопатологических синдромов.

1. Невротические синдромы.

- астенический;
- обсессивный;
- истерический.

2. Аффективные синдромы:

- депрессивный;
- маниакальный.

3. Бредовые и галлюцинаторные синдромы:

- паранойяльный;
- параноидный;
- синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо);
- парафренный;
- галлюцинозы.

4. Синдромы с преобладанием волевых расстройств:

- кататонический;
- гебефренический;
- апато-абулический.

5. Синдромы нарушенного сознания:

- делириозный;
- онейроидный;
- аментивный;
- сумеречное помрачение сознания.

6. Органические синдромы:

- психоорганический;
- корсаковский (амнестический) синдром;
- деменции.

## НЕВРОТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Состояния, проявляющиеся непсихотическими нарушениями. На этом уровне патологии не наблюдается грубого нарушения отражения реальности и пациенты с невротическими синдромами воспринимают окружающий мир практически так же, как и здоровые люди. Часто у пациентов имеется критическое отношение

к болезненному состоянию, поэтому пациенты с невротическими расстройствами стремятся избавиться от болезни и обращаются к врачу. Однако невротические синдромы не связаны с какими-либо определенными заболеваниями и могут иметь различную природу. При ряде заболеваний невротические состояния могут сменяться психотическими и органическими синдромами, например при сосудистых поражениях головного мозга, тогда как при неврозах, в течение всей болезни, симптоматика никогда не выходит за рамки невротического уровня. Иногда, когда невротические синдромы наблюдаются не при неврозах, а других заболеваниях, например при шизофрении или органических поражениях головного мозга, их называют неврозоподобными синдромами.

**1. Астенический синдром** — состояние повышенной утомляемости, раздражительности и неустойчивого настроения, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушениями сна. Повышенная утомляемость при астении всегда сочетается со снижением продуктивности в работе, особенно заметным при интеллектуальной нагрузке. Больные жалуются на плохую сообразительность, забывчивость, неустойчивое внимание. Им трудно сосредоточиться на чем-нибудь одном. Они пытаются усилием воли заставить себя думать об определенном предмете, но вскоре замечают, что у них в голове, непроизвольно, появляются совсем другие мысли, не имеющие отношения к тому, чем они занимаются. Число представлений при этом может как увеличиваться, так и уменьшаться. Затрудняется их словесное выражение: не удается подобрать нужные слова. Сами представления теряют свою четкость. Сформулированная мысль кажется больному неточной, плохо отражающей смысл того, что он ею хотел выразить. Больные досадуют на свою несостоятельность. Одни делают перерывы в работе, но отдых не улучшает их самочувствия. Другие стремятся усилием воли перебороть возникающие затруднения, но результатом оказывается еще большая усталость. Работа начинает казаться непосильной и неодолимой. Появляется чувство напряженности, беспокойства, убежденность в своей интеллектуальной несостоятельности. Наряду с повышенной утомляемостью и непродуктивностью интеллектуальной деятельности при астении утрачивается психическая уравновешенность. Больной легко теряет самообладание, становится раздражительным, вспыльчивым, ворчливым, придиричвым, вздорным. Настроение легко колеблется. И неприятные, и



радостные события нередко влекут за собой появление слез. Аффективные раздражительные реакции, сопровождаемые криком, быстро гаснут и сменяются бессилием с чувством обиды, вины и слезами (раздражительная слабость). Часто наблюдаются гиперестезии, т. е. непереносимость громких звуков и яркого света. Утомляемость, психическая неуравновешенность, раздражительность сочетаются при астении в различных соотношениях.

Астении почти всегда сопутствуют вегетативные нарушения. Нередко они могут занимать в клинической картине преобладающее положение. Наиболее часто встречаются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: колебания уровня артериального давления, тахикардия и лабильность пульса, разнообразные неприятные или просто болевые ощущения в области сердца. Легкость покраснения или побледнения кожных покровов, ощущение жара при нормальной температуре тела или, напротив, повышенная зябкость. Особенно часто наблюдается усиленная потливость — как локальная (ладони, стопы, подмышечные впадины), так и генерализованная. Нередки диспепсические расстройства — снижение аппетита, боли по ходу кишечника, спастические запоры. У мужчин часто возникает снижение потенции. У многих больных можно выявить разнообразные по проявлениям и локализации головные боли. Нередко жалуются на чувство тяжести в голове, сжимающие головные боли. Расстройства сна в начальном периоде астении проявляются трудностью засыпания, поверхностным сном с обилием тревожных сновидений, пробуждениями среди ночи, трудностью последующего засыпания. После сна не чувствуют себя отдохнувшими, возникает чувство сонливости в дневное время, без того, однако, чтобы одновременно улучшился ночной сон.

Как правило, симптомы астении менее выражены или даже (в легких случаях) совсем отсутствуют в утренние часы и, напротив, усиливаются или появляются во вторую половину дня, особенно к вечеру. Одним из достоверных признаков астении является состояние, при котором наблюдается относительно удовлетворительное самочувствие утром, а ухудшение наступает на работе и к вечеру достигает максимума. В связи с этим для выполнения какой-либо домашней работы больной предварительно должен отдохнуть.

Симптоматология астении отличается большим разнообразием, что обуславливается рядом причин. Проявления астении зависят от того, какое из основных расстройств, входящих в ее структуру, явля-

ется преобладающим. При гиперстенической форме астении преобладают вспыльчивость, взрывчатость, нетерпеливость, чувство внутреннего напряжения, неспособность сдерживаться, т. е. симптомы раздражения. Это — более легкая форма астении. В тех случаях, когда в картине доминируют утомляемость и чувство бессилия, астению определяют как гипостеническую, более тяжелую астению. Нарастание глубины астенических расстройств приводит к последовательной смене более легкой гиперстенической астении стадиями более тяжелыми. При улучшении психического состояния гипостеническая астения сменяется более легкими формами астении.

Клиническая картина астении определяется не только глубиной существующих расстройств, но и конституциональные особенности больного. Так, у личностей с эпилептоидными чертами характера астения отличается выраженной возбудимостью и раздражительностью; у лиц с психастеническими чертами возникают различные тревожные опасения и подавленное настроение.

Астения — наиболее часто встречающееся психическое расстройство и наблюдается при многих психических и соматических заболеваниях. Она нередко сочетается с другими, как невротическими, так и органическими синдромами. Астению необходимо дифференцировать с депрессией. В некоторых случаях различить эти состояния трудно, так как, с одной стороны, астения часто сопровождается пониженным настроением, а с другой — для депрессивного синдрома характерны чувство слабости, утомляемость, бессилие. В этих случаях используют термин астено-депрессивный синдром.

**2. Обсессивный синдром** — психопатологическое состояние с преобладанием явлений навязчивости (обсессий). Обсессии — это произвольно возникающие в сознании тягостные и неприятные мысли, образы, представления, воспоминания, опасения, страхи (фобии), а также влечения и действия (компульсии), к которым сохраняется критическое отношение и стремление им противостоять. Компульсиями называют навязчивое действие или представляемый образ, который служит для избегания или облегчения тревоги, т. е. своего рода ритуал. Характерными чертами навязчивостей являются произвольность, непреодолимость возникновения, чуждость сознанию, понимание их болезненности и наличие критического к ним отношения, наличие постоянного ощущения тревожной напряженности и внутреннего беспокойства, наличие «персеверационного (повторяющегося) принуждения».

Различают отвлеченные (эмоционально индифферентные) навязчивости и эмоционально значимые (образные) навязчивости. Различие между ними состоит в том, что образные навязчивости сопровождаются выраженным психоэмоциональным напряжением и тревогой, а эмоционально индифферентные навязчивости протекают с меньшей эмоциональной вовлеченностью.

К отвлеченным навязчивостям относятся навязчивый счет, навязчивое мудрствование, некоторые навязчивые воспоминания.

Навязчивый счет проявляется стремлением считать и удерживать в памяти количество пройденных шагов, встречных прохожих, столбов, автомобилей, производить в уме счетные операции, раскладывать на отдельные слоги слова и фразы и считать их.

Навязчивое мудрствование (умственная жвачка, бесплодное мудрствование) проявляется навязчивым стремлением вновь и вновь разрешать ненужные или даже бессмысленные вопросы. Например, больной вновь и вновь рассуждает, почему нос называется носом, а рот — ртом, почему Земля круглая, а если бы она была квадратная и т. п.

При отвлеченных навязчивых воспоминаниях пациенты повторно припоминают забытые или ненужные термины, имена, определения, эпизоды из жизни.

#### *Образные навязчивости*

Навязчивые сомнения — переживание тягостного чувства законченности того или иного действия или сомнения в самом факте его совершения. Так, врач бежит догонять ушедшего от него пациента, с тем, чтобы проверить правильно ли он выписал рецепт. При этом, несмотря на то, что навязчивые сомнения, как правило, сопровождаются пониманием правильности первоначально выполненного действия, пациенты проверяют правильность выполненного действия многократно.

Навязчивые воспоминания характеризуются тем, что в сознании пациента снова и снова всплывает какой-то, как правило, неприятный факт из прошлых событий, сопровождающийся тягостным эмоциональным состоянием. И хотя актуальность этих событий давно уже утрачена, пациент вопреки своему желанию снова и снова вспоминает эти события.

Навязчивые опасения характеризуются повторяющимися переживаниями об удачном исходе предстоящих привычных действий, например, сдачи экзамена, публичного выступления, управления

машиной. Опасения могут касаться самых простых автоматизированных действий — глотания, ходьбы, половых актов, произношения слов. Появление навязчивых опасений нарушает успешное выполнение соответствующих действий вследствие того, что фиксация внимания на них приводит к дезавтоматизации деятельности и это, в свою очередь, способствует усилению навязчивостей.

Хульные мысли (контрастные представления) заключаются в возникновении циничных, оскорбительных представлений по отношению к определенным уважаемым лицам, вопреки хорошему отношению пациента к этим людям. Например, у монахини во время молитвы возникают нецензурные ругательства в адрес бога.

Овладевающие представления — это не соответствующие действительности яркие представления мучительного содержания, которые на высоте болезненного состояния могут приниматься за реальность. Так, пациент повторно переживает яркую сцену того, как он оказался под колесами автомобиля: видит себя раздавленным, в луже крови, с раздробленными костями и черепом и т. п.

Навязчивые влечения характеризуются трудно преодолимым желанием совершить какое-либо, часто неприличное, бессмысленное или опасное действие, например, схватить нож и ударить им своего ребенка, броситься под приближающийся поезд. Подобные влечения приводят в ужас пациентов, хотя пациентам удается удержаться от их выполнения.

Навязчивые действия, как правило, связаны также со страхами, опасениями, сомнениями. Так, при страхе заражения бесчисленное множество раз моются руки, при навязчивых сомнениях многократной проверке подвергается сделанное. В данном случае речь идет о навязчивых действиях по типу простой защиты. Другой разновидностью защитных действий от навязчивых страхов являются ритуалы — словесные формулы (заклинания), мысли (идеаторные ритуалы) и действия, совершаемые с целью предотвращения мнимого несчастья, устранения неясных страхов, тревоги, сомнений. В отдельных случаях навязчивые ритуалы становятся весьма сложными, изнурительно долгими и тогда рассматриваются как навязчивые церемонии.

К образным навязчивостям относятся фобии, при этом страх может быть связан с определенными явлениями или предметами, (страх собак, высоты, грозы), с выполнением какого-либо действия в публичном месте (социофобия) или с ситуациями, откуда трудно уйти или

где не сможет быть оказана «необходимая» помощь (агорафобия). При этом фобии часто сопровождаются выраженными вегетативными симптомами: побледнением или покраснением кожных покровов, холодным потом, тахи- или брадикардией, ощущением нехватки воздуха, усиленной перистальтикой кишечника, полиурией и т. д. Могут наблюдаться головокружения, ощущения дурноты, явления деперсонализации. Часто при этом возникает страх умереть от «нехватки воздуха» или «остановки сердца». В тех случаях, когда состояние ограничивается наличием только фобий, говорят о фобическом синдроме, характерным симптомом которого является, не только сам навязчивый страх какой-то ситуации, но и поведение избегания этой ситуации. В этом случае пациенты начинают ограничивать себя и избегают оказываться в ситуациях, где у них развивается страх.

Навязчивости при обсессивном синдроме могут ограничиться одним каким-нибудь видом, например, навязчивым счетом, навязчивыми сомнениями, явлениями умственной жвачки, навязчивыми страхами (фобиями) и т. д. В других случаях одновременно сосуществуют самые различные по своим проявлениям навязчивости.

Обсессивному синдрому часто сопутствуют субдепрессивное настроение и вегетативные расстройства. Обсессивный синдром представляет собой частое расстройство при пограничных психических заболеваниях, расстройствах зрелой личности (обсессивно-компульсивное расстройство личности), при депрессиях. Однако обсессии могут наблюдаться при некоторых формах шизофрении, эпилепсии и других органических заболеваниях головного мозга (черепно-мозговая травма, энцефалиты).

**3. Истерический синдром** — симптомокомплекс психических, вегетативных, двигательных и сенсорных нарушений, возникающий преимущественно у незрелых, инфантильных, эгоцентричных личностей.

Психические расстройства проявляются, прежде всего, неустойчивостью эмоциональной сферы: бурными, но быстро сменяющимися друг друга чувствами возмущения, протеста, радости, неприязни, симпатии и т. д. Мимика и движения выразительны, чрезмерно экспрессивны, театральны. Истерическая симптоматика может быть любая и появляется по типу «условной желаемости» для больного, т. е. приносит ему определенную выгоду (например, выход из тяжелой ситуации, уход от действительности). Другими словами, можно сказать, что истерия это — «бессознательное бегство в болезнь».

Слезы и плач, порой быстро проходящие, — частые спутники истерического синдрома. Вегетативные расстройства проявляются тахикардией, перепадами артериального давления, одышкой, ощущениями сжатия горла (так называемый истерический ком), рвотой, покраснением или побледнением кожных покровов и т. д.

Истерический припадок встречается очень редко, и обычно при истерическом синдроме, возникающем у лиц с органическими поражениями центральной нервной системы. Обычно же двигательные расстройства при истерическом синдроме ограничиваются тремором конечностей или же всего тела, элементами астазии-абазии — подкашивание ног, медленное оседание, трудность ходьбы.

Встречаются истерическая афония — полная, но чаще частичная; истерический мутизм и заикание. Истерический мутизм может сочетаться с глухотой — сурдомутизм.

Редко наблюдается истерическая слепота, обычно в форме выпадения отдельных полей зрения. Расстройства кожной чувствительности (гипестезия, анестезия) отражают «анатомические» представления больных о зонах иннервации. Поэтому расстройства захватывают, например, целиком части или целую конечность на одной и другой половинах тела.

Такие соматовегетативные расстройства, в рамках истерического синдрома, как чувство нехватки воздуха, одышка, истерический («протестный») кашель, зевота, икота, рвота, дисфагия, понос, запоры, различные алгии, половые расстройства, ложная беременность часто приводят этих пациентов к врачам-терапевтам, гастроэнтерологам, кардиологам, неврологам, урологам, гинекологам.

Наиболее выражен истерический синдром при истерических реакциях в рамках психопатий, истерическом неврозе и реактивных состояниях. В последнем случае истерический синдром может смениться состояниями психоза в форме синдрома одичания, пуэрилизма и псевдодеменции.

## АФФЕКТИВНЫЕ СИНДРОМЫ

Эти синдромы являются выражением следующего, более глубокого уровня расстройства психической деятельности. При аффективных синдромах наступает изменение работы головного мозга

на диэнцефальном уровне, регулирующего общий тонус организма, настроение и темп психических процессов.

Аффективные (эмоциональные) синдромы — психопатологические состояния в форме стойких изменений настроения, чаще всего проявляющихся его снижением (депрессия) или повышением (мания).

**1. Депрессивный синдром** (син.: депрессия, меланхолия) характеризуется триадой основных признаков:

- 1) беспричинным сниженным, подавленным настроением;
- 2) замедленным темпом мышления;
- 3) психомоторной заторможенностью;
- 4) соматическими и вегетативными расстройствами.

Угнетенное, подавленное настроение у больных сочетается с утратой интереса к окружающему. Они испытывают тяжесть «на душе», в области груди, шеи, в голове, чувство тоски или душевной боли, которую они переживают как более мучительную, чем боль физическую. Депрессивный тоскливый аффект (при достаточной его выраженности) захватывает поле сознания, всецело определяя мышление и поведение больных, которые утрачивают интерес к окружающему, во всем видят плохое для себя предзнаменование, источник неудачи и страданий, весь мир воспринимают в мрачном свете. Они склонны во всем винить себя, полны чувства бесперспективности и не видят выхода из создавшегося положения.

Внешний вид больных соответствует их тяжелому душевному состоянию: поза согбенная, голова опущена, выражение лица скорбное, взор потухший. В таком состоянии больные не способны радоваться даже очень хорошим важным для них событиям, т. е. недоступны противоположным аффектам. Они выглядят явно старше своего возраста.

Двигательная заторможенность обычно достаточно выражена. Больные малоподвижны, большую часть времени лежат или сидят в характерной согбенной позе. В одних случаях двигательная заторможенность выражена нерезко, в других — резко, достигая предельной степени в виде депрессивного «ступора», время от времени прерываемого взрывом двигательного возбуждения — меланхолическим раптусом. Двигательная заторможенность, как, впрочем, и вся депрессивная симптоматика, будучи ярко выраженной в утренние часы, к вечеру заметно ослабевает. Больные жалуются, что памяти не стало, нет сил и желания что-либо делать, «все

валится из рук», «разучилась работать» и т. п., что является следствием распада как сложных, так даже и простых навыков, двигательных условных рефлексов.

Бросается в глаза выраженное замедление мышления, протекания ассоциативных процессов. Больные молчаливы, говорят мало, тихим голосом, на вопросы отвечают с большой задержкой, чаще одним коротким словом, иногда лишь кивком головы. Характерны идеи самообвинения, больные погружены в мир печальных переживаний, собственной «порочности», «никчемности» и бесперспективности; жалуется, что в голове мало мыслей, «одна мысль» и т. п.

Пониженная самооценка нередко достигает степени бредовых идей самоуничтожения, самообвинения, виновности и греховности, когда больные определяют себя как серых, бесталанных, бездарных людей; приписывают себе разнообразные пороки, оговаривают в мнимых «преступлениях», называют преступником, привлекая для обоснования этого мелкие промахи и ошибки прошлого.

Часто у больных возникает ипохондрический бред на фоне тоскливого или тревожно-тоскливого настроения. Больные утверждают, что страдают неизлечимой болезнью (сифилисом, раком) и жалуется на слабость и бессилие. В случае развития бреда Катара (нигилистический бред, бред отрицания) больные заявляют об изменении, истончении и атрофии их внутренних органов: пищевод истончился, желудок не переваривает пищу, пищевод и кишечник отсутствуют, сердце остановилось, кровь свернулась, внутренние органы сгнили, тело мертвое.

В других случаях больные утверждают, что их муки бесконечны, что будут проходить сотни и тысячи лет, а смерть, которая могла бы избавить их от страданий, никогда не придет, они бессмертны (бред мучительного бессмертия).

Иногда, в случаях, когда сначала доминировали идеи греховности, собственной малоценности и виновности, больные заявляют, что они — самые страшные преступники, каких еще не знало человечество, что таких людей еще не было и больше никогда не будет на свете (бред громадности, бред собственной отрицательной исключительности). Этот (самый тяжелый и неблагоприятный) вариант депрессии встречается чаще при психозах позднего возраста (инволюционных, сосудистых, органических) и примерно лишь в четверти случаев допускает выздоровление.



Для эндогенной депрессии характерны:

- суточные колебания настроения (тоскливое настроение утром и улучшение состояние к вечеру);
- нарушения сна в виде ранних пробуждений, в 4–5 часов утра, иногда пациенты утверждают, что ночью не спали ни минуты — «отсутствие чувства сна»;
- соматовегетативные нарушения.

Аппетит резко снижен или полностью отсутствует. Масса тела больных уменьшается, кожа бледная, цвет лица землистый, слизистые оболочки сухие. Угнетены также половые и другие инстинктивные побуждения. У мужчин отсутствует либидо, у женщин развивается аменорея. Как отражение остроты состояния наблюдается периферическая симпатикотония. Описывается характерная триада Протопопова: тахикардия, расширение зрачка, и запор. Обращает на себя внешний вид больного. Кожные покровы сухие, бледные, шелушащиеся. Снижение секреторной функции желез выражается в отсутствие слез. Нередко отмечается выпадение волос и ломкость ногтей. Снижение тургора кожи выражается в том, что углубляются морщины и больные выглядят старше своих лет. Повышается артериальное давление. Часты сенестопатии. Особенно в пожилом возрасте.

Суицидные мысли — наиболее опасный симптом депрессивных состояний. Ему обычно предшествует более легкое расстройство этого рода — мысли о нежелании жить, когда больной конкретных планов покончить с собой еще не имеет, но не сожалел бы, если бы ему пришлось расстаться с жизнью по независящим от него обстоятельствам. Это как бы пассивный этап суицидных мыслей. Суицидные мысли встречаются при депрессиях часто, но значительно реже реализуются ввиду двигательной заторможенности и пассивности больных. Этот не всегда высказываемый, но часто переживаемый симптом является абсолютным показанием к госпитализации больных. Это проявление депрессии обычно ярко коррелирует со степенью тоски и подавленности и тесно связано с другими признаками угнетения инстинктивной деятельности и по сути является частным проявлением угнетения самозащитного инстинкта, но ввиду его большого клинического значения выделяется в самостоятельный симптом.

В основу **классификации депрессивных синдромов** должна быть положена их аффективная структура, поскольку именно она

в наибольшей степени определяется патогенетическими механизмами болезненного состояния и, соответственно, служит критерием для выбора адекватной терапии.

Выделяют 4 основных депрессивных синдрома:

- тревожно-депрессивный, при котором наряду с тоской отчетливо выражена тревога;
- меланхолический, при котором ведущим и наиболее выраженным аффектом является тоска;
- анергическую депрессию, при которой тоска и тревога выражены слабо и в клинической картине выступает на первый план общее снижение активности всех психических процессов.
- депрессивно-деперсонализационный.

**Анергическая депрессия.** При этом состоянии нет отчетливой тоски и тревоги, настроение нерезко снижено, по утрам несколько в большей степени, нет выраженной психомоторной заторможенности.

Больные жалуются не столько на слабость, сколько на невозможность заставить себя что-либо делать, развивается своеобразная психическая инертность, снижается уровень побуждений, возникает ощущение собственного безволия, крайне затруднено принятие решений, простые вопросы становятся проблемами, интересы блекнут. Нарастает ощущение бесперспективности, потери цели, собственного бессилия, беспомощности, утрачивается способность испытывать радость. Идеи малоценности обычно возникают лишь как результат неудач, неспособности справиться с возникающими задачами, идей виновности нет, часто чувство зависти к окружающим, «даже к инвалидам, калекам», и жалость к себе.

Соматические симптомы депрессии выражены слабо, может даже не быть значительного снижения аппетита и потери массы тела, есть больным не хочется, но они заставляют себя. Суицидных намерений, как правило, нет, хотя больные часто говорят, что жить не хочется. Возможны obsessions, которые обычно носят характер навязчивых сомнений, ипохондрические идеи, но эти симптомы необязательны.

**Меланхолический вариант депрессивного синдрома** (иногда обозначаемый как «простая» или «классическая» депрессия). Он характеризуется отчетливой тоской с суточными колебаниями и витальным компонентом, напряжением, хотя внешние проявления тревоги могут быть незначительными или отсутствовать, психомоторной заторможенностью. Суицидные тенденции, как

правило, присутствуют, возможны идеи малоценности, виновности. Обсессии встречаются редко и носят характер хульных мыслей или навязчивых мыслей о самоубийстве. При тяжелом, напряженном меланхолическом синдроме, как правило, имеются деперсонализационные явления: болезненное бесчувствие, сопровождаемое душевной болью, отсутствие чувства голода, насыщения, иногда сна. Сон тяжелый, с ранними утренними пробуждениями, аппетит резко снижен, наблюдаются похудание, запоры.

**Тревожно-депрессивный синдром** характеризуется значительным удельным весом тревоги, которая наряду с тоской составляет аффективный стержень синдрома. Настроение резко снижено, возможна тоска с витальным компонентом, суточные колебания настроения обычно выражены. В двигательной сфере — либо двигательное беспокойство в той или иной степени вплоть до резкой агитации, либо тревожное оцепенение вплоть до обездвиженности. Как правило, беспокойство отмечается значительно чаще. Депрессивные идеи носят двойственный характер («виновен, но страшусь наказания»), часты ипохондрические идеи. Если имеются навязчивости, то они носят характер фобий. Помимо снижения аппетита, похудания и запоров, отмечаются мышечные спазмы, болевые и неприятные ощущения, сенестопатии, которые нередко служат основой для ипохондрических переживаний.

**Депрессивно-деперсонализационный синдром** существенно отличается по структуре от других депрессивных синдромов, наблюдаемых в рамках эндогенной депрессии, характер которых определяется интенсивностью и соотношением аффектов тоски и тревоги. Его отличает присутствие деперсонализации (или, используя другие термины, психической анестезии), которая занимает ведущее место в клинической картине и блокирует аффект тоски и тревоги. Такие больные не жалуются на сниженное настроение, заявляя, что они вообще не чувствуют никакого настроения, что настроение полностью отсутствует. При достаточно выраженной деперсонализации собственно депрессивная симптоматика зашторивается: мимика скорее отсутствующая, чем печальная, обычна гипомимия, глаза не тусклые, запавшие, как при меланхолическом синдроме, а блестящие, малоподвижные, слегка экзофтальмированные. Во время беседы больные могут улыбаться вежливой, привычной, ничего не выражающей улыбкой, которая иногда

вводит в заблуждение врача относительно глубины депрессии и опасности суицида. Отчетливой психомоторной заторможенности нет. Исчезает ощущение привязанности, любви, тепла по отношению к близким, особенно детям, что в еще большей степени усиливает чувство душевной боли, вызванное отсутствием эмоций. Все кругом перестает трогать, воспринимается как бы через пленку, соматопсихическая деперсонализация проявляется в отсутствии чувства голода, насыщения, позывов к дефекации, ощущения облегчения после нее, отсутствии чувства сна, частичной или полной анальгезии. Все же в большинстве случаев деперсонализация не достигает такой степени, чтобы полностью заблокировать тоску, и больные, наряду с бесчувствием, могут ощущать и достаточно отчетливо выраженное снижение настроения. Кроме того, они нередко испытывают различные необычные тактильные ощущения, которые вместе с соматопсихической деперсонализацией служат базой для возникновения ипохондрических идей.

Депрессивный синдром наблюдается при рекуррентном депрессивном расстройстве, биполярном аффективном и шизоаффективном расстройствах, расстройствах адаптации, нозогениях, некоторых расстройствах личности, в периоды декомпенсации, при алкоголизме, наркоманиях, шизофрении, соматогенных расстройствах, органических заболеваниях головного мозга.

**2. Маниакальный синдром** (син. мания) характеризуется триадой основных симптомов:

- 1) беспричинным и стойким повышенным настроением;
- 2) ускорением темпа мышления;
- 3) психомоторным возбуждением.

Все переживания больных окрашены только в приятные тона. Больные беззаботны, у них нет проблем. Забываются прошлые неприятности и несчастья, не воспринимаются отрицательные события настоящего, будущее рисуется только в радужных красках. Правда, веселое и доброжелательное настроение больных временами, особенно под влиянием внешних причин (нежелание больных подчиняться указаниям персонала, споры с окружающими и т. д.), сменяется раздражением и даже гневом, но это обычно лишь вспышки, быстро исчезающие, особенно если заговорить с больными миролюбивым тоном.

Собственное физическое самочувствие представляется большим превосходным, ощущение избытка энергии — постоянное явле-

ние. Возможности реализовать многочисленные планы и желания кажутся неограниченными, препятствий для их осуществления не видят. Всегда повышено чувство собственного достоинства. Легко возникает переоценка своих возможностей — профессиональных, физических, связанных с предприимчивостью и т. д. Одних больных на какое-то время удается разубедить в преувеличенности их самооценок. Другие непоколебимо уверены в том, что они действительно способны совершить открытие, провести в жизнь важные социальные меры, занять высокое общественное положение и т. п. Чаше это наблюдается у больных зрелого и пожилого возраста. Обычно бредоподобные идеи немногочисленны, представляют собой констатацию факта и лишь относительно редко сопровождаются какими-либо доказательствами.

Больные говорят много, громко, быстро, часто не переставая. При продолжительном речевом возбуждении голос становится хриплым или сишлым. Содержание высказываний непоследовательно. Легко перескакивают от одной темы к другой, постоянно отклоняясь от основного предмета разговора. Наблюдается повышенная отвлекаемость внимания больных на всякие внешние, даже незначительные раздражители. При усилении речевого возбуждения, не успевающая закончиться мысль, уже сменяется другой, вследствие чего высказывания становятся отрывочными (скачка идей). Речь перемежается шутками, остротами, каламбурами, иностранными словами, цитатами. Ассоциации поверхностны (по созвучию). Нередко употребляются крепкие слова и выражения. Речь прерывается неуместным смехом, посвистыванием, пением. В беседе больные легко и быстро парируют задаваемые им вопросы и сами сразу же овладевают инициативой. Отмечается облегчение воспроизведения давно прошедших событий (гипермнезия).

Характерен внешний облик больных. Глаза блестят, лицо гиперемировано, при разговоре изо рта часто вылетают брызги слюны. Мимика отличается живостью, движения быстры и порывисты, жесты и позы подчеркнуто выразительны. Больные нередко совершенно неспособны усидеть на месте. Во время бесед с врачом они меняют позу, вертятся, вскакивают с места, нередко начинают ходить и даже бегать по кабинету. Могут есть стоя, торопливо глотая плохо пережеванную пищу. Аппетит обычно значительно повышен. Как у мужчин, так особенно у женщин усиливается половое влечение. Нарастание симптомов маниакального возбужде-

ния обычно происходит к вечеру. У одних больных в ночное время наблюдается бессонница, другие спят мало, но крепко.

В зависимости от преобладания в картине маниакального состояния тех или иных расстройств выделяют отдельные формы мании: «солнечная» мания (повышенно-оптимистическое настроение с умеренным речевым и двигательным возбуждением); «гневливая» мания (сочетание повышенного настроения с недовольством, придирчивостью, раздражением); «спутанная» мания (возникновение на фоне повышенного настроения бессвязного речевого и беспорядочного двигательного возбуждения).

Описываемое в прошлом маниакальное буйство (*furor maniacalis*) — состояние резко выраженного психомоторного возбуждения с яростью или злобой, сопровождаемое разрушительными действиями и агрессией, в настоящее время встречается крайне редко.

Маниакальный синдром наблюдается при биполярном аффективном и шизоаффективном расстройствах, шизофрении и органических заболеваниях головного мозга.

## **БРЕДОВЫЕ И ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-БРЕДОВЫЕ СИНДРОМЫ**

Эта обширная и неоднородная группа психопатологических состояний является выражением следующего по глубине и широте уровня расстройств психической деятельности.

Основными симптомами, входящими в структуру этих синдромов, являются различные бредовые идеи и галлюцинации.

Бредовые идеи — это возникшие на болезненной основе, не соответствующие реальной действительности умозаключения, которые в значительной степени овладевают сознанием пациентов, часто определяют их поведение и недоступны для коррекции.

Бредовые идеи представляют большое разнообразие по своему содержанию и по своей структуре.

По содержанию различают три группы бредовых идей: персекуторный бред (бред отношения, преследования, воздействия, ущерба, ревности, отравления, одержимости), экспансивный бред (бред величия, богатства, изобретательства, реформаторства, знатного происхождения, любовного очарования) и депрессивный

бред (бред самоуничтожения, виновности, греховности, ипохондрический, отрицания).

По своему генезу выделяют первичный и вторичный бред. При первичном, интерпретативном бреде происходит неправильная бредовая оценка фактов реальной действительности, которые воспринимаются в неизменном виде, так как отсутствует нарушение чувственного познания. Бредовое умозаключение при первичном бреде заключается в неправильном (паралогичном) установлении связей и отношений между явлениями окружающей действительности. С позиций первичного бредового суждения идет интерпретация различных наблюдаемых фактов и происходит развитие бреда. Так для пациента, с бредом ревности, факт хорошего настроения у жены, является свидетельством ее радости и воодушевления в связи с мнимым любовным романом, а плохое настроение, свидетельствует о любовном томлении. Для первичного интерпретативного бреда характерно наличие системы доказательств, детальная проработка фабулы, отбор фактов. Это всегда систематизированный бред, когда все бредовые суждения связаны друг с другом. Обычно первичный бред не носит явно нелепый характер (бред ревности, любовного очарования) и часто является монотематическим, когда преобладает одна тема. Но в ходе развития такой бред может становиться и политематическим (так пациент с бредом изобретательства, начинает считать, что его преследуют с целью выкрасть изобретение).

При чувственном бреде важное место в бредообразовании занимают бредовые восприятия и образные представления. Бредовые суждения формируются не на основе первичного бредового суждения, без интеллектуальной проработки и селекции фактов, а непосредственно в процессе восприятия того или иного явления. Чувственный бред вытекает непосредственно из ситуации, в которой находится больной, и поэтому, если на работе, над ним насмеются и обсуждают коллеги, то в автобусе это же делают пассажиры, а дома — соседи. При этом часто пациенты не устанавливают связи между отдельными бредовыми суждениями. Чувственный бред часто с самого начала развивается как политематический и часто является отрывочным, несистематизированным. Бредовые суждения не связываются друг с другом в единую систему.

К вторичному бреду относятся голотимный бред (связанный с патологией настроения, например бред виновности при депрес-

сивном синдроме), галлюцинаторный бред (вытекающий из галлюцинаций), конфабуляторный (основанный на конфабуляторных переживаниях).

Другая группа симптомов, которая часто наблюдается при психотических состояниях, относится к расстройствам восприятия. Нередко при психотических состояниях реальные объекты воспринимаются неправильно, искаженно. Такие неправильные восприятия реально существующих объектов называются иллюзиями. Среди иллюзий, имеющих психопатологическое значение, различают вербальные, аффективные и парейдолические иллюзии. При вербальных иллюзиях, например, в уличном шуме слышатся голоса или целые разговоры, обычно имеющие непосредственное отношение к пациенту или в нейтральной речи окружающих больной слышит речь иного содержания, адресованную, как правило, ему. Аффективные (аффектогенные) иллюзии возникают под влиянием интенсивных эмоций. Человек, охваченный страхом или в состоянии сильной тревоги, ошибочно воспринимает куст во дворе за огромную собаку. Парейдолическими иллюзиями называются зрительные иллюзии, когда реальные плоскостные образы (абстрактные узоры обоев, штор, трещины на потолке, скопления облаков и т. д.) замещаются фантастическими, часто устрашающими образами.

При психотических состояниях частыми симптомами являются галлюцинации. Галлюцинации — это восприятие без объекта.

Галлюцинации классифицируются по анализаторам. Слуховые галлюцинации — патологическое восприятие каких-то слов, речей, разговоров, а также отдельных звуков или шумов. Словесные (вербальные) галлюцинации бывают самыми различными по содержанию: комментирующие, обвиняющие, угрожающие, императивные и др. Императивные галлюцинации, содержание которых носит повелительный характер, например больной слышит приказы: ударить или убить кого-то или себя, нанести себе повреждение. Такие больные нуждаются в особом надзоре и уходе.

Зрительные галлюцинации бывают либо элементарными (зигзаги, искры, огонь), либо предметными, когда перед взором больного возникают разнообразные картины: страшные, необычные животные, устрашающие фигуры и предметы или части тела человека и т. д. Иногда это целые сцены, больной может видеть, например, панораму поля и т. д. При галлюцинации двойника пациент видит свой собственный образ.



При обонятельных галлюцинациях пациенты чувствуют чаще неприятные запахи — гниющего мяса, гари, тления. Гораздо реже возникает незнакомый запах, а еще реже приятный, поэтому больные с обонятельными галлюцинациями часто отказываются от еды, так как уверены, что их кормят отравленной или испорченной пищей. Подобное поведение часто наблюдается и при вкусовых галлюцинациях.

При тактильных галлюцинациях пациенты ощущают прикосновения к телу, жжения или холода, больной иногда ощущает, что его кусают или царапают, что на теле появляется какая-то жидкость или по нему ползают насекомые.

Висцеральные галлюцинации — это ощущение присутствия в собственном теле каких-то предметов, животных, червей («в животе лягушка сидит», «в голове живет девочка», «в сердце гвоздь вбит»).

Существенным и диагностически важным является разделение галлюцинаций на истинные и псевдогаллюцинации.

Истинные галлюцинации всегда спроецированы вовне, связаны с реальной обстановкой («голос» слышится из-за реальной стены; «черт» сидит на реальном стуле, и т. д.), у больных нет никаких сомнений в их действительном существовании, галлюцинаторные образы так же яркие и естественны для галлюцинирующего, как и реальные вещи и иногда воспринимаются больными даже более ярко и отчетливо, чем действительно существующие предметы и явления.

Псевдогаллюцинации, часто проецируются внутрь тела больного, или проецируются вовне, и тогда они, в отличие от истинных галлюцинаций, совершенно не связаны с реальной обстановкой (например, голоса слышатся внутри головы или из желудка или с Марса).

Часто псевдогаллюцинации сопровождается чувством сделанности, подстроенности, наведенности этих голосов или видений, а качество галлюцинаторных образов нередко более тусклое, менее отчетливое, чем реальные восприятия.

Гипнагогическими галлюцинациями называются зрительные обманы восприятия, появляющиеся обычно вечером перед засыпанием, при закрытых глазах. Эти галлюцинации могут быть единичными, множественными, сценopodobными, иногда калейдоскопическими. Больной видит какие-то гримасничающие, по-

казывающие ему язык существ, чудовищ, причудливые растения. Значительно реже такие галлюцинации могут возникать во время другого переходного состояния — при пробуждении. Подобные галлюцинации, также возникающие при закрытых глазах, носят название гипнопомпических.

Функциональные галлюцинации возникают на фоне реально-го раздражителя, действующего на органы чувств, и только в течение его действия. Классический пример, описанный В. А. Гиляровским: больная, как только из крана начинала литься вода, слышала слова: «Иди домой, Наденька». Слуховые галлюцинации тут же исчезали, когда кран закрывался.

Наряду с бредовыми идеями, галлюцинации часто определяют поведение больного, нередко при этом пациент становится опасным как для себя, так и для окружающих.

**1. Паранойяльный синдром** проявляется систематизированным монотематическим бредом, не сопровождающимся ни галлюцинациями, ни психическими автоматизмами, ни нарушениями памяти. Это могут быть бредовые идеи изобретательства, реформаторства, преследования, ревности. Бред развивается постепенно, на основе одностороннего истолкования реальных жизненных событий, которые ввязываются больным и приводятся в упорядоченную систему взглядов, приобретающую в сознании больного значение доминанты. Все происходящее преломляется через призму этих взглядов, соответственно оценивается, принимается или отвергается больным. Больные с паранойяльным синдромом отличаются стеничной аффективностью и большой активностью в плане реализации своих «изобретений», разоблачения неверной супруги, борьбы со своими «преследователям и т. д.

Развернутый паранойяльный синдром постоянно сочетается с повышенной активностью. У больных с экспансивным бредом обычно наблюдается открытая борьба за свои мнимые права и достижения. В такой борьбе больные способны индуцировать других людей, в первую очередь из числа лиц ближайшего окружения. У больных с паранойяльным бредом такая борьба нередко носит скрытый характер и способна завершиться внезапным нападением на мнимых противников. Бредовое поведение при паранойяльном синдроме обычно свидетельствует о достаточно систематизированном бреде.

Больным с паранойяльным синдромом свойственна обстоятельность мышления — так называемая бредовая обстоятельность, наиболее

лее отчетливо проявляющаяся при изложении содержания бредовых идей. Паранойяльный бред как правило плохо поддается лечению.

**2. Параноидный синдром** встречается наиболее часто и характеризуется несистематизированным политематическим бредом, сочетающимся с обманами восприятия (чаще всего в виде вербальных, реже — обонятельных или тактильных галлюцинаций) и, часто, с теми или иными явлениями психического автоматизма. В содержании бреда представлены идеи отношения, преследования, отравления, ущерба, внешнего воздействия, иногда идеи колдовства, порчи, в некоторых случаях ипохондрические. Тематика бреда, содержание галлюцинаций и характер психических автоматизмов тесно связаны между собой. Этот синдром наблюдается как в рамках острых психотических приступов (острый параноид) так и при хронических психических заболеваниях. Параноидный синдром может протекать на фоне измененного депрессивного настроения или тревоги и сопровождаться бредовыми идеями соответствующего содержания. В таких случаях говорят о депрессивно-параноидном или тревожно- параноидном синдромах. Параноидный синдром лечится успешнее, чем паранойяльный.

**3. Синдром Кандинского-Клерамбо.** Структура синдрома включает в себя разнообразные психические автоматизмы (идеаторные, чувственные, двигательные), в сочетании с бредом физического или психического воздействия и псевдогаллюциациями.

Первое всестороннее описание симптоматиологии данного расстройства принадлежит В.Х. Кандинскому (1885). В работах G. de Clerambault (1920–1926) дана классификация выделенных ранее В. Х. Кандинским симптомов и произведено их объединение в синдром. Выделяют три вида психических автоматизмов:

- 1) ассоциативный (идеаторный, идеовербальный);
- 2) сенсорный (сенестопатический, чувственный);
- 3) двигательный (моторный, кинестетический).

Идеаторные психические автоматизмы проявляются в наплывах мыслей (ментизм), «разматывание» воспоминаний, «похищение» мыслей больного или их «озвучивание», «вкладывание» ему чужих «сделанных» мыслей, чувство открытости субъективного мыслей больного для окружающих и «чтения» его мыслей другими, «эхо-мысли».

К указанным симптомам примыкают явления сенсорного автоматизма (чувство сделанности, навязанности извне биологических

процессов) Может проявляться насильственными изменениями в аффективной сфере — «делают настроение», «вызывают радость, злобу, печаль, страх, восторг» и т. д. Сенсорный автоматизм проявляется возникновением, чаще во внутренних органах, неприятных, тягостных или болевых ощущений, сопровождаемых убежденностью в том, что они вызываются со специальной целью воздействием извне — бред физического воздействия. Больные сообщают об ощущениях сдавления, стягивания, перекручивания, натяжения, боли, холода, жжения и т. д. К сенсорному автоматизму относится также и воздействие на физиологические отправления организма больного: вызывают половое возбуждение, извращают аппетит, обоняние, вкус, задерживают или, напротив, вызывают дефекацию и мочеиспускание.

Двигательный (моторный) автоматизм — убежденность больных в том, что совершаемые ими движения и поступки происходят под воздействием внешней силы. Вначале появляются отдельные ненужные, непровольные жесты или мимические движения, возникают мгновенно проходящие состояния бездвиженности. Их сопровождает ощущение непровольности и чуждости субъекту. Развернутый двигательный автоматизм сопровождается бредовой убежденностью в том, что поступки обусловлены воздействием извне.

К двигательному автоматизму относят и психомоторные галлюцинации (Seglas J., 1895, 1914). Автор выделил три степени развития этого расстройства. Вначале при мысленном произнесении слов возникает ощущение движений в губах и языке, остающихся неподвижными. Затем мысленно произносимые слова приобретают звучание, и одновременно с этим начинают испытывать легкое шевеление губ и языка. Наконец, в них возникают настоящие артикуляционные движения, сопровождаемые насильственным произнесением вслух слов или фраз. Психомоторные галлюцинации представляют собой расстройство, в котором объединены ассоциативный и двигательный автоматизм.

Такое отчуждение, чувство утраты принадлежности своему «я» собственных психических актов интерпретируется больные как результат воздействия посторонней силы — гипнотических, каких-то технических устройств. Больные говорят о воздействии со стороны на их мысли, физические отправления, о действии гипноза, специальных аппаратов, лучей, атомной энергии и т. п.

Псевдогаллюцинации — «ядерное» расстройство синдрома Кандинского–Клерамбо. По определению В. Х. Кандинского (1890), это «весьма живые и чувственные, до крайности определенные образы». Они отличаются от истинных галлюцинаций лишь отсутствием характера объективной действительности. Псевдогаллюцинации чаще ограничиваются сферой представлений, но могут проектироваться и вовне, т. е. так же, как и истинные галлюцинации, обладать экстрапроекцией. Псевдогаллюцинации всегда сопровождаются бредовой убежденностью в том, что их возникновение обусловлено вмешательством внешней, посторонней силы — бред воздействия. Воздействие на психические процессы называют бредом психического воздействия. Источником воздействия являются различные приспособления, названия которых отражают существующий уровень технического развития: электричество, радио, лучи рентгена, атомная энергия и др. Воздействие производится с целью нанести больному вред, значительно реже с благожелательной целью — перевоспитать, укрепить волю, подготовить к будущему и т. п. Последующее усложнение идеаторных автоматизмов связано с появлением «мысленных, внутренних диалогов», «мысленных, беззвучных разговоров умом», «телепатического мысленного общения», «передачи мыслей», затрагивающих самые различные, в том числе и интимные, стороны жизни больных. Чаще такие «разговоры» неприятны, временами мучительны и сопровождаются депрессивным аффектом.

**4. Парафренный синдром** (парафрения, бред парафренный, бред воображения Е. Dupre, 1914) — представляет собой сочетание фантастического бреда величия, с более или менее систематизированным бредом преследования или воздействия. Бредовые идеи постоянно сопровождаются слуховыми галлюцинациями или псевдогаллюцинациями, а также психическими автоматизмами. Нередко наблюдаются и обманы памяти в форме фантастических конфабуляций. Больные считают себя повелителями мира, приписывают себе бессмертие, божественное происхождение, утверждают, что написали под псевдонимами книги всех великих писателей и т. д. С этими грандиозными идеями величия связано и содержание конфабуляций — воспоминания о космических полетах, жизни в античном мире. Настроение больных обычно приподнятое, но встречается и депрессивный вариант этого синдрома — синдром Котара: больной считает себя величайшим преступником, источником всего зла на земле, причиной войн, стихийных бед-

ствий, болезней и смертей. Заслуживает в наказание бесконечные мучения, а потому обречен на бессмертие. Одновременно он может утверждать, что у него сгнили внутренние органы, разрушается организм, у него нет мозга или, что он уже умер, превращается в труп и в таком виде будет существовать вечно.

При парафреническом синдроме наряду с бредом величия могут возникать идеи богатства, реформаторства, мессианства, высокого происхождения, эротического содержания. Экспансивный бред часто сосуществует с бредом преследования, отравления, физического уничтожения. Больные обвиняют в преследовании, отравлении и т. д. лиц высокого социального происхождения, различные организации государственной власти, международные организации и т. п. Больной всегда находится в центре необычных, а подчас и грандиозных событий. Больные внешне становятся высокомерными, многозначительными, загадочными, эйфоричными.

Развитие парафренического синдрома — свидетельство хронизации и прогрессирования заболевания. Чаще всего парафренический синдром встречается при шизофрении. Изредка хроническая конфабуляторная парафрения возникает при психозах травматического, алкогольного и сифилитического генеза, а также при старческих психозах.

**4. Вербальный галлюциноз** — состояние непрерывного галлюцинирования, обусловленное наплывом преимущественно какого-либо одного вида галлюцинаций.

Термин «галлюциноз» введен К. Wernicke (1900). Французские психиатры (Claude H., 1932; Ey H., 1973) относят к галлюцинозам только те психопатологические состояния, при которых у больных сохраняется критическое к ним отношение. Галлюцинозы (зрительные и слуховые) обычно являются в этом случае психопатологическим расстройством, свидетельствующим о локальном неврологическом поражении головного мозга. В русской и немецкой психиатрии основным признаком галлюцинозов всегда считалось существование при них ясного, не помраченного сознания. В зависимости от вида галлюцинаций или псевдогаллюцинаций выделяют слуховые (вербальные) и значительно более редкие — зрительные, тактильные и обонятельные галлюцинозы; по особенностям развития — острые и хронические галлюцинозы.

Вербальный галлюциноз — это состояние близкое к параноидному синдрому, при котором слуховые галлюцинации тоже явля-

ются обязательными компонентами клинической картины. Однако если в структуре параноида ведущее значение имеют процессы бредообразования, т. е. расстройства на уровне мышления, то при галлюцинозе главная роль принадлежит расстройствам восприятия в виде постоянных или периодически возникающих, чувственно ярких и обычно множественных вербальных галлюцинаций. Их содержание определяет настроение и поведение больного и может служить отправным пунктом для формирования бреда, который в таком случае будет иметь вторичный характер. Содержание словесных галлюцинаций может быть моно- и политематичным, например, только угрозы или же угрозы, брань, насмешки, увещание и т. д. В тех случаях, когда существуют истинные словесные галлюцинации, — «голоса» локализуются обычно в пределах «слуховой досягаемости» — на улице, на чердаке, на лестнице, за дверью и т. п. При слуховом псевдогаллюцинозе «голоса», «умственные, мысленные разговоры», локализуются или в голове, или в неопределенном по отношению к больному пространстве.

Реже встречаются галлюцинозы, связанные с другими анализаторами. Напр. тактильный галлюциноз, который выражается в появлении постоянных мучительных парестезий или зуда в коже в различных частях тела. Эти патологические ощущения больные приписывают мельчайшим живым существам (насекомым, «червякам», иногда — каким-то еще неизвестным науке кожным паразитам), находящимся под кожей, размножающихся там и передвигающихся по организму. Для уничтожения паразитов больные часто прибегают к различным способам «самолечения», порой нелепым и небезопасным. Поскольку тактильные галлюцинации могут дать основу для формирования бредовых идей, о каком-либо кожном заболевании, синдром нередко называют «дерматозойным бредом».

Галлюцинозы встречаются при самых различных психических болезнях, как соматически обусловленных, так и эндогенных (шизофрения). В последнем случае наиболее частая форма галлюцинозов — слуховой галлюциноз возникает обычно в тех случаях, когда в прошлом у больных наблюдались хронические или затяжные соматические заболевания (ревматизм, сепсис, длительные нагноительные процессы и т. д.), или интоксикации (алкоголизм), т. е. при наличии «патологически измененной почвы» (Жислин С. Г., 1965).

## СИНДРОМЫ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

**Кататонический синдром (кататония)** — симптомокомплекс психических расстройств, в котором преобладают двигательные нарушения в форме кататонического ступора или кататонического возбуждения. Термин «кататония» и подробное клиническое описание синдрома принадлежат К. Kahlbaum'у (1863, 1874).

В основе кататонии лежат расстройства психической деятельности, достигающие еще более глубокого уровня и захватывающие, вслед за эмоциональной сферой и познавательными процессами, подсистему волевой регуляции поведения или психомоторику, что проявляется в разнообразных парабулических симптомах.

**1. Кататоническое возбуждение** проявляется нецеленаправленным стремлением к движению (в отличие от наблюдающегося в маниакальных состояниях стремления к деятельности). Речь разорвана, движения и мимика больных отличаются манерностью, театральностью и стереотипностью, могут наблюдаться импульсивные действия, явления эхоталии и эхопраксии. С большим постоянством отмечается активный или пассивный негативизм, реже — пассивная подчиняемость или амбивалентность, признаки усиления и извращения инстинктивных действий.

Кататоническое возбуждение лишено внутреннего единства и целенаправленности. Поступки больных неестественны, непоследовательны, зачастую немотивированны и внезапны (импульсивность); в них много однообразия (стереотипии), повторения жестов, движений и поз окружающих (эхопраксия). Мимика больных не соответствует их поступкам и настроению (парамимия). Речь чаще всего бессвязна, сопровождается символическими высказываниями, неологизмами, повторением одних и тех же фраз и слов (вербигерация); повторяются также слова и высказывания окружающих (эхоталия). Может наблюдаться рифмованная речь. На задаваемые вопросы следуют несоответствующие смыслу этих вопросов ответы (миморечь, мимоговорение).

Непрерывное бессвязное речевое возбуждение сменяется внезапно на короткое время полным молчанием. Кататоническое возбуждение сопровождается различными аффективными расстройствами — патетикой, экстазом, злобой, яростью, временами безучастностью и безразличием.



**2. Кататонический ступор** характеризуется повышенным тонусом мышц (кататония), который первоначально возникает в жевательных мышцах, затем переходит на шейные и затылочные, далее на мышцы плеч, предплечий, кистей рук и в самую последнюю очередь на мышцы ног. Повышенный мышечный тонус в ряде случаев сопровождается способностью больного сохранять приданное его членам вынужденное положение (восковая гибкость, каталепсия). Раньше всего восковая гибкость появляется в мышцах шеи, позже всего — мышцах нижних конечностей.

Одним из проявлений восковой гибкости является симптом воздушной подушки (симптом психической подушки E. Dupre): если у лежащего на спине больного приподнять голову, то его голова, а в ряде случаев и плечи, остаются некоторое время в приподнятом положении.

Частым симптомом кататонического ступора является пассивная подчиняемость: у больного отсутствует сопротивление изменениям положения его конечностей, позы и другим производимым с ним действиям. Каталепсия характеризует не только состояние мышечного тонуса, но и является одним из проявлений пассивной подчиняемости. Наряду с последней при ступоре наблюдается противоположное расстройство — негативизм, который проявляется немотивированным противодействием больного словам и особенно действиям лица, вступающего с ним в общение.

Различают пассивный и активный негативизм. При пассивном негативизме больной не выполняет обращенные к нему просьбы, а при вмешательствах извне — попытке его накормить, переодеть, обследовать и т. д., оказывает сопротивление, сопровождающееся резким повышением мышечного тонуса. Активный негативизм сопровождается выполнением других действий вместо предлагаемых или прямо противоположных.

Нарушение речи при кататоническом ступоре может выражаться мутизмом — отсутствием речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата. Больные с кататоническим ступором часто находятся в характерных позах: в положении лежа на боку, в эмбриональной позе, стоя с опущенной головой и вытянутыми вдоль туловища руками, в положении сидя на корточках. Некоторые больные натягивают на голову халат или одеяло, оставляя лицо открытым — симптом капюшона (Останков П. А., 1936).

Кататонический ступор сопровождается соматическими расстройствами. Больные худеют, у них могут наблюдаться симптомы авитаминоза. Конечности цианотичны, на тыльной поверхности стоп и кистей отмечается отечность. На коже возникают эритематозные пятна. Постоянны нарушения секреторных функций: спонотечение, повышенная потливость, себорея. Зрачки сужены. В ряде случаев наблюдается отсутствие реакции зрачков на болевые раздражители. Артериальное давление снижено.

Кататонический синдром может наблюдаться при шизофрении, аффективных психозах, органических поражениях головного мозга).

**Гебефренический синдром** — сочетание двигательного и речевого возбуждения с дурашливостью и изменчивым аффектом. Двигательное возбуждение сопровождается паясничаньем, кривлянием, гримасничаньем, шутовским копированием поступков и слов окружающих. Используя больничную одежду, газеты и т. п., больные придумывают для себя экстравагантные наряды. Они пристают к окружающим с неуместными или циничными вопросами, стремятся им в чем-либо помешать, бросаясь под ноги, хватая за одежду, толкая и оттесняя. Возбуждение может сопровождаться элементами регресса поведения. Так, больные отказываются садиться есть за обеденный стол и едят стоя, в других случаях они забираются на стол с ногами. Едят не пользуясь ложкой, а хватают еду руками, чавкают, отплеиваются, рыгают. Больные то веселы, не к месту смеются и гогочут, то начинают хныкать, визжать, рыдать или выть, то становятся напряженными, злобными и агрессивными. Речь часто в той или иной степени бессвязна, может сопровождаться неологизмами, использованием малоупотребительных слов и вычурных по конструкции фраз, эхоталией. В других случаях больные расппевают скабрзные частушки или сквернословят. В структуре гебефренического синдрома возникают нестойкие галлюцинаторные и бредовые расстройства. Нередко отмечаются кататонические симптомы. Если они постоянны, говорят о гебефрено-кататоническом синдроме.

Гебефренический синдром существует в развернутом виде у больных молодого возраста. Чаще всего гебефренический синдром встречается при шизофрении.

**3. Апато-абулический синдром.** Этот синдром относится к дефицитарным симптомокомплексам и включает в себя эмоциональную тупость, апатию и волевые расстройства в виде гипобулии, а

в тяжелых случаях и абулии. Равнодушие и безразличие делают больных достаточно спокойными. Они малозаметны в отделении, много времени проводят в постели или сидя в одиночестве, могут также часами находиться у телевизора. При этом оказывается, что они не запомнили ни одной просмотренной передачи. Лень сквозит во всем их поведении: они не умываются, не чистят зубы, отказываются идти в душ и стричь волосы. Ложатся в постель одетыми, потому что им лень снимать и надевать одежду. Их невозможно привлечь к деятельности. Беседа не вызывает у больных интереса. Говорят они монотонно, часто отказываются от разговора, заявляя, что устали. Если врачу удастся настоять на необходимости диалога, нередко оказывается, что больной может в течение долгого времени разговаривать, не проявляя признаков усталости. В беседе выясняется, что пациенты не испытывают никакого страдания, не чувствуют себя больными, не предъявляют никаких жалоб.

Апатко-абулический синдром проявляется негативной (дефицитарной) симптоматикой и не имеет тенденции к обратному развитию. Чаще всего апатией и абулией проявляются конечные состояния при шизофрении, при которой эмоционально-волевой дефект нарастает постепенно — от легкого равнодушия и пассивности до состояний эмоциональной тупости. Другая причина возникновения апато-абулического синдрома — органическое поражение лобных долей мозга, (травма, опухоль, атрофия и др.).

## СИНДРОМЫ НАРУШЕННОГО СОЗНАНИЯ

Клинического определения термина «помрачение сознания» нет. Существуют только психологические, физиологические и философские определения сознания. Трудность клинического определения связана с тем обстоятельством, что данный термин объединяет самые различные по своим особенностям синдромы.

Синдромы нарушенного сознания — это наиболее глубокая степень дезорганизации психической деятельности. При них происходит одновременное нарушение всех психических функций, включая способность к ориентировке в месте, времени, и окружающей обстановке, а иногда и в собственной личности. Главным признаком синдромов нарушенного сознания является утрата связи больного с окружающим.

В то же время всем синдромам нарушенного сознания свойственен ряд общих черт. Первым дал их перечень К. Jaspers (1965).

О состоянии помрачения сознания свидетельствуют:

1) отрешенность больного от окружающего с неотчетливым, затрудненным, отрывочным его восприятием;

2) различные виды дезориентировки — в месте, времени, окружающих лицах, ситуации, собственной личности, существующие изолированно, в тех или иных сочетаниях или же все одновременно;

3) та или иная степень бессвязности мышления, сопровождаемая слабостью или невозможностью суждений и речевыми нарушениями;

4) полная или частичная амнезия периода помрачения сознания; сохраняются лишь отрывочные воспоминания наблюдавшихся в тот период психопатологических расстройств — галлюцинаций, бреда, значительно реже — фрагменты событий окружающего.

Главным общим признаком синдромов нарушенного сознания являются утрата связи больного с окружающим миром, выражающаяся в полной или почти полной невозможности восприятия, понимания и запоминания текущих событий. Во время этих состояний мышление дезорганизовано, а после их окончания период нарушенного сознания полностью или частично амнезируется. Синдромы нарушенного сознания правомерно сравнивают с состоянием физиологического сна, так как во сне человек тоже теряет на время связь с окружающим миром. Известно, однако, что физиологически сон не является однородным состоянием, в нем четко выделяются две неоднократно сменяющиеся в течение ночи фазы: ортодоксальный или медленный сон, протекающий с признаками значительной активности мозга и лишенный сновидений, и парадоксальный или быстрый сон, протекающий с признаками значительной активации мозга и сопровождающийся сновидениями. Аналогичным образом и среди синдромов нарушенного сознания выделяются две группы состояний:

**1) синдромы выключенного сознания**, при которых психическая деятельность до крайности редуцируется или полностью прекращается;

**2) синдромы помраченного сознания**, при которых не происходит отражение реальной действительности, но при этом продолжается интенсивная психическая деятельность, в форме во многом напоминающей сновидения.

## СИНДРОМЫ ВЫКЛЮЧЕННОГО СОЗНАНИЯ

В зависимости от степени глубины понижения ясности сознания выделяют следующие стадии выключенного сознания: обнубиляция, сомнолентность, сопор, кома. Во многих случаях при утяжелении состояния эти стадии последовательно сменяют друг друга.

**1. Обнубиляция («вуаль на сознании»).** Реакции больных, в первую очередь речевые, замедляются. Появляются рассеянность, невнимательность, ошибки в ответах. Часто отмечается беспечность настроения. Такие состояния в одних случаях продолжаются минуты, в других, например, при некоторых начальных формах прогрессивного паралича или опухолей головного мозга, существуют продолжительные сроки.

**2. Оглушение** — снижение ясности сознания и одновременное его опустошение. Основные проявления оглушения — повышение порога возбудимости для всех внешних раздражителей. Больные безучастны, окружающее не привлекает их внимания. Задаваемые им вопросы больные воспринимают не сразу и способны осмыслить из них лишь сравнительно простые или только самые простые. Мышление замедлено и затруднено. Ответы односложные. Двигательная активность снижена: больные малоподвижны, движения совершаются ими медленно; отмечается двигательная неловкость. Всегда обеднены мимические реакции. Период оглушения обычно полностью или почти полностью амнезируется.

**3. Сопор** — сопровождается полным прекращением психической деятельности. Больной лежит неподвижно, глаза закрыты, лицо амимично. Словесное общение с больным невозможно. Сильные раздражители (интенсивные болевые раздражения) вызывают недифференцированные, стереотипные защитные двигательные.

**4. Кома** — полная утрата сознания с отсутствием реакции на любые раздражители. Выпадают не только условные, но и безусловные рефлексy: реакция зрачков на свет, мигательный рефлекс, корнеальный рефлекс.

Синдромы выключенного сознания встречается при интоксикациях (алкоголь, угарный газ и т. д.), расстройствах обмена веществ (уремия, диабет, печеночная недостаточность), черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, сосудистых и других органических заболеваниях центральной нервной системы.

## СИНДРОМЫ ПОМРАЧЕННОГО СОЗНАНИЯ

**Делириозный синдром (делирий)** – помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, изменчивого аффекта, в котором преобладает страх, двигательное возбуждение. Делирий – самая частая форма помрачения сознания.

Делирий протекает с нарушением ориентировки во времени и окружающем. Ориентировка в собственной личности сохранена. Наблюдаются множественные иллюзии и истинные галлюцинации (зрительные, слуховые, тактильные). Больные испытывают тревогу, страх. Наблюдается двигательное возбуждение, их поведение как правило соответствует содержанию галлюцинаций, чаще устрашающих. Действия имеют оборонительную или агрессивную направленность.

В состоянии делирия наблюдаются все признаки расстройства сознания. Больные настолько погружены в галлюцинаторные переживания, что не сразу слышат обращенную к ним речь. Приходится говорить громче или повторять фразу несколько раз. Предметы реальной обстановки так преображаются в их сознании, что они перестают понимать суть происходящего, не могут разобраться в ситуации, не осознают, что находятся в медицинском учреждении. Мышление становится непоследовательным, хаотичным. По завершении психоза наблюдается частичная амнезия: лучше запоминаются галлюцинаторные образы и плохо – реальные события.

Течение делирия характеризуется рядом особенностей. Хотя этот психоз возникает остро, но симптомы нарастают в определенной последовательности. Для полного формирования психоза требуется от нескольких часов до 2 сут. Непосредственное его начало обычно связано с приближением вечера и ночи. В развитии делирия выделяют несколько этапов. Ранними признаками начинающегося психоза являются нарастающая тревога, беспокойство, смутное предчувствие угрозы, общее повышение чувствительности (гиперестезия). Больные страдают бессонницей, прислушиваются к случайным звукам в квартире, обращают внимание на мелкие, несущественные детали обстановки. Если они пытаются заснуть, то перед глазами сразу же возникают яркие, пугающие образы (гипнагогические галлюцинации), немедленно заставляющие их проснуться. Иногда галлюцинации продолжаются и сразу

после пробуждения (гипнопомпические галлюцинации). Тревога все более нарастает, вскоре возникают яркие иллюзорные обманы. Характерно фантастическое преобразование в сознании больных деталей обстановки (рисунок обоев, обивка мебели, трещины на полу и пятна на скатерти) в конкретные фигуры и образы. Цветы на обоях становятся выпуклыми, вырастают из стены; пятна принимаются за мелких жучков; полосы на обивке кресла складываются в лицо, оно начинает улыбаться и гримасничать (парейдолические иллюзии). В этом периоде можно выявить готовность пациентов к возникновению галлюцинаций с помощью симптомов Липмана (появление галлюцинация при надавливании на глазные яблоки).

Первые галлюцинаторные образы нередко представляют собой сплетающиеся полосы (пучки веревки, свисающая с потолка стружка, серпантин, клочья паутины, клубки змей). Затем возникают более сложные галлюцинации: комната заполняется людьми или животными. Больные пытаются защититься от них, выгоняют их из квартиры, стараются схватить их руками, размахивают ножом. Наконец, развернутая картина делирия приводит к полному преобразению всей обстановки. Пациенты считают, что попали на работу или в винный магазин, видят преследующих их людей, спасаются бегством и не могут найти выход, так как не видят реальных предметов обстановки. Этот период характеризуется чрезвычайным страхом и резким психомоторным возбуждением.

Типичная продолжительность делирия — несколько (2–5) дней. Все это время у пациента отсутствует сон. Хотя днем он ведет себя значительно спокойнее, может лежать в постели в состоянии легкой дремоты, однако при расспросе оказывается, что галлюцинации сохраняются. Вечером самочувствие ухудшается, появляются все новые обманы восприятия, нарастает психомоторное возбуждение. Прекращение делирия критическое: больной засыпает и после 8–12 ч глубокого сна просыпается без признаков психоза. Некоторое время может сохраняться убежденность, что все происходившее в момент психоза случилось на самом деле (резидуальный бред), однако такие ошибочные суждения нестойки и в течение нескольких последующих часов проходят без специального лечения. При типичном течении по миновании психоза больной может много рассказать о пережитых обманах восприятия, однако не помнит реальных событий, происходивших в это время. Лучше запоминается начало психоза.

Причиной возникновения делирия бывают самые разные экзогенные и соматогенные заболевания (интоксикации, инфекции, лихорадочные состояния, ЧМТ, ожоговая болезнь, сосудистая недостаточность).

Неблагоприятное развитие основного заболевания (соматического, инфекционного, обусловленного интоксикацией и др.) может повлечь за собой развитие тяжелых форм делирия — профессионального и мусситирующего.

**Профессиональный делирий** (делирий занятости, бред занятий) — делирий с преобладанием однообразного двигательного возбуждения в форме привычных, выполняемых в повседневной жизни действий: еда, питье, уборка и т. п., или же действий, имеющих прямое отношение к профессии заболевшего: отпуск товаров, шитье, работа на кассовом аппарате и т. д. Двигательное возбуждение при профессиональном делирии происходит, как правило, на ограниченном пространстве. Оно сопровождается или произнесением отдельных слов или же является «немым». Галлюцинации и бред либо отсутствуют, либо рудиментарны. Речевой контакт часто невозможен. Иногда удается получить односложный ответ. Его содержание отражает патологические переживания.

**Мусситирующий делирий** (делирий с бормотанием, тихий бред) — делирий с некоординированным двигательным возбуждением, которое лишено целостных действий и однообразно по своим проявлениям, происходит в пределах постели. Больные что-то снимают, стряхивают, ощупывают, хватают. Эти действия часто определяют словом «обирание». Речевое возбуждение представляет собой тихое и невнятное произнесение отдельных звуков, слогов, междометий. Вступать в общение с больными невозможно, они полностью отрешены от окружающего. Мусситирующий делирий обычно сменяет профессиональный. Профессиональный и, особенно, мусситирующий делирий в дневное время могут сменяться симптомами оглушения. Углубление оглушения в этих случаях свидетельствует об утяжелении основного заболевания.

В зависимости от этиологического фактора (с наибольшей частотой при интоксикациях) делирий может сопровождаться вегетативными и неврологическими нарушениями. Из вегетативных расстройств отмечаются тахикардия, тахипноэ, потливость, колебания уровня артериального давления с тенденцией к его повышению, а из неврологических симптомов — мышечная гипотония, гипер-



рефлексия, тремор, атаксия, слабость конвергенции, нистагмоид, симптом Маринеску. При тяжелых делириях, в первую очередь при мусситирующем, артериальное давление снижается, возможно развитие коллаптоидных состояний, часто отмечается выраженная гипертермия центрального происхождения, наблюдаются симптомы обезвоживания организма. Среди неврологических симптомов отмечаются ригидность затылка, симптом Кернига, симптомы орального автоматизма, глазные симптомы (нистагм, птоз, стробизм, неподвижный взгляд), атетоидные и хореоформные гиперкинезы.

Продолжительность делирия обычно колеблется от трех до семи дней. Исчезновение расстройств чаще происходит критически, после продолжительного сна. Отклонения от средней продолжительности возможны как в сторону укорочения, так и в сторону значительного удлинения существования определяющих делирий симптомов. У соматически ослабленных больных, в первую очередь у лиц пожилого возраста, развернутые и тяжелые делириозные картины могут наблюдаться в течение ряда недель.

Больные, перенесшие развернутый делирий частично помнят содержание переживаний. Обычно эти воспоминания носят отрывочный характер и относятся к психопатологическим симптомам — галлюцинациям, аффекту, бреду. У больных с профессиональным и мусситирующим делирием наблюдается полная амнезия.

Чаще всего делирий сменяется астенией, в тяжелых случаях может развиваться Корсаковский синдром.

**Онейроидный синдром (онейроид, онейроидное помрачение сознания, сновидное помрачение сознания)** — грезоподобное помрачение сознания с наплывом фантастических зрительных псевдогаллюцинаций.

Нарушается ориентировка во времени, окружающем. Ориентировка в собственной личности сохраняется. Это более глубокое помрачение сознания, чем делирий. Наблюдается обычно при депрессиях, маниях и связано с патологией среднего мозга.

Переживания больных отличаются значительно большей сложностью и фантастичностью: сцены войн, мировых катастроф, перелеты на другие планеты, путешествия на «машине времени» в далекое прошлое, пребывание в раю, аду и т. д. Нередко больные мысленно участвуют в удивительных приключениях, однако имеют возможность как бы наблюдать за собой со стороны. Их поведение при этом никак не отражает всего богатства переживаемых

фантастических событий. Движения пациентов представляют собой проявления кататонического синдрома — стереотипное раскачивание, мутизм, негативизм, восковую гибкость, импульсивные поступки. Иногда речь больных совершенно непонятна (разорванность), иногда они отвечают на вопросы, и тогда удастся выявить нарушения в ориентировке.

При онейроиде возможен симптом двойной ложной ориентировки, когда больные считают себя обычными пациентами психиатрической клиники и одновременно участниками невероятных фантастических событий («посланником другой галактики», «рыцарем без страха и упрека», «магическим кристаллом, несущим людям свет знания», и пр.). Часто наблюдаются ощущения стремительного движения, перемещения больших масс: больным кажется, что они пронзают пространство и время, что все силы зла и добра сцепились в смертельной схватке, что человечеству угрожает гибель.

Формирование психоза происходит относительно быстро, но может растянуться на несколько недель. Первые признаки начинающегося психоза — нарушения сна и нарастающее чувство тревоги. Обеспокоенность быстро достигает степени растерянности. Яркие эмоции и явления дереализации служат основой отрывочных несистематизированных бредовых идей (острый чувственный бред). Первоначальный страх вскоре сменяется аффектом недоумения или экзальтированного экстаза. Больные затихают, зачарованно озираются по сторонам, восхищаются красками и звуками. Позже нередко развивается кататонический ступор или возбуждение. Продолжительность онейроидного помрачения сознания бывает различной. Чаще психоз разрешается в течение нескольких недель. Выход из психоза постепенный: По выходе из психоза амнезия больше выражена, чем при делирии. Пациенты могут описать некоторые фрагменты болезненных переживаний, однако их рассказ непоследователен, как и сами пережитые события.

**Аменция (аментивный синдром, аментивное помрачение сознания)** — форма помрачения сознания с преобладанием бессвязности речи, моторики и растерянностью.

Начинается с глубокой астении, затем наступает истощение. Больной дезориентирован во времени, окружающей обстановке и собственной личности. Речевой контакт невозможен. Мышление у больных бессвязное, речь носит регистрирующий характер, (состоит из отдельных слов обыденного содержания, слогов, нечлено-

раздельных звуков, произносимых тихо, громко или нарастав с одними и теми же интонациями). Часто наблюдаются персеверации. Настроение больных изменчиво — то подавленно-тревожное, то несколько повышенное с чертами возторженности, то безразличное.

Могут быть обманы восприятия, больные к чему-то прислушиваются. По мимике можно заметить смену эмоциональных реакций.

Двигательное возбуждение при аменции происходит на ограниченном пространстве, обычно в пределах постели. Оно исчерпывается отдельными, движениями: больные вертятся, совершают вращательные движения, изгибаются, вздрагивают, откидываются в стороны конечности, разбрасываются в постели.

Вступить в словесное общение с больными не удается. По отдельным их высказываниям можно сделать заключение о наличии у них аффекта недоумения и смутного сознания своей беспомощности — симптомов, постоянно встречающихся при растерянности. О растерянности свидетельствует и обычно недоумевающее выражение лица больных.

Продолжительность аменции может составить несколько недель и месяцев. Период аментивного состояния полностью амнезируется. При выздоровлении аменция сменяется или продолжительно существующей астенией, или психоорганическим синдромом.

Внешне больные с аменцией выглядят как тяжелые соматические больные (заострившиеся черты лица, бледные, истощенные, с низкой температурой, низким АД).

В настоящее время чаще встречается астеническая спутанность. Больные тревожны, настроение снижено, растеряны, не удерживают в памяти тему разговора. Наблюдаются частые персеверации, перескакивают с одной темы на другую. Могут появляться несистематизированные идеи особого значения, однако через несколько минут высказывают критику к бреду. Внешне выглядят истощенными, бледными, характерен акроцианоз, гипергидроз, у женщин — аменорея. Как правило, в этот период больные худеют, несмотря на достаточный прием пищи. Выход из астенической спутанности через астению. Аменция развивается при тяжелых и длительных соматических и инфекционных заболеваниях и требует лечения основного заболевания в условиях отделений интенсивной терапии.

**Сумеречное помрачение сознания** является типичным эпилептиформным пароксизмом. Для психоза характерны внезапное

начало, относительно короткая продолжительность (от десятков минут до нескольких часов), резкое (иногда внезапное) прекращение и полная амнезия всего периода нарушенного сознания.

Сумеречное помрачение сознания развивается внезапно (пароксизмально). Ориентировка нарушается полностью. Больные отключаются от реальности. Перестают отвечать на вопросы. Вступить с ними в общение невозможно. Спонтанная речь или отсутствует, или ограничивается стереотипным повторением отдельных междометий, слов, коротких фраз.

В части случаев сохраняются последовательные, чаще — сравнительно простые, но внешне целенаправленные действия. Если они сопровождаются непроизвольным блужданием, говорят об амбулаторном автоматизме. Длющийся минуты амбулаторный автоматизм называют фугой, или трансом; амбулаторный автоматизм, возникающий во время сна, — сомнамбулизмом или лунатизмом. Больные совершают автоматизированные движения (идут куда-нибудь, перетаскивают мебель, приводят в порядок одежду).

В ряде случаев больные в сумеречном помрачении сознания совершают крайне опасные агрессивные действия. В таких случаях после прояснения сознания может наступить депрессивная реакция на совершенный поступок и его последствия. Эти нелепые и опасные действия больных, а также иногда их отрывочные выкрики во время совершения таких действий свидетельствуют о том, что сумеречные расстройства сознания могут сопровождаться галлюцинаторно-бредовыми переживаниями.

Восстановление ясности сознания происходит обычно постепенно и может сопровождаться возникновением преходящим резким обеднением психической деятельности, в связи с чем больные кажутся слабоумными. В ряде случаев наступает терминальный сон. Сумеречное помрачение сознания длится обычно минуты — часы и сопровождается полной амнезией.

## ОРГАНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

К этому регистру относятся состояния, представляющие собой дефицитарные симптомокомплексы и являются результатом органического повреждения головного мозга.

**Психоорганический синдром** — симптомокомплекс, сопровождающийся снижением памяти, интеллекта и аффективной лабильностью.

Свойственные психоорганическому синдрому нарушения отличаются различной степенью выраженности. Если они легкие — говорят об органическом снижении уровня личности; если тяжелые — их определяют термином «органическая деменция».

Нарушения памяти при психоорганическом синдроме затрагивают в той или иной степени все три основные ее стороны: запоминание, ретенцию (способность удерживать воспринятое) и репродукцию (способность активизировать запасы памяти). В одних случаях преобладают дисмнестические расстройства, в других — амнестические, в первую очередь фиксационная и (или) прогрессирующая амнезия. Нарушения памяти, особенно в форме амнезий, нередко сопровождаются появлением образных воспоминаний событий прошлой жизни, а в ряде случаев и конфабуляций.

Психоорганический синдром сопровождается нарушением восприятия окружающего — снижением или даже невозможностью охватить какую-либо ситуацию целиком: больные улавливают в ней лишь частности. Ограничивается объем внимания, особенно пассивного — автоматической реакции на появившийся раздражитель.

Различные стороны интеллектуальной деятельности утрачиваются неравномерно. Пока здесь не обнаружено никакого другого правила, кроме того, что в первую очередь страдают более поздно приобретенные навыки, в то время как старые сохраняются долго и в них больные способны даже превосходить здоровых лиц. О нарушении интеллектуальной деятельности свидетельствуют снижение уровня суждений (способности понимать полученные сведения, взвешивать различные альтернативы и формировать четкий план действий) и умозаключений (установление отношений и взаимосвязей между отдельными объектами внешнего и внутреннего мира).

Одним из самых ранних признаков снижения интеллекта является нарушение критических способностей в отношении самооценки и оценки окружающего.

Аффективные реакции неустойчивы, подчас меняются ежеминутно, бурно проявляются (недержание аффекта, аффективная лабильность), но обычно непродолжительны и быстро гаснут. Смены аффекта происходят и спонтанно, и под влиянием внешних факторов, порой самых незначительных. В частности, аффект

больного легко и многократно меняется в зависимости; от тона, в котором с ним ведется беседа. Аффективная лабильность легко подчиняет себе действия больных, а одновременное снижение критики могут повлечь за собой совершение ими противоправных деяний.

Ограничение круга интересов, невозможность осмысления сложных ситуаций, обеднение представлений, нарушение тонких эмоций (такт, чувство долга и т. п.), вызывают эмоциональное равнодушие больных к тому, что не имеет непосредственного отношения к господствующему у них данный момент аффекту и их заинтересованности. Нарушенная аффективность и снижение критических способностей сочетаются то с повышенной внушаемостью, то с повышенным и даже не зная меры упрямством, или же то и другое сосуществуют. Обычно темп психических процессов более или менее замедлен. Словарный запас уменьшается, речь часто сопровождается употреблением вспомогательных слов, словесных шаблонов. Легко застревают на одних и тех же представлениях, не могут сразу переключиться с одной мысли другую, не способны в разговоре выделить главное, застревают на несущественных деталях. Часто встречаются дизартрия и персеверации.

В начальных стадиях развития психоорганического синдрома и в тех случаях, когда его проявления выражены слабо, чаще происходит заострение присущих больному характерологических черт, в частности, появляются психопатоподобные нарушения. При выраженном психоорганическом синдроме происходит нивелировка личностных особенностей — вплоть до полного их исчезновения. При некоторых заболеваниях (прогрессивный паралич, болезнь Пика) нивелировка личности наблюдается уже с самого начала заболевания, свидетельствуя тем самым о его тяжести.

Психоорганический синдром часто сопровождают головные боли, ощущение давления в голове, головокружение, плохая переносимость жары, перепадов атмосферного давления; его могут сопровождать разнообразные неврологические симптомы.

Для значительного числа больных с психоорганическим синдромом характерно возникновение экзогенных типов реакции под влиянием интеркуррентных заболеваний и различных интоксикаций, а в ряде случаев и терапии, в том числе психотропными средствами. Чаще других, обычно в ночное время, возникает делирий, реже — сумеречное помрачение сознания.

Причины развития психоорганического синдрома многообразны: сосудистые заболевания головного мозга, черепно-мозговая травма, интоксикации (алкоголь, наркотические средства, свинец и другие тяжелые металлы, угарный газ), энцефалиты, хронические нарушения обмена, сифилитические заболевания центральной нервной системы, опухоли и абсцессы головного мозга, атрофические процессы предстарческого старческого возраста, а также эпилепсия и все болезни, сопровождаемые эпилептиформным синдромом.

**Синдром Корсакова (амнестический синдром)** – сочетание фиксационной амнезии (расстройства памяти на настоящее), псевдореминисценций (воспоминания событий, действительно имевших место, но с неправильным соотношением во времени) и заместительных конфабуляций (вымышленных воспоминаний вместо амнезированных периодов). Описан впервые С. С. Корсаковым в 1887 г. в докторской диссертации «Об алкогольном параличе».

Расстройства памяти при корсаковском синдроме касаются прежде всего запоминания текущих и недавних событий. Больной почти тотчас забывает получаемые впечатления. Время, в течение которого они сглаживаются, может исчисляться секундами. Больной тотчас забывает не только имя, но и внешность лица, с которым ему пришлось разговаривать, и поэтому он многократно здоровается с одним и тем же человеком, а на вопросы последнего, почему он так делает, если они сегодня уже виделись, больной всякий раз отвечает, что видит данное лицо в первый раз. Больной не знает, что он ел сегодня и ел ли вообще, пересказывает одни и те же истории, не помнит, сколько времени он болен и как давно находится в больнице. Беседуя с врачом, больной часто повторяет одни и те же вопросы и просит советов, которые он уже неоднократно получал при чтении, больной по много раз перечитывает одно и то же, всякий раз как нечто для него новое и т. д. В наибольшей мере страдает словесная память. В то же время аффективная память (память на события, связанные с неприятными для больного переживаниями) страдает в меньшей степени.

Расстройства ориентировки, которые носят характер амнестической дезориентировкой, могут быть выражены в различной степени. Больше всего нарушается ориентировка во времени. Больной часто не в состоянии назвать не только число, день недели и месяц, но и время года, а также текущий год. Значительно страдает

ориентировка в месте, в том числе пространственная ориентировка. Поэтому больной не в состоянии разобраться в помещениях отделения, в частности, не знает, где находится его кровать, туалет и т. д. Многие больные не в состоянии сказать, какие люди их окружают, а в некоторых случаях называют незнакомых лиц именами своих знакомых.

Псевдореминисценции возникают обычно при соответствующих вопросах, а не спонтанно. Их содержание касается преимущественно прошлых событий обыденной жизни или ситуаций, связанных с профессиональной деятельностью. В этих случаях говорят о замещающих (мнемонических) псевдореминисценциях. Значительно реже встречаются конфабуляции фантастического содержания. Параллелизма между степенью расстройства памяти и выраженностью конфабуляции обычно не существует.

Больным с корсаковским синдромом всегда свойственна та или иная степень интеллектуального снижения, в том числе и снижение критического отношения к своему состоянию. Вместе с тем многие знания и навыки прошлого сохраняются у них вполне удовлетворительно. Например, больные сохраняют профессиональные знания, способны хорошо играть в карточные игры, в шахматы, решать различные задачи, логически правильно рассуждать о вопросах, связанных с их прежним опытом и знаниями. Достаточно сохраняется прежний строй личности больных. У большинства, несмотря на снижение критики, всегда существует осознание болезни, в первую очередь касающегося расстройства памяти, больные с помощью разных уловок стремятся скрыть свой мнестический дефект.

У больных с корсаковским синдромом всегда снижается уровень суждений и активности. Постоянно можно выявить психическую и физическую утомляемость. Эти расстройства в большей степени выражены у лиц пожилого возраста.

В большей части случаев корсаковский синдром возникает остро, за состояниями помрачения сознания, чаще всего вслед за делирием, обычно тяжелыми.

Корсаковский синдром наблюдается при различных интоксикациях (в первую очередь при алкоголизме), после черепно-мозговой травмы, при опухолях мозга и инфекционных заболеваниях, после острой гипоксии (отравление угарным газом, повешение и т. п.), при атрофических и сосудистых процессах.



## **Деменции**

Дементные синдромы характеризуются приобретенным снижением интеллекта.

Интеллект — это способность приобретать знания и использовать их на практике. Важными предикторами интеллекта являются мышление и память. Большое значение для возможности использовать интеллектуальные ресурсы играют также эмоции, воля, восприятие.

Признаками деменции являются утрата накопленных способностей и знаний, общее снижение продуктивности психической деятельности, изменение личности. Динамика деменции бывает различной. При опухолях мозга, атрофических заболеваниях и атеросклерозе постоянно нарастает дефект психики. В случае посттравматической и постинсультной деменции возможны восстановление некоторых психических функций в первые месяцы заболевания и стабильный характер симптомов на протяжении многих последующих лет. Однако в целом негативный характер расстройств при деменции определяет ее относительную стойкость и невозможность полного выздоровления.

### *Клинические формы деменций*

#### **1. Тотальная деменция**

Страдают все компоненты интеллекта (мышление, память, эмоции, воля, восприятие, личность в целом).

Тотальное слабоумие проявляется первичной утратой способности к логике и пониманию действительности. Нарушения памяти бывают очень грубыми (гипомнезии, прогрессирующая амнезия, вплоть до «сдвига жизни в прошлое»), но они могут отставать от расстройств абстрактного мышления. Заметно резкое снижение или полное отсутствие критического отношения к болезни. Наблюдается эмоциональное оскудение, страдают нравственные свойства личности: исчезают чувство долга, деликатность, корректность, вежливость, стыдливость. Происходит постепенное растормаживание низших эмоций, связанных с инстинктами. Больные могут цинично браниться, обнажаться, мочиться и испражняться прямо в палате, бывают сексуально расторможены. Влечения повышаются. Особенно это касается аппетита, достигающего степени булимии. Больные неряшливы, не следят за своим внешним видом. Могут наблюдаться элементы регресса поведения — едят руками, подбирают объедки, ложатся одетыми на кровать, не спра-

шивая берут еду и вещи у окружающих и т. п. Личностные расстройства настолько выражены, что больные перестают быть похожи на самих себя (разрушается «ядро личности»).

Причиной тотального слабоумия является непосредственное выражение коры головного мозга. Это могут быть диффузные процессы, например дегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера и Пика), менингоэнцефалиты (например, сифилитический менингоэнцефалит — прогрессивный паралич), алкоголизм. Однако иногда небольшой патологический процесс в области лобных долей (локальная травма, опухоль, парциальная атрофия) приводит к сходной клинической картине (псевдопаралитическое слабоумие).

Неврологические расстройства проявляются дизартрией, анизокорией, вялой реакцией зрачков на свет, миозом, асимметрией иннервации лицевого нерва, симптомом Ромберга, анизорефлексией, повышением или, напротив, снижением сухожильных рефлексов.

## **2. Парциальные деменции**

*А. Лакунарная (дисмнестическая, атеросклеротическая) деменция* проявляется в первую очередь грубым расстройством памяти. Способность к образованию понятий и суждений нарушается значительно позже. Это существенно затрудняет возможности приобретения новых сведений, но профессиональные знания и автоматизированные навыки могут долго сохраняться у таких больных. Хотя в сложной профессиональной деятельности они чувствуют беспомощность, но легко справляются с ежедневными домашними заботами. Характерно наличие критического отношения к своим недостаткам: пациенты стесняются несамостоятельности, извиняются за нерасторопность, пытаются (не всегда успешно) компенсировать нарушение памяти, записывая наиболее важные мысли на бумаге. С врачом такие больные откровенны, активно предъявляют жалобы, глубоко переживают свое состояние. Изменения характера при лакунарном слабоумии довольно мягкие и не затрагивают ядра личности. В целом родственники находят, что основные формы поведения, привязанности, убеждения больных остаются прежними. Однако чаще все-таки отмечают некоторое заострение личностных черт, «шаржирование» прежних особенностей характера. Так, бережливость может обратиться в жадность и скупость, недоверчивость — в подозрительность, замкнутость — в ми-

зантропию. В эмоциональной сфере для больных с дисмнестическим слабоумием характерны сентиментальность, эмоциональное слабодушие, слезливость.

Причиной лакунарного слабоумия бывают самые различные диффузные сосудистые заболевания мозга: атеросклероз и гипертонической болезни, диабетическая микроангиопатия, поражение системных сосудов при коллагенозах. Изменения в состоянии кровоснабжения мозга (улучшение реологических свойств крови, прием сосудорасширяющих средств) могут вызывать колебания состояния и короткие периоды некоторого его улучшения у данных больных.

*Б. Эпилептическое (концентрическое) слабоумие* по сути является одной из разновидностей органического слабоумия. Как и других органических процессах, при эпилепсии на поздних этапах течения болезни нарушаются память и способность к понятийной деятельности. Однако имеются существенные особенности мышления и личностных изменений. Основной особенностью мышления является чрезвычайная тугоподвижность, выражающаяся нарастающей обстоятельностью мышления, склонностью к детализации, затруднением при подборе слов и снижении словарного запаса (олигофазия). Недостаток слов замещается многократными повторениями, словами-паразитами и штампованными («стоячими») оборотами. Личностные изменения характеризуются утрированной педантичностью, слащавостью, склонностью к употреблению уменьшительно-ласкательных выражений в сочетании с деспотичностью и эгоцентризмом. Весьма типичны сужение круга интересов, концентрация на собственных проблемах. Часто это приводит к полному неведению об общественно значимых событиях. Расстройства памяти носят избирательный характер: больные хорошо помнят наиболее важные для них лично факты (имена врачей, названия принимаемых ими лекарств, размер пенсии и день ее выдачи), однако совершенно не запоминают событий, не имеющих для них большого значения. При высокой взыскательности к окружающим и декларируемом стремлении к порядку сами пациенты могут не выполнять требований врачей, бывают грубы к младшему персоналу больницы и другим пациентам. Снижение способности к обобщению выражается в невозможности отличить главное от второстепенного, в конкретно-ситуационной трактовке пословиц и поговорок.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Иванец Н. Н.* Психиатрия и медицинская психология: учебник / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 896 с.
2. *Каннабих Ю. В.* История психиатрии: учебник. — 2-е изд. — М.: Академический проект, 2015. — 432 с.
3. Психиатрия. Научно-практический справочник / под ред. А.С. Тиганова. — М.: МИА, 2016. — 622 с.
4. Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1000 с.
5. Функциональный диагноз в психиатрии / А. Коцюбинский, Н. Шейнина, Г. Бурковский и др. — СПб.: СпецЛит, 2013. — 232 с.

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

*Выберите один правильный ответ.*

**1. Главное расстройство при корсаковском синдроме — это:**

- а) фиксационная амнезия
- б) прогрессирующая амнезия
- в) конградная амнезия
- г) ретроградная амнезия
- д) антероградная амнезия

**2. На начальных этапах церебрального атеросклероза чаще встречается синдром:**

- а) астенический
- б) истерический
- в) фобический
- г) субдепрессивный
- д) гипоманиакальный

**3. К синдромам помраченного сознания относятся:**

- а) синдром дереализации-деперсонализации
- б) оглушение
- в) амнестический
- г) делирий
- д) обнубиляция

**4. Феномен двойной ориентировки характерен для:**

- а) оглушения
- б) онейроида
- в) делирия
- г) сумеречного расстройства сознания
- д) аменции

**5. Внезапно начинается, и также внезапно заканчивается:**

- а) делирий
- б) онейроид
- в) аменция
- г) сумеречное состояние
- д) сопор

**6. Обсессивный синдром доминирует в клинической картине:**

- а) шизофрении
- б) истерического невроза
- в) аффективных психозов
- г) невроза навязчивых состояний
- д) алкогольных психозов

**7. Паранойяльный синдром относится к группе синдромов:**

- а) аффективных
- б) нарушенного сознания
- в) невротических
- г) бредовых
- д) амнестических

**8. Психические автоматизмы входят в структуру синдрома:**

- а) паранойяльного
- б) кататонического
- в) сумеречного помрачения сознания
- г) Корсаковского
- д) Кандинского–Клерамбо

**9. Апатическому синдрому свойственно:**

- а) болезненная психическая анестезия
- б) витальная тоска
- в) деперсонализация
- г) безразличие
- д) метаморфопсии

**10. Для депрессивного синдрома характерны:**

- а) скованность, гипертонус, тремор
- б) контрастные навязчивости и ритуалы
- в) бессонница, анорексия, снижение массы тела
- г) потребность в посторонней поддержке, плаксивость
- д) негативизм, мутизм, каталепсия

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. а) | 6. г)  |
| 2. а) | 7. г)  |
| 3. г) | 8. д)  |
| 4. б) | 9. г)  |
| 5. г) | 10. в) |

---

**Е. В. Снедков, М. А. Соляник, Ю. И. Поляков**

### **ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ**

#### **Учебно-методическое пособие**

*Редактор Т. В. Руксина*

*Технический редактор Н. А. Румянцева*

Подписано в печать 07.07.2016 г.

Формат бумаги 60×84/16. Уч.-изд. л. 2,84. Усл. печ. л. 3,26.

Тираж 200 экз. Заказ № 290.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова  
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.