

Федеральное агентство по образованию
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Владимирский государственный университет

Д.В. СЕМЕНОВ, А.В. БЕРСЕНЕВ

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ

Учебное пособие

Владимир 2006

УДК 616.89-008
ББК 88.48+56.14
С30

Рецензенты:

Доктор психологических наук, профессор
зав. кафедрой общей и педагогической психологии
Владимирского государственного педагогического университета
В.А. Зобков

Кандидат психологических наук, доцент
Владимирского государственного университета
Н.Ю. Литвинова

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Владимирского государственного университета

Семенов, Д. В.

С30 Психопатологические симптомы и синдромы : учеб. пособие /
Д. В. Семенов, А. В. Берсенев ; Владим. гос. ун-т. – Владимир : Изд-во
Владим. гос. ун-та, 2006. – 88 с. – ISBN 5-89368-671-3.

Представлены основные психопатологические симптомы и синдромы, традиционно используемые в отечественной психиатрии. Отдельно показаны некоторые этнопсихопатологические синдромы.

Предназначено для подготовки студентов-психологов, а также для специалистов, интересующихся проблемами психопатологии.

Библиогр.: 6 назв.

УДК 616.89-008
ББК 88.48+56.14

ISBN 5-89368-671-3

© Владимирский государственный
университет, 2006

О Г Л А В Л Е Н И Е

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
Глава 1. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ	6
1.1. Симптомы расстройств сознания.....	6
1.2. Симптомы расстройств воли и влечений.....	6
1.3. Симптомы расстройств внимания.....	8
1.4. Симптомы расстройств движений.....	8
1.5. Симптомы расстройств восприятия.....	9
1.6. Симптомы расстройств мышления.....	12
1.7. Симптомы расстройств интеллекта.....	16
1.8. Симптомы расстройств памяти.....	16
1.9. Симптомы расстройств эмоций.....	17
Глава 2. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ	20
2.1. ПОЗИТИВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ:	20
2.1.1. Астенический синдром.....	21
2.1.2. Депрессивный синдром.....	21
2.1.3. Маниакальный синдром.....	25
2.1.4. Обсессивный синдром (состояния навязчивости).....	28
2.1.5. Деперсонализации, дереализации синдромы.....	29
2.1.6. Сенестопатический синдром.....	30
2.1.7. Ипохондрический синдром.....	31
2.1.8. Истерические синдромы.....	31
2.1.9. Синдром сверхценных идей.....	34
2.1.10. Паранойяльный синдром.....	34
2.1.11. Галлюцинаторный синдром (галлюциноз).....	36
2.1.12. Галлюцинаторно-параноидный синдром (Кандинского – Клерамбо).....	37
2.1.13. Парафренный синдром.....	39
2.1.14. Кататонический синдром.....	41
2.1.15. Синдромы помрачения сознания (общие признаки).....	42
2.1.16. Аменция.....	43
2.1.17. Аура сознания.....	43
2.1.18. Делирий.....	43
2.1.19. Оглушение.....	45
2.1.20. Онейроидное (сновидное) помрачение сознания.....	46
2.1.21. Сумеречное помрачение сознания.....	47
2.1.22. Судорожные синдромы.....	47

2.2. ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВЫЕ ПОЗИТИВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ.....	52
2.2.1. Гебефренический синдром (гебефрено-кататонический).....	52
2.2.2. Гипердинамический синдром.....	53
2.2.3. Страхы синдромы.....	53
2.2.4. Синдромы патологического фантазирования.....	57
2.2.5. Синдром уходов и бродяжничества.....	59
2.2.6. Синдромы сверхценных интересов и увлечений.....	61
2.2.7. Дисморфомания.....	62
2.2.8. Синдром нервной (психической) анорексии.....	62
2.3. НЕГАТИВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ.....	64
2.3.1. Изменения личности.....	64
2.3.2. Амнестические расстройства.....	66
2.3.3. Парциальное (дисмнестическое) слабоумие.....	66
2.3.4. Корсаковский (амнестический) синдром.....	66
2.3.5. Паралитический синдром.....	67
2.3.6. Псевдопаралитический синдром.....	67
2.4. ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВЫЕ НЕГАТИВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ.....	68
2.4.1. Синдром тотальной ретардации.....	68
2.4.2. Синдромы психического инфантилизма.....	72
2.4.3. Невропатия.....	75
2.4.4. Синдром раннего детского аутизма (синдром Каннера).....	77
2.4.5. Синдром Аспергера.....	79
2.4.6. Гебоидный синдром.....	80
Глава 3. ЭТНОПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ.....	81
Амок-синдром.....	82
Миррири.....	82
Ло'у (прыжок с пальмы).....	83
Сого-синдром.....	83
Latgh-синдром.....	83
Хилиастрические (мессианские) синдромы.....	83
Северная болезнь.....	85
Possession-синдром (одержимость).....	85
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ	87
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	88
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	88

ПРЕДИСЛОВИЕ

Идея создания учебного пособия, в котором были бы описаны основные, наиболее употребляемые в российской психиатрии симптомы и синдромы, существовала давно. Удивленные и недоумевающие взгляды студентов-психологов, слушающих курсы «клинических дисциплин» с обилием новых для них медицинских терминов и понятий, – пожалуй, самый главный тому повод. Эта книга поможет студентам разобраться в семиотике и терминологии, с которой они встретятся как на учебных занятиях, при чтении литературы по психиатрии, так и на практике.

Пособие содержит описание основных симптомов и синдромов, отражающих многообразие психопатологии, встречающейся как у взрослых людей, так и только у детей и подростков. В гл. 1 учебного пособия приведены психопатологические симптомы, которые разделены на группы в зависимости от их принадлежности к тем или иным формам проявления психики человека. Далее в гл. 2, 3 рассмотрены психиатрические синдромы. В описании некоторых из них выделены варианты синдромов, возрастные особенности и их место в структуре отдельных болезней.

Условные обозначения в тексте. Во избежание повторений в описании полное название термина заменяется его сокращением по начальным буквам. Например: кататоническое возбуждение – К.в.; синдромы патологического фантазирования – С.п.ф. или П.ф. В первой главе выделены шрифтом ссылки на термины, встречающиеся в данном учебном пособии, в скобках указана страница, где этот термин описан. Например: *амнезия* (с. 16).

Со всеми вопросами, предложениями и замечаниями, возникшими в процессе чтения книги, просим обращаться на кафедру психологии Владимирского государственного университета.

Глава 1. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

С и м п т о м (от греч. *symptoma* – совпадение, признак) – статистически значимое отклонение того или иного показателя жизнедеятельности организма от его нормальных значений (негативный) или возникновение качественно нового, не свойственного здоровому организму явления (позитивный, продуктивный).

1.1. Симптомы расстройств сознания

Абсанс – кратковременное (несколько секунд, долей секунды) выключение (отсутствие) сознания.

Автоматизм амбулаторный – помрачение сознания без бреда, галлюцинаций или выраженных аффективных расстройств, проявляющееся длительным блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией; наблюдается главным образом при эпилепсии.

Аменция – форма помрачения сознания с преобладанием растерянности, бессвязности мышления, речи и движений.

Аура – расстройство сознания, сопровождающееся своеобразным ощущением, движением или психическим поражением (страх, ложное восприятие действительности и т. п.), непосредственно предшествующее эпилептическому припадку.

Аутометаморфопсия (расстройство схемы тела) – искажение формы и величины своего тела в сознании больного.

Дезориентировка – нарушение ориентировки в окружающем (в месте, времени, лицах, обстановке и прочее).

Д. аллопсихическая – нарушение ориентировки лишь в окружающем.

Д. аутопсихическая – нарушение ориентировки в собственной личности.

Д. во времени – неспособность больного определить год, месяц, число, время года, день недели.

Кома – состояние глубокого угнетения функций ЦНС с полной потерей сознания.

Обнубиляция – легкая оглушенность, помрачение сознания легкой степени.

1.2. Симптомы расстройств воли и влечений

Абулия – отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости.

Анергия – снижение (до полного отсутствия) психической, двигательной и речевой активности.

Анорексия психическая – упорный, обусловленный психическим заболеванием отказ от пищи, сопровождающийся исхуданием и другими симптомами голодания.

Брадипсихия – замедление всех психических процессов.

Булимия (полифагия) – патологическое повышение потребности в пище, приводящее к ожирению, ненасытный аппетит.

Вагобондаж – непреодолимое стремление к бесцельному блужданию, перемене мест, бродяжничеству (при психопатиях, неврозе, навязчивых состояниях).

Гипербулия (повышение волевой активности) – усиление побуждений, повышенная деятельность, порывистость, инициативность, говорливость, подвижность.

Гипобулия (понижение волевой активности) – бедность побуждений, вялость, бездеятельность, скудная, лишенная выразительности речь, ослабление внимания, обеднение мышления, снижение двигательной активности, ограничение общения вследствие снижения откликаемости.

Дипсомания – запой, непреодолимое влечение к пьянству.

Импульсивные поступки – совершаются немедленно, как только возникает болезненное влечение, без предшествующей борьбы мотивов и без этапа принятия решения.

Клептомания – периодически и внезапно возникающая страсть к воровству.

Компульсивное влечение – чувство, по силе сравнимое с такими импульсными потребностями, как голод, жажда, инстинкт самосохранения. Патологическая потребность занимает доминирующее положение, человек быстро прекращает внутреннюю борьбу и удовлетворяет свое влечение. Например, стремление к наркотику при его отсутствии у страдающих алкоголизмом и наркоманиями.

Навязчивое влечение (компульсия) – стремление, вопреки разуму, воле и чувствам, совершать какое-либо бессмысленное, часто опасное действие. При *компульсивном влечении* (см. выше) эти проявления более мощные.

Навязчивый счет – непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т. д.).

Парабулия – извращение волевой активности, сопровождающееся соответствующей деятельностью: негативизмом, импульсивностью, вычурностью движений и др.

Плюшкина симптом – патологическое влечение к собиранию и накоплению всевозможных выброшенных, негодных предметов, вещей, тары и другого хлама, возникающее чаще всего в старческом возрасте.

Пиромания – неотвратимое стремление к поджогу, который производится без стремления причинить зло, нанести ущерб.

Симптом апатический – сочетание абсолютной безучастности, полной бездеятельности и крайнего бессилия, доходящего до прострации; сопровождается бессонницей.

1.3. Симптомы расстройств внимания

Апрозексия – полное выпадение внимания.

Гиперметаморфоз – расстройство внимания в форме его произвольного кратковременного привлечения к предметам и явлениям, обычно не замечаемым: больной отвлекается на все, что попадает в его поле зрения: узор на обоях, пятно на стене, случайное движение, перемену позы кого-либо из окружающих, изменение освещения, едва слышный шум.

Инертность (малая подвижность) – нарушение переключаемости или патологическая фиксация внимания; застойность, неподвижность; замедленность смены психических процессов как свойство личности.

Повышенная отвлекаемость – чрезмерная подвижность внимания, постоянный переход от одного объекта и вида деятельности к другому.

1.4. Симптомы расстройств движений

Акинезия – обездвиженность вследствие прекращения произвольных движений, однако при побуждении извне они оказываются возможными.

Астазия-абазия – расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки.

Гиперкинез – движения, лишённые смыслового физиологического значения, возникающие произвольно, насильственно или по типу навязчивых.

Гипокинезия – длительное угнетение, сопровождающееся обеднением и замедлением движений.

Каталепсия – восковая гибкость с длительным сохранением приданной больному или отдельным частям тела позы, даже неудобной и требующей значительного мышечного напряжения.

Кататония – см. *кататонический синдром* (с.41).

Кататоническое возбуждение – двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий (однообразного повторения больным одних и тех же слов и словосочетаний или движений).

Навязчивое действие – непреодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие.

Паракинезии – странные, неестественные движения, например, вычурная манерная мимика или вычурные формы поведения и движения.

Ступор – состояние полной обездвиженности, крайняя степень двигательной заторможенности.

Субступорозное состояние – неполная обездвиженность, обычно с отказом от речи, продолжительным сохранением одного и того же положения тела, неестественными вычурными позами.

Эхопраксия – повторение увиденных действий.

1.5. Симптомы расстройств восприятия

Акоазмы – элементарные слуховые обманы в виде шума, стука, грохота, шипения, выстрелов и т. п.

Галлюцинации – восприятия, возникающие без реального объекта (видения, призраки, мнимые звуки, голоса, запахи и др.).

Г. вербальные – ложные восприятия отдельных слов или речи одного или нескольких «голосов».

Г. гипногогические – видения, произвольно возникающие перед засыпанием, при закрытых глазах, на темном поле зрения.

Г. гипнопомпические – преимущественно зрительные, реже слуховые и другие, возникающие при пробуждении.

Г. императивные – вербальные в виде «голосов», приказывающих совершать те или иные, часто опасные для больного или для окружающих, поступки или, наоборот, запрещающих действовать и говорить.

Г. макротические – зрительные в виде образов людей, животных и неодушевленных предметов, отличающихся необычайно большими, иногда гигантскими размерами.

Г. микротические – зрительные в виде образов живых существ и неодушевленных предметов, отличающихся очень малыми размерами.

Г. рефлекторные – возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на другой анализатор.

Деперсонализация (отчуждение от самого себя) – расстройство самосознания личности, сопровождающееся отчуждением некоторых или всех психических процессов. Искаженное восприятие самого себя: а) в целом – утрата единства «я»: собственные мысли, голос, движения воспринимают-

ся больным как будто со стороны, все тело изменилось, удвоилось, стало не таким, как прежде, и т. д.; б) отдельных частей тела – «нарушение схемы тела» (см. *деперсонализации, дереализации синдромы*, с. 29).

Дереализация – расстройство психической деятельности, выражающееся в тягостном чувстве нереальности, призрачности, чуждости больному окружающего мира. Внешний мир воспринимается отдаленным, ненастоящим, неотчетливым, застывшим, бесцветным, силуэтным.

Иллюзия – ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненными представлением. Возникает, как правило, на фоне измененного аффекта.

Метаморфопсия – искажение величины или формы воспринимаемых предметов и пространства. Окружающие предметы кажутся неестественно уменьшенными (микropsия) или увеличенными до гигантских размеров (макрupsия), удлинненными, расширенными, скошенными, перекрученными вокруг оси (дисмегалопсия).

Никогда не виденное – психическое расстройство, заключающееся в том, что знакомые предметы, лица, обстановка воспринимаются как впервые увиденные.

Никогда не слышанное – психическое расстройство, заключающееся в том, что знакомые звуки воспринимаются как впервые услышанные.

Парейдолии – зрительные иллюзии фантастического содержания.

Псевдогаллюцинации – расстройства восприятия в виде ощущений и образов, произвольно возникающих без реального раздражителя (объекта), отличающиеся от *галлюцинаций* (с.9) отсутствием у больного ощущения объективной реальности этих образов. П. обычно не проецируются больным в окружающее пространство, возникают по принципу *психического автоматизма* (с.37).

П. гипногогические возникают перед засыпанием при закрытых глазах.

П. зрительные – восприятие зрительных образов без объекта, не идентифицируемое больным с реальным явлением.

П. слуховые – расстройства восприятия в виде «внутренних», «сделанных», «мысленных» голосов, звучания мыслей, громких мыслей.

П. обоняния, вкуса, тактильные, висцеральные – расстройства восприятия, связываемые больным с соответствующими органами чувств; болезненные ощущения сопровождаются чувством «сделанности», насильственности.

Сенестопатии – разнообразные, крайне неприятные, мучительные, тягостные ощущения: стягивание, жжение, давление, раздражение, переливание, переворачивание, щекотание и прочее, исходящие из различных областей тела, отдельных внутренних органов без соматических причин, доступных определению современными методами.

Симптом двойника – частный случай *деперсонализации* (с. 9): патологическая убежденность больного в том, что тело его удвоилось. Уверенность в наличии двойника подкрепляется ощущениями, которые больной не всегда в состоянии описать: двойник находится постоянно рядом (чаще слева) и непосредственно связан с больным, повторяет его движения, испытывает те же чувства, желания, что и сам больной. Иногда больному кажется, что его двойник, возникший в результате удвоения тела, является чужим, посторонним; иногда двойник представляется во всех отношениях схожим с больным. Больного не покидает чувство необходимости избавиться от двойника. С.д. наблюдается преимущественно при органических поражениях головного мозга (например, очаг в области интерпариетальной борозды) и является, вероятно, следствием нарушения синтетической функции головного мозга.

С. д. отрицательного – убежденность больного, что окружающие родные и знакомые являются совершенно посторонними, не известными ему людьми. Внешнее сходство, которое больной не отрицает, объясняется якобы случайностью или гримированием.

С. д. положительного – убежденность больного в том, что окружающие его посторонние, до сих пор не знакомые ему люди, на самом деле состоят с ним в родстве, он их видел раньше. Соглашаясь с тем, что эти люди совершенно не похожи на его родных и знакомых, больной объясняет кажущуюся несхожесть внешних признаков тщательным гримированием «под чужих».

Симптом Липманна – проявление повышенной внушаемости и «галлюцинаторной активности» у больного в пределириозном состоянии: соответствующее внушение, сопровождаемое надавливанием на глазные яблоки, вызывает зрительные галлюцинации. С. Л. можно вызвать также в период выздоровления, особенно в первый день по исчезновении острых психотических явлений.

1.6. Симптомы расстройств мышления

Амбивалентность – возникновение антагонистических тенденций в психической деятельности, обуславливающих непоследовательность мышления и неадекватность поведения.

Бессвязность мышления – утрата способности к образованию ассоциативных связей, к соединению восприятий, представлений, понятий, к отражению действительности в ее связях и отношениях; потеря способности к элементарным обобщениям, к анализу и синтезу.

Брадиказия – замедление речи, наступает во всех случаях заторможенного мышления.

Бред – идеи, суждения, не соответствующие действительности, ошибочно обосновываемые, полностью овладевающие сознанием больного и не поддающиеся при разубеждении и разъяснении.

Бред величия характеризуется грандиозным преувеличением своих духовных и физических сил, социального положения и связанных с этим возможностей.

Б. воздействия содержит идею постороннего влияния на мысли, чувства, поступки больного, нередко с суждением о природе такого воздействия (гипноз, лазер и т.п.); проявление синдрома Кандинского - Клерамбо.

Б. высокого происхождения содержит идею происхождения от лиц, занимающих значительно более высокое положение в обществе, чем родители больного, которых он считает ненастоящими.

Б. индуцированный по содержанию сходен с бредом у психически больного, возникающий у ранее здоровых лиц, находившихся в длительном общении с этим больным (индуктором бреда).

Б. инсценировки содержит суждение обо всем происходящем вокруг больного как специально устроенном, инсценированном с какой-то целью.

Б. интерметаморфозы – этап развития образного бреда, характеризующийся идеей полного изменения окружающей обстановки, превращения предметов, перевоплощения лиц.

Б. ипохондрический содержит идею наличия у больного неизлечимой, приводящей к смерти или унижительной болезни (рака, сифилиса и др.).

Б. Котара содержит депрессивные или ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы и т.п.), проявляющимися одновременно или порознь.

Б. обвинения содержит идею ошибочного или умышленного обвинения больного окружающими лицами в совершении неблагоприятных или преступных действий, к которым он не имеет никакого отношения.

Б. образный – преобладают образные представления – фантазии, грезы, сопровождается тревогой, страхом, экстазом или растерянностью.

Б. особого значения – предметы, события, окружающие лица, а также их поступки и слова приобретают для больного особый смысл, символизируют нечто новое.

Б. острый возникает внезапно и характеризуется иллюзорным восприятием обстановки с выраженным аффектом страха, тревоги, импульсивными действиями.

Б. параноидный содержит различные идеи неблагоприятного воздействия на больного извне; включает идеи преследования, отношения, воздействия, отравления, обвинения, ущерба и т. п.

Б. паранойяльный содержит систематизированные бредовые идеи, протекает при ясном сознании без галлюцинаций, иллюзий и выраженных аффективных расстройств.

Б. парафренный содержит образные фантастические идеи величия, особой миссии, преследования и т.п.

Б. резидуальный – совокупность бредовых идей, остающихся некоторое время в качестве моносимптома после исчезновения других проявлений болезни; чаще возникает после состояний помраченного сознания, не сопровождающихся полной амнезией (делирий, онейроидный синдром).

Б. самообвинения проявляется приписыванием больным себе воображаемых или бывших в действительности, но непомерно преувеличиваемых проступков и преступлений с убежденностью в необходимости понести за них наказание.

Б. систематизированный представляет собой последовательную цепь суждений, обоснований, выводов.

Вербигерация – ритмичное монотонное повторение какого-либо слова или словосочетания, иногда бессмысленное нанизывание сходных по звучанию фраз, слов или слогов.

Закупорка мышления (sperrung) – неожиданная остановка, перерыв мысли, ее внезапная блокада.

Заторможение процесса мышления – замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества, образующихся в каждый данный отрезок времени.

Инкогеренция – высшая степень *бессвязности мышления* (с.12), когда речь представляет собой беспорядочный, бессмысленный набор, поток слов.

Логоклония – многократное повторение отдельных слогов произносимого слова.

Ментизм – произвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, вихрь идей, наплыв образов, представлений.

Навязчивые мысли – возникновение непреодолимых, чуждых личности большого количества мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними.

Неясное (расплывчатое) *мышление* – длительное преобладание одной какой-либо мысли, одного представления на фоне общего резко выраженного затруднения ассоциативного процесса.

Обрыв мысли – расстройство, трудно отличимое от *закупорки мышления* (с.13). Обрыв мысли сопровождается отчетливым субъективным переживанием внезапного исчезновения нужной мысли.

Обстоятельность мышления – неспособность разделения главного и второстепенного с застреванием на несущественных деталях.

Паралогия («миморечь») – ответы на поставленные вопросы не по существу, невпопад, обусловленные активным или пассивным негативизмом.

Персеверация – застревание в сознании одной какой-либо мысли или представления с монотонным их повторением в ответ на другие задаваемые вопросы, которые уже не имеют к первоначальным никакого отношения.

Паралогическое мышление – соединение несопоставимых обстоятельств, явлений, положений; объединение противоречивых идей, образов с произвольной подменой одних понятий другими; соскальзывание с основного ряда мышления на побочный, часто с утратой логической связи; мышление с выкрутасами.

Разорванность мышления – нарушение внутренних логических связей, скачкообразность мыслей, соединение разнородных, не связанных по смыслу элементов или разрыв цельности мыслей и цепи ассоциаций с вторжением в них неологизмов. Речь не лишена содержания, но внешне упорядочена вследствие сохранения грамматических связей между отдельными элементами фраз.

Резонерство – тип мышления, характеризующийся склонностью к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях рассуждениям.

Сверхценные идеи – суждения, возникшие в результате реальных обстоятельств, но занявшие в дальнейшем не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании с развитием чрезмерного эмоционального напряжения.

Символическая речь – придание словам и выражениям особого, отвлеченного, исключительного (понятного лишь самому больному) смысла вместо общеупотребительного.

Симптом Ганзера – «мимоговорение»: на заданный вопрос больной отвечает неправильно, хотя по содержанию ответа можно заключить, что вопрос понят верно (наблюдается при некоторых истерических реакциях, при шизофрении).

Симптом монолога – спонтанная речь больного при отсутствии собеседника, отражающая *разорванность мышления* (с.14).

Симптом открытости – проявление ассоциативного автоматизма: больной уверен, что все его мысли известны окружающим людям, а иногда и тем, кто отсутствует в данный момент.

Симптом Фреголи – один и тот же человек (например «преследователь») периодически появляется в разных лицах, изменяя свою внешность путем гримировки.

Сужение объема мышления – крайнее ограничение содержания мышления, обеднение темы, сужение круга представлений, уменьшение подвижности мыслительных процессов.

Тугоподвижность (торпидность, вязкость) *мышления* – выраженная затрудненность последовательного течения мыслей. Торпидными становятся также речь и действия больных.

Ускорение процесса мышления – увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения.

Шизофазия – разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильное предложение.

Эхолалия – повторение услышанных слов и предложений.

1.7. Симптомы расстройств интеллекта

Деменция – возникающее в результате болезни ослабление интеллекта. Обычно сопровождается нарушениями и в других сферах психической деятельности, что и характеризует различные виды Д. Признаком Д. является утрата накопленных способностей и знаний, общее снижение продуктивности, изменение личности.

Инфантилизм – патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту.

Умственная отсталость (олигофрения) – недоразвитие психических функций вследствие причин, существовавших до рождения ребенка или действовавших в первые годы его жизни. Формирование большинства функций нервной системы происходит со значительной задержкой, при этом любые, важные для адаптации функции не формируются вообще. Наиболее страдают интеллектуальные процессы.

1.8. Симптомы расстройств памяти

Амнезия – нарушение памяти в виде утраты способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания.

А. антероградная – утрата воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики.

А. инттероретроградная – сочетание двух видов амнезии. Из памяти больного выпадают события, не только предшествовавшие бессознательному состоянию или болезни, но и следовавшие за ними.

А. прогрессирующая – утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, которое происходит с последовательной закономерностью – по *закону Рибо* (с.17).

А. ретроградная – выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию, психическому заболеванию.

А. фиксационная – потеря способности запоминать, отсутствие памяти на текущие события.

Гипермнезия – наплыв воспоминаний о случайных, малозначительных событиях, не улучшает продуктивность мышления, а лишь отвлекает больного, мешает ему усваивать новую информацию.

Гипомнезия – общее ослабление памяти. Страдают все составляющие этого психического процесса. Больной с трудом запоминает новые имена, даты, забывает детали происходящих событий.

Дисмнезия – расстройство памяти, характеризующееся снижением способности к запоминанию, уменьшением запасов памяти и ухудшением воспроизведения.

Закон Рибо – закономерность развития *амнезии* (с. 16), закон обратного хода памяти. Развитие амнезии начинается с утраты памяти на время, затем на недавние события, поздние и на давно прошедшие. Вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек. Восстановление памяти идет в обратном порядке. При восстановлении речи после афазии у полиглотов первой появляется способность разговаривать на родном языке.

Криptomнезии – искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными.

Конфабуляции – вымышленные психически больным события, принимающие форму воспоминаний; ложные воспоминания.

Навязчивое припоминание – непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и тому подобное, без какой-либо надобности.

Парамнезии – ложные воспоминания, возникающие в результате слияния актуального восприятия, впечатления с мнимым, бывшим якобы в прошлом.

Палимпсест – предвестник алкогольной амнезии. Невозможность полного воспроизведения в сознании деталей, эпизодов или подробностей событий, происходивших во время алкогольного опьянения.

1.9. Симптомы расстройств эмоций

Амбивалентность – одновременное существование двух взаимоисключающих эмоций (любви и ненависти, привязанности и безразличности).

Анестезия психическая болезненная – утрата эмоциональных реакций на все окружающее с мучительным переживанием полной душевной опустошенности.

Апатия – безразличие к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствие желаний, побуждений и бездеятельность.

Астения – состояние повышенной утомляемости с частой сменой настроения, раздражительной слабостью, истощаемостью, гиперестезией, слезливостью, вегетативными нарушениями и расстройствами сна.

Аффект – кратковременная, сильная положительная или отрицательная эмоция, возникающая в ответ на воздействие внутренних или внешних факторов и сопровождающаяся соматовегетативными проявлениями; иногда термин используют для обозначения эмоции вообще.

А. патологический – кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым следуют общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон; сопровождается частичной или полной *ретроградной амнезией* (с.16).

Аффективная диссоциация – несоответствие содержания мышления аффективному фону.

Аффективная разрядка – ощущение облегчения, иногда опустошенности, наступающее в результате вызванных аффектом действий.

Аффективная тупость – психическое расстройство, характеризующееся слабостью эмоциональных реакций и контактов, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящей в полное равнодушие и безучастность.

Аффективное оцепенение (аффект застывший, аффект застойный) – утрата аффективной модуляции, стойкий напряженный аффект.

Гиперестезия – повышение восприимчивости к обычным внешним раздражениям, нейтральным для человека в нормальном состоянии; легкая психическая ранимость с повышенной впечатлительностью.

Гипостезия – понижение восприимчивости к внешним раздражениям.

Гипертимия (маниакальный аффект, мания) – повышенное радостное настроение с усилением влечений и неутомимой деятельностью, ускорением мышления и речи, веселостью, чувством превосходного здоровья, выносливости, силы, когда все воспринимается в розовом свете, над всем господствует оптимизм.

Гипотимия (депрессивный аффект, депрессия) – угнетенное, меланхолическое настроение, глубокая печаль, уныние, тоска с неопределенным чувством грядущего несчастья и физически тягостными ощущениями; угнетение самоощущения в виде стеснения, тяжести в области сердца, груди, во всем теле (витальная тоска).

Депрессия – состояние, характеризующееся угнетенным или тоскливым настроением и снижением психической активности, сочетающимся с двигательными расстройствами и разнообразными соматическими нару-

шениями (потеря аппетита, похудание, запоры, изменение ритма сердечной деятельности и т. п.).

Дистимия – преходящее угнетение настроения без видимой причины с преобладанием отрицательных эмоций и снижением влечений.

Дисфория – угрюмое, ворчливо-раздражительное, злобное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, ожесточенностью и взрывчатостью.

Истерический комок – ощущение спазма, подкатывания к горлу клубка, шара, возникающее в начале истерического припадка или без него – в *истерических синдромах* (с.31).

Лабильность аффективная – неустойчивость настроения с выраженными проявлениями часто сменяющихся эмоций.

Маниакальное возбуждение – чрезмерное стремление к деятельности с незаконченностью и немотивированными переходами от одного вида деятельности к другому, сочетается с повышенным аффектом, ускорением мышления и речи.

Меланхолический раптус – двигательное возбуждение, сочетающееся с безысходным отчаянием, мучительной невыносимой тоской.

Навязчивый страх (фобия) – интенсивная и непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание ее бессмысленности и попытку с ней справиться.

Настроение бредовое – преобладание в самочувствии тревоги с ощущением непонятности окружающего, предчувствием надвигающегося несчастья, предшествующее появлению бреда.

Паническое (психогенное) возбуждение – бессмысленное двигательное возбуждение (иногда в форме «двигательной бури»), возникающее при внезапных очень сильных потрясениях, катастрофах, в ситуациях, угрожающих жизни.

Паритимия (неадекватный аффект) – аффект, качественно и количественно не соответствующий его причине, неадекватный поводу.

Растерянность (аффект недоумения) – мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое.

Раптус – неистовое возбуждение, внезапно, подобно взрыву, прерывающее заторможенность или ступор.

Страх – чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий, действий и т. п.

Ступор депрессивный (мрачное оцепенение) – массивное двигательное торможение, достигающее полной обездвиженности на высоте депрессии.

Ступор психогенный – реакция в форме обездвиженности на переживание страха, ужаса, катастрофы, внезапной смерти близкого человека.

Тревога – важнейшая эмоция человека, тесно связанная с потребностью в безопасности, выражающаяся чувством надвигающейся непреодолимой угрозы, внутренним волнением.

Трема – нарастающее чувство напряженности, тревоги, таящейся угрозы, страха, подобное переживаниям гладиатора перед выходом на арену. В определенных случаях возможно и повышение настроения. Симптом наблюдается в начальных фазах шизофрении.

Чувство потери чувств – мучительное бесчувствие, тягостное эмоциональное опустошение, переживание безвозвратной утраты чувствования (нет больше ни радости, ни любви, ни печали).

Эйфория – повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, безмятежным блаженством в сочетании с замедлением мышления, вплоть до *персеверации* (с.14).

Экстаз – переживание восторга, необычайного счастья.

Эмоциональная слабость – выраженная лабильность настроения с резкими колебаниями от повышения к понижению.

Эмоциональное обеднение (аффективная тупость) – недостаточность или утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, безразличие, душевная холодность, равнодушие.

Глава 2. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Психопатологические синдромы – устойчивые сочетания нарушений высших психических функций, обусловленные течением различных болезненных процессов. На основании совокупности психопатологических синдромов создается определенная клиническая картина различных психических заболеваний.

2.1. Позитивные психопатологические синдромы

Позитивные (патологически продуктивные) синдромы включают в себя разнообразные, принципиально обратимые расстройства психической деятельности. Порядок их изложения частично отражает нарастание тяже-

сти расстройства психической деятельности – от относительно легких (астенический синдром) до массивных психических нарушений (синдромы помрачения сознания).

2.1.1. АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – состояние повышенной утомляемости, истощаемости, ослабления или утраты способности к продолжительному физическому и умственному напряжению. Характерны аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения и слезливости, раздражительная слабость, сочетающая в себе повышенную возбудимость и быстро наступающее бессилие, а также гиперестезия (повышенная чувствительность к яркому свету, громким звукам, резким запахам, прикосновению или их непереносимость). Часты головные боли, расстройства сна в виде постоянной сонливости или упорной бессонницы, разнообразные вегетативные нарушения. Также типично изменение самочувствия в зависимости от падения барометрического давления, жары или иных климатических факторов с усилением утомляемости, раздражительной слабости, гиперестезии.

А.с. развивается постепенно. Первыми его проявлениями часто бывают повышенная утомляемость и раздражительность наряду с постоянным стремлением к деятельности даже в обстановке, благоприятной для отдыха (так называемая усталость, не ищущая покоя). В тяжелых случаях этот синдром может сопровождаться аспонтанностью, пассивностью, апатией. А.с. необходимо отличать от нерезко выраженных депрессивных состояний, проявляющихся не столько пониженным настроением и витальностью аффекта, сколько субъективным ощущением слабости, вялости, безразличия к окружающему, недомогания.

А.с. в структуре отдельных болезней. А.с. может быть следствием различных соматических болезней (инфекционных и неинфекционных), интоксикаций, органических заболеваний головного мозга, а также шизофрении. Его особенности зависят от причины.

АФФЕКТИВНЫЕ СИНДРОМЫ – состояния, проявляющиеся в первую очередь расстройством настроения. В зависимости от аффекта выделяют депрессивные и маниакальные синдромы.

2.1.2. ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ – пониженное, подавленное настроение, интеллектуальная и моторная заторможенность. Отмечается гнетущая безысходная тоска. Нередко она сопровождается физическими тягостными ощущениями (витальная тоска): неприятным ощущением в эпигастральной области, тяжестью или болями в области сердца. Все окружаю-

щее воспринимается в мрачном свете; впечатления, доставлявшие раньше удовольствие, представляются не имеющими никакого смысла, утратившими актуальность. Прошлое рассматривается как цепь ошибок. В памяти всплывают и переоцениваются былые обиды, несчастья, неправильные поступки. Настоящее и будущее видятся мрачными и безысходными. Больные обездвижены, целые дни проводят в однообразной позе, сидят, низко опустив голову, или лежат в постели; движения их крайне замедлены, выражение лица скорбное. Стремление к деятельности отсутствует. Суицидальные мысли и тенденции свидетельствуют о крайней тяжести депрессии. Идеаторное торможение проявляется замедленной тихой речью, трудностями переработки новой информации, нередко жалобами на резкое снижение памяти, невозможность сосредоточиться.

На аффективном уровне депрессивным состояниям присущи колебания настроения в течение суток с улучшением общего состояния вечером. Чем тяжелее Д.с., тем меньше выражены суточные колебания настроения. При маловыраженных Д.с. у больных бывают чувство немотивированной неприязни к близким, родным, друзьям, постоянное внутреннее недовольство и раздражение.

Расстройства сна проявляются бессонницей, неглубоким сном с частыми пробуждениями или нарушением чувства сна. Соматические признаки Д.с.: больные выглядят постаревшими, у них отмечаются повышенная ломкость ногтей, выпадение волос, замедление пульса, запоры, у женщин – нарушение менструального цикла, часто аменорея. Аппетит снижен или отсутствует. Больные едят через силу, заметно худеют. Депрессивный эпизод продолжается не менее 2 недель.

Наиболее важные признаки Д.с.:

- 1) снижение способности к сосредоточению и вниманию;
- 2) снижение самооценки и уверенности в себе;
- 3) идеи виновности и самоуничтожения;
- 4) мрачное и пессимистическое видение будущего;
- 5) идеи или действия, приводящие к самоповреждению или суициду;
- 6) нарушенный сон;
- 7) сниженный аппетит.

Варианты синдрома.

Динамическая депрессия. На первый план выступают слабость, бессилие, отсутствие побуждений и желаний, безразличие к окружающему.

Ажитированная депрессия. Преобладает двигательное возбуждение с чувством тревоги. Больные не находят себе места, мечутся, стонут, в одних и тех же репликах и словах жалуются на свое состояние (тревожная вербигерация), осуждают себя за неправильные поступки в прошлом, требуют немедленной казни. В состоянии раптуса («меланхолический взрыв») способны покончить жизнь самоубийством.

Анестетическая депрессия. В картине депрессии преобладает психическая анестезия, болезненное бесчувствие (отсутствие адекватной эмоциональной реакции на впечатления, внешние раздражители). Больные утверждают, что утратили чувства к близким, им недоступны эмоции печали и радости и их состояние очень мучительно.

Депрессия с бредом самообвинения. Больные укоряют себя в неблагоприятных поступках, в преступлениях, в тунеядстве, симуляции, неправильной жизни, требуют суда над собой, наказания. В некоторых случаях идеи самообвинения связаны с действительными ошибками в прошлом, но невероятно преувеличенными в период депрессии.

Дисфорическая (брюзжащая) депрессия. Раздражительность, брюзжание, чувство тоски и неудовольствия, распространяющееся на все вокруг и на свое самочувствие, склонность к вспышкам ярости, агрессии против окружающих и самого себя; нередко чувство отвращения к жизни.

Ироническая (улыбающаяся) депрессия. Несмотря на объективные признаки депрессии, на лице больного блуждает улыбка, он иронизирует над своим состоянием, беспомощностью. Ироническая депрессия встречается в психиатрической клинике редко, может сопровождаться суицидальными тенденциями.

Слезливая депрессия. Преобладают слабодушие, астения.

Ступорозная депрессия. Сопровождается массивным двигательным торможением до полной обездвиженности (ступор).

Тревожная депрессия. В ее картине значительное место занимает тревога, преобладающая над чувством тоски.

Сложные депрессии – сочетание депрессий с симптомами других психопатологических синдромов.

Астеническая депрессия сопровождается выраженными астеническими расстройствами в виде повышенной утомляемости и истощаемости, раздражительной слабости, гиперестезии, образного ментизма.

Депрессия с бредом громадности (синдром Котара). Нигилистический бред мегаломанического (грандиозного) фантастического содержа-

ния. Больные утверждают, что мира, вселенной, так же как и их самих, не существует, что их обвиняют в тяжких преступлениях, за которые они заслуживают самых изощренных пыток и жестокой казни. Они будут расплачиваться за свои грехи страданиями в течение сотен и тысяч лет (меланхолическая парафрения).

Депрессия с нигилистическим бредом (бред отрицания). У больных возникает убеждение, что они утратили дом, семью, родных, близких или они лишены внутренних органов, которые сгнили, у них нет мозга, тела и т. д.

Депрессия с бредом обвинения и осуждения. Больные считают, что их обвиняют в неблаговидном поступке или преступлении, которого они не совершали, но выражают готовность понести любую кару.

Депрессия с бредом преследования и отравления. Определяется развитием в картине депрессии бреда преследования и отравления, нередко имеющего склонность к систематизации.

Депрессия с бредом ущерба и обиденных отношений. Больные убеждены, что их имущество разворовывают или портят лица, живущие с ними в одной квартире (чаще всего соседи), наносят урон их благополучию и благосостоянию, здоровью. Часто фигурируют и идеи отравления. В ряде случаев наблюдается тенденция к систематизации бредовых расстройств.

Депрессивно-параноидные синдромы. В соотношении депрессии и бреда преобладает острый чувственный бред с преследованием или осуждением. На высоте состояния развиваются онейроидное помрачение сознания, кататонические расстройства, а также галлюциноз, псевдогаллюциноз, явления психического автоматизма.

Депрессия с вегетативными и соматическими расстройствами. Проявляется приступами сердцебиения, колебаниями артериального давления, потливостью, дисмнезией, приступами рвоты. Сниженный фон настроения выражен нерезко, больные никогда не жалуются на тоску, отсутствует значительное моторное и интеллектуальное торможение, однако отмечаются суточные колебания настроения с улучшением состояния вечером. Часто депрессии проявляются соматическими эквивалентами – упорными болями в области сердца, стойким головокружением, расстройствами желудочно-кишечного тракта.

Депрессия с деперсонализацией и дереализацией характеризуется утратой чувств (психическая анестезия); иногда это состояние сопровождается мучительным чувством бесчувствия, нереальности, призрачности

окружающего мира, утратой любви к близким, исчезновением эмоциональных реакций, расстройством сна.

Депрессия сенестопатическая. На первый план выступают неприятные и крайне неопределенные ощущения в различных частях тела.

Депрессия с явлениями навязчивости. Навязчивые представления образны, депрессивны по содержанию, например навязчивый страх заразиться или заболеть той или иной тяжелой болезнью, умереть от остановки сердца. Предметом навязчивых опасений может стать и судьба близких. Как и небредовые сверхценные опасения, навязчивости наблюдаются при неглубоких депрессиях у больных с тревожно-мнительным складом личности.

Ипохондрическая депрессия. На фоне сниженного настроения и различных неприятных соматических ощущений у больных формируется убежденность в том, что они страдают тяжелым, неизлечимым заболеванием.

Психастеническая депрессия. Проявляется не столько сниженным настроением и заторможенностью, сколько нерешительностью и неуверенностью в своих силах.

Д.с. в структуре отдельных болезней. Д.с. развивается при маниакально-депрессивном психозе и его легкой форме – циклотимии, а также при шизофрении, эпилепсии, симптоматических и интоксикационных психозах, органических заболеваниях головного мозга.

2.1.3. МАНИАКАЛЬНЫЙ СИНДРОМ. Повышенное настроение, ускорение ассоциативных процессов и чрезмерное стремление к деятельности. Больным свойственны веселость, отвлекаемость, изменчивость внимания, поверхностность суждений, оптимистическое отношение к своему настоящему и будущему. Они находятся в превосходном расположении духа, ощущают необычайную бодрость, прилив сил, им чуждо утомление. Стремление к деятельности обнаруживается по-разному: то больные принимаются за массу дел, не доводя ни одного из них до конца, то тратят деньги бездумно и беспорядочно, делают ненужные покупки, на работе вмешиваются в дела сослуживцев и начальства и т.д. Интеллектуальное возбуждение проявляется ускорением мышления, изменчивостью внимания, гипермнезией (обострение памяти). Больные крайне многоречивы, говорят без умолку, отчего их голос становится хриплым, поют, читают стихи. Часто проявляется скачка идей – непрерывная смена одной незакон-

ченной мысли другой. Характерны сбивчивость и непоследовательность высказываний, достигающая бессвязности.

Интонации патетические, театральные. Все происходящее вокруг вызывает интерес больного, но его внимание ни на чем не задерживается. В отдельных случаях отвлекаемость, изменчивость внимания настолько интенсивны, что больной последовательно фиксирует и комментирует все, что попадает в поле его зрения (сверхизменчивость внимания, или симптом гиперметаморфоза). Больным свойственна переоценка собственной личности: они открывают у себя незаурядные способности, нередко высказывают желание сменить профессию, собираются прославиться в качестве выдающегося исследователя либо артиста, писателя или выдают себя за таковых. Как правило, это нестойкие сверхценные идеи величия. Больные выглядят помолодевшими, у них отмечаются повышенный аппетит, сокращение продолжительности сна или упорная бессонница, повышенная сексуальность. При маниакальных состояниях происходят учащение пульса, гиперсаливация, у женщин нарушается менструальный цикл.

Главными симптомами мании являются следующие:

1. Повышенное, экспансивное, раздражительное (гневливое) или подозрительное настроение, которое является необычным для данного индивидуума. Изменение настроения должно быть отчетливым и сохраняться на протяжении недели.

2. Должны присутствовать минимум три из числа следующих симптомов (а если настроение только раздражительное, то четыре):

1) повышение активности или физическое беспокойство;

2) повышенная говорливость (речевой напор);

3) ускорение течения мыслей или субъективное ощущение "скачки идей";

4) снижение нормального социального контроля, приводящее к неадекватному поведению;

5) сниженная потребность в сне;

6) повышенная самооценка или идеи величия (грандиозности);

7) отвлекаемость или постоянные изменения в деятельности или планах;

8) опрометчивое или безрассудное поведение, последствия которого больным не осознаются, например: кутежи, глупая предприимчивость, безрассудное управление автомобилем;

9) заметное повышение сексуальной энергии или сексуальная неразборчивость.

3. Отсутствие галлюцинаций или бреда, хотя могут быть расстройства восприятия (например, субъективная гиперაკузия, восприятие красок как особенно ярких).

М.с. может быть нерезко выраженным; в этих случаях говорят о **ГИПОМАНИАКАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ**: несколько приподнятое настроение, умеренно повышенная работоспособность. Основные критерии гипомании:

1. Повышенное или раздражительное настроение, которое является аномальным для данного индивидуума и сохраняется не менее 4 дней.

2. Должны быть представлены не менее 3 симптомов из числа следующих:

- 1) повышенная активность или физическое беспокойство;
- 2) повышенная говорливость;
- 3) затруднения в сосредоточении внимания или отвлекаемость;
- 4) сниженная потребность в сне;
- 5) повышение сексуальной энергии;
- 6) эпизоды безрассудного или безответственного поведения;
- 7) повышенная общительность или фамильярность.

Варианты синдрома.

Гневливая мания. Преобладают раздражительность, придирчивость, гневливость.

Непродуктивная мания. Настроение повышенное, но отсутствует стремление к деятельности при небольшом ускорении ассоциативного процесса.

Спутанная мания. Крайнее ускорение ассоциативного процесса при маниакальных состояниях может привести к спутанности.

Сложные мании – сочетания маний с симптомами других психопатологических синдромов. В структуре маниакальных состояний могут развиваться явления инсценировки, острый фантастический бред, онейроид, кататонические расстройства. Возможно развитие галлюциноза, псевдогаллюциноза, явлений психического автоматизма. Иногда выявляются мучительные сенестопатии, ипохондрический бред, суицидальные тенденции.

М.с. в структуре отдельных болезней. Маниакальные состояния развиваются при МДП, циклотимии, шизофрении, эпилепсии, симптоматических и интоксикационных психозах, а также при органических заболеваниях головного мозга.

2.1.4. ОБСЕССИВНЫЙ СИНДРОМ (СОСТОЯНИЯ НАВЯЗЧИВОСТИ) – состояние, при котором чувства, мысли, страх, воспоминания, влечения, двигательные акты возникают у больного помимо его желания, но при сознании их болезненности и критическом отношении к ним.

Навязчивости необходимо отличать от явлений психического автоматизма и бредовых расстройств. Навязчивости с явлениями психического автоматизма сближает их насильственный характер, но у навязчивостей отсутствует признак «сделанности». Навязчивости с бредом сближает общий для них признак – заблуждения, но отношение больного к навязчивости критическое, а бред – некорректируемое убеждение.

Варианты синдрома.

Навязчивости, сопровождающиеся тягостным аффектом:

Навязчивые сомнения. Назойливо, вопреки логике и разуму, возникающая неуверенность в правильности совершаемых или совершенных действий, например правильно ли написан тот или иной документ, выключены ли электроприборы, заперта ли дверь, несмотря на неоднократную проверку совершенного действия.

Навязчивые воспоминания – назойливое воспоминание какого-либо печального, неприятного или постыдного для больного события, несмотря на старания не думать о нем.

Навязчивые представления – появление неправдоподобных представлений и принятие их за действительность, несмотря на их абсурдность. Например, убежденность больного, что похороненный родственник был живым, причем больной мучительно представляет и переживает страдания мнимоумершего в могиле и т. д.

Навязчивые влечения. Влечение к совершению того или иного жестокого или крайне опасного действия, сопровождаемое чувством ужаса, страха, смятения и невозможностью освободиться от таких влечений и эмоций. Больного охватывает желание броситься под проходящий поезд или толкнуть под него близкого человека, убить крайне жестоким образом своего ребенка, жену, причем это сопровождается мучительными опасениями, что это произойдет (контрастные влечения).

Навязчивые страхи (фобии) – навязчивая и бессмысленная боязнь высоты, больших улиц, открытых или ограниченных пространств, скопления народа, страх заболеть неизлечимым заболеванием или внезапно умереть. Могут возникать самые разнообразные фобии. Критическое отношение к фобии на короткое время может исчезнуть. Нередко навязчивые

страхи сопровождаются ритуалами – однообразными действиями, как правило, имеющими значение заклинаний. Ритуалы совершаются с целью защиты от того или иного несчастья, несмотря на критическое отношение к производимому действию.

Навязчивое чувство антипатии, а также хулительные и кощунственные мысли – ничем не оправданная, пугающая самого больного антипатия к близкому человеку; циничные, недостойные мысли и представления в отношении уважаемых людей, у религиозных лиц – в отношении святых или служителей культа.

Навязчивые опасения в отношении выполнения привычных действий, боязнь растеряться при публичном выступлении, произнести не то слово, боязнь бессонницы и выполнения привычных физиологических актов.

Навязчивые действия – движения, совершаемые против желания больного, несмотря на усилия сдержать их. Одни из навязчивых действий занимают мысли больного до тех пор, пока они не будут реализованы, другие не замечаются. Для того чтобы воздержаться от навязчивых действий, больной должен неотступно следить за собой, это для него тягостно. Навязчивые действия мучительны для больного, особенно тогда, когда они привлекают внимание окружающих.

Навязчивости аффективно нейтрального содержания – навязчивое мудрствование, навязчивое припоминание забытых терминов, формулировок, а также навязчивый счет.

О.с. в структуре отдельных болезней. Навязчивые состояния возможны у лиц, страдающих психопатией психастенического круга, неврозом навязчивых состояний, у больных шизофренией, эпидемическим энцефалитом и другими заболеваниями.

2.1.5. ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ, ДЕРЕАЛИЗАЦИИ СИНДРОМЫ. Эти синдромы часто сопутствуют друг другу.

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ – расстройство самосознания, чувство изменения, утраты, отчуждения или раздвоения своего «я». Сопровождается повышенной рефлексией, подробным изложением больными описываемого феномена, попытками его анализировать.

В легких случаях деперсонализация выражается в том, что больные ощущают внутреннюю измененность, касающуюся своих чувств и мыслей, которые становятся не похожими на прежние. Возможна утрата чувств и собственного «я». *В более тяжелых случаях* деперсонализация проявляется отчуждением чувств, мыслей, действий, иными словами, отчуждением

собственного «я». *Крайний вариант синдрома* – феномен расщепления «я». Больные ощущают раздвоение «я», утверждают, что в них появилось как бы два человека, причем каждый из этих двоих по-разному воспринимает окружающее, думает и действует.

ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ – состояние, при котором окружающее воспринимается неотчетливо, неясно, как нечто бесцветное, призрачное, застывшее, безжизненное, декоративное, нереальное. Больные утрачивают чувственное восприятие предметов, лиц, которые представляются им отвлеченными, абстрактными, лишенными чувственного компонента.

К дереализации относятся явления:

1) «Уже виденного» (уже слышанного, испытанного, пережитого) – в незнакомой обстановке возникает ощущение, что эта ситуация знакома, известна, что больной в ней находился прежде.

2) «Никогда не виденного» (не слышанного, не испытанного, не пережитого) – хорошо известная обстановка кажется чуждой, увиденной впервые. Нарушается восприятие времени: оно кажется или медленно текущим, или необычайно стремительным.

Явления дереализации, как и деперсонализационные расстройства, возникают в структуре сложных депрессивных и других синдромов. Если эти явления развиваются остро, то сопровождаются растерянностью, страхом, двигательным беспокойством.

Деперсонализация и дереализация в структуре отдельных болезней. Деперсонализационные и дереализационные расстройства наблюдаются при шизофрении, вяло протекающей или приступообразно-прогредиентной, в структуре депрессивных приступов циркулярного психоза, при эпилепсии (в виде пароксизмов), а также психопатии.

2.1.6. СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – состояние, при котором больной испытывает неопределенные, тягостные, крайне неприятные и мучительные ощущения (стягивание, натяжение, переливание, жжение, щекотание и т.п.) в различных частях тела. Эти ощущения часто необычны, вычурны. Если возникновение этих болезненных ощущений связывается с действием посторонней силы (гипноз, электрический ток, колдовство и т. д.), то говорят о сенестопатических или сенсорных психических автоматизмах.

С.с. в структуре отдельных болезней. Наблюдается при шизофрении, в картине депрессивных фаз маниакально-депрессивного психоза.

2.1.7. ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – состояние, при котором внимание к своему здоровью становится чрезмерным, утрированным озбоченностью или убежденностью в несуществующем заболевании.

Варианты ипохондрического синдрома.

Обсессивная ипохондрия. Больных одолевают сомнения, не страдают ли они тем или иным соматическим заболеванием. Хотя больные обычно понимают абсурдность этих предположений, избавиться от навязчивых мыслей не могут. Мысли о развитии у них одного заболевания нередко сменяются не менее навязчивым опасением по поводу другого недуга.

Депрессивная ипохондрия. Подавленное настроение сопровождается рядом разнообразных неприятных ощущений во внутренних органах и мыслями о неизлечимом заболевании. Обратное развитие депрессии приводит к исчезновению ипохондрических расстройств.

Бредовая ипохондрия. Возможны паранойяльный ипохондрический бред, а также состояния, в которых ипохондрические расстройства тесно связаны с явлениями психического автоматизма. Больные высказывают твердую убежденность в некоем заболевании и требуют лечения. У больного возникает убеждение, что болезнь развилась в результате воздействия на его организм внешних воздействий (гипноз, радиация, лазер и т.д.). Ипохондрический бред может проявляться и убежденностью больных в том, что организм разрушается вирусами, микробами, насекомыми, которые ввели им преследователи (бред одержимости). Ипохондрический бред может подвергаться фантастическому преобразованию, а иногда фантастические представления достигают степени громадности.

И.с. в структуре отдельных болезней. Ипохондрический синдром в сочетании с синдромом навязчивости бывает при психопатии психастенического круга, при вялотекущей шизофрении. Ипохондрическая депрессия наблюдается при маниакально-депрессивном психозе, шизофрении (приступообразное течение). Ипохондрические паранойяльные и параноидные состояния наиболее типичны для шизофрении, протекающей как непрерывно, так и приступообразно-прогредиентно.

2.1.8. ИСТЕРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ – состояния, функциональные по механизму расстройств психики, моторики и чувствительности, психогенные по происхождению, полиморфные по симптоматике.

Варианты истерических синдромов.

Истерический припадок – внезапный приступ, характеризующийся разнообразными сложными, выразительными движениями: больные стучат

ногами, протирают руки, рвут на себе волосы, одежду, стискивают зубы, дрожат, катаются по полу, выгибаются всем телом, опираясь на затылок и пятки («истерическая дуга»), плачут, рыдают, кричат, повторяют одну и ту же фразу. В отличие от эпилептического при истерическом припадке больной не падает, а медленно опускается на пол, для чего ему необходимо много места (большая площадь), сопровождается помрачением сознания, воспоминания о нем и окружающей обстановке в этот момент отрывочны. Также И.п. не имеет клонической и тонической фаз, не сопровождается прикусыванием языка, непроизвольным мочеиспусканием, может внезапно прекратиться под влиянием сильного внешнего раздражителя (укол, брызги холодной воды, резкий звук и т.д.). Реакции зрачков на свет и болевые раздражения, сухожильные и болевые рефлекс сохраняются. Он психогенно обусловлен, усиливается и затягивается при скоплении людей вокруг больного и длится от нескольких минут до нескольких часов. Такие припадки у одного и того же больного имеют разнообразные признаки без последовательности развития.

У больных могут наблюдаться функциональные парезы, параличи, двигательные расстройства: неуверенная, шаткая походка, невозможность передвижения без посторонней помощи; в то же время в положении лежа мышечная сила и движения сохранены в полном объеме (явления астазии-абазии). Часто наблюдаются тремор головы, конечностей, всего тела, тикообразные сокращения мышц лица. Во сне эти гиперкинезы исчезают, при отвлечении внимания больного ослабевают, при волнении усиливаются. Расстройства речи: заикание, афония (беззвучная речь), мутизм (немота) и сурдомутизм (глухонемота); нарушения зрения в виде частичной или полной слепоты либо сужения полей зрения; вегетативные расстройства: рвота, икота, отрыжка, спазмы мышц глотки (истерический комок) и пищевода, тахикардия, полиурия или анурия.

Все перечисленные явления могут возникать не только после И.п., но и в виде самостоятельных истерических расстройств.

Истерические сумеречные состояния – расстройства с наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку. Поведение больных в таких случаях чрезвычайно выразительно, иногда театрально: они разыгрывают целые сцены, в которых травмирующая ситуация, предшествовавшая развитию этого состояния, занимает основное или значительное место. Возникают нестойкие, психогенно обусловленные изменчивые несистематизированные бреподобные идеи. И.с.с. могут быть

затяжными и продолжаться несколько дней. После их завершения наступает полная амнезия.

Истерические амбулаторные автоматизмы и фуги. При автоматизмах больные совершают ряд сложных, но привычных, заурядных поступков. Истерические фуги реализуются в виде бесцельных, но внешне целесообразных внезапных действий (например, бегство) и сопровождаются нарушениями сознания с амнезией.

Синдром Ганзера – вариант истерического сумеречного помрачения сознания. Больные не могут ответить на элементарные вопросы, произвести простое действие, решить несложную арифметическую задачу, объяснить смысл картинки. Однако ответы больных, несмотря на явную нелепость, находятся обычно в плане вопроса. На первый взгляд, больные действуют невпопад, но тем не менее сохраняется общее направление требуемого действия, например, при просьбе зажечь спичку больной чиркает ею о коробок, но другим концом. Больные дезориентированы в окружающем, безразличны к происходящему вокруг, бессмысленно хохочут и вдруг выражают испуг, суетливы и непоседливы. Продолжительность С.Г. составляет несколько дней. После выхода из данного состояния отмечается амнезия.

Псевдодеменция – состояние, проявляющееся мнимой утратой простейших навыков, элементарных знаний, неправильными ответами, близкое синдрому Ганзера, но отличающееся менее глубоким сумеречным помрачением сознания. Больные растеряны, жалуются на невозможность разобраться в окружающей ситуации, бессмысленно смотрят перед собой, отвечают невпопад, дурашливы, таращат глаза, то смеются, то становятся подавленными. Они не могут справиться с простейшей задачей, ответить на вопрос обыденного содержания и вместе с этим неожиданно правильно отвечают на сложный вопрос. Выделяют депрессивную и ажитированную формы П.: при первой – больные вялы, подавлены, много лежат, при второй – суетливы, непоседливы, дурашливы. Состояния П. могут продолжаться от нескольких дней до нескольких месяцев.

Пуэрилизм – нелепое, не соответствующее взрослому человеку ребячливое поведение с детскими манерами, жестами, шалостями. Больные забавляются игрушками, капризничают, плачут, по-детски строят фразы, говорят с детскими интонациями, сюсюкают. Окружающие для них «дядечки» и «тетечки». Решение элементарных задач или совершение простейших действий сопровождается грубыми просчетами и ошибками. На-

ряду с детскими чертами в поведении больных сохраняются отдельные привычки и навыки взрослого человека. Настроение обычно подавленное, несмотря на игривость и внешнюю подвижность.

Истерический ступор – состояние, проявляющееся обездвиженностью и мутизмом. Для И.ст. характерна аффективная неустойчивость, связанная с изменениями окружающей обстановки; мимика больных отражает разнообразие эмоциональных реакций. Нередко в этом состоянии проявляются отдельные черты псевдодеменции и пуэрилизма; бессмысленно таращат глаза, выражение их лица детски наивно.

И.ст. развивается, как правило, постепенно и приходит на смену псевдодеменции, пуэрилизму и склонен затягиваться.

Истерические расстройства в структуре отдельных болезней. Чаще это психогенные, реактивные состояния в структуре пограничных нервно-психических расстройств. Встречаются при органических заболеваниях головного мозга, шизофрении.

2.1.9. СИНДРОМ СВЕРХЦЕННЫХ ИДЕЙ – состояние, при котором суждения, возникшие вследствие реальных обстоятельств и на основе действительных фактов, приобретают в сознании больного доминирующее, не соответствующее их истинному значению место. Сверхценные идеи сопровождаются выраженным аффективным напряжением. Примером сверхценных образований может быть «открытие» или «изобретение», которому автор придает неоправданно большое значение. Он настаивает на немедленном внедрении его в практику не только в предполагаемой сфере непосредственного применения, но и в смежных областях. Кверулянтская борьба (сутяжничество), предпринимаемая больными с целью восстановления справедливости, наказания обидчиков, безусловного признания «изобретения» («открытия»), – обычное развитие сверхценных идей.

С.с.и. в структуре отдельных болезней. Наблюдается при психопатии, шизофрении, в аффективных фазах маниакально-депрессивного психоза, инволюционной меланхолии.

2.1.10. ПАРАНОЙЯЛЬНЫЙ СИНДРОМ – состояние, проявляющееся в систематизированном интерпретативном бреде определенного содержания.

В основе паранойяльного интерпретативного бреда (бред толкования) лежит нарушение абстрактного познания действительности. Система бреда строится на цепи доказательств, обнаруживающих субъективную ло-

гику, а факты, приводимые больными в обоснование своей бредовой системы, трактуются ими крайне односторонне; факты, противоречащие излагаемой концепции, игнорируются. Возникновению бреда предшествует «бредовое настроение» с неопределенной тревогой, напряженным чувством надвигающейся угрозы, несчастья, настороженным восприятием происходящего вокруг, которое для больного приобрело иной, особый смысл. Появление бреда сопровождается субъективным ощущением облегчения, чувством, что ситуация стала понятной. Неопределенные ожидания и подозрения, смутные предположения оформились, наконец, в четкую систему, приобрели ясность (с точки зрения больного).

Варианты синдрома по течению.

Острый паранойяльный синдром возникает как приступ, словно озарение, внезапная мысль. Могут промелькнуть эпизоды острого чувственного (образного) бреда. Приступ очерченный, с ярким аффектом, завершается исчезновением всех расстройств.

Хронический паранойяльный синдром. Отличается прогрессирующим развитием бреда, постепенным расширением и систематизацией патологического содержания, отсутствием выраженных аффективных расстройств, монотонностью, нарастанием изменений личности.

Варианты синдрома по тематике бреда.

Бред ревности: отдельные подозрения и индифферентные факты связываются в систему доказательств вины партнера.

Любовный бред: убежденность в чувстве симпатии (любви) к больному со стороны какого-либо лица, нередко занимающего высокое положение.

Бред преследования: твердая уверенность, что некая личность или группа лиц следит за больным и преследует его с определенной целью.

Ипохондрический бред: постоянная мысль о неизлечимом заболевании (складывается система определенных доказательств).

Другие варианты содержания паранойяльного бреда: бред реформаторства, бред иного (высокого) происхождения, бред дисморфофобии. Последний заключается в стойком убеждении больного в неправильности или уродливости строения своего тела или отдельных частей, в первую очередь лица, или в неправильных отправлениях физиологических функций.

В одних случаях паранойяльный бред ограничивается ревностью или преследованием, реформаторством (монотематический бред), в других – бред разного содержания возникает у одного и того же больного последо-

вательно или одновременно (политематический бред). Бредовые сюжеты могут объединяться в единую систему или существовать изолированно.

Высокая систематизация бреда свидетельствует о стабильности состояния. Больные отличаются повышенной активностью: сообразно тематике бреда они борются с преследователями (преследуемые преследователи) или, наоборот, мигрируют, спасаясь от преследователей; следят за женой (мужем) с целью обнаружения мнимого соперника; добиваются всестороннего медицинского обследования для подтверждения диагноза и т.д. Этим больным свойственна обстоятельность мышления, в одних случаях распространяющаяся на мышление в целом, в других – ограничивающаяся пределами бредового содержания.

П.с. в структуре отдельных болезней. Развивается при шизофрении, органических поражениях головного мозга, сосудистых и атрофических заболеваниях.

2.1.11. ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫЙ СИНДРОМ (ГАЛЛЮЦИНОЗ) – состояние, выражающееся в наплыве интенсивных зрительных, слуховых или тактильных галлюцинаций. Сознание остаётся непомраченным – это характерный признак Г. Развитию Г. предшествуют состояние тревоги, страх, беспокойство. Г. могут сопутствовать бредовые идеи, идентичные по фабуле содержанию Г. (галлюцинаторный бред). Это особенно характерно для вербального Г. (слова, фразы).

Варианты синдрома по течению.

Острый галлюциноз возникает внезапно и сравнительно непродолжителен; выраженный аффект, двигательное возбуждение.

Хронический галлюциноз – однообразные галлюцинации, чаще всего «голоса»; монотонный аффект.

Варианты синдрома по виду обманов чувств.

Вербальный галлюциноз возникает внезапно в виде монолога или диалога. Различают комментирующий, императивный (повелительный) галлюциноз. Под влиянием галлюцинаций больные могут совершать те или иные неправильные, часто агрессивные, действия в отношении себя или окружающих. Вербальный галлюциноз часто усиливается вечером и ночью.

Зрительный галлюциноз. Истинный зрительный Г. не сопровождается расстройствами сознания, встречается достаточно редко.

Педункулярный зрительный галлюциноз развивается при локализации патологического процесса в ножках головного мозга. Особенность та-

кого Г. – возникновение в полумраке многочисленных подвижных зрительных видений в форме фигур людей, животных, сценподобных картин. Критическое отношение к этому виду расстройств сохраняется.

Зрительный галлюциноз Ван - Богарта характеризуется яркими зрительными галлюцинациями в виде бабочек, птиц, рыбок. Галлюцинации развиваются после 1 – 2 недель повышенной сонливости, которая может завершиться нарколепсией. Описан при энцефалитах.

Обонятельный галлюциноз Гобека проявляется в том, что больной воспринимает дурные запахи, якобы исходящие от своего тела, иногда сочетается с тактильными галлюцинациями и идеями отношения.

Тактильный галлюциноз. Ощущение ползания по коже или под кожей червей, насекомых, микробов. Обычно ощущения сопровождаются крайне неприятным, тягостным чувством, зудом, беспокойством.

Г. в структуре отдельных болезней. Галлюцинаторные синдромы наблюдаются при шизофрении, эпилепсии, симптоматических психозах, органических заболеваниях головного мозга.

2.1.12. ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫЙ СИНДРОМ (Кандинского – Клерамбо) – состояние, в котором бред преследования и воздействия, явления психического автоматизма сочетаются с псевдогаллюцинациями. Бред воздействия чрезвычайно разнообразен по содержанию: от колдовства и гипноза до самых современных технических методов или устройств – радиация, атомная энергия, лучи лазера и т.п.

Психические автоматизмы – «сделанные» мысли, ощущения, движения, действия, появляющиеся, по убеждению больного, в результате влияния на организм той или иной внешней силы. Психические автоматизмы включают чувственный, идеаторный и двигательный компоненты, проявляются чувством овладения некоторыми психическими функциями больного, возникающим в результате воздействия тем или иным видом энергии.

Идеаторные (ассоциативные) автоматизмы – результат мнимого воздействия на процессы мышления и другие формы психической деятельности. Первые проявления идеаторных автоматизмов – ментизм (безостановочное, часто быстрое течение мыслей, сопровождаемое в ряде случаев соответствующими образными представлениями и чувством смутной тревоги) и симптом открытости, выражающийся в ощущении, что мысли больного известны окружающим. К идеаторным автоматизмам относится и звучание мыслей: о чем бы ни подумал больной, его мысли громко и от-

четливо звучат в голове. Звучанию мыслей предшествует так называемый шелест мыслей. К этому виду автоматизма относят также «эхо мысли»: окружающие повторяют вслух мысли больного. Впоследствии развиваются такие симптомы: отнятие мыслей (мысли больного исчезают из головы), сделанные мысли (убеждение больного, что возникающие у него мысли сфабрикованы посторонними лицами, как правило, его преследователями), сделанные сновидения (сновидения определенного содержания, чаще всего с особым значением, вызываемые воздействием извне), разматывание воспоминаний (больные вопреки своей воле и желанию под влиянием посторонней силы вынуждены вспоминать те или иные события своей жизни, причем нередко одновременно больному показывают картины, иллюстрирующие воспоминания), сделанное настроение, сделанные чувства (больные утверждают, что их настроения, чувства, симпатии и антипатии являются результатом воздействия извне).

Сенестопатические (сенсорные) автоматизмы – крайне неприятные ощущения, возникающие у больных в результате мнимого воздействия посторонней силы. Эти сделанные ощущения могут быть весьма разнообразны: чувство внезапно возникающего жара или холода, болезненные ощущения во внутренних органах, голове, конечностях. Подобные ощущения бывают необычными, вычурными: перекручивание, пульсация, распирающие и т.д.

Кинестетические (моторные) автоматизмы: у больных возникает убеждение, что движения, совершаемые ими, производятся помимо их воли, под влиянием воздействия извне. Больные утверждают, что их действиями руководят, двигают их конечностями, вызывают ощущение неподвижности, оцепенения. К кинестетическим относятся также речедвигательные автоматизмы: больные утверждают, что их язык приводят в движение с целью произнесения слов и фраз, что слова, произносимые ими, принадлежат посторонним лицам, как правило, преследователям.

Псевдогаллюцинации – восприятия, возникающие, как и галлюцинации, без реального объекта. В отличие от галлюцинаций могут проецироваться не только вовне, но и находиться «внутри головы», восприниматься «умственным взором». В отличие от истинных галлюцинаций псевдогаллюцинации не отождествляются с реальными предметами, воспринимаются как сделанные. Самое существенное отличие: больной ощущает, что псевдогаллюцинации «сделаны», «вызваны» некоей внешней силой, причиной. В структуру галлюцинаторно-параноидного синдрома входят зри-

тельные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, висцеральные, кинестетические псевдогаллюцинации.

Варианты синдрома по течению.

Острый галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется большой чувственностью бредовых расстройств с отсутствием тенденции их к систематизации, выраженностью всех форм психических автоматизмов, аффектом страха и тревоги, растерянностью, преходящими кататоническими расстройствами.

Хронический галлюцинаторно-параноидный синдром. В клинической картине отсутствует растерянность, нет яркости аффекта, имеется систематизация или (при развитии обильных псевдогаллюцинаций) склонность к систематизации бредовых расстройств. На высоте развития нередко возникают явления бредовой деперсонализации (явления отчуждения).

Варианты синдрома по структуре.

Галлюцинаторный вариант. В картине состояния преобладают псевдогаллюцинации, наблюдается сравнительно незначительный удельный вес бреда воздействия, преследования и особенно явлений психического автоматизма.

Бредовый вариант. На первый план выступают бредовые идеи воздействия и преследования, а также психические автоматизмы, а псевдогаллюцинаторные расстройства выражены относительно слабо.

Г.-п.с. в структуре отдельных болезней. Г.-п.с. наблюдается при различных психических заболеваниях: шизофрении, протекающей непрерывно и в виде приступов, эпилепсии, при симптоматических психозах, хронических алкогольных психозах, органических заболеваниях головного мозга.

2.1.13. ПАРАФРЕННЫЙ СИНДРОМ. Состояние, в котором сочетаются фантастический бред величия, бред преследования и воздействия, явления психического автоматизма, изменения аффекта. Больные объявляют себя властителями земли, вселенной, руководителями государств, главнокомандующими армиями; в их власти – судьбы мира, человечества; от их желаний зависит, быть войне или вечному благоденствию и т.д. Содержание фантастического бреда непостоянно, больные не стремятся аргументировать свои высказывания, им совершенно очевидна неоспоримость их утверждений.

Наблюдается симптом двойников (симптом Капгра), при котором незнакомые лица воспринимаются как знакомые (симптом положительного

двойника), а родственники и лица, известные больному, принимаются им за чужих, незнакомых или подставных, загримированных под его родных (симптом отрицательного двойника). Иногда одно и то же лицо последовательно принимает облик совершенно не похожих друг на друга людей (симптом Фреголи). В структуре синдрома значительное место могут занимать псевдогаллюцинации и конфабуляции, а также ретроспективный бред, при котором прошлое пересматривается больным соответственно его новому мировоззрению.

Конфабуляции – ложные воспоминания, в которых факты, бывшие в действительности, но перенесенные в иное, обычно в ближайшее, время, сочетаются с абсолютно вымышленными событиями. Различаются в зависимости от содержания экмнестические конфабуляции прошлой жизни (сдвиг ситуации в прошлое, т.е. утрата реального представления больного о действительности и собственном возрасте), мнемонические (вымыслы о событиях обыденной жизни) и фантастические. Конфабуляции сочетаются с нарушениями памяти, ориентировки, мышления.

Варианты синдрома по течению

Острая парафрения. На фоне аффективных расстройств (маниакальные или депрессивные состояния) развивается острый чувственный бред с псевдогаллюцинациями и нестойкими конфабуляциями. Острый чувственный бред сменяется острым фантастическим (антагонистическим). Бредовые идеи величия нестойкие, изменчивые, с ярким аффектом. Значительное место занимают отдельные кататонические расстройства. На высоте острого парафренного состояния нередко развивается онейроид.

Хроническая парафрения. Для ее клинической картины характерна стабильность бреда, монотонность аффекта, сравнительно небольшой удельный вес чувственного бреда. Хронической парафрении предшествует галлюцинаторно-параноидное состояние.

Варианты синдрома по структуре

Систематизированная парафрения. Фантастический бред величия, наряду с которым наблюдаются бредовые идеи преследования, а также антагонистический бред связаны единой системой.

Галлюцинаторная парафрения. Для этого состояния характерен наплыв вербальных галлюцинаций (чаще псевдогаллюцинаций) фантастического содержания и их преобладание над бредом.

Конфабуляторная парафрения. Типичны обильные фантастические конфабуляции, сочетающиеся обычно с симптомом разматывания воспоминаний.

П.с. в структуре отдельных болезней. П.с. наблюдается при шизофрении как этап ее непрерывного или приступообразного течения, а также при органических психозах.

2.1.14. КАТАТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – состояние, в котором преобладают нарушения в двигательной сфере, заторможенность (ступор) или возбуждение.

Кататонический ступор проявляется обездвиженностью, повышением мышечного тонуса и молчанием (отказ от речи – мутизм). Иногда наблюдается симптом воздушной (психической) подушки – голова больного некоторое время, иногда долго, остается приподнятой над подушкой. Если все эти симптомы нерезко выражены, констатируют субступор.

Варианты ступора могут у одного и того же больного развиваться поэтапно, в той последовательности, как описано ниже.

Ступор с явлениями восковой гибкости (каталепсия). Состояние обездвиженности, При котором любое изменение позы больного сохраняется более или менее продолжительное время. Явления восковой гибкости возникают сначала в жевательных мышцах, затем последовательно в мышцах шеи, верхних и нижних конечностях. Восковая гибкость исчезает в обратном порядке.

Негативистический ступор – полная обездвиженность больного, а любая попытка изменить позу вызывает резкое напряжение мышц с противодействием.

Ступор с оцепенением – резчайшее мышечное напряжение, при котором больные постоянно пребывают в одной и той же позе, чаще так называемой внутриутробной, нередко наблюдается симптом хоботка – вытянутые вперед губы при плотно сжатых челюстях.

Кататоническое возбуждение. Варианты возбуждения могут у одного и того же больного развиваться поэтапно в следующей последовательности.

Экстатическое (растерянно-патетическое) возбуждение. Больные принимают театральные позы, поют, декламируют стихи, на лице преобладает выражение восторга, мистической проникновенности, экстаза. Речь ускоренная, непоследовательная. Возбуждение может прерываться эпизодами ступора или субступора.

Импульсивное возбуждение. Больные совершают неожиданные поступки, агрессивны, внезапно вскакивают, куда-то бегут, стремятся ударить окружающих, впадают в неистовую ярость, ненадолго застывают и вновь становятся возбужденными. В речи преобладает стереотипное повторение слов – услышанных (эхолалия) или спонтанно произносимых (вербигерация).

Гебефреническое возбуждение – дурашливость, гримасничанье, нелепый, бессмысленный хохот. Больные прыгают, кривляются, неуместно, плоско шутят (клоунизм).

Немое (безмолвное) возбуждение – хаотическое, бессмысленное, нецеленаправленное возбуждение с агрессией, яростным сопротивлением, нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений.

Варианты кататонического синдрома по признаку сознания

Онейроидная кататония. Экстатическое, импульсивное и гебефреническое возбуждение, а также ступор с явлениями восковой гибкости и субступорозные состояния развиваются при онейроидном помрачении сознания.

Люцидная кататония – кататоническое состояние, не сопровождающееся помрачением сознания и проявляющееся, как правило, ступором с негативизмом и оцепенением.

К.с. в структуре отдельных болезней. Кататонические расстройства наблюдаются при шизофрении, симптоматических психозах, органических и сосудистых заболеваниях головного мозга.

2.1.15. СИНДРОМЫ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ (общие признаки) – нарушения отражения реального мира как в его внешних (расстройство предметного, чувственного познания), так и во внутренних (расстройство абстрактного познания) связях. Синдромам помраченного сознания присущ ряд общих черт:

1) отрешенность от окружающего мира: затруднение или полная невозможность восприятия происходящего вокруг;

2) дезориентировка во времени, месте, окружающих лицах, иногда в собственной личности;

3) бессвязность мышления наряду со слабостью или невозможностью выработки суждения;

4) полная или частичная амнезия периода помрачения сознания. Для диагностики синдромов помрачения сознания необходимо наличие всех перечисленных признаков.

2.1.16. АМЕНЦИЯ – вид помрачения сознания, для которого характерны растерянность и инкогеренция (ассоциативная бессвязность). Возбуждение в пределах постели, больные совершают непрерывные движения головой, конечностями, ненадолго успокаиваются, затем вновь становятся беспокойными. Настроение крайне изменчиво, больные то плаксивы, то улыбаются или смеются, то безразличны к окружающему. Речь непоследовательна, бессвязна, состоит из набора слов конкретного содержания, отдельных слогов, звуков. Вечером и ночью возможны отдельные зрительные галлюцинации и иллюзии или эпизоды делириозного помрачения сознания. Светлых промежутков при А. нет. На высоте А. могут развиваться кататонические расстройства в виде возбуждения или ступора, хореоформные гиперкинезы или карфология. После исчезновения симптомов А. больные обнаруживают полную амнезию, распространяющуюся на весь период помраченного сознания. Возникновение аментивного состояния свидетельствует о тяжелом прогнозе.

А. в структуре отдельных болезней. Наблюдается при тяжелых соматических, инфекционных и неинфекционных заболеваниях, реже при интоксикациях, в остром периоде эпидемического энцефалита.

2.1.17. АУРА сознания – кратковременное помрачение сознания, имеющее различную психопатологическую структуру (см. *эпилептические припадки*, с. 47), основной особенностью которого является амнезия реальной обстановки и поведения больного, в то время как содержание психопатологических переживаний остается в его памяти.

2.1.18. ДЕЛИРИЙ. Вид помрачения сознания, при котором наблюдаются наплывы парейдолий и сценopodobных зрительных галлюцинаций, а также резко выраженное двигательное возбуждение. В картине делирия преобладают зрительные, но возможны и вербальные (словесные) галлюцинации, острый чувственный бред, аффективные расстройства.

Первая стадия – изменчивость настроения, говорливость, непоседливость, гиперестезия, расстройство сна. Приподнятое настроение периодически сменяется тревогой, ожиданием беды, иногда отмечаются раздражительность, капризность, обидчивость. Наплывы ярких воспоминаний касаются как недавнего, так и отдаленного прошлого. Воспоминания сопровождаются образными представлениями о прошедших событиях и чрезмерной говорливостью, речь непоследовательна, бессвязна. Значительное место занимает гиперестезия. Все расстройства, как правило, нарастают к вечеру. Расстройства сна выражаются в ярких сновидениях не-

приятного содержания, трудностях засыпания, ощущениях разбитости и усталости при пробуждении.

Вторая стадия – стадия парейдолий. Больные в узорах ковра, обоев, в трещинах на стенах, игре светотени видят разнообразные фантастические, неподвижные и динамичные, черно-белые и цветные образы, причем на высоте состояния образ полностью поглощает контуры реального предмета. Отмечается еще большая, чем прежде, лабильность аффекта. Резко усиливается гиперестезия, появляется светобоязнь. Периодически возникают непродолжительные светлые промежутки, во время которых больной правильно оценивает окружающее, у него исчезают иллюзорные расстройства, появляется сознание болезни. Расстройства сна становятся еще более значительными: сон поверхностный, устрашающие сновидения путаются с реальностью, при засыпании возникают гипногические галлюцинации.

Третья стадия – возникают зрительные галлюцинации. Наряду с наплывом зрительных, обычно сценopodobных, образов имеются вербальные галлюцинации, фрагментарный острый чувственный бред. Резкое двигательное возбуждение сопровождается, как правило, страхом, тревогой. В этой стадии также возможны светлые промежутки с выраженными проявлениями астении. К вечеру резко усиливаются галлюцинаторные и бредовые расстройства, нарастает возбуждение. Утром описанное состояние сменяется сопорозным непродолжительным сном. На этом развитие делирия в большинстве случаев заканчивается. Выход из болезни сопровождается выраженной эмоционально-гиперестетической слабостью (изменчивость настроения: чередование слезливой подавленности с сентиментальным удовольствием и восторженностью).

Вслед за третьей стадией может возникнуть мусситирующий либо профессиональный делирий, что служит прогностически неблагоприятным признаком.

Мусситирующий (бормочущий) делирий – хаотическое, беспорядочное возбуждение, обычно в пределах постели, невнятное бессвязное бормотание с произнесением отдельных слов, слогов и звуков. На высоте возбуждения развиваются хореиформные гиперкинезы, или *симптом карфологии (обирания)*, – бессмысленные хватательные движения или мелкие движения пальцев рук, разглаживающих или собирающих в складки одежду, простыню и т.д. За мусситирующим делирием нередко развиваются сопор и кома.

Профессиональный делирий. Более глубокое, чем при обычном делирии, помрачение сознания; преобладание возбуждения в виде автоматизированных двигательных актов над наплывом галлюцинаций. Больные выполняют привычные для них действия: портной шьет несуществующей иглой, дворник метет тротуар воображаемой метлой и т. д. Дезориентировка в окружающей обстановке и отсутствие реакции на окружающее такие же, как и при мусситирующем делирии.

Д. в структуре отдельных болезней. Наблюдается при симптоматических психозах, интоксикациях, в частности алкогольной, а также в острой стадии эпидемического энцефалита.

2.1.19. ОГЛУШЕНИЕ – затруднение восприятия внешних раздражений, в частности больные не реагируют на вопросы, заданные тихим голосом, обнаруживают слабую, часто лишь ориентировочную, реакцию на обычную речь и отвечают только на вопросы, произнесенные громко. Аналогична реакция больного на любой звук, свет, запахи, прикосновение, воздействие на органы вкуса. При О. затруднен ассоциативный процесс. Это относится как к пониманию настоящей ситуации, так и к воспроизведению прошлого опыта.

Больные обычно с трудом осмысливают ситуацию в целом, но отдельные явления окружающего, как правило наиболее элементарные, оцениваются ими правильно. Воспроизведение прошлого опыта ограничивается наиболее простыми автоматизированными понятиями и навыками. Сновидения отсутствуют, растерянность и различные психопатологические расстройства (галлюцинации, бред, психические автоматизмы и т. д.) несовместимы с картиной О. Больные аспонтанны, малоподвижны, их мимика однообразна и бедна, жесты невыразительны. Предоставленные самим себе, они подолгу остаются в одной и той же позе. Их настроение чаще всего безразличное, наблюдаются и благодушие, эйфория. Воспоминания о периоде О. отсутствуют. Выделяется легкое оглушение – обнубиляция, сопровождающаяся медлительностью, заторможенностью, малой продуктивностью, затруднением в осмыслении вопросов, ситуации в целом. Развитие О. – прогностически тяжелый признак, поскольку оно может перейти в сомнолентность, сопор и кому, которые относятся к синдромам бессознательного состояния (утраты сознания).

О. в структуре отдельных болезней. Наблюдается в течении интоксикационных, симптоматических психозов, эпидемического энцефалита и

тяжелых органических заболеваний головного мозга (прогрессивный паралич, сосудистые заболевания, опухоли).

2.1.20. ОНЕЙРОИДНОЕ (СНОВИДНОЕ) ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ – полная отрешенность больных от окружающего; фантастическое содержание переживаний, видоизменение и перевоплощение своего «я». Переживания при О.п.с. очень редко обыденны по содержанию. Они разворачиваются, как чередующиеся фантастические ситуации (сцены). Самосознание изменяется, глубоко расстраивается: больные либо полностью отрешены от окружающей их обстановки и ощущают себя участниками фантастических событий, разыгрывающихся в их воображении (грезоподобный онейроид), либо, сохраняя весьма фрагментарное отражение реального мира, охвачены обильно всплывающими в их сознании яркими чувственными фантастическими представлениями (фантастически-иллюзорный онейроид). Нередко больные представляют себя историческими личностями, государственными деятелями, космонавтами, героями фильмов, книг и спектаклей, видят себя на других материках, планетах, летают в космосе, живут в других исторических эпохах, участвуют в атомных войнах, присутствуют при гибели вселенной и т.д. В зависимости от содержания и преобладающего аффекта различают экспансивный и депрессивный онейроид.

О.п.с. в большинстве случаев сопровождается кататоническими расстройствами в виде возбуждения или ступора. Происходит диссоциация между поведением больного (заторможенность или однообразное возбуждение) и содержанием онейроида (больной является активным действующим лицом). При фантастически-иллюзорном онейроиде больные растеряны, недоуменно озираются по сторонам, взгляд скользит с одного предмета на другой, не задерживаясь ни на одном из них (симптом гиперметаморфоза). При грезоподобном онейроиде они загружены, реальное окружающее не привлекает внимания. В прямой связи с содержанием онейроида на лице отражается восторг, радость, удивление или ужас, тревога. Амнезии при онейроидном помрачении сознания, как правило, не бывает. Больные по выходе из психоза подробно воспроизводят содержание онейроида, но плохо помнят окружавшую их реальную обстановку.

О.п.с. в структуре отдельных заболеваний. Наблюдается при шизофрении с приступообразным течением, эпилепсии, симптоматических психозах, органических заболеваниях головного мозга.

2.1.21. СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ – вид помрачения сознания, при котором наблюдается дезориентировка в окружающем, сочетающаяся с развитием галлюциноза и острого чувственного бреда, аффектом тоски, злобы и страха, неистовым возбуждением или, значительно реже, внешне упорядоченным поведением. С.п.с. развивается внезапно и столь же внезапно заканчивается; его продолжительность – от нескольких часов до нескольких дней и более. Вследствие тревожно-злобного аффекта, содержания галлюцинаций или бреда больные склонны к агрессивным действиям, нередко крайне жестоким. Будучи вариантом помрачения сознания, С.п.с., в свою очередь, подразделяется на три варианта.

Бредовой вариант. Поведение больного внешне упорядочено, однако обращают на себя внимание отсутствующий взгляд, особая сосредоточенность и молчаливость. Совершаемые больными вслед за тем общественно опасные действия могут производить впечатление заранее обдуманых и подготовленных. После восстановления ясного сознания больные относятся к совершенным ими поступкам как к чуждым их личности. При тщательном расспросе выявляются бредовые переживания в период помрачения сознания, о которых больной говорит в достаточной мере критически.

Галлюцинаторный вариант. В эпизоде помраченного сознания преобладают галлюцинаторные переживания. Выраженное состояние возбуждения сопровождается разрушительными тенденциями, агрессией.

Дисфорический (ориентированный) вариант. Разрушительные тенденции и агрессивность столь же выражены, как при галлюцинаторном варианте. Больные обнаруживают элементарную ориентировку в окружающем, но амнезируют свои поступки и действия. Однако амнезия может быть отсроченной: непосредственно после разрешения сумеречного состояния в течение нескольких минут или часов больные вспоминают события и свое поведение при помраченном сознании, в дальнейшем развивается амнезия.

С.п.с. в структуре отдельных болезней. Наблюдается при эпилепсии, а также при органических заболеваниях головного мозга.

2.1.22. СУДОРОЖНЫЕ СИНДРОМЫ. Остро возникающие и, как правило, внезапно прекращающиеся состояния с судорожными явлениями и помрачением сознания.

Эпилептический большой (развернутый) судорожный припадок – внезапно развивающееся и столь же резко завершающееся состояние с тоническими и клоническими судорогами и потерей сознания. Припадку не-

редко предшествует аура, но она к этапам судорожного припадка не относится.

Тоническая фаза начинается с внезапной потери сознания и резкой тонической судороги, во время которой больной падает как подкошенный с искаженным гримасой лицом, чаще на живот, реже навзничь или на бок. Во время падения больной издает своеобразный крик, связанный с судорогой мышц голосовой щели. После падения тоническая судорога сохраняется, причем голова запрокидывается назад, руки, согнутые в локтях, прижаты к груди, кисти согнуты, пальцы сжаты в кулак, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и прижаты к животу или разведены в стороны и согнуты в коленях. Иногда во время тонической фазы руки вытянуты вперед, позвоночник выгибается назад в ретрофлексии. Во время тонической фазы обычно больной прикусывает язык или внутреннюю поверхность щеки, возможна даже травматическая ампутация кончика языка, особенно если припадок начался во время разговора. В связи с тонической судорогой дыхательной мускулатуры (мышцы грудной клетки, живота и диафрагмы) дыхание приостанавливается и вслед за первоначальной бледностью развивается резкий цианоз; на короткое время прекращается сердечная деятельность. Во время тонической фазы никогда не бывает непроизвольного мочеиспускания и дефекации, но у мужчин нередко наступает эрекция и даже происходит эякуляция. Наблюдается тотальная арефлексия. Сознание утрачено, никакие самые сильные раздражители не вызывают реакции (кома). Больные могут получить тяжелые травмы, ожоги, увечья. Продолжительность тонической фазы – от нескольких секунд до ½ мин.

Клоническая фаза следует за тонической. Ритмические и симметричные подергивания начинаются в веках и дистальных фалангах пальцев. Нарастая, судороги распространяются на мышцы конечностей, туловища, шеи, головы, а затем затухают. Амплитуда сгибательно-разгибательных движений рук больше, чем ног. Голова ритмически поворачивается в сторону, глаза вращаются, язык периодически высовывается, нижняя челюсть совершает жевательные движения, на лице возникают разнообразные гримасы, связанные с клонической судорогой жевательной мускулатуры. Во время клонической фазы у больных наблюдаются непроизвольное мочеиспускание, дефекация, а также повышенное потоотделение, гиперсекреция слюны и отделяемого слизистых оболочек бронхов. Выделение изо рта пенистой розоватой жидкости объясняется тем, что к накопившейся и сбив-

шейся в полости рта слюне, смешанной с секретом из бронхов, примешивается кровь из прикушенного языка или слизистой оболочки щеки. К концу клонической фазы, продолжительность которой от 1 до 3 мин, частота и амплитуда клонических подергиваний уменьшаются, начинает восстанавливаться дыхание, уменьшается цианоз. Однако и после завершения клонической фазы возможны некоторое повышение мышечного тонуса и задержка дыхания.

Фаза помраченного сознания (выход из комы) проявляется различно. В одних случаях коматозное состояние с арефлексией, резким расслаблением мускулатуры и потливостью, а также нарушениями дыхания сменяется глубоким оглушением, которое, в свою очередь, через обнубиляцию переходит в ясное сознание или сон, в других – оглушение, которому предшествовала кома, трансформируется в сумеречное расстройство сознания с эпилептиформным возбуждением, способным затянуться на несколько дней. Вслед за полным выходом из припадков, больные ощущают облегчение, иногда с некоторой эйфорией, другие, наоборот, отмечают разбитость, повышенную физическую и психическую утомляемость. Бывают пониженное настроение с оттенком раздражительности, крайнее недовольство, иногда гневливость.

Эпилептическое состояние – серия больших эпилептических припадков, следующих один за другим (эпилептическое состояние – status epilepticus). Больной не успевает прийти в себя и долго остается в коме, сопоре или оглушении. Эпилептическое состояние может длиться от нескольких часов до нескольких суток. Возможны повышение температуры, учащение пульса, падение артериального давления, резкая потливость, слабость сердечно-сосудистой деятельности, отек легких и мозга. Повышается содержание мочевины в сыворотке крови и белка в моче. Появление перечисленных расстройств – прогностически неблагоприятный признак.

Адверзивный судорожный припадок характеризуется асимметричностью, неравномерностью; одной из основных его особенностей является поворот тела и головы вокруг продольной оси в тонической фазе. Как и классический эпилептический, А.с.п. начинается с тонической фазы, однако она разворачивается медленнее, обычно без ауры. Тело поворачивается вокруг продольной оси: вначале возникает насильственный поворот глазных яблок, затем в ту же сторону поворачивается голова, а далее все туловище и больной падает. Последующая клоническая фаза неотличима от соответствующей фазы большого эпилептического судорожного припадков.

Возникновение А.с.п. связано с органическим поражением лобных долей головного мозга, причем при левосторонней локализации процесса больной падает медленнее, чем при правосторонней.

Парциальный припадок (Браве - Джексона) характеризуется развитием тонической и клонической фаз в определенной, изолированной группе мышц. Лишь в небольшой части случаев происходит генерализация припадков. Парциальные припадки могут ограничиваться мышцами верхней или нижней конечности, мускулатурой лица. В конечностях судороги распространяются в проксимальном направлении. Так, если припадок разворачивается в мышцах верхней конечности, тоническая судорога переходит с кисти на предплечье и плечо, рука поднимается и наступает насильственный поворот головы в сторону поднятой руки. Далее разворачивается клоническая фаза припадков. Припадок в нижней конечности начинается с тонических судорог в мышцах стопы (происходит подошвенное сгибание), далее распространяется вверх на голень и бедро и в ряде случаев охватывает мускулатуру туловища на соответствующей стороне. В начале припадков лицевой локализации рот перекашивается в тонической судороге, а затем она распространяется на всю мускулатуру лица на соответствующей стороне. Возможна генерализация припадков Браве - Джексона, и тогда они чрезвычайно напоминают обычный судорожный припадок, однако судороги более выражены на одной стороне тела. Генерализация парциальных припадков в большинстве случаев сопровождается потерей сознания. Припадков Браве - Джексона нередко возникают сериями и могут заканчиваться вялыми параличами, обычно при локализации органического процесса в передней центральной извилине.

Тонические постуральные припадки начинаются с мощной тонической судороги, вследствие чего возникает задержка дыхания с явлениями цианоза. Больной теряет сознание, и этим припадок обычно завершается. Клоническая фаза отсутствует. Тонические постуральные припадки развиваются при поражениях стволовой части мозга.

Малые эпилептические припадки – состояния с потерей сознания, клоническими судорогами отдельных мышц или стереотипно повторяемыми простыми двигательными актами.

Абсанс – кратковременные выключения сознания (на 1– 2 с). В течение этого срока прекращаются и тотчас возобновляются обычные занятия больного; в указанный момент лицо бледнеет, принимает отсутствующее

выражение. Судорог не бывает. Приступы могут быть одиночными или возникают серий.

Пропульсивные припадки определяются непременным компонентом – толчкообразным движением вперед (пропульсия). Возникают в возрасте от 1 года до 4 – 5 лет, обычно у мальчиков, преимущественно ночью, без видимых провоцирующих факторов. В более старшем возрасте наряду с пропульсивными припадками у больных, как правило, появляются большие судорожные припадки.

Салам-припадки внешне напоминают движения при восточном приветствии. Припадок начинается с тонического сокращения мускулатуры туловища, вследствие чего тело наклоняется вперед, голова поникает, а руки вытягиваются вперед. Больной, как правило, не падает.

Молниеносные припадки отличаются от салам-припадков лишь темпом развертывания, клиническая картина идентична. Вследствие молниеносного развития тонической судороги и резкого движения туловища вперед больные нередко падают ничком.

Клонические пропульсивные припадки. Клоническая судорога с резким движением вперед, причем пропульсивное движение выражено особенно интенсивно в верхней части тела, вследствие чего больной, как правило, падает ничком.

Ретропульсивные припадки включают в себя толчкообразное движение назад (ретропульсия). Возникают в возрасте от 4 до 12 лет, чаще в 6 – 8 лет (позднее, чем пропульсивные), обычно у девочек, преимущественно при пробуждении. Припадки нередко провоцируются гипервентиляцией и активным напряжением. Никогда не бывают во время сна.

Клонические ретропульсивные припадки – мелкие клонические судороги мускулатуры век, глаз, с запрокидыванием рук назад, словно больной хочет что-то достать позади себя. Больной не падает, реакция зрачков на свет отсутствует, отмечается потливость, слюнотечение.

Рудиментарные ретропульсивные припадки отличаются от клонических ретропульсивных припадков неразвернутостью; происходят лишь некоторое выпячивание и мелкие нистагмоидные подергивания глазных яблок, а также миоклонические судороги век.

Пикнолепсия – серия ретропульсивных клонических или рудиментарных ретропульсивных клонических припадков.

Импульсивные припадки – внезапное, молниеносное, порывистое выбрасывание рук вперед, разведение их в стороны или сближение, затем

толчкообразное движение туловища вперед. Падение (если оно происходит) навзничь. После падения больной обычно тотчас же встает на ноги. Припадки могут возникать в разном возрасте, но чаще между 14 и 18 годами. Провоцирующие факторы: недостаточный сон, резкое пробуждение, алкогольные эксцессы. Импульсивные припадки возникают сериями, один за другим либо с интервалом в несколько часов.

С.с. в структуре отдельных болезней. Наблюдаются при эпилепсии, различных органических процессах головного мозга, протекающих с пароксизмальными расстройствами, интоксикациях, алкоголизме (симптоматическая эпилепсия), соматических заболеваниях в детском возрасте.

2.2. Детско-подростковые позитивные психопатологические синдромы

2.2.1. ГЕБЕФРЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (ГЕБЕФРЕНОКАТАТОНИЧЕСКИЙ). В развернутом виде типичен для старшего подросткового и юношеского возраста. Для него характерно немотивированное двигательное возбуждение с дурашливостью, гримасничаньем, клоунизмом, нелепыми выходками, неадекватным смехом. Больной кривляется, прыгает по кроватям, кувыркается, нелепо хохочет, обнажается, может внезапно ударить или обнять. Наблюдается речевое возбуждение, также вычурное, с манерностью интонации и произношения (больные своеобразно растягивают слова, произносят их сквозь зубы, говорят необычно высоким, пискливым голосом и т.п.), употреблением исковерканных слов, неологизмов. Отмечается сексуальное возбуждение, сопровождающееся нескрываемым онанизмом. Двигательное и речевое возбуждение протекает на фоне «пустого», монотонного эйфорического настроения. Часто имеется разорванность мышления с речевой разорванностью. Гебефренное возбуждение проявляется бессмысленным кривляньем, гримасами, кувырканием, бросанием на пол вещей, плоскими шутками, негативизмом.

Развернутые гебефренные состояния до пубертатного периода не встречаются. Однако отдельные гебефренные проявления наблюдаются у детей, в том числе дошкольного возраста. При шизофрении у детей 5 – 8 лет могут возникать состояния двигательного возбуждения с изменчивым настроением, импульсивностью, дурашливостью, гротескным кокетством, расторможением влечений, манерной речью с пуэрильной или, напротив, утрированно взрослой интонацией, выраженным игровым компонентом.

Г.с. в структуре отдельных болезней. Синдром встречается в основном в рамках непрерывно-прогредиентной шизофрении, в том числе при злокачественной юношеской шизофрении, а также при приступах периодических психозов резидуально-органического генеза у подростков.

2.2.2. ГИПЕРДИНАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ проявляется в двигательном беспокойстве, неусидчивости, невнимательности, повышенной отвлекаемости. В качестве дополнительной симптоматики характерны импульсивность, бездумность, а нередко и неуклюжесть. Также встречаются агрессивность, негативизм; при выраженном дневном возбуждении может иметь место глубокий ночной сон с энурезом. Интеллектуальные способности у этих детей могут быть различными, но, как правило, указанные проявления гиперактивности затрудняют интеллектуальную деятельность и замедляют развитие ребенка. Г.с. может проявиться на первом году жизни, в возрасте поступления ребенка в дошкольное учреждение или с началом школьного обучения. При умеренно выраженном Г.с. состояние с возрастом компенсируется. Дети, которые в младшем возрасте отличались выраженной гиперактивностью, и в дальнейшем обнаруживают трудности поведения и требуют коррекции при выполнении игровых и школьных заданий.

Г.с. в структуре отдельных болезней. Внешне сходные с Г.с. проявления наблюдаются при психическом недоразвитии, психогенных реакциях (например, в ответ на постоянную критику со стороны родителей и педагогов или на школьные трудности), органическом поражении головного мозга, психических заболеваниях (шизофрения, эпилепсия, аффективные психозы). Также Г.с. расценивается как специфическое расстройство.

2.2.3. СТРАХОВ СИНДРОМЫ. Критерии патологических страхов: их беспричинность или явное несоответствие интенсивности страха, силе вызвавшего его ситуационного воздействия, затяжной характер, склонность к генерализации, нарушение общего состояния (сна, аппетита, физического самочувствия) и поведения ребенка под влиянием страха.

Варианты синдрома. Навязчивые С. (фобии; от греч. phobos – страх), т.е. неотступно, вопреки желанию возникающие переживания С., которые осознаются как чуждые, необоснованные. Встречаются у детей школьного возраста (чаще после 10 лет) и подростков. Незавершенные фобии (С. ходьбы после падения и ушиба и даже С. загрязнения) описаны у детей раннего и преддошкольного возраста, в которых отсутствуют пере-

живание чуждости, чувство внутренней несвободы, активное стремление к преодолению С.

Н.с. в детском возрасте отличаются конкретностью содержания, относительной простотой, более или менее отчетливой связью с определенной травмирующей ситуацией. Чаще всего это С. загрязнения и заражения (мизофобия), острых предметов (оксифобия), особенно иголок, закрытых помещений (клаустрофобия), транспорта, боязнь умереть от удушья во сне, от остановки сердца и т.д. У подростков наряду с названными Н.с. нередко встречаются С. смерти близких, особенно матери, навязчивые опасения заболеть той или иной болезнью (нозофобия), например сифилисом (сифилофобия), раком (канцерофобия), тяжелой болезнью сердца (кардиофобия). Особую группу Н.с., свойственных подросткам, составляют опасения оказаться несостоятельными во время той или иной ответственной деятельности, например боязнь устных ответов в классе, С. других публичных выступлений, С. речи (логофобия) у заикающихся. К этой группе Н.с. примыкают навязчивые опасения обратить на себя нежелательное внимание окружающих, с которым тесно связана боязнь покраснеть (эрейтофобия). Фобии несостоятельности во время той или иной деятельности, а также близкий к ним Н.с. подавиться плотной пищей или костью при еде составляют основу навязчивых переживаний при «неврозе ожидания».

С. сверхценного содержания. У детей это в первую очередь боязнь грозы, темноты, одиночества, привидений.

Среди сверхценных невротических С. у детей дошкольного и младшего школьного возраста преобладают боязнь темноты, одиночества и страхи, связанные с живыми объектами, напугавшими ребенка (различные животные, «черный дядька» и т.п.).

Сверхценность в данной группе С. часто проявляется в виде стойко измененного отношения (особая боязливость, тревожное опасение, чувство отвращения и т.п.) к определенным объектам и явлениям, вызвавшим испуг. Подобное измененное (сверхценное) отношение при повторном столкновении с объектом или явлением обнаруживается не только на высоте испуга, но и в спокойном состоянии, спустя долгое время (иногда годы) после испуга.

Боязнь школы – разновидность синдрома сверхценных С. у детей младшего школьного возраста (7 – 9 лет). В её основе лежат сверхценные С. и опасения, связанные со школьной ситуацией, С. перед неуспеваемостью, наказанием за нарушение дисциплины, перед строгим

учителем и т.п. Боязнь школы может быть источником упорных отказов от посещения школы и школьной дезадаптации.

Приблизительно с 10 – 11 лет в тематике сверхценных С. на первый план выступают опасения за жизнь и здоровье. Дети боятся, что на них нападут бандиты или хулиганы, особенно когда они остаются одни, испытывают страх смерти от удушья, от остановки сердца и т. п. Подобные С. всегда связаны с той или иной конкретной психотравмирующей ситуацией: устрашающими рассказами товарищей или родственников, испугом при встрече с пьяным, болезнью или смертью близкого или знакомого человека.

В пубертатном возрасте С. сверхценного содержания чаще выступают в форме ипохондрических страхов и опасений.

Бредовые С. характеризуются переживанием скрытой угрозы со стороны как живых, так и неодушевленных объектов, сопровождаются тревогой, настороженностью, подозрительностью к окружающим лицам, ощущением какой-то опасности для себя в их действиях. Временами бредовые С. сочетаются с психомоторным беспокойством и соматовегетативными нарушениями (сердцебиение, покраснение или побледнение кожных покровов, отсутствие аппетита, бессонница, общее недомогание).

Бредовые С. возникают вне зависимости от психотравмирующей ситуации, спонтанно, обнаруживая склонность к постепенному переходу в бредовую интерпретацию и чувственный бред.

Психопатологически недифференцированные С. возникают в виде приступов витального, протопатического С. с переживанием неопределенной угрозы жизни в сочетании с общим двигательным беспокойством, разнообразными вегетативными нарушениями (тахикардия, покраснение лица, потливость и т.п.) и неприятными соматическими ощущениями (сдавление и замирание сердца, прилив крови к лицу, похолодание в животе, стеснение в груди и т.д.).

Осознание причин С., его какое-либо конкретное содержание, психологически понятная связь с той или иной психотравмирующей ситуацией вначале, как правило, отсутствуют. Больной не может дать словесного отчета о своих переживаниях, ограничиваясь лаконичными высказываниями типа: «Страшно!», «Боюсь!» и т. п.

Недифференцированные С. могут возникать у детей любого возраста, а также у взрослых.

Ночные С. – состояния выраженного С. и двигательного возбуждения на фоне суженного сознания – возникают чаще у детей дошкольного и младшего школьного возраста во время ночного сна и в последующем амнезируются. Иногда ночные страхи сопровождаются снохождением и обманами восприятия. У мальчиков они встречаются вдвое чаще, чем у девочек.

Ребенок при ночном С. двигателью беспокоен, кричит, плачет. Мимика выражает сильный С. Отдельные высказывания: «Боюсь, прогони его!» – свидетельствуют об устрашающих сновидениях или галлюцинациях. Часто ребенок зовет мать, но, как правило, не узнает ее и не отвечает на ее расспросы, а иногда и отталкивает ее от себя. Нередко дети садятся в постели, встают, совершая привычные автоматизированные движения (одеваются, раздеваются, умываются и т. п.). Попытки разбудить или успокоить ребенка безуспешны. Подобные состояния длятся 15 – 20 мин, сменяясь сном. Ночные С. склонны к повторению.

Пароксизмальные ночные С. Они внезапно возникают и прекращаются, приурочены к определенному времени ночного сна. Им свойственны стереотипность проявлений, сочетание с однообразными автоматизированными движениями, действиями и отрывочными бессвязными высказываниями. Возможны устрашающие зрительные галлюцинации (ребенок «видит» мохнатое чудовище, человека в черном, огонь и т.п.). Характерны застывшее выражение лица, фиксированный взгляд, однообразные движения руками (поглаживание, перебирание постельного белья, стряхивание). Иногда бывают упускание мочи и дефекация. Эти состояния полностью амнезируются.

С.с. в структуре отдельных болезней.

1. Навязчивые С. характерны в основном для невроза навязчивых состояний и вялотекущей шизофрении. 2. Синдром С. сверхценного содержания наиболее часто встречается при психогенных заболеваниях, главным образом при неврозе С., но возможен также при психогенно спровоцированном приступе шизофрении. 3. Бредовые С. наиболее часты в начальной стадии приступообразно-прогредиентной шизофрении, а также при непрерывной вялотекущей шизофрении. Реже эти С. встречаются в начальной стадии экзогенно-органических психозов и при некоторых реактивных психозах. 4. Психопатологически недифференцированные С. могут встречаться как при неврозах, разнообразных неврозоподобных состояниях, так и при шизофрении. 5. Большинство ночных С. принципиально не

отличаются от аналогичных страхов в состоянии бодрствования и наблюдаются при тех же заболеваниях. 6. Пароксизмальные ночные С. встречаются при височной эпилепсии и ММД.

2.2.4. СИНДРОМЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАНТАЗИРОВАНИЯ – группа состояний, тесно связанных с болезненно измененным творческим воображением (фантазированием) ребенка или подростка.

Патологическое фантазирование свойственно детям дошкольного и школьного возраста, а также младшим подросткам (13 – 14 лет). В отличие от подвижных, быстро меняющихся, тесно связанных с реальностью фантазий здорового ребенка, патологические фантазии стойкие, косные, нередко оторваны от реальности, причудливы по содержанию, часто сопровождаются нарушениями поведения и явлениями дезадаптации.

Возрастные варианты С.п.ф. Наиболее ранней его формой является игровое перевоплощение. Ребенок на время, иногда надолго (от нескольких дней до недель), перевоплощается в животное (волк, заяц, лошадь, собака), персонаж из сказки, выдуманное фантастическое существо, неодушевленный объект. Поведение ребенка имитирует облик и действия данного объекта.

Другую форму патологической игровой деятельности представляют однообразные стереотипные манипуляции с предметами, не имеющими игрового назначения: бутылками, кастрюлями, гайками, веревочками и т.п. Такие «игры» также сопровождаются охваченностью, трудностью переключения, недовольством и раздражением ребенка при попытках оторвать его от этой деятельности.

У детей *старшего дошкольного и младшего школьного возраста* С.п.ф. обычно приобретает форму образного фантазирования или визуализированных представлений, т.е. ярких образных представлений, достигающих выраженности чувственного компонента, свойственного образам восприятия. Образные фантазии ребенок вызывает произвольно и получает определенное удовольствие в процессе фантазирования. Дети ярко представляют животных, человечков, детей, с которыми мысленно играют, наделяют их именами или прозвищами, путешествуют вместе с ними, попадая в незнакомые страны, красивые города, на другие планеты. У мальчиков фантазии часто связаны с военной тематикой: представляются сцены сражений, войска, воины в красочных одеждах древних римлян, в доспехах средневековых рыцарей.

Иногда (преимущественно в *пубертатном и препубертатном возрасте*) фантазии имеют садистическое содержание: представляются стихийные бедствия, пожары, тонущие и горящие люди, сцены насилия, казней, пыток, убийств и т. п.

Возникновению образного фантазирования с визуализированными представлениями способствует сенсорная изоляция (тишина, одиночество, закрывание глаз и др.). Некоторые дети и подростки совершают во время такого фантазирования однообразные движения (взмахи кистями рук, хлопывание, хождение), видимо, способствующие отвлечению от посторонних раздражителей.

У детей старшего возраста и подростков образное фантазирование постепенно сменяется преобладающими фантазиями отвлеченного, познавательного содержания, хотя образный компонент также присутствует.

С.п.ф. у подростков может выступать в форме самооговоров и оговоров, в возникновении которых определенная роль принадлежит повышенным и извращенным (садомазохистским) влечениям. Чаще это детективно-приключенческие самооговоры мальчиков-подростков, которые рассказывают о мнимом участии в ограблениях, вооруженных нападениях, угонах автомашин, принадлежности к различным бандам или шпионским организациям. Для доказательства истинности всех этих историй подростки пишут измененным почерком и подкидывают близким и знакомым записки якобы от главарей и членов шайки, в которых содержатся всевозможные требования, угрозы, нецензурная брань.

Самооговоры нередко сочетаются с оговорами других лиц. У девочек-подростков встречаются оговоры в изнасиловании. Как при самооговорах, так и при оговорах подростки временами почти верят в реальность своих фантазий. Это обстоятельство, а также красочность и эмоциональность сообщений о вымышленных событиях часто убеждают окружающих в их правдивости, в связи с чем начинаются расследования, обращения в милицию и т.п.

Возникновению фантазий типа самооговоров и оговоров способствуют дисгармонический пубертатный период, ускоренное половое созревание, сопровождающееся усилением полового влечения, а также истероидные черты. Особая разновидность – С.п.ф. с идеями переоценки собственной личности и бредоподобными идеями величия в сочетании с конфабляциями – так называемая *mania fantastica infantilis*. К этой группе фан-

тазий можно отнести высказывания типа: «Я запросто поднимаю штангу весом в 150 кг, меня даже приглашали на международные соревнования», «Со мной дрались десять взрослых, я их всех разбросал, как щенков», «Я задавал вопросы академикам, они не смогли ответить». Сюда же частично относятся фантазии высокого происхождения. Эти фантазии нестойкие, подростки легко отказываются от них.

С.п.ф. в структуре отдельных болезней. Наблюдается при шизофрении, в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза у подростков, при расстройствах личности, органических заболеваниях головного мозга, хронических энцефалитах в частности.

2.2.5. СИНДРОМ УХОДОВ И БРОДЯЖНИЧЕСТВА выражается в повторяющихся уходах из дома или школы, интерната или другого детского учреждения с последующим бродяжничеством, нередко многодневным. Синдром встречается в возрасте от 7 до 17 лет, но наиболее часто в препубертате, преимущественно у мальчиков. Формирование данного синдрома психопатологически различно и зависит от особенностей личности, ситуационных факторов и нозологической принадлежности синдрома.

Варианты синдрома ухода и бродяжничества. «Реактивные» варианты синдрома. У детей и подростков с преобладанием астенических эмоционально-лабильных, сенситивных черт характера первые ухода связаны либо со сверхценными переживаниями обиды, ущемленного самолюбия, представляя собой реакцию пассивного протеста, либо со страхом перед наказанием или тревогой по поводу какого-либо проступка. При психическом инфантилизме с эмоционально-волевой незрелостью наблюдаются преимущественно ухода из школы и прогулы, обусловленные боязнью трудностей, связанных с учебой. При преобладании аффективно-возбудимых и гипертимных черт характера у подростков ухода связаны с реакциями эмансипации. У подростков с шизоидными чертами в основе мотивации уходов лежит стремление избежать общения с людьми. Первые ухода и побеги у подростков с истероидными чертами связаны с осознаваемым или неосознанным стремлением привлечь к себе внимание, вызвать жалость, сочувствие, добиться удовлетворения желаний.

Другим типом мотивации начальных уходов является «сенсорная жажда», т.е. потребность в новых, постоянно меняющихся впечатлениях, а также сочетающееся с ней стремление к развлечениям. Уходы, связанные с такой мотивацией, встречаются в основном у детей и подростков с преобладанием эмоционально-волевой неустойчивости. Непосредственным по-

водом к уходу могут стать впечатление от приключенческого фильма, телепередачи или книги, случайно услышанное сообщение о каком-либо происшествии неподалеку (драка, автомобильная авария, пожар и т. п.).

Дети и подростки чаще убегают вдвоем или небольшой группой, могут уезжать далеко, в другие города в поисках приключений, для розыска кладов и т. п.

Третьим типом являются безмотивные уходы, т.е. не имеющие содержательной мотивации. В их основе лежит либо изменение настроения (дисфория или депрессивный сдвиг с неосознанным стремлением уйти от стесняющего режима, из привычной обстановки), либо нарушение влечений с импульсивным (неодолимым) стремлением к уходу. Импульсивные уходы, связанные с патологией влечений, называют дромоманией, или пориоманией (от греч. dromos – бег, poreia – путешествие и mania – безумие).

Синдром уходов и бродяжничества ведет к социально-педагогической запущенности и различным формам асоциального поведения (хулиганские поступки, мелкое воровство, сексуальные действия, алкоголизация), что связано с негативным влиянием окружения, отрывом от семьи и школы. Длительное бродяжничество способствует появлению неискренности, лживости, стремлению к примитивным удовольствиям, отрицательному отношению к труду, оппозиции к любой регламентации поведения. Бродяжничество часто становится источником патологического формирования личности по аффективно-возбудимому, неустойчивому и псевдошизоидному типу.

После 14 – 15 лет проявления синдрома постепенно сглаживаются, причем у одних подростков личность не меняется, у других обнаруживается социально-педагогическая запущенность с делинквентным поведением.

С.у.б. в структуре отдельных болезней. Встречается при пограничных состояниях, включая ситуационные личностные реакции протеста, депрессивный невроз, личностные расстройства различного генеза, резидуально-органические неврозо- и психопатоподобные состояния. Синдром нередко встречается у детей и подростков с пограничной интеллектуальной недостаточностью и дебильностью.

При любых из перечисленных форм патологии динамика синдрома может проходить в 3 этапа:

1) психогенная реакция ухода (в связи с психотравмирующей ситуацией или «сенсорной жаждой»);

2) этап привычных, фиксированных уходов, в основе которых лежит патологический стереотип поведения и определенное усиление влечений (однако не импульсивных);

3) этап импульсивного непреодолимого стремления к уходам и бродяжничеству (т.е. этап истинной дромомании).

2.2.6. СИНДРОМЫ СВЕРХЦЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ И УВЛЕЧЕНИЙ. Эти синдромы встречаются преимущественно в подростковом и юношеском возрасте; сверхценные интересы и увлечения односторонние, нередко абстрактные, оторванные от реальности.

Варианты синдрома. В зависимости от преобладающей сверхценной деятельности выделены 2 группы синдромов.

Первая группа. Преобладает сверхценная идеаторная деятельность познавательной направленности: подростки усиленно размышляют о «смысле жизни и предназначении человека», о «сознательных существах и внеземных цивилизациях во Вселенной», о «мировом сознании», пишут трактаты о «вневременной морали», занимаются «разработкой дополнений к теории относительности Эйнштейна» и т.п. Подобным интересам уделяется большая часть времени, часто в ущерб учебе и досугу.

Среди подростков этой группы одна часть – пассивные – отличается тем, что сверхценная деятельность у них не выходит за пределы интеллектуальной сферы. Им свойствен уход в мир внутренних переживаний. В другой, активной подгруппе сверхценные интеллектуальные интересы и увлечения сопровождаются стремлением сообщить их окружающим, убедить в правильности своих мыслей, доказать свою правоту, осуществить свои намерения. Они часто посылают «проекты» и «планы реформ» в различные инстанции.

Такие односторонние сверхценные интеллектуальные интересы обозначаются термином «метафизическая (или философическая) интоксикация».

Вторую группу С.с.и.у. составляют те формы, при которых ведущее положение в структуре синдрома принадлежит аффективно заряженному стремлению к конкретной деятельности, опирающемуся на болезненно усиленное влечение.

К этой группе можно отнести усиленные занятия мертвыми иностранными языками, чрезмерное увлечение физическими упражнениями для достижения физического совершенства, «запойное» чтение и т.д.

С.с.и.у. в структуре отдельных болезней. Данные синдромы обычно встречаются при некоторых типах шизофрении («ядерной», вялотеку-

щей, шубообразной, параноидной); при формирующихся личностных расстройствах шизоидного круга.

2.2.7. ДИСМОРФОМАНИЯ. Болезненная убежденность в наличии мнимого или резко переоцениваемого физического недостатка, уверенность в уродливом строении своего тела или чаще открытых отдельных его частей (нос, уши, зубы, руки, ноги), в неправильности отправления организма. Встречается в пубертатном и юношеском возрасте, имеет стойкий характер и трудно поддается коррекции. Д. представлена триадой, включающей: 1) патологические идеи (сверхценные или бредовые, что, прежде всего, и отличает ее от дисморфофобии как навязчивого страха) физического недостатка с упорным стремлением исправить предполагаемый дефект; 2) идеи отношения – убежденность в том, что имеющийся «дефект» очевиден для окружающих, вызывает у них отвращение и негативное отношение к его обладателю, насмешки, осуждение и т.д.; 3) подавленное настроение, нередко с попытками уйти из жизни и самокалечения.

Мысли об «уродстве» могут касаться одной части тела – монотематическая Д. или чаще нескольких – политематическая Д.

Для больных с Д. характерна маскировка «дефекта», стремление скрыть «уродство» от окружающих. Они избегают общества, не посещают людных мест, перестают ходить на занятия, выходить из дома, стараются не оказываться среди людей, поскольку испытывают неловкость, стыд, считают, что окружающие над ними смеются, враждебно и презрительно к ним относятся.

Диссимуляция носит избирательный характер. Скрывая болезненные идеи от психиатров, больные очень откровенны с хирургами, от которых ждут помощи.

Синдром Д. в структуре отдельных болезней. Может встречаться при психопатиях, реактивных состояниях, различных типах течения шизофрении, циклотимии.

2.2.8. СИНДРОМ НЕРВНОЙ (ПСИХИЧЕСКОЙ) АНОРЕКСИИ, *anorexia nervosa* (от греч. *anorexís* – отсутствие аппетита), является особым вариантом синдрома дисморфофобии – дисморфомании. Психопатологическую основу синдрома составляет сверхценное, реже паранойяльно-бредовое убеждение в чрезмерной полноте и обусловленное им ограничение пищи вплоть до полного отказа от еды. Встречается в возрасте 11 – 20 лет, чаще в пубертатном периоде и преимущественно у лиц женского пола. С.н.а. объединяет в себе сознательное ограничение пищи с болезненным убеж-

дением в чрезмерной полноте и необходимости похудеть, повышенную двигательную активность (включая длительные, иногда многочасовые, физические упражнения и другую физическую нагрузку, изнурительную ходьбу, стремление подолгу стоять и т.п.), быстрое похудание, соматические изменения (аменорея, диспепсические расстройства, трофические нарушения, усиление роста пушковых волос по всему телу, кахексия и др.). Appetit у больных длительно сохраняется, но по мере голодания потребность в еде ослабевает и возможно снижение и исчезновение аппетита.

Динамика синдрома складывается из 4 этапов.

Первый этап (инициальный, или дисморфофобический) – появление сверхценных переживаний «излишней полноты», неглубокое снижение настроения, эпизодические нестойкие идеи отношения. Ограничение приема пищи нестойкое. Этот этап длится 2 – 3 года.

Второй этап (дисморфоманический) отличается упорным ограничением приема пищи, временами полным отказом от нее. Появляется сверхценное стремление к усиленной физической активности.

Нередко больные вызывают рвоту после еды, принимают слабительные для того, чтобы уменьшить усвоение пищи. Как и на первом этапе, аппетит не снижен, в связи с чем больные иногда нарушают «режим голодания», переедают до рвоты, после чего еще больше ограничивают прием пищи. Часто возникают гиперкомпенсаторные формы поведения в виде повышенного интереса к кулинарии, закармливания младших братьев и сестер. Пониженное настроение и идеи отношения исчезают, а похудание, стройность фигуры иногда становятся источником несколько приподнятого настроения. Часто появляются повышенная раздражительность, склонность к истерическим реакциям. Возникают и нарастают перечисленные выше соматоэндокринные расстройства.

Третий этап (кахектический) наступает спустя 1,5 – 2 года после начала активного ограничения в еде. Больные выглядят резко истощенными, с осунувшимися землистого цвета лицами, выступающими ребрами и другими костями, без подкожного жирового слоя, с сухой, шелушащейся кожей. Меняется осанка – больные «сидят крючком». Появляются трофические язвы, пролежни, «заеды» в углах рта. При обследовании внутренних органов находят дистрофию миокарда, брадикардию, артериальную гипотонию, разнообразные желудочно-кишечные расстройства (гастроптоз, запоры, анацидный гастрит, энтероколиты), снижение сахара в крови, белок в моче, анемию. В психическом статусе преобладает астено-

динамика. Наряду с этим сохраняется аноректическое поведение и стремление к дальнейшему похуданию. На этом этапе возможен летальный исход в связи с заболеваниями (пневмония, сепсис, обострение туберкулеза, отек легких и т. д.).

Четвертый этап – редукция нервной анорексии. Его продолжительность в среднем 1 – 2 года. Нарастание массы тела и нормализация соматического состояния на этом этапе сопровождаются возобновлением дисморфофобических переживаний и попытками вновь ограничивать прием пищи, однако полного отказа от еды обычно не бывает.

С.н.а. в структуре отдельных болезней. Наблюдается при психогенных заболеваниях (неврозах, реактивных состояниях, патологических развитиях личности), шизофрении (малопрогрессирующей или в начальных стадиях других форм). Некоторые авторы выделяют нервную анорексию как самостоятельную клинко-нозологическую форму.

2.3. Негативные психопатологические синдромы

Негативные (дефицитарные) синдромы соответствуют выпадению тех или иных психических процессов. Они включают широкий круг частично обратимых или стойких состояний – от истощаемости психической деятельности до выраженного психического маразма.

2.3.1. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ. Приводятся по мере их нарастания, углубления.

Истощаемость психической деятельности – наиболее легкая форма негативных расстройств. Повышенная психическая истощаемость сочетается с замедленным восстановлением сил, признаками раздражительной слабости, гиперестезией. Иногда глубина и стойкость психической истощаемости не соответствуют сравнительно небольшой умственной или физической нагрузке. Более тяжелые негативные расстройства – субъективно ощущаемые больными изменения склада своей личности, но эти изменения объективно не обнаруживаются. При углублении негативных расстройств возникают и объективно констатируемые изменения личности. В одних случаях это гипертрофия черт, свойственных личности, чаще всего заострения психопатических черт, в других – изменяется темперамент, весь склад личности с появлением несвойственных ей прежде психастенических, истерических, ипохондрических, параноических сторон.

Дисгармония личности переменчива.

1. Нажитая шизоидизация – оторванность от окружающего, эгоцентризм, рефлексия, интравертированность, парадоксальность эмоциональных реакций и поведения; обеднение эмоциональности, сочетающееся с хрупкостью чувств («дерево и стекло»), утрата эмоционального резонанса, невозможность адекватной реакции на события; схематичность мышления, его отрыв от реальности; однообразие поведения, парадоксальная педантичность, отсутствие гибкости, падение активности и пассивная подчиняемость. Иногда имеется парадоксальное сочетание бездеятельности и пассивности с незаурядными достижениями в каких-либо областях благодаря своеобразию и оригинальности мышления и идей.

2. Постоянное чувство недовольства окружающим, раздражительность, чрезмерная истощаемость; беспричинно подавленное настроение; снижение продуктивности мышления; легкость и поверхностность в суждениях, эгоцентризм, сужение круга интересов. Незначительные жизненные затруднения вызывают у больных затяжные состояния растерянности, беспомощности.

3. Психопатоподобные изменения личности могут клинически проявляться также стойким повышенным настроением с эйфорией, беспечностью, бездеятельностью, чрезмерной, часто неуместной и не соответствующей ситуации общительностью, фамильярностью, утратой чувства дистанции.

Падение психического энергетического потенциала – свидетельство более глубокого изменения личности, выражающегося редуцией психической активности, продуктивности, невозможностью активно пользоваться имеющимся объемом знаний.

Снижение уровня личности – следующий этап развития негативных изменений. Обычно оно выражается в стойком падении активности и работоспособности, в резком сужении круга интересов, побледнении черт, присущих индивидуальности, повышенной утомляемости, раздражительной слабости, нерезко выраженных дисмнестических расстройствах. Дальнейшее углубление изменения личности приводит к ее регрессу.

Регресс личности – более тяжелая степень изменений личности. Имеет различные клинические формы. В одних случаях отмечаются взрывчатость, брутальность, аффективная лабильность, резкое снижение адаптации, кверулянтские тенденции; в других – на первый план выступает эйфория с беспечностью, благодушием, бестолковость, отсутствие критики, невозможность осмысления простых вещей, расторможение влече-

ний. Регресс поведения может проявляться аспонтанностью, резким сужением круга и утратой прежних интересов, полным безразличием к окружающему.

2.3.2. АМНЕСТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. Расстройства памяти свидетельствуют о глубоких изменениях личности (более глубоких, чем описанные выше) и вместе с тем представляют собой очерченный синдром с многообразными и характерными проявлениями.

Прогрессирующая амнезия – закономерный и последовательный распад памяти от утраты приобретенных в последнее время новых знаний к потере старого опыта и накопленных знаний. Дольше всего сохраняются воспоминания раннего детства, а также наиболее организованные и автоматизированные знания (закон Рибо).

Конфабуляция – ложные воспоминания при расстройствах памяти, нередко сопровождающие прогрессирующую амнезию: действительные события амнезируются, а пробелы восполняются вымыслами.

Фиксационная амнезия – расстройства запоминания, амнестическая дезориентировка – больные не находят дом, квартиру, свою комнату, не узнают знакомых, родственников, а в дальнейшем и тех, с кем живут вместе многие годы, иногда принимая их за давно умерших родных. Затем расстраивается память и на события прошлого. Больные забывают возраст, имена ближайших родственников, в том числе детей и т.д. В дальнейшем развиваются явления амнестической афазии.

2.3.3. ПАРЦИАЛЬНОЕ (ДИСМНЕСТИЧЕСКОЕ) СЛАБОУМИЕ (деменция) – сохранность навыков поведения, личностных установок (т.е. ядра личности), затрудненность и замедленность психических процессов, речи, моторики. Больным свойственны эмоциональное недержание, слезливость, беспомощность. Расстройство критики не выражено.

2.3.4. КОРСАКОВСКИЙ (АМНЕСТИЧЕСКИЙ) СИНДРОМ – состояние, в котором преобладает расстройство памяти на события настоящего при ее сохранности на события прошлого. Характерны конфабуляций и астенические расстройства. Больные не ориентированы в месте, времени, не запоминают окружающих лиц, не находят свою палату, постель, не знают, ели они или нет, что ели, не способны запомнить только что услышанное и увиденное. Однако больные удерживают в памяти все, что происходило до начала болезни, правильно называют даты, имена, сохраняют весь запас приобретенных знаний. Нередко возникают конфабуляций, как правило, обедненного содержания. Наплыв конфабуляций может привести к конфа-

буляторной спутанности. Больные обычно малоподвижны, вялы, у них наблюдаются астенические расстройства в виде повышенной утомляемости, истощаемости, раздражительной слабости, иногда бывает аффективная лабильность или эйфория.

2.3.5. ПАРАЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – тотальное слабоумие, проявляющееся эйфорией, благодушием, резким снижением критики, дисмнестическими расстройствами, бредом величия и богатства, а также нивелировкой черт личности. Бредовые идеи величия и богатства нестойкие, нелепые, гротескные. Больные называют себя президентами, императорами, командующими армиями, говорят о несметных богатствах, находящихся в их руках, об огромных суммах, накопленных ими, и т. д. Они одеваются ярко, нелепо, украшают свой костюм самодельными орденами и знаками отличия. Чувство такта утрачено, поведение, как правило, не адекватно ситуации, осмысление которой недоступно. Больные склонны к легкомысленным, нелепым поступкам, двусмысленным плоским шуткам. Наблюдаются речевые нарушения в виде дизартрии, замедленной или, наоборот, торопливой, смазанной и невнятной речи, расстройства сна.

2.3.6. ПСЕВДОПАРАЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ имеет клиническую картину, сходную с паралитическим синдромом, но другую этиологию.

Тотальное (диффузное, глобальное) слабоумие – один из наиболее глубоких видов негативных расстройств, проявляющихся резким снижением критики, эйфорией, дисмнестическими расстройствами, нивелировкой индивидуальных черт личности. Поведение больных не адекватно ситуации, осмысление, оценка, анализ происходящего невозможны. Больные склонны к легкомысленным, нелепым поступкам, плоскому юмору.

Распад личности (маразм) – глубокое слабоумие с утратой контакта с окружающей средой, полным исчезновением интересов. Сохраняются пищевой и половой инстинкты. Первый проявляется прожорливостью, неспособностью отличить съедобное от несъедобного, второй – сексуальной расторможенностью, онанизмом, попытками вступить в половое сношение с несовершеннолетними и т.д. Отмечаются общее тяжелое физическое истощение, трофические нарушения кожных покровов, дистрофия внутренних органов, повышенная ломкость костей.

2.4. Детско-подростковые негативные психопатологические синдромы

2.4.1. СИНДРОМ ТОТАЛЬНОЙ РЕТАРДАЦИИ (общего психического недоразвития) – врожденное слабоумие, олигофреническое слабоумие, умственная отсталость.

В основе синдромов данной группы лежит психический дизонтогенез с недоразвитием всех сторон психики, в котором ведущая роль принадлежит недоразвитию познавательных, когнитивных способностей. Проявляется слабостью абстрактного мышления в виде недостаточной способности к обобщению, пониманию причинно-следственных отношений, ситуационного типа мышления.

Основные критерии: интеллектуальная недостаточность и слабость адаптивного (т.е. приспособительного) поведения. Недостаточность интеллектуальной деятельности при олигофреническом слабоумии сказывается на всех психических процессах:

1. Познавательные процессы. В о с п р и я т и е замедлено и сужено, нарушено установление сходства и различий воспринимаемых объектов, недостаточна избирательность восприятия объектов и явлений. В н и м а н и е – затруднена фиксация, легкость рассеивания. П а м я т ь – отмечается замедление и непрочность запоминания, низкий уровень логической памяти. Р е ч ь с неточным и недостаточно обобщенным использованием слов, обилием штампов, неразвернутыми фразами, аграмматизмами и дефектами произношения. Словарный запас бедный.

2. Эмоциональная сфера и волевая деятельность. Слабость, недоразвитие высших эмоций (интеллектуальные, эстетические, нравственные эмоции и интересы). В волевой сфере недостаточность «направляющей силы ума» проявляется в отсутствии устойчивой мотивации поведения, в большей ее зависимости от внешней обстановки, случайных воздействий среды, а также в выраженной зависимости мотивов поведения от недостаточно подавляемых элементарных инстинктивных потребностей и влечений.

3. Психомоторика. Недоразвитие проявляется в запаздывании развития статических и кинетических функций, в недостаточной продуктивности, целесообразности и координированности движений, их угловатости, отсутствии плавности. Особенно страдают тонкая ручная моторика, а также мимика и пантомимика. Достаточно развиты эволюционно более древ-

ние природно-психические компоненты личности: темперамент, потребности, связанные с инстинктами, низшая аффективность.

Возрастные особенности С.т.р. На первом году жизни отстает развитие психомоторики, отмечается замедленное и искаженное становление зрительных и слуховых условных рефлексов, недостаточность эмоционально-волевых реакций, выражающаяся в неполноценности «комплекса оживления», запаздывании появления эмоциональных реакций на окружающее (лицо матери, яркие и звучащие игрушки и т. п.), преобладании вялости, сонливости.

На 2-м и 3-м году недостаточность познавательной деятельности выступает в особенностях поведения, игровой деятельности, а также в отставании развития речи (запаздывание первых слов, отсутствие фразовой речи, значительные дефекты произношения). Затруднено освоение навыков самообслуживания. Отсутствует или слабо выражен познавательный интерес к окружающему, свойственный здоровым детям. Игра выглядит как бессодержательное однообразное манипулирование с предметами. Контакт со сверстниками эпизодичный, нестойкий.

В дошкольном возрасте нет дифференцированного интереса к интеллектуальным формам игровой деятельности, игры обычно целенаправленные, подражательные. Слабо дифференцированы или отсутствуют высшие эмоции (сочувствие, сострадание, дифференцированное чувство привязанности и т.п.). Недостаточен для возраста запас сведений и умений, бедна и часто аграмматична фразовая речь.

У детей школьного возраста на передний план выступает недостаточность абстрактного мышления. Обычно мышление конкретно-ситуационное, со слабостью или невозможностью обобщения, неспособностью выделения существенных признаков предметов и явлений. Интеллектуальная недостаточность отчетливо выявляется в процессе обучения: дети с умственной отсталостью с трудом осваивают счетные операции, механически, не понимая смысла, заучивают правила, не могут отделить главное от второстепенного, понять идею прочитанного рассказа. При глубокой умственной отсталости усвоение отвлеченных знаний и школьное обучение могут оказаться невозможными.

У старших подростков наряду с недостаточностью абстрактного мышления становится более заметной незрелость личности, которая выражается в некритичности, повышенной внушаемости, неспособности самостоятельно принять правильное решение в сложных житейских

ситуациях, низком уровне притязаний, выраженной зависимости поведения от внешней ситуации, а также собственных аффектов и влечений, импульсивности поступков.

Варианты синдрома (IQ по шкале Стенфорда – Бинэ).

Дебильность – легкая умственная отсталость (IQ = 50 - 70), характеризуется у детей школьного возраста и подростков достаточным развитием обиходной речи, способностью к усвоению специальных учебных программ, основанных преимущественно на конкретно-наглядных методиках и более медленном обучении. Дети могут овладеть несложными трудовыми и профессиональными навыками. При Д. отмечается относительная адекватность и самостоятельность поведения в привычной обстановке, удовлетворительная социальная адаптация в условиях, не предъявляющих новых и усложняющихся требований к личности.

Имбецильность – средняя степень умственной отсталости (IQ = 20 – 49) с выраженной конкретностью и ситуационным характером мышления, неспособностью к образованию отвлеченных понятий, недостаточным развитием речи с аграмматизмами и косноязычием, общей моторной недостаточностью. Имбецилы не могут обучаться по программам вспомогательных школ. Вместе с тем им доступны навыки самообслуживания, а нередко и элементарные трудовые навыки. Темп психического развития резко замедлен. Имбецильность подразделяется на умеренную и тяжелую. У детей с тяжелой имбецильностью слабо развита речь, они могут приобретать только навыки самообслуживания, но не трудовые навыки.

Идиотия – глубокая умственная отсталость (IQ менее 20). Мышление и речь почти не развиты, восприятия слабо дифференцированы, реакции на окружающее резко снижены и часто неадекватны, эмоции ограничены чувствами удовольствия и недовольства, любая осмысленная деятельность, в том числе навыки самообслуживания, недоступна, дети неопрятны вследствие недержания мочи и кала. Грубо недоразвиты статические и локомоторные функции, в связи с чем многие дети не умеют самостоятельно стоять и ходить. В одних случаях они вялые, малоподвижные, в других – склонны к однообразному двигательному возбуждению со стереотипными примитивными движениями (раскачивания туловища, взмахи рук, хлопанье в ладоши). У некоторых эпизодически возникают немотивированные агрессия и аутоагрессия (могут внезапно ударить, укусить, царапать себя, наносить себе удары и т.п.). Относительно часто встречаются повышенные

и извращенные влечения – дети упорно онанируют, поедают нечистоты. Жизнь таких больных проходит на инстинктивном уровне.

Атипичное олигофреническое слабоумие описано при недоразвитии отдельных систем головного мозга, при детских церебральных параличах, эндокринопатиях, гидроцефалии. Значительная атипичность олигофренического слабоумия наблюдается и при ряде метаболических олигофрений, в частности при фенилкетонурии.

Ребенок с А.о.с. при недостаточности лобных систем отличается вялостью, пассивностью, автоматической подчиняемостью, грубым нарушением целенаправленности действий, разрывом между внешней и смысловой сторонами речи (не понимает смысла своих высказываний, не может выполнить словесного задания).

Астеническая олигофрения сопровождается сочетанием неглубокого интеллектуального недоразвития с выраженными нарушениями школьных навыков (чтения, письма, счета), а также недостаточностью последовательных действий, пространственной ориентировки и тонкой моторики.

Атонической олигофрении наряду с интеллектуальной недостаточностью разной глубины свойственны вялость, аспонтанность, бедность и невыразительность эмоций, сниженная потребность в контакте с окружающими, слабость инстинктов (оборонительного и пищевого), выраженная недостаточность активного внимания с преобладанием пассивного (апрозексия), своеобразная вычурность мышления, склонность к рассуждательству, чудаковатость, т.е. шизофреноподобные проявления. У части больных отмечаются нецеленаправленная двигательная расторможенность и суетливость, элементы «полевого поведения». Встречаются больные с эйфорическим фоном настроения, дурашливостью, болтливостью и развязностью.

Дисфорическая олигофрения. Для нее характерны немотивированные колебания настроения, раздражительность, озлобленность, склонность к аффективным разрядам гнева с агрессивными и разрушительными действиями, выраженная двигательная расторможенность.

С.т.р. в структуре отдельных болезней. *Олигофрения при детских церебральных параличах.* Интеллектуальная недостаточность при них отличается диссоциацией между относительно неглубоким дефектом мышления и выраженным недоразвитием ряда высших корковых функций – пространственного анализа и синтеза, праксиса, счетных операций. Следствием этого является нарушение выработки школьных навыков счета и письма. Кроме того, отмечаются вялость, адинамия, инертность психиче-

ских процессов и в то же время психическая импульсивность. Бывают выраженные расстройства памяти, особенно зрительной и тактильной, а также нарушения активного внимания (трудность привлечения, затрудненная переключаемость, низкая активность). Атипичия интеллектуальной недостаточности усиливается такими признаками личностной незрелости, как повышенная заторможенность в новой, незнакомой обстановке, пугливость, не соответствующая возрасту детскость поведения.

О. при эндокринопатиях. При олигофрении у больных эндемическим и спорадическим кретинизмом, а также врожденной микседемой отмечаются резкое замедление всех психических процессов: брадифрения, заторможенность психомоторики, слабость побуждений, позднее развитие сексуального влечения. У таких детей бывают аффективные вспышки, беспричинные колебания настроения на фоне преобладающего благодушия.

О. при гидроцефалии. Развитие речи опережает становление мышления. Больные обладают большим запасом слов, пользуются речевыми штампами и сложными оборотами, смысла которых часто не понимают. Отмечается склонность к своеобразному «рассуждательству». Нередко обнаруживаются хорошая механическая память, избирательная способность к счетным операциям, хороший музыкальный слух. Преобладает эйфорическое настроение с немотивированными колебаниями, эпизодами раздражительности, вспышками аффекта.

О. при фенилкетонурии. Глубокая интеллектуальная недостаточность (выраженная дебильность, имбецильность) при этой форме часто сочетается с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями (однообразие и невыразительность эмоций, слабость побуждений, малая потребность в контактах с окружающими, в том числе близкими, безразличие). Нередко возникают эпизоды возбуждения с импульсивностью, стереотипными вычурными движениями, манерностью, гримасами, эхопраксией и эхоталией. Возбуждение иногда чередуется со ступором, сопровождающимся у детей старшего возраста явлениями каталепсии.

2.4.2. СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ИНФАНТИЛИЗМА. Термином «инфантилизм» обозначается психическая незрелость разных сфер деятельности ребенка при выраженном преобладании эмоционально-волевой незрелости. При тотальном И. эмоционально-волевая незрелость сочетается с относительно равномерной незрелостью всех психических сфер; при парциальном И. это сочетание касается одной или нескольких сфер психи-

ческой деятельности. В нерезко выраженной степени инфантилизм встречается у 10 % детей и подростков.

Типы инфантилизма. Психофизический И. (простой, гармоничский, неосложненный). Психическая незрелость сочетается с физической. Характерно грацильное телосложение, небольшой рост, мелкие черты и не по возрасту детское выражение лица в пубертате. Эмоционально-волевая незрелость проявляется в чрезмерной эмоциональной лабильности, капризности или, наоборот, повышенной внушаемости, преобладании в деятельности мотива получения удовольствия, иногда повышенной привязанности к матери. Детям свойственна живость воображения, фантазия. Интеллектуальная деятельность зависит от влияния эмоций, слабо развиты собственно интеллектуальные интересы, вплоть до среднего и старшего подросткового возраста доминирует интерес к играм. Среди особенностей мышления выделяют выраженное преобладание конкретно-действенного и наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим; отмечают слабость логической памяти, повышенную неустойчивость и пресыщаемость активного внимания. Дети обычно испытывают трудности в организации своей деятельности, подчинении ее регламентирующим требованиям, в связи с чем в начале школьного обучения может выявляться феномен «школьной незрелости». Однако собственно интеллектуальная недостаточность при психофизическом И. неглубока и у большинства детей имеет вторичный характер, определяясь отставанием развития компонентов формирующейся личности. С возрастом проявления психического и физического И. могут сглаживаться, иногда вплоть до полного исчезновения. В ряде случаев черты И. сохраняются и у взрослых (не соответствующие возрасту интересы и поведение, недостаток чувства ответственности и т.п.).

И. на фоне нормального или акселерированного физического развития. Этот тип И. диагностируется в среднем и старшем подростковом возрасте. При нормальном или акселерированном физическом развитии поведение и интересы не соответствуют возрасту. Задерживается становление чувства долга, ответственности, умения согласовывать свои желания с обстановкой и т.п. Динамика состояния может быть положительной, однако в ряде случаев проявления И. бывают стойкими на протяжении всей жизни.

Осложненный И. В его клинической картине наряду с чертами детскости, незрелости психики наблюдаются и проявления патологии. В этой группе выделяют в первую очередь органический, соматогенный и эндокринопатический И.

Органический И. Возникает как следствие негрубого органического поражения головного мозга в результате мозговых инфекций и травм. Признаки эмоционально-волевой незрелости в этом случае имеют «органическую окрашенность». Дети не столько не по возрасту живы и непосредственны, сколько расторможены и эйфоричны. Их игра более бедна, однообразна, чем у сверстников, ей недостает воображения и фантазии. Интеллектуальная деятельность слабо мотивируется, характеризуется инертностью, тугоподвижностью мышления, плохой переключаемостью, отмечается плохая память, рассеянность. Часть детей с органическим И. нуждаются в специальных формах обучения.

Соматогенный И. Наблюдается у детей и подростков, которые в силу какого-либо заболевания были надолго прикованы к постели или крайне ограничены в двигательной активности и общении. Черты С.и. касаются более всего навыков и умений, что формирует беспомощность, зависимость от старших, тяготение к обществу малышей. В плане физического развития отмечается отставание развития костно-мышечной системы и моторики при удовлетворительном, а иногда и ускоренном половом созревании.

Эндокринопатический И. (дисгармонический И.). Наиболее распространенные формы связаны с нарушением или недостаточностью функций половых желез и гипофиза. Конституциональный гипогенитализм проявляется запаздыванием развития вторичных половых признаков и недостаточным развитием гениталий, слабым развитием костно-мышечной системы, нередко при высоком росте или склонности к полноте. Симптомы эмоционально-волевой незрелости сочетаются при этой форме И. с робостью, нерешительностью, осторожностью, повышенной привязанностью к родителям, медлительностью и неуклюжестью. Дети тяжело переживают свой недостаток и избегают всех ситуаций, где их сексуальное недоразвитие может привлечь внимание сверстников. К 18 - 19 годам обычно наблюдается положительная динамика как физического (полового), так и психического развития.

Гипофизарный И. (субнанизм) относительно редок. Характерные инфантильные черты психики обнаруживаются рано, причем типично их сочетание с обстоятельностью, стремлением к опеке и поучению малышей, некими чертами старообразности в физическом и психическом облике. Не по-детски серьезное выражение лица сочетается с маленьким ростом и недоразвитием гениталий. Состояние отличается относительной стационарностью.

От И. следует отличать инфантилизацию личности, связываемую с особенностями воспитания – прежде всего, потворствующей гиперпротекцией, воспитанием по типу «кумир семьи».

2.4.3. НЕВРОПАТИЯ – этим термином обозначают врожденные или приобретенные в раннем постнатальном онтогенезе патологические состояния, которые характеризуются незрелостью вегетативной регуляции. Это проявляется, с одной стороны, в разнообразных соматовегетативных расстройствах, а с другой – в повышенной нервно-психической возбудимости и в то же время истощаемости.

Характерные признаки Н. обнаруживаются уже в первые месяцы жизни. Ребенок проявляет двигательное беспокойство, плаксивость, капризность, у него отмечаются нарушения сна с пробуждениями, вскрикиваниями, кошмарными сновидениями. Почти все такие дети склонны к функциональным расстройствам желудочно-кишечного аппарата: спазмам, срыгиваниям, рвоте, поносам, запорам, частым мигрирующим диффузным болям в животе.

В дошкольном возрасте наблюдаются нарушение аппетита вплоть до анорексии, избирательность в еде, предпочтение жидкой пище, склонность к поеданию мела, угля, извести.

В школьном возрасте преобладают функциональные сосудистые нарушения, у некоторых они являются ведущими. Обычно это бледные дети, но с острыми, резкими колебаниями сосудистого тонуса, при малейшем волнении возникают красные пятна на лице. Отмечается также склонность к обморокам. В двигательной сфере имеют место беспокойство, суетливость, склонность к лишним движениям (гиперкинезам, тикам). Нередко бывает ночное недержание мочи. Частый симптом невропатии – склонность к заиканию. Отмечается также повышенная сексуальность. Дети повышено чувствительны к неожиданным вспышкам света, громким звукам, окрикам, к колебаниям погоды. Характерны расстройства сна, головные боли, головокружения, непереносимость езды в транспорте.

Как правило, отмечается вегетативная дистония: резкие колебания пульса и АД при перемене положения тела, склонность к ортостатическому коллапсу.

Наряду с соматовегетативными проявлениями наблюдаются такие особенности психики, как раздражительная слабость, повышенная впечатлительность, легкая возбудимость и быстрая утомляемость, истощаемость. В зависимости от преобладания тормозимости или возбудимости различа-

ют два варианта Н. При преобладании истощаемости, неспособности к длительному психическому усилию, невыносимости к любым раздражителям дети отличаются робостью, неуверенностью в себе, трудностью быстрого принятия решений, приспособления к новым и меняющимся ситуациям. Легкая ранимость приводит к частым столкновениям с окружающими, неуспех переживается тяжело. Они стремятся к контактам, легко привязываются, ищут в людях опору. Этот вариант встречается чаще.

При преобладании повышенной возбудимости и раздражительной слабости дети отличаются вспыльчивостью, гневливостью, однако аффект не бывает стойким, быстро спадает. Аффективные вспышки обычно кончаются истощением.

Школьная успеваемость у невропатических детей крайне неровная, успехи чередуются с неудачами.

Легко возникающие у невропатов психогенные расстройства носят чаще всего характер невротических реакций с вегетативно-соматическими или двигательными расстройствами. В ясельном возрасте это чаще всего нервная диспепсия, расстройства сна, анорексия. После 2 лет нередки невротические страхи, боязнь темноты, одиночества, мелких животных. В дошкольном возрасте невротические реакции разнообразнее. Кроме описанных синдромов, легко возникают заикание, мутизм, энурез, тики.

Факт поступления в школу для таких детей может играть роль психогенной травмы, возникают энурез, рвота, страхи, бессонница.

По мере приближения к пубертату (к 12 годам) невротические реакции становятся сложнее и разнообразнее. Усиливаются личностные компоненты невротического реагирования (неуверенность в себе, заниженная самооценка, боязнь не справиться с заданием, повышенный драматизм при переживании неуспеха, возникновение различных невротических реакций).

В период пубертатного криза при психогенных воздействиях нередко присоединяются ипохондрические симптомы (страх за жизнь и здоровье, многочисленные соматические жалобы, фиксация на них, появление навязчивых страхов – фобий – и таких личностных особенностей, как тревожная мнительность).

Невротические реакции на невропатической почве легко принимают затяжной характер и трансформируются в развернутые формы неврозов и невротические развития личности.

2.4.4. СИНДРОМ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА (СИНДРОМ КАННЕРА) характеризуется недостаточностью общения, формирующейся на основе первичных структурных нарушений и/или неравномерности развития предпосылок общения и вторичной «достаточности», или утраты регулятивного влияния общения на формирование личности. При проявлении болезненных черт с первых лет жизни диагноз Р.д.а. сохраняется в любом возрасте.

Для синдрома Каннера (Р.д.а.) характерно сочетание следующих основных симптомов:

- 1) невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни;
- 2) крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием средовых раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными;
- 3) недостаточность коммуникативного использования речи;
- 4) отсутствие или недостаточность зрительного контакта;
- 5) страх изменений в окружающей обстановке («феномен тождества» по Каннеру);
- 6) непосредственные и отставленные эхолалии («граммофонная или попугайная речь», по Каннеру);
- 7) задержка развития «я»;
- 8) стереотипные игры с неигровыми предметами;
- 9) клиническое проявление симптоматики не позднее 2 - 3 лет.

При использовании этих критериев важно: а) не расширять их содержание (например, различать неспособность к установлению контакта с другими людьми и активное избегание контакта); б) строить диагностику на синдромологическом уровне, а не на основе формальной фиксации наличия тех или иных симптомов; в) учитывать наличие или отсутствие процессуальной динамики выявляемых симптомов; г) принимать во внимание, что неспособность к установлению контакта с другими людьми создает условия для социальной депривации, ведущей, в свою очередь, к появлению в клинической картине симптомов вторичных задержек развития и компенсаторных образований.

Клиническая картина Р.д.а. характеризуется самоизоляцией с неспособностью к установлению контакта с окружающими, отсутствием поведенческой ориентировки на людей, неспособностью к отличию их от неодушевленных предметов. Аутичный ребенок относится к людям как к вещам, ходит мимо людей, смотрит сквозь людей, не реагирует на обраще-

ние и обычно ведет себя с людьми как с неодушевленными носителями отдельных интересующих его свойств, что может вводить в заблуждение родителей, приписывающих его внимание себе. Казалось бы, не замечающий ничего вокруг ребенок может отреагировать бурным и непонятным для родителей возбуждением в ответ на незначительные изменения в обстановке («феномен тождества») или спустя дни и недели дословно повторить то, чего он как будто не слышал. Отсутствие взгляда в лицо создает трудное и для родителей, и для врача переживание отстраненности, отчуждения, приводящее к попыткам активно стимулировать зрительный контакт; результатом чаще всего становится полное прекращение контакта. Физический контакт носит неуклюжий и манипулятивный характер, производя впечатление агрессии: ребенок может наступить на голову другому ребенку или обнять за голову так, что тот не может дышать. Речь в коммуникативных целях не используется или используется крайне ограниченно. Речевая продукция спонтанна, ограничивается эхоталиями и/или внеситуативным и стереотипным воспроизведением когда-то слышанного (оставленные эхоталии). В более мягких случаях проявляется несоответствие грамматически и синтаксически правильной и сложной речи с неспособностью к диалогу. Своеобразные, монотонно-стереотипные, «застывшие» и бедные интонирование и модулирование речи усиливают впечатление неконтактности. При хорошем развитии речи ребенок часто использует метафорические высказывания, необычные языковые стратегии. Даже к 5 – 6 годам большинство детей называют себя по имени или во втором или третьем лице, не используя слово «я», которое произносят в эхоталической речи. Отсутствуют или появляются с большим опозданием речевые и пантомимические обозначения согласия-несогласия.

Аутичный ребенок не участвует в детских играх. В своей одинокой игре не обнаруживает характерных для здоровых детей коммуникативных тенденций, чаще всего это механические манипуляции с неигровыми или реже игровыми предметами, стереотипная двигательная активность, овладевающее пристрастие к играм с неструктурированным материалом – песком, водой. Такова картина Р.д.а. в наиболее тяжелых случаях.

«Феномен тождества» – стремление поддерживать и сохранять неизменность окружающей обстановки с бурными протестами при малозначимых с позиции обыденного восприятия изменениях – является предельным выражением страха новизны в целом, выражающегося в крайне трудном принятии любых (в еде, одежде, обстановке, маршрутах прогулок и т. д.)

изменений. К этому примыкает непереносимость взгляда в глаза – человеческое лицо оказывается для аутичного ребенка до болезненности избыточно изменчивым.

Асинхрония и неравномерность присущи не только интеллектуальному развитию, но и развитию психики и поведения в целом, проявляясь практически на всех уровнях функционирования – от соматовегетативного до социального. Ребенок преодолевает ряд принципиально последовательных этапов в развитии отношений с окружающим миром: отношения с предметным миром; последовательное выделение людей из мира предметов (мать – другие взрослые – старшие дети – младшие дети – сверстники) и соответствующее расширение круга общения с формированием отношения к другому человеку как субъекту; наконец, идентификация себя в качестве субъекта общения (появление слова «я»), личности. Последние два этапа и при благоприятной динамике редко оказываются полностью завершенными, глубокое и дифференцированное восприятие субъектности другого/других остается малодоступным для большинства аутичных детей, а осознавая себя уже как субъекта общения, аутичный ребенок всегда испытывает трудности соотношения собственных субъектности и объектности.

2.4.5. СИНДРОМ АСПЕРГЕРА относят к конституциональной патологии характера аутистического типа. Состояние, как и при раннем детском аутизме, определяют коммуникативные нарушения, недоучет реальности, ограниченный и своеобразный, стереотипный круг интересов, отличающие таких детей от сверстников. Поведение определяют импульсивность, контрастные аффекты, желания, представления; нередко поведению недостает внутренней логики. У некоторых детей рано обнаруживается способность к необычному, нестандартному пониманию себя и окружающих. Логическое мышление сохранено или даже хорошо развито, но знания трудно репродуцируются и крайне неравномерны. Активное и пассивное внимание неустойчиво, однако отдельные аутистические цели достигаются с большой энергией. В отличие от других случаев аутизма нет существенной задержки в речевом и когнитивном развитии.

Во внешнем виде бросается в глаза отрешенное выражение лица, что придает ему красоту, мимика застывшая, взгляд обращен в пустоту, фиксация на лицах мимолетная. Выразительных мимических движений мало, жестикация обеднена. Иногда выражение лица сосредоточенно-самоуглубленное, взгляд направлен внутрь себя. Моторика угловатая, движения неритмичные, с тенденцией к стереотипиям. Коммуникативные

функции речи ослаблены, а сама она необычно модулирована, своеобразна по мелодике, ритму и темпу, голос звучит то тихо, то режет слух и в целом речь нередко похожа на декламацию. Отмечаются тенденция к словотворчеству, иногда сохраняющаяся и после пубертата, неспособность к автоматизации навыков и их реализации вовне, влечение к аутистическим играм. Характерна привязанность к дому, а не к близким.

2.4.6. ГЕБОИДНЫЙ СИНДРОМ (от греч. hebe – юность) – симптомокомплекс, характеризующийся болезненным заострением и искажением эмоционально-волевых особенностей личности, свойственных пубертатному возрасту (преимущественно его первой фазе).

Основными психопатологическими компонентами Г.с. являются выраженное расторможение и часто извращение примитивных влечений, особенно сексуального; утрата или ослабление высших нравственных установок (понятий добра и зла, дозволенного и недозволенного и т.д.) со склонностью в связи с этим к асоциальным и антисоциальным поступкам; своеобразное эмоциональное притупление с отсутствием или снижением таких высших эмоций, как чувство жалости, сочувствие, сострадание; повышенная аффективная возбудимость со склонностью к агрессии; выраженный эгоцентризм со стремлением к удовлетворению низших потребностей, нелепый критицизм с особой оппозиционностью к общепринятым взглядам и нормам поведения; утрата интереса к любой продуктивной деятельности, прежде всего к учебе.

Г.с. обычно впервые обнаруживается в пубертатном периоде. Он возникает при дисгармонически протекающем пубертате, особенно в случаях ускоренного полового созревания. На первый план выступает патология влечений в виде их усиления и извращения.

Постепенно к расстройствам элементарных влечений и инстинктов присоединяются более сложные, социализированные формы нарушений влечений в виде бродяжничества, контактов с асоциальными лицами, воровства, употребления алкоголя и наркотиков. Асоциальному поведению наряду с патологией влечений способствуют снижение нравственных установок, эмоциональное притупление, а также утрата интереса к познавательной, продуктивной деятельности, отказ от учебы и работы.

Подростки становятся грубыми, конфликтными, тянутся ко всему отрицательному, подражают плохим примерам, всем своим поведением как бы бросают вызов обществу и его нормам. Нередко им свойственны

подчеркнутая эксцентричность и вычурность в поведении и одежде, стремление подражать хиппи, бродягам.

Часто такие подростки бросают учебу, бродяжничают, без какой-либо определенной цели уезжают в другие города, примыкают к группам асоциальных подростков и взрослых и становятся на путь правонарушений.

В первой фазе пубертатного возраста (у младших подростков) Г.с. может сочетаться с патологическим фантазированием, как правило, садистского содержания. У старших подростков к гебоидным расстройствам поведения могут присоединяться сверхценные односторонние увлечения, элементы метафизической интоксикации в виде непродуктивных занятий отвлеченными проблемами (реформы общественного устройства, образования, военной службы, усовершенствования в системе карательных мер и т. п.), в которых нередко также видна садистическая направленность.

При отсутствии устойчивого асоциального и делинквентного поведения исход Г.с. благоприятный, не оставляющий дефекта в эмоционально-волевой сфере.

Г.с. в структуре отдельных болезней. Наблюдается при шизофрении (в инициальном периоде разных форм с манифестом в пубертате, при приступообразно-прогредиентной, параноидной, злокачественной формах), психопатиях и психопатоподобных состояниях в результате мозговых инфекций и травм.

Глава 3. ЭТНОПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Этнопсихопатологические синдромы – такие проявления, которые тесно связаны с этнической психологией и онтологией, фиксируемые в культуре как общепринятое и допустимое, то есть включенное в этнические нормы поведения.

Особенности этнопсихопатологических синдромов:

1. Любые психопатологические проявления имеют оттенки зависимости от этнической специфики.
2. Большинство Э.с. имеют высокую индуктивность, и в их основе чаще лежат функциональные механизмы.
3. Э.с. эволюционируют синхронно с культурой.
4. Э.с. являются синкретическими предшественниками, имеющими типологическое сходство с большими психозами.

АМОК-СИНДРОМ, описанный первоначально у мусульман Малайзии, Индонезии; в дальнейшем – в Австралии, Китае и Африке. В начале века подробно описан этнографами и антропологами, наблюдавшим А. в Малайзии, было отмечено его столь сильное распространение, что полицейские имели на вооружении специальные петли с колючей проволокой для ловли больных А.

Характеризуется внезапным возникновением панических состояний с изменением сознания по типу сумеречного и неконтролируемым стремлением двигаться в одном направлении, круша и ломая все, что стоит на пути, и убивая тех, кто мешает этому движению. Продолжается до тех пор, пока больного не остановят другие или он не упадет от бессилия. В психологической картине приступа отмечается регрессия поведения, когда на первый план всплывают инфантильные агрессивные реакции, проявляющиеся в виде автоматизмов. Впервые описан у малайцев, но распространен и среди жителей других тропических стран.

Высокая распространенность синдрома объяснялась тем, что поведение данного типа считалось установленным правом «катачи» (мести) при «винируа» (оскорблении), утрате близких или нанесенном ущербе. Синдром, по-видимому, встречается при эпилепсии, реактивных психозах и патологическом аффекте. В структуре синдрома выделено четыре основных симптома: 1) продромальная тоска, 2) гомоцидальные акции, 3) внезапное начало без видимой причины либо после стресса (оскорбления), 4) полная амнезия.

Чаще описывается у примитивных, сензитивных, аффективно-неустойчивых, нетерпящих возражений и оскорблений личностей. В период продромальной тоски, который может быть довольно продолжительным, наблюдается моторное беспокойство.

МИРРИРИ (от микронез. *mirriḡi* – вещь для уха). Близкий амоку синдром, описанный в Африке и Океании. М. обычно следует после обвинения в инцесте. Считается, что оскорбление идентифицируется адресатом с совершенным поступком, т.е. с самим инцестом. В момент оскорбления при М. он испытывает «*galama ngundaradja*» (пронзение копьем уха) – аффективное сужение сознания и даже своеобразное оглушение, сравнимое с ударом дубинкой по голове. Импульсивная агрессия при М. направлена не на оскорбителя, как часто, хотя и далеко не всегда, наблюдается при амоке, а на объявленную обвинением жертву инцеста, т.е. на родственника. В

этом смысле М. представляет собой классический вариант переадресованной агрессии.

ЛО'У (прыжок с пальмы). В Меланезии это суицидальная акция, возникающая импульсивно при публичном обвинении в скотоложестве. Наказание осуществляет сам обвиняемый после называния проступка. Ло'у – аутоагрессивная акция, протекающая на фоне суженного сознания. Типологически синдром схож с суицидами после любого общественного обвинения. Индивид забирается на высокое дерево и совершает самоубийство, либо длительное время находится на нем в ступорозном состоянии.

CORO-СИНДРОМ описывается и как Suk Yeong у китайцев Юго-Восточной Азии, в Индии и в Северной Америке у негров США. Встречается широко и характеризуется острыми ощущениями сморщивания, уменьшения и втягивания в живот полового члена или больших половых губ. Возникает острый страх смерти и снижение моторной активности. Больные всячески пытаются удержать половой член, фиксируют его ниткой или тряпкой. Дважды отмечалось эпидемия коро. Первая эпидемия отмечена в Сингапуре в 1967 году, вторая в Западной Бенгалии в 1982 году.

LATGH-СИНДРОМ наблюдается на территории Малайзии, Филиппин, Западной Сибири, Северной Америки, Африки. Характеризуется повышенной внушаемостью, склонностью к мимической имитации, распространением смеха и плача. Некоторые особенности данного поведения, по видимому, обусловлены интоксикацией каннабисом, но чаще описываются психогенные имитации. Схож с имитативным симптомом истерической икоты у коми-зырян, связанным с насылом порчи – «шеве», имеющим вид волоса, нитки или соринки (шеве-истерия).

Эпидемический характер могут носить истерические рвоты. Так, 2 июля 1980 года у 400 школьников Гонконга возникли общие идеи заражения газом, явления тревоги, ужас, рвоты, боли в животе (вокруг пупка), слабость, затруднение дыхания при отсутствии объективных признаков интоксикации. Симптомы исчезли при разобщении школьников.

ХИЛИАСТРИЧЕСКИЕ (МЕССИАНСКИЕ) СИНДРОМЫ. Группа расстройств, наблюдаемых у членов мессианских сект; могут индуктивно распространяться. Основой представлений членов сект является уверенность о близком пришествии и тысячелетнем царствии мессии. Больные считают себя новыми мессиями, призванными переустроить мир. Поведение мессианского типа с прошлого и до наших дней является источником религиозно-политических ересей.

Чаще Х.с. встречаются в форме острой параноидной реакции при исполнении ритуальных культов, а также при возникновении критических социальных ситуаций в рамках новых политических движений.

Одним из вариантов Х.с. является cargo-cult синдром (от англ. cargo – груз). Первоначально он наблюдался на островах Микронезии и Океании в форме быстрого распространения слухов о том, что белые люди скоро покинут их, а островитяне получат много товаров, которые к ним доставит белый пароход. Распространитель слухов – новый мессия – характеризовался: а) уверенностью в общении душ, доказательством которого он считал собственные обманы восприятия, – чаще симптом открытости мысли; б) престижными символами в мышлении больного становились женщины – отсюда стремление к покровительственному к ним отношению, гиперсексуальность, богатые подарки; повышался также престиж пищевых продуктов, избирательность диеты; возникала определенная иерархия в отношении к животным; в) индукция наблюдалась в пределах одной лингвистической группы; г) использовались неологизмы – чаще неологизм *cado*, возможно соответствующий *cados* (хвост, фаллос); д) отмечалась диффузная тревога.

Больной убежден в том, что является мессией, готовит учеников и последователей, изобретает новую мораль и кодексы нравов. Одевается необычно: в кричащие, вычурные одежды. В состоянии экзальтации уничтожает животных (чаще свиней), растрчивает деньги, отказывается от пищи. Состояния тревоги, ожидания чуда, стремления к немедленным действиям, направленным к достижению радости и счастья индуцируются окружающим.

По близким механизмам развивается практически любое новое религиозно-политическое движение, иногда направленное на решение вполне прогрессивных задач.

Близкими к Х.с. являются синдромы, при которых позиция мессии замещается престижной ролью предка, умершего члена рода, царевича. Такие синдромы наблюдаются при ритуалах вызывания духов предков и сопровождаются индуцирующей верой в скорое появление «незаконно убиенного» с богатыми дарами. Синдромы этого типа описаны на Новой Гвинее как эпидемическая патология под названием vailala madness. У индуктора наблюдались лишь отдельные мессианские суждения, в моторике были заметны тремор, застывание и тревога, движения его носили автоматический характер.

СЕВЕРНАЯ БОЛЕЗНЬ описывается в двух вариантах: 1. Как особый вариант депрессии с тенденцией к уходу и моторикой субступора. Протекает чаще зимой и описана у угро-финских народов. 2. Как эпидемическая северная болезнь, являющаяся вариантом Iatah, кликушества, описанная на русском Севере, в основном в Архангельской области, близкая к меряченью.

В 1970 году были изучены 146 больных с эпидемической вспышкой икоты. Больные считали, что имелись люди, которые «садят» икоту; заболели только женщины (встречено только двое мужчин преклонного возраста с икотой). Все больные были органично включены в традиционную, архаическую, культуру и отличались низким уровнем образования. Интерес представляют отвращение или пристрастие к некоторым запахам: неудовлетворение желания понюхать могло привести к приступу. Икота воспринималась больными как живое существо со своими пристрастиями, что приближает клинические проявления к одержимости. Была выделена немая, ревушая и говорящая икота. Причем немая икота соответствует невротическому уровню, а говорящая и ревушая сопровождаются истерическим изменением сознания, подчиняемостью, копролалией, эхолалией, эхопраксией. Издаваемые звуки очень разнообразны – от рева до плача, лепета, звуков подражания животным, стонов. При сборе вместе у икотниц возникает усиление симптомов, агрессия, направленная на предполагаемый источник икоты, т.е. на женщину, которая, возможно, «садит» икоту. Жертва нередко зверски уничтожается.

POSSESSION-СИНДРОМ (ОДЕРЖИМОСТЬ). В традиционных и архаических культурах О. жестко связана: 1) с тотемистическим обрядом и нередко тайным культом; 2) приемом различных алкогольсодержащих или наркотических веществ; 3) с обратимым «превращением» в культовое существо (есть культы длительной имитации тотемистического образа).

Элементы О. широко встречаются и в современной психопатологии. Хотя О. может усматриваться как эволюционный предшественник синдрома Кандинского – Клерамбо, многие ее черты в историогенезе свидетельствуют о синкретическом характере данного типа поведения, так как возможны изменения сознания и визуальное галлюцинирование по экзогенному типу.

В архаической культуре болезненные переживания связывались с дурным глазом, духом, демоном, тотемом. В этом смысле проблема осознания болезни в культуре в значительной мере была обусловлена тем

«коллективом» персонажей, которые наделялись управляющими возможностями. То есть при необходимости понять, что чувствует больной, следует узнать демонологию конкретного этноса. Вариации неадекватного поведения больных и образов вселившихся существ разнятся в зависимости от демонологии, свойственной той или иной культуре, этносу, религии. В целом, эти образы бывают преследующие, встречающиеся или поражающие.

Особые этнопсихопатологические варианты бреда одержимости.

Susto-синдром. Описывается в Южной Америке. Характеризуется депрессией, тревогой, отказом от пищи, нарастающим страхом. В дальнейшем возникает ощущение погружения души в глубины Земли и последующая опустошенность. Встречается также и в детском возрасте. Связан с культом мертвых. Внешнее поведение, по описаниям, соответствует депрессивному ступору, кататоническому люцидному ступору.

Whitico-синдром. Описан у эскимосов. Возникает ощущение физического превращения в мифологическое чудовище whitico. Поведение сопровождается регрессом с склонностью к каннибальству.

Zombi (voodoo)-синдром. Синдром относится к поведению «живых мертвых», описанному как «зомби». В Африке умерший неанга становится зомби, если причины его смерти не выяснены колдуном; проявляется синдром у дагонов, фанги, заир. Аналогом является упырь (мертвец-вампир), нападающий на людей и животных вследствие вселения в человека нечистой силы.

Многочисленные данные исследований свидетельствуют о широкой связи явлений, относимых к одержимости, с двумя этапами:

- 1) приемом наркотика (галлюциногены, не смертельные дозы нейропаралитических веществ и др.);
- 2) последующей индукцией одержимости и автоматизма с помощью направленного внушения.

Очевидно типологическое сходство суммы данных признаков с психопатологией нарушенного сознания, в частности с делириозным синдромом, а также синдромом Кандинского - Клерамбо.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. В чем отличие негативных психопатологических симптомов от позитивных психопатологических симптомов.
2. Легкая оглушенность, помрачение сознания легкой степени – это:
 - а) астения;
 - б) обнубиляция;
 - в) аутометаморфопсия.
3. Неожиданная остановка, перерыв мысли, ее внезапная блокада – это:
 - а) инкогеренция;
 - б) ментизм;
 - в) sperrung (закупорка мышления).
4. Чем отличаются иллюзии от галлюцинаций и от псевдогаллюцинаций?
5. Какая из этих схем верно отражает логику потери памяти по закону Рибо?
 - а) время → недавние события → поздние, давно прошедшие события;
факты → чувства → память привычек.
 - б) поздние, давно прошедшие события → недавние события → время;
память привычек → чувства → факты.
 - в) недавние события → время → поздние, давно прошедшие события;
чувства → факты → память привычек.
6. Астенический синдром является следствием:
 - а) соматических болезней, интоксикаций, органических заболеваний головного мозга, шизофрении;
 - б) хронических психотравм;
 - в) острой и очень сильной психотравмы.
7. Каковы отличия синдрома Каннера от синдрома Аспергера?
8. Эгнопсихопатологические синдромы в культуре, в которой они встречаются, воспринимаются как норма поведения, допустимое или как недопустимое, ненормальное?
9. В чем отличие проявлений Амок-синдрома от проявлений синдрома Миррири и чем они схожи?
10. Раскройте содержание этапов в формировании синдромов одержимости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе мы постарались представить основные психопатологические симптомы и синдромы, с которыми приходится сталкиваться в практической деятельности клиническим психологам. Структура учебного пособия создавалась так, чтобы читателю было легко найти искомую информацию. Психиатрические симптомы объединены в разделы по признаку принадлежности к нарушениям проявлений психической деятельности человека. Психиатрические синдромы поделены на две больших группы (позитивные и негативные), каждая из которых подразделена на общие синдромы и на синдромы, встречающиеся только у детей или подростков.

Третья глава содержит определения, общие признаки этнопсихопатологических синдромов, а также их описание. В конце статей с описаниями синдромов имеется раздел с перечнем заболеваний, при которых данный синдром встречается. Во многих статьях выделены варианты и другие отличительные особенности представленной психопатологии.

В дальнейшем мы планируем усовершенствовать это учебное пособие, добавив сведения о психологической диагностике психиатрических симптомов и синдромов, а также создать главу с перечнем психических состояний человека.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. **Гурьева, В.** Психогенные расстройства у детей и подростков / В. Гурьева. – М. : КРОН-ПРЕСС, 1996. – 208 с. – ISBN 5-232-00477-8.
2. **Ковалев, В. В.** Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. – М. : Медицина, 1995. – 560 с. – ISBN 5-225-01186-1.
3. **Ковалев, В. В.** Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В. Ковалев. – М. : Медицина, 1985. – 288 с.
4. **Самохвалов, В. П.** История души и эволюция помешательства / В. П. Самохвалов. – Сургут : АИИК «Северный дом»; Северно-Сибирское кн. изд-во, 1994. – 286 с. – ISBN 5-8260-0063-5.
5. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Цицаркина. – СПб. : Питер, 1999. – 752 с. – ISBN 5-314-00108-X.
6. Справочник по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. – М. : Медицина, 1985. – 416 с.

Учебное пособие

СЕМЕНОВ Дмитрий Владимирович
БЕРСЕНЕВ Александр Владимирович

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ

Учебное пособие

Редактор И.А. Арефьева
Технический редактор Н. В. Тупицына
Компьютерная верстка Д.В. Семенов

ЛР № 020275. Подписано в печать 20.03.06.
Формат 60x84/16. Бумага для множит. техники. Гарнитура Таймс.
Печать на ризографе. Усл. печ. л. 5,11. Уч.-изд. л. 5,48. Тираж 100 экз.

Заказ

Издательство

Владимирского государственного университета.
600000, Владимир, ул. Горького, 87.