

**ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

**СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
В СХЕМАХ И ТАБЛИЦАХ**

Учебное пособие



Москва - 2018

УДК 616.89-008
ББК 88.48+56.14
Т16

Учебное пособие подготовлено сотрудниками Учебно-методического отдела доцентом кандидатом медицинских наук **Е.С. Тальниковой**, руководителем кандидатом медицинских наук **С.В. Даниловой**, ведущим научным сотрудником доктором медицинских наук **Е.А. Панченко**.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 22 декабря 2017 г., протокол №11.

Рецензенты:

И.Н. Винникова, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения по разработке принципов лечения в судебной психиатрии ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

К.Ю. Ретюнский, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии Уральского медицинского университета.

Т16 Тальникова Е.С. Данилова С.В., Панченко Е.А. **Симптомы и синдромы психических расстройств в схемах и таблицах**: Учебное пособие. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2018. – 92 с.

В учебном пособии представлены в виде схем и таблиц симптомы и синдромы психических расстройств. Приведены словарь психиатрических терминов и клинические задачи по теме. Соответствует учебному плану раздела “Психиатрия” программ ординатуры по специальностям 31.08.20 “Психиатрия”, 31.08.24 “Судебно-психиатрическая экспертиза”, 31.08.21 “Психиатрия-наркология”, 31.08.22 “Психотерапия”.

Для обучающихся в ординатуре ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России.

ISBN 978-5-86002-216-4

ББК 56.14

© Е.С. Тальникова, С.В. Данилова,
Е.А. Панченко, 2018.

© ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского”
Минздрава России, 2018.

ВВЕДЕНИЕ

Для повышения эффективности образовательного процесса и удобного использования в практической деятельности необходимо изложение учебного материала в наглядном и доступном виде.

Целью учебного пособия является предоставление информации обучающимся в кратком изложении. Пособие содержит основные понятия из области общей психопатологии и дифференциальной диагностики. Информация изложена в соответствии с базовыми определениями психиатрии.

В пособии изложены основные сведения о психопатологии основных психических процессов – ощущений, восприятия, памяти, внимания, интеллекта, эмоций, воли, влечения, сознания. Учебное пособие рассчитано на практическое овладение технологиями диагностики нарушений основных психических процессов, которые предусматривают перенос теоретических знаний в условия практической деятельности будущего врача. Каждая глава состоит из отдельных параграфов, отражая идею компетентностного подхода в медицинском образовании. Контрольный материал включает вопросы и ситуационные задачи. Рубрики основной части текста (разделы, параграфы) изложены в соответствии тематическим планом и образовательной программой высшего профессионального образования для подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности “Психиатрия”.

Учебное пособие предназначено для формирования навыков клинического мышления и умений интерпретации данных, полученных в учебном процессе, и курации пациентов с психическими расстройствами. **Рекомендовано** для ординаторов, осуществляющих подготовку в области психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии и судебно-психиатрической экспертизы.

РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ И МЫШЛЕНИЯ

Расстройства восприятия

Восприятие – это психический процесс отражения предметов и явлений материального мира.

Расстройства восприятия при психических заболеваниях приводят к искажению информации об окружающем мире, в результате чего нарушаются ориентировка, понимание и поведение. Патология может касаться как сферы ощущений, так и целостного акта восприятия.

Восприятие состоит из ощущения (отражения качества предметов и их свойств) и представления (мысленного образа предмета).

Классификация нарушений восприятия

I. Нарушения ощущений

Количественные нарушения ощущений	Гипостезия (снижение чувствительности)
	Анестезия (частичная или полная потеря чувствительности)
	Гиперестезия (повышение чувствительности к раздражителям)
Качественные нарушения ощущений	Парестезии (неврологические расстройства, при которых ощущения конкретны)
	Сенестопатии (характеризуются неопределенностью, нечеткостью, вычурностью ощущений)
	Синестезия (внешний раздражитель, адресованный к одному анализатору, вызывает одновременно ответ с другого или нескольких анализаторов)
	Полиэстезия (нарушение поверхностной чувствительности, при котором раздражение одной точки воспринимается как раздражение многих точек)

Характеристика нарушений ощущений

Вид нарушения	Характеристика	Расстройства
Анестезия	Потеря чувствительности, утрата способности ощущать различные виды раздражений	Кома, сопор, истерические и невротические синдромы
Гипостезия	Понижение чувствительности к внешним раздражителям	Алкогольное и наркотическое опьянение, делирий, оглушенность, депрессивные и истерические состояния
Гиперестезия	Повышение чувствительности к внешним раздражителям	Абстиненция, острая интоксикация психостимуляторами, циклодолом, каннабиноидами. Начальные этапы развития помрачений сознания (делирий, аменция, онейроид), острые психотические состояния (галлюциноз, параноид). Невротические синдромы
Синестезия	Внешний раздражитель, адресованный одному анализатору, вызывает одновременно ответ с другого или нескольких анализаторов	Может наблюдаться у здоровых лиц
Сенестопатия	Психосоматические ощущения развиваются от простых к сложным, вычурным с необычной локализацией	Выход из интоксикации психостимуляторами, синдром отмены каннабиноидов, снотворных препаратов, психостимуляторов. Невротические синдромы, депрессии, аффективно-бредовые и психоорганические синдромы
Полиэстезия	Нарушение поверхностной чувствительности, при котором раздражение одной точки воспринимается как раздражение многих точек	

II. ***Иллюзии*** – ошибочное восприятие реально существующего предмета. Нередко наблюдаются у здоровых людей. Одно из условий – недостаточность информации, поступающей от органов чувств (например, темнота, ослабление функциональной способности одного из анализаторов).

Классификация иллюзий

По анализа- тору	По механизму восприятия	По механизму образования
Слуховые Зрительные Вкусовые Обонятельные Тактильные	Физические Физиологические Привычного восприятия	Невнимательности Аффектогенные Парейдолические

Виды иллюзий

Вид	Характеристика	Расстройства
Физические	Основаны на законах физики. Восприятие преломления предметов на границах различных прозрачных сред	Могут встречаться у здоровых лиц
Физиологи- ческие	Связаны с особенностями функционирования анализаторов. Например, при большой скорости приближения к предметам, последние воспринимаются резко увеличивающимися	
Привычного восприятия	Недостаточная концентрация внимания на объекте восприятия	
Иллюзии невниматель- ности	При недостатке внимания или в условиях затрудняющих восприятие (шум, недостаток освещения)	

Аффектогенные	Искажение восприятия, связанное с необычным эмоциональным восприятием	Начальные этапы делирия, тревожно-депрессивные синдромы, парافренические и параноидные синдромы
Парейдолические	Зрительные иллюзии фантастического содержания, возникающие на основе рисунка обоев, ковра. Связаны с деятельностью воображения, когда при фиксации взгляда на предметах, имеющих нечеткую конфигурацию, появляются восприятия различных фигур	Делирий, состояния наркотического опьянения, онейроидное помрачение сознания, острая парафрения

III. **Галлюцинации** – восприятие без объекта (мнимое восприятие).

Классификация галлюцинаций по анализаторам: галлюцинации общего чувства (телесные); слуховые или вербальные; зрительные; обонятельные; вкусовые; осязательные.

Классификация галлюцинаций по степени сложности

Элементарные галлюцинации	Акоазмы и фотопсии
Простые галлюцинации	Односложный феномен (например, ложное восприятие одного слова)
Сложные галлюцинации	Множество ложно воспринимаемых объектов/феноменов (например, слышимые внутри головы “голоса”, переговаривающиеся друг с другом)
Сценические (сценоподобные) галлюцинации	Огромное количество галлюцинаторных объектов/феноменов, при этом вовлечены все анализаторы

Выделяют *истинные галлюцинации* и *ложные (псевдогаллюцинации)*.

Дифференциальная диагностика истинных и ложных галлюцинаций

Галлюцинации	Проекция образов	Чувственная яркость	Чувство сделанности
Истинные	В окружающее пространство (“вовне”)	Сохранена	Отсутствует
Ложные (псевдогаллюцинации)	В субъективное пространство (“вовнутрь”)	Отсутствует	Выявляется

Классификация галлюцинаций по условиям возникновения

Гипнагогические галлюцинации	Обманы восприятия, которые возникают при засыпании
Гипнопомпические галлюцинации	Обманы восприятия, которые возникают при пробуждении

Экстракампинные галлюцинации – расстройство восприятия, при котором пациент видит нечто, находящееся вне поля зрения, например, позади себя.

IV. Психосенсорные расстройства – сложное искажение восприятия внешнего мира и собственного тела (искаженное восприятие объекта). В данном случае расстраиваются не ощущения (проприоцептивные, вестибулярные), а их синтез (сенсорный синтез). Отмечаются у больных с органическим поражением головного мозга, обычно в форме пароксизмов, при эпилепсии.

Классификация психосенсорных расстройств:

1. Аутометаморфопсия (деперсонализация) – расстройство самосознания, проявляющееся ощущением измененности некоторых или всех психических процессов – чувств, мыслей, представлений, воспоминаний, отношения к окружающему:

- 1) тотальные;
- 2) парциальные.

2. Метаморфопсии (дереализация) – расстройство самосознания, проявляющееся в переживаниях отчуждения окру-

жающего мира; окружающее воспринимается призрачным, отдаленным, бесцветным, безжизненным. К ним относятся состояния “уже виденного” (deja vu) и “никогда не виданного” (jamaïs vu).

Выделяют: микропсию (уменьшение размера); макропсию (увеличение размера); порропсию (изменение цвета); дисмегалопсию (искажение формы предметов) и т.д.

3. Нарушение восприятия времени:

- 1) ускорение;
- 2) замедление.

Классификация психосенсорных расстройств

Аутометаморфопсия (деперсонализация) – расстройство самосознания, проявляющееся ощущением измененности некоторых или всех психических процессов	тотальная аутометаморфопсия
	парциальная аутометаморфопсия
Метаморфопсии (дереализация) – расстройство самосознания, проявляющееся в переживаниях отчуждения окружающего мира	микропсия (уменьшение размера)
	макропсия (увеличение размера)
	порропсия (изменение цвета)
	дисмегалопсия (искажение формы предметов)
Нарушение восприятия времени	ускорение
	замедление

Расстройства мышления

Мышление – высшая форма отражения объективной реальности в сознании человека.

Классификация нарушений мышления

Непродуктивные расстройства мышления (по форме)	нарушение темпа ассоциативного процесса (ускорение, замедление, обстоятельность, шперунг)
	нарушение стройности ассоциативного процесса (бессвязность, разорванность, резонерство, разноплановость)

Продуктивные расстройства мышления (по содержанию)	навязчивые идеи (обсессии)
	сверхценные идеи
	бредовые идеи

Нарушения мышления:

I. Непродуктивные расстройства мышления (по форме)

По темпу ассоциативного процесса	По стройности ассоциативного процесса
Ускорение мышления	бессвязность мышления, инкогеренция (нарушение грамматической и смысловой направленности речи)
Замедление мышления	ментизм (непроизвольно возникающий поток мыслей)
Обстоятельность мышления (“застревание” на несущественных деталях вследствие неспособности отделить главное от второстепенного)	персеверации и стереотипии (склонность к застреванию в речи, мышлении, устойчивое повторение или продолжение однажды начатой деятельности)
Шперунг (обрыв, “блокада” мысли)	разорванность мышления (утрата смысловой направленности речи при сохранности ее грамматического строя)
	резонерство (пустые бесплодные рассуждения, лишённые познавательного смысла)
	разноплановость мышления (одновременная оценка событий или явлений с двух (и более) взаимноисключающих позиций)

II. Продуктивные расстройства мышления (по содержанию)

1. Навязчивые идеи (обсессии) — непроизвольные, неадекватные ситуации переживания, доминирующие в сознании больного, к которым сохраняется критика.

Ритуалы – навязчивые движения и действия, выполнение которых на некоторое время облегчает состояние больного, являются своего рода заклинанием, защитой.

Классификация obsессий

По содержанию	идеаторные obsессии – мысли, воспоминания, представления, сомнения
	навязчивые страхи или фобии (более 300 видов)
	навязчивые влечения (клептомания, пиромания, дромомания)
	навязчивые действия (сочетающиеся и не сочетающиеся с фобиями)
По реакции личности на переживания	отвлеченные obsессии (не сопровождаются аффективным напряжением)
	образные obsессии (сопровождаются аффективным напряжением)
	контрастные obsессии (развиваются в обстановке, исключающей их выполнение)

2. Сверхценные идеи – аффективно окрашенные суждения, сформировавшиеся вследствие реальных событий и обладающие большим эмоциональным зарядом.

Классификация сверхценных идей

Идеи переоценки биологических свойств личности	<ul style="list-style-type: none"> - дисморφοфобические идеи - ипохондрические идеи - идеи сексуальной неполноценности - идеи физической неполноценности
Идеи переоценки психологических свойств личности	<ul style="list-style-type: none"> - идеи изобретательства - идеи реформаторства - идеи талантливости - идеи особого значения
Идеи переоценки социальных факторов	<ul style="list-style-type: none"> - идеи ревности - идеи сутяжничества (кверулянства) - идеи предвзятого отношения - идеи ущемления - идеи мести

3. Бредовые идеи – ошибочные, не корригируемые умозаключения, формирующиеся на патологической основе и определяющие мировоззрение.

Первичный бред связан с расстройствами ощущений и восприятия, аффективными нарушениями, расстройствами

в сфере абстрактного мышления и интеллекта и с особенностями индивидуального развития личности и ее взаимоотношений с внешней средой.

Бред относится к расстройствам мышления и является неправильным, патологическим суждением, умозаключением. При бреде не выявляется выраженного и стойкого снижения интеллектуальных функций. Больные допускают нарушения логических законов главным образом в пределах бредовых построений. Бред возникает как попытка пациента познать новую проблемную ситуацию. Центральное звено в процессе бредообразования – тонкие нарушения аналитико-синтетической деятельности мышления.

Больные обнаруживают недостаточную глубину анализа (уделяют внимание деталям в ущерб выделению существенного), у них страдает синтез (не объединяют имеющиеся у них факты), отмечаются нарушения абстрагирования (стремятся к конкретизации, относят содержание пословиц и поговорок на свой счет).

Виды бреда

Паранойя	расстройство, клиническая картина которого практически полностью исчерпывается первичным (интерпретативным) бредом
Параноид	расстройство, характеризующееся преобладанием первичного бреда преследования и/или воздействия на фоне псевдогаллюцинаций и других психических автоматизмов
Парафрения	расстройство, проявляющееся в нелепом бреде (преследования, воздействия, величия), разнообразных явлениях психического автоматизма, фантастических конфабуляциях и эйфории

Выделяют *несистематизированные* и *систематизированные* бредовые идеи.

Интерпретативный или *бред толкования* – систематизированный бред, характеризующийся преимущественным нарушением логического познания (при сохранности чувственного).

Чувственный бред – бредовое восприятие.

Образный бред – бред, основанный на ложных воспоминаниях.

Резидуальный бред – бредовое толкование действительности после острых инфекционных или соматических психозов.

Классификация бредовых идей по механизму бредообразования

Первичный бред	Вторичный бред	Индукцированный бред
характеризуется нарушением логического познания (при сохранности чувственного)	формируется на фоне других психических расстройств (например, при галлюцинациях, депрессии)	“помешательство вдвоем”

Классификация бредовых идей по степени систематизации

1. Систематизированный бред.
2. Фрагментарный бред.

Классификация бредовых идей по степени адекватности умозаключений

1. Паралогический.
2. Нелепый.

Классификация бредовых идей по содержанию

Персекуторные	<ul style="list-style-type: none"> - идеи преследования - идеи отношения - идеи воздействия - идеи отравления - идеи ущерба - интерметаморфозы
Экспансивные	<ul style="list-style-type: none"> - идеи величия - идеи изобретательства - идеи высокого происхождения - идеи богатства - мегаломанический бред
Депрессивные	<ul style="list-style-type: none"> - идеи самообвинения - идеи самоуничтожения - идеи виновности - идеи греховности - дисморфомания и др.

Примитивные	<ul style="list-style-type: none"> - идеи овладения - идеи порчи - идеи колдовства - идеи глаза и т.д.
--------------------	--

Галлюцинаторно-бредовые синдромы

1. **Галлюциноз** – состояние непрерывного галлюцинирования, обусловленное наплывом преимущественно какого-либо одного вида галлюцинаций. Выделяют острые и хронические галлюцинозы. По анализатору классифицируют слуховые (вербальные), зрительные, тактильные, обонятельные галлюцинозы.

2. **Паранойальный синдром** – психопатологическое состояние, в котором доминирует первичный систематизируемый бред, развивающийся при ясном сознании. Это бредовое состояние (острое или хроническое).

Структура паранойального синдрома:

- 1) интерпретативный бред;
- 2) стеничность;
- 3) гипермнезия;
- 4) аффективная напряженность;
- 5) обстоятельность мышления;
- 6) повышенная самооценка.

Нередко этим термином обозначают сверхценные идеи.

Сверхценные идеи – мысли, возникающие под влиянием действительных обстоятельств, но благодаря сильной аффективной окраске получающие в сознании длительное время не соответствующие их значению преобладающее положение.

3. **Параноидный синдром** – состояние бреда с сенсорными расстройствами в форме психических автоматизмов и/или вербальных галлюцинаций. Наиболее часто встречается бред преследования.

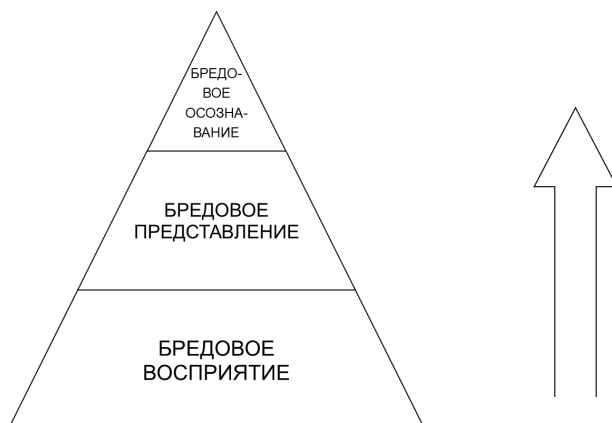
Этапы бредообразования

- по К. Конраду (1979):



- 1) Трема – нарастающее чувство напряженности, тревоги, угрозы жизни больному.
- 2) Апофения – появление нового для больного смысла всего происходящего (определяет готовность к возникновению идей значения и отношения).
- 3) Анастрофа – характеризуется переживанием того, что больной стал “центром” всех явлений, всего происходящего.
- 4) Апокалипсис – заключительный этап, характеризующийся полным распадом личности (собственного Я).

- по К. Ясперсу (1923):



4. Парафренный синдром – сочетание экспансивного бреда с бредом преследования, слуховыми галлюцинациями и/или психическими автоматизмами, измененным аффектом (фантастически-параноидный синдром). Преобладают идеи величия, богатства, реформаторства, мессианства, высокого происхождения. Сочетается с бредом преследования, отравления, физического уничтожения. Больные обвиняют лиц высокого социального происхождения, различные организации государственной власти, международные организации. Больной находится всегда в центре необычных, а подчас и грандиозных событий.

5. Синдром Кандинского-Клерамбо (синдром психических автоматизмов) – это отчуждение или утрата принадлежности своему *Я* собственных психических процессов (мыслительных, чувственных, двигательных), сочетающихся с ощущением влияния посторонней силы; сопровождается бредом психического и/или физического воздействия.

К ассоциативным (идеаторным) автоматизмам относят наплывы мыслей, обрывы мыслей, открытость мыслей, эхо-мысли, “передачу мыслей”, “телепатическое мысленное общение”. Данные феномены относят к психическим галлюцинациям. Озвучивание психических галлюцинаций, превращение во “внутренние голоса” свидетельствует о возникновении псевдогаллюцинаций. К ассоциативным автоматизмам также относят “сделанные”, “навязанные” мысли, представления, сновидения, воспоминания.

Сенсорные автоматизмы – возникновение, чаще во внутренних органах, неприятных, тягостных или болевых ощущений, сопровождающихся убежденностью в том, что они вызываются со специальной целью воздействием извне.

Двигательные автоматизмы – убежденность больных в том, что совершаемые ими движения и поступки происходят под воздействием внешней силы.

6. Синдром Капгра – это ложное узнавание людей, предметов, окружающей обстановки (иллюзии двойников). Окружающих людей считают родственниками, знакомыми. Существует бредовое убеждение в том, что узнанные люди

появились неспроста и их присутствие имеет скрытый смысл. У больного может быть убеждение, что незнакомые люди подделываются под родных и знакомых, или что знакомые являются чужими, добившимися сходства. Больные могут быть убеждены, что ряд лиц способен к полному и моральному перевоплощению. У пациента всегда существует система доказательств, обосновывающая такие превращения.

7. Депрессивно-параноидный синдром – комплекс депрессивных, бредовых, сенсорных и двигательных расстройств.

8. Галлюцинаторно-параноидный синдром – расстройство, характеризующееся преобладанием псевдогаллюцинаций на фоне бредовых идей (преследования, воздействия) и других психических автоматизмов.

Контрольные вопросы

1. Определение понятий восприятия и мышления.
2. Классификация нарушений восприятия.
3. Понятие количественных и качественных изменений ощущений.
4. Определение иллюзий. Физиологические и патологические иллюзии. Классификация иллюзий по чувственным анализаторам.
5. Определение и классификация галлюцинаций.
6. Психосенсорные расстройства – дереализация, деперсонализации и нарушение восприятия времени.
7. Классификация расстройств мышления: продуктивные и непродуктивные нарушения мышления.
8. Определение и классификация obsessions.
9. Определение и классификация сверхценных идей.
10. Определение и классификация бредовых идей.
11. Галлюцинаторно-бредовые синдромы.

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Классификация двигательных расстройств

Гипокинезии (акинезии)	Параличи и парезы (ослабление или полное выпадение двигательной функции)
	Ступор (состояние двигательной заторможенности)
Дискинезии (паракинезии)	Эхопраксия (автоматическое повторение увиденных жестов, поз, действий)
	Эхолалия (автоматическое повторение услышанных слов)
	Стереотипии (многократные повторения одних и тех же психических актов (двигательных, речевых, мыслительных))
	Парамимии (извращение мимических проявлений, их несоответствие эмоциям или переживаемой ситуации)
Гиперкинезии	Гиперкинезы (автоматические насильственные движения вследствие непроизвольных сокращений мышц)
	Психомоторное возбуждение (усиление и ускорение речи, мышления, моторики)

Двигательные расстройства:

1. Гипокинезии (акинезии) – двигательная заторможенность:

- а) параличи и парезы;
- б) ступор (состояние двигательной заторможенности).
Выделяются следующие виды ступора: аффективный, истерический, депрессивный, кататонический, галлюцинаторный, апатический.

2. Дискинезии (паракинезии):

- а) эхопраксия (автоматическое повторение увиденных жестов, поз, действий);
- б) эхолалия (автоматическое повторение услышанных слов);
- в) стереотипии (многократные повторения одних и тех же психических актов двигательных, речевых, мыслительных);

г) парамимии (извращение мимических выразительных проявлений, их несоответствие эмоциям или переживаемой ситуации).

3. Гиперкинезии (двигательное возбуждение):

а) гиперкинезы (автоматические насильственные движения вследствие произвольных сокращений мышц);

б) психомоторное возбуждение. Выделяют следующие виды психомоторного возбуждения: истерическое, маниакальное, галлюцинаторно-бредовое, гебефреническое, кататоническое, эпилептиформное.

Синдромы двигательных расстройств

Синдромы двигательных расстройств проявляются обездвиженностью (ступором), возбуждением или их чередованием.

1. **Ступор** – психопатологическое расстройство в форме подавления различных сторон психомоторной деятельности, в первую очередь моторики, мышления и речи.

Больные неподвижны, подолгу стоят, лежат, сидят, не меняя одной позы. На вопросы не отвечают совсем (мутизм) или отвечают после большой паузы, медленно, отдельными словами или междометиями и лишь иногда короткими фразами. Обычно внешне не реагируют на происходящее, ни о чем не просят, не следят за собой, самостоятельно не едят, оказывают сопротивление при их умывании, кормлении, одевании (негативизм), могут быть неопрятны мочой, калом.

Ступор может исчерпываться двигательной и речевой заторможенностью (пустой ступор) или сопровождаться помрачением сознания (люцидный или эффекторный ступор).

Формы ступора: кататонический, психогенный депрессивный, галлюцинаторный, алкогольный, апатический, эпилептический, маниакальный.

2. **Возбуждение** – психопатологическое состояние в форме усиления и ускорения различных сторон психической деятельности, в первую очередь речи, мышления, а также моторики. Чаще говорят о психомоторном возбуждении.

Высказывания связаны и понятны, но произносятся громко. Поведение сохраняет целенаправленность, последовательность и мотивацию. При выраженном возбуждении ускоренная речь теряет последовательность, нарушается ее грамматический строй. В некоторых случаях психомоторное возбуждение сопровождается симптомами регресса – больные рычат, лают, передвигаются на четвереньках, не едят, а лакают.

Формы возбуждения: маниакальное, кататоническое, бредовое, галлюцинаторное, психопатическое, истерическое, органическое (сенильное).

3. Кататонический синдром (кататония) – симптомокомплекс психических расстройств, сопровождающихся двигательными нарушениями в виде акинеза (кататонического ступора), или гиперкинеза (кататонического возбуждения). Описание кататонического синдрома принадлежит К. Кальбауму (1863, 1874).

При кататоническом ступоре отмечается повышенный тонус мышц (кататония), который первоначально возникает в жевательных мышцах, затем переходит на шейные и затылочные, далее на мышцы плеч, предплечий, кистей рук и, в последнюю очередь, на мышцы ног. Повышенный тонус сопровождается способностью сохранять приданное членам положение (восковая гибкость) – симптом воздушной подушки, пассивная подчиняемость. Возможен негативизм – немотивированное противодействие словам и действиям лиц, вступающих в контакт с больным.

Негативизм: пассивный (больной не выполняет то, что просят) и активный (больной выполняет другие действия).

Возможен *мутизм* – отсутствие речевого общения с окружающими при сохранности речевого аппарата. Характерные позы: лежа на боку; эмбриональная; стоя с опущенной головой и вытянутыми вдоль туловища руками; натягивая халат или одеяло на голову, оставляя лицо открытым (“симптом капюшона”). Обездвиженность значительно ослабевает или даже полностью исчезает в ночное время.

Виды кататонического синдрома:

- негативистический ступор;
- ступор с мышечным оцепенением;
- кататоническое возбуждение (стереотипии, эхопраксия, парамимия, вербигерация, эхολалия, миморечь, мимоговорение);
- гебефрено-кататоническое возбуждение (кривлянье, паясничанье, гримасничанье, грубые нелепые выходки);
- импульсивное возбуждение;
- неистовое кататоническое возбуждение (беспорядочное хаотичное метание).

Люцидная (пустая) кататония имеет место, когда сознание не помрачено. В рамках онейроидной кататонии наблюдаются измененный аффект, галлюцинации, в том числе психические автоматизмы, бред, состояния измененного сознания.

4. **Гебефренический синдром** – сочетание двигательного и речевого возбуждения с дурашливостью и измененным аффектом. Двигательное возбуждение сопровождается паясничаньем, кривлянием, гримасничаньем, шутовским копированием поступков и слов окружающих. Больные то веселы, то начинают рыдать, то становятся напряженными и злобными.

Диагностические критерии гебефрении ("триада О.В. Кербикова)

1. Манерно-дурашливое поведение.
2. Безмотивные действия.
3. Мория (непродуктивная эйфория, бессодержательно веселое настроение).

Контрольные вопросы

1. Определение двигательных расстройств.
2. Классификация двигательных расстройств: гипокинезия, гиперкинезия, дискинезия.
3. Понятие ступора.
4. Клиническая картина психомоторного возбуждения.
5. Определение и клинические варианты кататонического синдрома.
6. Диагностические критерии гебефренического синдрома.

СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Признаки помрачения сознания

(тетрада К. Ясперса, 1923)

1.	Нарушения восприятия – утрата отчетливости отражения окружающего, вплоть до полной отрешенности как следствия наплыва иллюзорно-галлюцинаторных обманов восприятия
2.	Нарушения мышления – непоследовательность ассоциативного процесса, недостаточное осмысление окружающего, бессвязность (инкогерентность) мышления
3.	Нарушения ориентировки – нарушения алло- и аутопсихической ориентировки (прежде всего во времени)
4.	Нарушения памяти – неполные или отрывочные воспоминания, вплоть до полной амнезии событий

Классификация нарушений сознания

1. *Синдромы выключения сознания:*

- а) оглушенность (оглушение);
- б) сопор;
- в) кома.

2. *Синдромы помрачения сознания:*

- а) делирий;
- б) онейроид;
- в) аменция;
- г) сумеречное помрачение сознания.

Синдромы выключения сознания

1. **Оглушение** характеризуется двумя основными признаками: повышением порога ко всем раздражителям и обеднением психической деятельности. В связи с этим больные отвечают на вопросы, задаваемые только громким голосом и настойчиво. Ответы обычно односложны, но правильны.

Больной говорит односложно, так как психическая деятельность обеднена, мыслей и воспоминаний мало, сновидений нет, желания отсутствуют, движения скудны. Продуктивной психопатологической симптоматики обычно не выявляется.

Грубая ориентировка сохранена, но более тонкая и дифференцированная нарушена. После выхода из состояния оглушения у больного в памяти сохраняются отдельные фрагменты имевшей место ситуации.

Обнубиляции (“вуаль на сознание”) – легкая степень оглушения. Такой больной напоминает человека в состоянии легкого опьянения. У него несколько рассеяно внимание, он не может сразу собраться, чтобы правильно ответить, затруднено и замедлено восприятие события, поэтому кажется, что он отвечает невпопад. Настроение бывает несколько повышено.

Оглушение является признаком тяжелого поражения головного мозга и наблюдается при интоксикациях, черепно-мозговых травмах и при объемных процессах (опухолях и кистах головного мозга).

2. **Сопор** – состояние, следующее по тяжести за оглушением, при котором сохраняются простые психические реакции на внешние воздействия: больной отдергивает руку при уколе, на громкий звук открывает глаза, поворачивает голову. У него сохраняются зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные реакции.

3. **Кома** характеризуется полным угнетением психической деятельности, отсутствием зрачковых и других рефлексов, наличием бульбарных и тазовых расстройств.

Дифференциальная диагностика синдромов выключения сознания

Синдром	Словесный контакт	Болевая чувствитель- ность	Рефлексы
Оглушенность	+	+	+
Сопор	-	+	+
Кома	-	-	-

Синдромы помрачения сознания

1. *Делирий* (иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания) – характеризуется противоположными оглушенности признаками: понижением порога ко всем раздражителям, богатством психопатологической симптоматики (иллюзорно-галлюцинаторной с возбуждением).

Начало делириозного помрачения сознания проявляется изменением восприятия окружающего. Раздражители, которые ранее не мешали больному, начинают им восприниматься как более сильные и вызывающие недовольство. Затем появляются нарушения сна, возникают гипнагогические галлюцинации, из-за которых больной не может уснуть.

На следующем этапе появляются парейдолические иллюзии. В игре светотеней, на узорах обоев, на полу видятся различные картины, подвижные, часто меняющиеся и исчезающие при ярком освещении. Затем возникают зрительные галлюцинации, иногда как продолжение парейдолических иллюзий.

Зрительные галлюцинации вначале единичные, фрагментарные, затем множественные, микрооптические, сценopodobные. К зрительным галлюцинациям присоединяются тактильные и слуховые. Эти галлюцинации истинные. Критическое отношение отсутствует, галлюцинаторные образы воспринимаются как реальные, и поведение больного соответствует галлюцинациям. Восприятие реальных событий и их оценка нарушены.

Воспоминания о реальных событиях фрагментарны или отсутствуют. Критика к галлюцинациям восстанавливается постепенно.

При делириозном состоянии могут быть светлые промежутки, когда на короткий период сознание проясняется. Это чаще наблюдается в утренние часы или при активном привлечении внимания больного, при разговоре с ним. Оставленный в покое, он снова начинает галлюцинировать.

Делирий обычно проходит после длительного сна (16-18 ч), но к следующей ночи возможны рецидивы галлюцинаторных переживаний.

Выделяют *абортивный делирий*, длительность которого составляет несколько часов.

Наиболее тяжелыми вариантами делирия являются *мусситирующий (бормочущий)* и *профессиональный*, сопровождающиеся глубоким помрачением сознания.

При *мусситирующем делирии* наблюдается беспорядочное, хаотическое возбуждение, обычно в пределах постели. Речь бессвязная, с выкрикиванием отдельных слов или слогов. Часто имеют место бессмысленные хватательные движения – больной теребит одежду, простыню, “обирается”.

При *профессиональном делирии* у больного наблюдаются автоматизированные двигательные действия: он забивает несуществующие гвозди, строгают, пилит и т.д. Галлюцинаторные переживания менее отчетливы и более стереотипны.

Делириозные помрачения сознания наблюдаются при хронических интоксикациях, инфекционных и соматических заболеваниях, интоксикации при ожоговой болезни, черепно-мозговых травмах и других органических заболеваниях головного мозга.

2. Онейроид (сновидное, грезоподобное помрачение сознания) – помрачение сознания с наплывом непроизвольно возникающих фантастических сновидно-бредовых представлений в виде законченных по содержанию картин, следующих в определенной последовательности и образующих единое целое.

Это состояние сопровождается частичной или полной отрешенностью от окружающего, расстройством самосознания, депрессивным или маниакальным аффектом, признаками кататонии, сохранением в сознании содержания переживаний при амнезии на окружающие события.

На первых этапах развития онейроида наблюдаются нарушения сна, затем бред инсценировки: все воспринимается как специально подстроенное, как будто бы для больного специально разыгрываются сцены. В этот период имеет место двойная ориентировка; больной живет как бы в двух мирах, в двух планах, в реальной ситуации и другой вы-

мышленной, фантастической. При этом события причудливо переплетаются в сознании.

В это время наблюдаются симптомы положительного и отрицательного двойника. Лица воспринимаются не как реальные, а как подставные, играющие иную роль специально для больного. В последующем начинает нарастать фантастическая бредовая симптоматика. Часто у больных имеется убеждение в исключительности своего существования и предназначения: они призваны спасти планету, цивилизацию, создать новое общество, сделать людей счастливыми, защитить нашу землю от врагов, иногда ощущают себя в центре борьбы добра со злом (манихейский бред). Больные видят себя в других мирах, на других планетах, в аду, в раю, с помощью машины времени переносятся в будущее или далекое прошлое. Фантастическое причудливым образом переплетается с реальными событиями. Поведение больных не соответствует их переживаниям. Больные лежат в постели в субступорозном состоянии, иногда имеет место восковая гибкость. Некоторые больные бродят по отделению с “зачарованной улыбкой”, контакт с окружающими бывает нормальным, ответы чаще односложные, но иногда удается выявить некоторые фантастические переживания.

Таким образом, для онейроида характерна отрешенность от окружающего мира с погружением в фантастические бредовые переживания, двойная ориентировка, исключительность собственной миссии, несоответствие переживаний и поведения больного.

Онейроид может продолжаться несколько недель. В памяти больных обычно сохраняются фантастические переживания, о реальных событиях воспоминания чаще отсутствуют или больной помнит отдельные фрагменты. В ряде случаев наблюдаются произвольные фантастические представления о космических полетах, войнах, путешествиях, не сопровождающиеся дезориентировкой (ориентированный онейроид).

Онейроидное помрачение сознания наблюдается, как правило, при приступообразной шизофрении и значительно реже – при других заболеваниях.

Дифференциальная диагностика делирия и онейроида (по В.К. Смирнову, 1983)

Факторы	Признаки	Делирий	Онейроид
Условия развития и особенности течения	Этиология	Экзогенная	Эндогенная
	Длительность	Часы–дни	Дни–недели
	Течение	Ундулирующее	Стабильное
	Время суток	Ночное	Не зависит
Форма и содержание переживаний	Галлюцинации	Истинные	Ложные
	Содержание переживаний	Микро-, макро-, зоопсии, профессиональные и бытовые сцены	Фантастичность, мегаломаничность
	Временная проекция	Настоящее время	Прошлое, будущее время
	Ассоциации	Фрагментарные	Последовательные
Реакция личности и организма	Самосознание	Сохранено	Перевоплощение, двойная ориентировка
	Поведение	Соответствует характеру переживаний	Диссоциация поведения и переживаний
	Тонус мышц	Не изменен	Кататонические расстройства
	Воспоминания	Фрагментарные	Относительно последовательные

3. Амения (аментивное помрачение сознания), характеризуется растерянностью с аффектом недоумения и инкогеренцией (ассоциативная бессвязность) и проявляется в невозможности в целом воспринимать происходящие события, улавливать связь между предметами и явлениями. Больные схватывают отдельные фрагменты ситуации и не могут связать их в единое целое. Речь больного бессвязна, больные произносят бессмысленный набор слов, носящий часто обыденный характер, наблюдаются персеверации,

бредовые идеи либо отсутствуют, либо отрывочны, аффект неустойчив, характерно беспорядочное двигательное возбуждение с хореоподобными гиперкинезами.

Наблюдается грубая дезориентировка в месте, времени и собственной личности. Больные не только не могут сказать, где они находятся, но и оценить ситуацию в целом. Воспоминания о периоде аменции отсутствуют.

Аменция наблюдается при тяжелых хронических соматических заболеваниях, при хронической раневой инфекции, органических заболеваниях головного мозга, реже – при реактивных психозах и шизофрении. Аменция может продолжаться несколько недель и месяцев.

4. ***Сумеречное помрачение сознания*** – это внезапно возникающее и внезапно прекращающееся помрачение сознания с последующей амнезией, при котором больной может совершать взаимосвязанные, последовательные действия, обусловленные часто бредом, галлюцинациями, бурными аффектами страха, отчаяния, злобы.

Признаки, характеризующие сумеречное помрачение сознания: пароксизмальность возникновения и прекращения; сохранность автоматизированной деятельности; полная амнезия на период сумеречного помрачения сознания.

При амбулаторном автоматизме сумеречное состояние наступает внезапно, но, несмотря на грубую дезориентировку, больные могут сохранять способность к упорядоченному поведению. При наличии бреда и галлюцинаций поведение больного становится крайне опасным, так как действия его обусловлены психопатологической симптоматикой или острыми аффективными состояниями с переживанием ярости или отчаяния.

Фуги и трансы – это кратковременные состояния амбулаторного автоматизма.

Абсанс (от франц. *absence* – отсутствие) – кратковременная потеря или угнетение сознания с последующей амнезией.

Сумеречные состояния сознания и абсансы также наблюдаются при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга.

Дифференциальная диагностика сумеречного помрачения сознания и аменции

Сумеречное помрачение (“концентрическое помрачение”)	Аменция (“инкогерентное помрачение”)
Пароксизмальность возникновения и окончания	Развитие постепенное
“Спонтанное” возникновение	Развивается при длительных, истощающих соматических заболеваниях
Возможны развернутые галлюцинаторно-бредовые переживания	Рудиментарность, фрагментарность продуктивной симптоматики
Возможны разрушительные и агрессивные действия	Хаотические движения, элементы кататонических расстройств
Крайняя аффективная насыщенность переживаний	Аффект недоумения, растерянности
Действия могут производить впечатление преднамеренных, возможно внешне упорядоченное поведение	Возбуждение в пределах постели (яктация)
Отношение к совершенному как к “чужим поступкам”	Полная амнезия пережитого

Контрольные вопросы

1. Признаки нарушения сознания.
2. Классификация нарушений сознания: выключение и помрачение сознания.
3. Синдромы выключения сознания: оглушение; сопор; кома.
4. Синдромы помрачения сознания: делирий; онейроид; аменция; сумеречное помрачение сознания.
5. Дифференциальная диагностика делирия и онейроида.
6. Дифференциальная диагностика сумеречного помрачения сознания и аменции.

ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ

Пароксизмами называются кратковременные внезапно возникающие и резко прекращающиеся расстройства, склонные к повторному появлению.

Пароксизмально могут возникать различные психические (галлюцинации, бред, помрачение сознания, приступы тревоги, страха или сонливости), неврологические (судороги) и соматические (сердцебиение, головные боли, потливость) расстройства.

В клинической практике наиболее частой причиной возникновения пароксизмов является эпилепсия, однако пароксизмы характерны и для других заболеваний.

К *эпилептиформным пароксизмам* относят приступы с самой различной клинической картиной, непосредственно связанные с органическим поражением головного мозга.

Существуют классификации пароксизмов в зависимости от очага поражения, возраста появления, причин возникновения и наличия судорог.

Одной из наиболее распространенных классификаций является разделение припадков по ведущим клиническим проявлениям.

Классификация эпилептиформных пароксизмов:

- 1) большой судорожный припадок (*grand mal*);
- 2) малый припадок (*petit mal*);
- 3) сумеречные состояния;
- 4) дисфории;
- 5) психосенсорные припадки.

*Большой судорожный припадок (*grand mal*)* проявляется внезапно возникающим выключением сознания с падением, характерной сменой тонических и клонических судорог и последующей полной амнезией.

Примерно в половине случаев возникновению припадков предшествует аура – различные сенсорные, моторные, висцеральные или психические явления, крайне кратковременные и одинаковые у одного и того же больного.

Клиника большого судорожного припадка:

- *тоническая фаза* проявляется внезапной утратой сознания (кома) и тоническими судорогами (резкое сокращение всех групп мышц и падение, прекращение дыхания). Продолжительность этой фазы составляет 20–40 секунд;
- *клоническая фаза* протекает на фоне выключенного сознания и сопровождается одновременным ритмическим сокращением и расслаблением всех групп мышц. В этот период наблюдается мочеиспускание и дефекация, появляются первые дыхательные движения, но полноценное дыхание не восстанавливается. Воздух, выталкиваемый из легких, образует пену. Продолжительность клонической фазы до 1,5 минут.

Припадок завершается восстановлением сознания, хотя в течение некоторого времени после этого наблюдается сомнамбуленция.

Малый припадок (petit mal) – кратковременное выключение сознания с последующей полной амнезией. Малые припадки никогда не сопровождаются аурой или предвестниками.

Абсанс – выключение сознания, во время которого пациент не меняет позы, прекращает начатое действие, взгляд становится “плавающим”, неосмысленным, лицо бледнеет. Через 2–20 секунд пациент приходит в себя, не помня ничего о припадке. Судорог и падения не наблюдается.

Дисфории – внезапно возникающие приступы измененного настроения с преобладанием злобно-тоскливого аффекта. Сознание не помрачено, но аффективно сужено. После завершения приступа пациенты помнят о случившемся, извиняются за свое поведение.

Психосенсорные припадки проявляются ощущением, что окружающие предметы изменили размеры, цвет, форму или положение в пространстве. Иногда появляется чувство, что части собственного тела изменились. Могут появляться состояния *deja vu*, *jamais vu*. Во всех случаях сохраняются

подробные воспоминания о болезненных переживаниях. Несколько хуже запоминаются реальные события в момент припадка.

Международная классификация эпилептиформных пароксизмов:

1. Генерализованные припадки (идиопатические).
2. Парциальные (фокальные) припадки.
3. Эпилептический статус.

Генерализованные припадки всегда сопровождаются грубым расстройством сознания и полной амнезией. Поскольку припадок сразу нарушает работу всех отделов мозга одновременно, больной не может чувствовать приближение приступа. Типичным примером генерализованных припадков являются абсансы и другие виды малых припадков. Большие судорожные припадки относятся к генерализованным, только если они не сопровождаются аурой.

Парциальные (фокальные) припадки могут не сопровождаться полной амнезией. Психопатологическая симптоматика их разнообразна и четко соответствует локализации очага поражения. Типичными примерами являются дифории, психосенсорные припадки, джексоновские припадки с локализацией в одной конечности, протекающие на фоне ясного сознания. Фокальные припадки могут переходить во вторично-генерализованные припадки. Примерами их служат большие судорожные припадки, которым предшествует аура.

Эпилептический статус – серия эпилептических припадков (чаще grand mal), между которыми больные не приходят в сознание. Повторные судорожные приступы приводят к гипертермии, нарушению кровоснабжения мозга и ликвородинамики. Нарастающий отек мозга вызывает расстройства дыхания и сердечной деятельности, которые бывают причиной смерти.

Приступы тревоги с соматовегетативной симптоматикой

Панические атаки – спонтанные повторяющиеся приступы интенсивного страха, как правило, длительностью не менее часа.

Нередко в дальнейшем присоединяются навязчивые страхи транспорта, толпы или замкнутых пространств. В большинстве случаев приступы развиваются либо непосредственно после действия психотравмирующего фактора, либо на фоне длительно существующей стрессовой ситуации.

Предрасполагающими факторами являются низкая толерантность к физической нагрузке и дисфункции в обмене нейромедиаторов.

Истерические припадки – функциональные приступообразные расстройства, вызванные действием психотравмирующих факторов, развивающиеся по механизму самовнушения. В большинстве случаев они возникают у лиц с истерическими чертами характера. Клиническая картина истерических припадков крайне разнообразна, в основном она определяется тем, как сам больной представляет себе типичные проявления болезни. Припадки не похожи один на другой. Истерические припадки рассчитаны на присутствие наблюдателей и никогда не возникают во сне.

Контрольные вопросы

1. Определение пароксизмов.
2. Классификация пароксизмальных расстройств.
3. Клиника большого судорожного припадков.
4. Панические атаки: определение, клиническая картина.
5. Клинические особенности истерических припадков.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Расстройства памяти

Память – запечатление, сохранение и воспроизведение прежнего содержания опыта.

Классификация расстройств памяти

Количественные нарушения памяти	Амнезия – утрата памяти на события определенного промежутка времени
	Гипомнезия – снижение памяти
	Гипермнезия – избирательное повышение памяти на отдельные события
Качественные нарушения памяти – парамнезии (дисмнезии)	Конфабуляция – ложное воспоминание
	Криптомнезия – стирание грани между реально имевшими место событиями и событиями, о которых больной прочитал, услышал
	Псевдореминесценция – перенос реально имевших место событий во времени

Расстройства памяти:

I. Количественные нарушения памяти.

1. Амнезия (утрата памяти на события определенного промежутка времени). Выделяются следующие виды амнезии: фиксационная, ретроградная, антероградная, прогрессирующая, перфорационная (палимпсесты).

Виды амнезии

Вид	Характеристика	Расстройства
Фиксационная	Утрата памяти на текущие события при сохранении на приобретенные в прошлом знания	Признак корсаковского синдрома, черепно-мозговые травмы, атеросклеротические, другие органические психозы, интоксикации, старческое слабоумие

Прогрессирующая	Постепенно нарастающая утрата памяти, подчиняющаяся закону Рибо-Джексона (от частного к общему, от позднее приобретенного к тому, что было приобретено ранее, прочнее закреплено)	Признак атрофических процессов, прогрессивного паралича, прочих грубо органических поражений
Конградная	Полная или частичная утрата воспоминаний, ограниченная только событиями острого периода болезни	Оглушение, сумеречное состояние сознания, сопор, кома, некоторые формы делирия, онейроида
Ретроградная	Утрата памяти на события, которые предшествовали состоянию измененного сознания	Грубое органическое повреждение головного мозга, гипоксия
Антероградная	Утрата памяти на события, непосредственно следующие за окончанием бессознательного состояния	Грубое органическое повреждение головного мозга, развитие острого психотического синдрома
Палимпсест	Выпадение памяти на события, приуроченные к опьянению больных алкоголизмом	Синдром зависимости от алкоголя
Аффектогенная	Утрата памяти на события, происшедшие во время бурной эмоциональной реакции	Патологический аффект

2. Гипомнезия (снижение памяти). Выделяют тотальную и лакунарную гипомнезию.

3. Гипермнезия (избирательное повышение памяти на отдельные события, когда воспроизводятся детали давно прошедших событий).

II. Качественное нарушение памяти – парамнезии (дисмнезии).

1. Конфабуляции (ложные воспоминания):

- фантастические конфабуляции (встречаются при шизофрении);
- замещающие конфабуляции (больной рассказывает о событиях, которые в действительности не происходили).

2. Криптомнезии (стирание грани между реально имевшими место событиями и событиями, о которых больной прочитал, услышал).

3. Псевдореминесценции (перенос реально имевших место событий во времени). Например, при сенильном психозе отмечается экмнезия – жизнь в прошлом.

Расстройства интеллекта

Дементный синдром (деменция) – приобретенное слабоумие.

Деменция парциальная (лакунарная) характеризуется “неравномерностью” интеллектуального снижения с преобладанием мнестических расстройств (при сохранении “ядра личности”). Деменция тотальная характеризуется выраженным интеллектуально-мнестическим снижением (с распадом “ядра личности”).

Особые виды деменции

1. **Шизофреническая деменция** (везавическая или апатически-диссоциативная) определяется аспонтанностью больных при сохранности словарного запаса, профессиональных навыков и знаний.

2. **Эпилептическая (“концентрическая”) деменция** характеризуется инертностью и ригидностью психических процессов, обеднением словарного запаса (олигофазией).

3. **Психопатическая деменция** характеризуется неспособностью к коррекции своего поведения при формально сохраненном интеллекте.

Олигофрения (умственная отсталость) – это врожденные или рано (до 3-летнего возраста) приобретенные состояния

психического недоразвития с преимущественным поражением интеллекта.

Классификация олигофрений по выраженности проявлений:

1. Дебильность (легкая умственная отсталость).
2. Имбецильность (умеренная и тяжелая умственная отсталость).
3. Идиотия (глубокая умственная отсталость).

Расстройства внимания

Внимание – направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте.

Классификация расстройств внимания

Симптомы	Краткая характеристика
Апрозексия	Полное отсутствие (“выпадение внимания”)
Гипопрозексия (растерянность)	Неспособность к сосредоточению внимания
Истощаемость внимания	Неспособность к длительному сосредоточению внимания
Слабая распределяемость внимания	Сосредоточенность на ситуационно значимом объекте
Отвлекаемость внимания	Повышенная переключаемость внимания
Застреваемость внимания	Сниженная переключаемость внимания

Контрольные вопросы

1. Определение памяти. Классификация расстройств памяти.
2. Количественные нарушения памяти: амнезия, гипомнезия, гипермнезия.
3. Качественные нарушения памяти: конфабуляции, криптомнезии, псевдореминесценции.

4. Определение деменции. Понятие парциальной и тотальной деменции.
5. Особые виды деменции: шизофреническая, эпилептическая, психопатическая.
6. Определение и степени умственной отсталости.
7. Определение внимания. Классификация нарушений внимания.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

Эмоциональные расстройства

Эмоции – переживание человеком его отношения к окружающему миру и к самому себе.

Классификация эмоциональных расстройств

По выраженности и длительности	Аффект
	Настроение
По характеру (“содержанию”)	Симптомы снижения настроения
	Симптомы повышения настроения
	Симптомы неустойчивости эмоциональной сферы
	Симптомы качественного искажения эмоций

Расстройства эмоций:

1. По выраженности и длительности эмоциональных нарушений:

- а) аффект – чрезмерная по интенсивности и бурно выраженная эмоциональная реакция. Выделяют: физиологический аффект – эмоциональный ответ, по силе соответствует раздражителю, не утрачивается контроль над поведением, сохраняются воспоминания; патологический аффект – неадекватная эмоциональная реакция, сопровождающаяся сужением сознания, утратой целесообразности поведения от нескольких минут до 1–2 часов, заканчивается сном и амнезией;
- б) настроение отличается устойчивостью и продолжительностью во времени, а также невысокой интенсивностью.

2. По характеру (“содержанию”) эмоциональных нарушений:

- а) симптомы снижения настроения:
 - гипотимия (стойкое снижение настроения, которое сопровождается уменьшением интенсивности эмо-

циональной, психической и, иногда, двигательной активности);

- тоска (душевная тревога в сочетании с грустью, унынием);
- дистимия (расстройство настроения с теми же когнитивными и физическими проблемами, как и депрессия, но менее тяжелое и более продолжительное);
- дисфория (злобность с взрывчатостью);
- тревога (немотивированное беспокойство);
- страх (напряжение и ожидание угрожающего события);

б) симптомы повышения настроения:

- гипертимия (стойкое приподнятое настроение);
- эйфория (положительно окрашенный аффект или эмоция);
- мория (эйфория с расторможенностью);
- экстаз (высшая степень восторга);

в) симптомы неустойчивости эмоциональной сферы:

- эмоциональная неустойчивость;
- эмоциональная лабильность;

г) качественное искажение эмоций:

- эмоциональное оскудение;
- эмоциональная тупость (отсутствуют чувственные реакции);
- апатия (состояние полного безразличия, равнодушия);
- психическая анестезия (чувство бесчувственности, болезненное бесчувствие);
- эмоциональная неадекватность (несоответствие эмоциональной реакции вызвавшему их поводу);
- амбивалентность (одновременное возникновение прямо противоположных чувств по отношению к одному и тому же человеку, субъекту).

Аффективные синдромы

Аффективные синдромы – стойкие изменения настроения в виде снижения (депрессии) и повышения (мании).

Аффективная триада

1. Аффективный компонент.
2. Моторный компонент.
3. Идеаторный компонент.

Депрессивный синдром – сочетание подавленного настроения, снижения психической и двигательной активности (депрессивная триада Э. Крепелина) с соматическими, в первую очередь вегетативными расстройствами.



Клинические варианты депрессии

Вариант депрессии	Клинические проявления
Меланхолическая	Пониженное настроение, моторная заторможенность, гнетущая, безысходная тоска, тягостные физические и соматовегетативные нарушения
Дисфорическая	На фоне пониженного настроения злобно-тоскливый аффект с угрюмостью, раздражительностью, придирчивостью, вспыльчивостью
Апатическая	Выраженное снижение и утрата заинтересованности в жизни, невозможность или затруднение выполнения умственных и физических нагрузок, снижение уровня побуждений и всех видов психической активности
Тревожная	Тягостное мучительное ожидание неизбежного несчастья с ощущением внутреннего напряжения, беспокойства. Сопровождается однообразным речевым и двигательным возбуждением
Адинамическая	Слабость побуждений, вялость, бессилие, невозможность или затруднение выполнения умственной или физической работы при сохранности побуждений
Маскированная	Слабая выраженность симптомов депрессии, большое количество соматических, ипохондрических, вегетативных жалоб
Сенестоипохондрическая	На фоне сниженного настроения возникновение ипохондрических расстройств, основанных на сенестопатиях, вегетосоматических или деперсонализационных нарушениях
Психотическая (с бредом, галлюцинациями)	Сочетание симптомов депрессии с психотическими симптомами

Маниакальный синдром – сочетание повышенного настроения, ускорения темпа психической деятельности и чрезмерной двигательной активности.

Клинические варианты мании

Непродуктивная	При повышенном настроении и не резко выраженном ускорении ассоциативного процесса отсутствует стремление к деятельности
Спутанная	Крайняя степень ускорения ассоциативного процесса, доходящая до степени бессвязности, а стремление к деятельности – до хаотического возбуждения
Гневливая	Раздражительность, придирчивость, гневливость, возбуждение со злобой, яростью, разрушительными тенденциями
Психопатоподобная	Признаки нарушения поведения, связанные с оживлениями влечений, появлением компульсивных влечений
С бредом, галлюцинациями	Бред величия, особого происхождения, предназначения, реформаторства, талантности, изобретательства на фоне повышенного настроения и двигательной активности
Онейроидная	На фоне маниакального состояния возникают грезоподобные нарушения сознания
Мания с дурашливостью	Психомоторное возбуждение с неусидчивостью, отвлекаемостью, выразительностью вычурных или театральных жестов на фоне дурашливого аффекта

Классификация аффективных синдромов

1. Простые аффективные синдромы (типичные) – относительно равномерная представленность аффективной “триады” или доминирование какого-либо ее компонента в структуре синдрома.
2. Сложные аффективные синдромы (атипичные) – наличие в структуре синдрома других психопатологических проявлений (обсессивных, сенесто-ипохондрических, галлюцинаторно-бредовых).
3. Смешанные аффективные синдромы – отсутствие или замена на противоположный, соответствующего компонента аффективной “триады”.

Волевые нарушения

Воля – способность к активной, сознательной и целенаправленной деятельности.

Расстройства воли

1. Абулия (отсутствие волевых побуждений) – встречается при шизофрении, органическом расстройстве личности.
2. Гипобулия (снижение волевых побуждений) – встречается при депрессиях, астении.
3. Гипербулия (болезненное повышение волевых побуждений) – встречается при синдромах зависимости от психоактивных веществ, паранойе, мании.
4. Парабулия (качественное извращение волевых побуждений) – встречается при шизофрении, расстройствах личности.

Влечение – неосознанное стремление к удовлетворению потребностей.

Расстройства влечений

1. Ослабление (анорексия, гипосексуальность).
2. Усиление (булимия, полидипсия, гиперсексуальность).
3. Извращение (амбигентность, негативизм, половые извращения, каннибализм).

Контрольные вопросы

1. Определение эмоций.
2. Классификация расстройств эмоций.
3. Симптомы снижения эмоций.
4. Симптомы повышения настроения.
5. Симптомы неустойчивости эмоциональной сферы.
6. Симптомы искажения эмоций.
7. Аффективные синдромы.
8. Определение воли.
9. Классификация волевых нарушений.

СИНДРОМЫ ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Синдромы органического поражения головного мозга

1. Психоорганический синдром.
2. Амнестический синдром.
3. Эпилептиформный синдром.
4. Деменция.

Психоорганический синдром – расстройство, характеризующееся выраженным интеллектуальным снижением, недержанием аффекта и мнестическими нарушениями (триада Вальтер-Бюэля).

Структура психоорганического синдрома:

1. Интеллектуальное снижение (недоосмысление, непонимание).
2. Недержание аффекта.
3. Мнестические нарушения.

При психоорганическом синдроме в первую очередь нарушается память – способность запоминать, удерживать воспринятое и активизировать запасы информации. Отмечается фиксационная и/или прогрессирующая амнезия. Расстройства памяти сопровождаются появлением образных воспоминаний событий прошлой жизни, в ряде случаев конфабуляций. Ограничивается объем внимания. У пациентов ухудшается ориентировка – сначала в окружающем пространстве, при утяжелении состояния – в собственной личности.

Со временем снижается способность понимать полученные сведения, взвешивать различные альтернативы и формировать план действий. Пациентам становится сложно устанавливать отношения и взаимосвязи между предметами, у них нарушаются критические способности – самооценка и оценка окружающих.

Аффективные расстройства проявляются недержанием аффекта. Характерна аффективная индукция, когда тон разговора определяет аффект. Астенические расстройства отсутствуют при атрофических процессах, при всех остальных расстройствах астения является постоянным признаком. У пациентов возможны истощаемость или повышенная раздражительность с эксплозивностью или злобой, например, при психоорганическом синдроме травматического генеза. Заостряются характерологические черты, появляются психопатоподобные нарушения.

Психоорганический синдром сопровождается головными болями, ощущением давления в голове, головокружением, плохой переносимостью жары, перепадов атмосферного давления, разнообразными неврологическими симптомами. У больных возможны нарушения сознания в виде делирия, сумеречных состояний.

Психоорганический синдром может сопровождаться развитием продуктивных психопатологических расстройств (аффективных, бредовых, галлюцинаторных).

Причины развития психоорганического синдрома: сосудистые заболевания головного мозга; черепно-мозговые травмы; интоксикации; нейроинфекции; обменные нарушения; опухоли и абсцессы головного мозга; атрофические заболевания головного мозга; заболевания, сопровождающиеся эпилептическими припадками.

Выделяются *острый* и *хронический* психоорганический синдром.

Клинические варианты психоорганического синдрома

Вариант синдрома	Клинические проявления
Астенический	Преобладают явления психической и физической истощаемости
Эксплозивный	Преобладают психопатоподобные расстройства в виде крайней раздражительности, брутальности
Эйфорический	Преобладают явления благодушия, расторможенности влечений и резкого снижения критики
Апатический	Преобладают явления аспонтанности, сужения круга интересов, безразличия

Псевдопаралитический синдром – сочетание психических и неврологических расстройств, характерных для прогрессивного паралича. Это острое проходящее расстройство, относящееся к группе обратимых деменций.

У больных резко снижена или полностью отсутствует критика к состоянию, нарушено суждение, снижена память на настоящие и прошлые события, ухудшено внимание. Отмечается аффект в виде тупой эйфории, раздражительности, “недержания аффекта”. Влечения повышены, характерна булимия.

Выделяют *экспансивный* и *дементный* варианты психоорганического синдрома.

Отмечаются неврологические расстройства в виде дизартрии, анизокории, вялой реакции зрачков на свет, миоза, асимметрии иннервации лицевого нерва, симптома Ромберга, анизорефлексии, повышения или понижения сухожильных рефлексов.

Лобный синдром – тип психоорганического синдрома с глобальным слабоумием с аспонтанностью или расторможенностью.

При аспонтанности имеет место резкое снижение или полная утрата побуждений, адинамия, молчаливость и выраженное обеднение экспрессивной речи, потеря интереса к окружающему, равнодушие.

В случаях расторможенности отмечается повышенное настроение, беспечность, дурашливость со склонностью к неуместным шуткам и поступкам, напоминающим детские проказы (мория), усиленные низшие влечения. При этом совершенно утрачиваются критические способности, происходит нивелировка личности.

Лобный синдром может быть транзиторным (например, при черепно-мозговых травмах, алкоголизме) или хроническим (например, при болезни Пика, опухолях лобной доли головного мозга).

Особенности психоорганической триады при некоторых заболеваниях

Основной синдром	Заболевания	Преобладающие расстройства
Корсаковский	Алкоголизм	Мнестические
Дементный	Атрофические заболевания головного мозга	Интеллектуальные
Лобный	Опухоли мозга	Аффективные

Корсаковский синдром (амнестический синдром) – сочетание фиксационной амнезии (расстройство памяти на настоящее), дезориентировки в месте, времени, окружающем и конфабуляций.

Структура амнестического (корсаковского) синдрома

1. Фиксационная амнезия (амнестическая дезориентировка).
2. Ретро-, антероградная амнезия.
3. Конфабуляции.
4. Эйфория.

Больным свойственно снижение интеллектуального уровня, в том числе снижение критического отношения к своему состоянию. Знания и навыки прошлого сохраняются удовлетворительно – пациенты могут решать различные задачи; логически правильно рассуждать о вопросах, связанных с их прежним опытом и знаниями. У большинства больных существует сознание болезни.

Как правило, корсаковский синдром возникает остро, реже вслед за помрачением сознания – делирием, оглушением, сумеречными состояниями. Амнестический синдром может продолжаться дни, недели, месяцы и годы.

К амнестическим расстройствам, при которых утрачивается способность сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания, относятся:

- 1) фиксационная амнезия – состояние, при котором страдает память на события настоящего и недавнего прошлого;
- 2) замещающие (мнемонические) конфабуляции, содержанием которых являются вымышленные события бытового или профессионального характера;
- 3) экмнестические конфабуляции, состоящие из вымышленных событий, якобы происходившие с больным в детские и юношеские годы. Сопровождаются сдвигом ситуации в прошлое.

Причины развития амнестического синдрома: интоксикации; черепно-мозговые травмы; опухоли головного мозга; инфекционные заболевания; гипоксия головного мозга; атрофические заболевания головного мозга; церебральный атеросклероз.

Эпилептиформный синдром – пароксизмальные расстройства, возникающие при различных экзогенных и эндогенно-органических поражениях головного мозга.

Припадки (пароксизмы) – внезапно развивающиеся, кратковременные состояния изменения ясности сознания – вплоть до полного его отключения, сопровождающиеся двигательными расстройствами, в первую очередь в форме судорог.

При эпилептиформном синдроме преобладают фокальные припадки. Большие судорожные припадки встречаются реже, еще реже абсансы. Фокальные припадки могут сопровождаться судорожным компонентом. При дизэнцефальных приступах судорожный компонент минимален или отсутствует вовсе.

Пароксизмальные расстройства при эпилептиформном синдроме могут проявляться в форме психопатологических симптомов – дереализации, деперсонализации, психических аур, сумеречных и сноподобных состояний, дисфорий и т.д. Психические пароксизмы могут сочетаться с фокальными и генерализованными припадками.

Дементный синдром – обеднение всей психической деятельности, в первую очередь интеллекта, эмоционально-волевой сферы и индивидуально-личностных особенностей

с одновременным ухудшением (вплоть до полной утраты) способности к приобретению новых знаний, их практическому использованию и приспособлению к окружающему.

При повышении влечений наблюдается прожорливость, сбор и накопление хлама, бродяжничество, алкогольные и сексуальные эксцессы. Деменция сопровождается утратой обыденных житейских навыков, таких как чистоплотность, навыки самообслуживания, что приводит к беспомощности в быту.

Клинические формы деменции:

1. Простая форма.
2. Психотическая форма.

Типы течения деменции:

- прогрессирующее слабоумие;
- стационарное слабоумие.

Причины развития деменции: сосудистые заболевания; черепно-мозговые травмы; эпилепсия; алкоголизм; прогрессивный паралич.

При *парциальном слабоумии* сохраняется прежняя индивидуальность, имеется осознание болезни. Больные ориентированы в личности и окружающем. Характерно “недержание аффекта”.

При *тотальном (глобальном, диффузном) слабоумии* наблюдается утрата “ядра личности”, всех основных индивидуальных черт, исчезновение критики.

В конечном итоге имеет место полный распад психической деятельности. Теряются навыки простейшего самообслуживания. Больные не в состоянии самостоятельно передвигаться. Имеются нарушения речи, оральные или хватательные автоматизмы, булимия, неопрятность мочой, калом. Такое состояние необратимо.

Общие признаки сосудистых заболеваний:

1. Клинический полиморфизм.
2. Отсутствие единого стереотипа развития.
3. Отсутствие корреляции между тяжестью сосудистых расстройств и выраженностью психических нарушений.

Общие признаки атрофических заболеваний:

1. Постепенное клиническое начало, клинически невыраженное начало.
2. Хроническое прогрессирующее течение.
3. Снижение уровня личности и постепенный распад психической деятельности (вплоть до тотального слабоумия).

Контрольные вопросы

1. Синдромы органического поражения головного мозга.
2. Структура психоорганического синдрома.
3. Клинические варианты психоорганического синдрома.
4. Псевдопаралитический синдром.
5. Лобный синдром.
6. Корсаковский синдром.
7. Эпилептиформный синдром.
8. Дементный синдром.
9. Особенности психоорганического синдрома при сосудистых и атрофических заболеваниях головного мозга.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Невротические синдромы – психопатологические состояния, при которых наблюдаются расстройства, свойственные неврастениям, неврозу навязчивых состояний или истерии.

Любой из невротических синдромов может быть выявлен в рамках психического заболевания, в этих случаях их именуют невротоподобными (псевдоневротическими).

Характеристики невротических синдромов:

- 1) неглубокий уровень расстройств;
- 2) критическое отношение;
- 3) присутствие сознания болезни;
- 4) адекватная оценка окружающего;
- 5) отсутствие психотических расстройств, нарушений познания;
- 6) сохранность личности.

Классификация невротических синдромов

1. **Астенический синдром** (неврастения) – состояние повышенной возбудимости и раздражительности при быстрой истощаемости и утомляемости.

2. **Истерический синдром** – симптомокомплекс психических, вегетативных, двигательных и сенсорных расстройств, существующих изолированно или в сочетании с другими симптомами.

3. **Обсессивный синдром** (синдром навязчивых состояний) – психопатологическое состояние с преобладанием явлений навязчивости, которое может сопровождаться выраженной вегетативной симптоматикой.

Диагностические критерии астенического синдрома:

1. Повышенная физическая и психическая утомляемость.
2. Висцеровегетативные расстройства.
3. Нарушения сна.

Этиология астенического синдрома:

- **экзогенно-органические факторы:** инфекции, интоксикации, соматические заболевания, органическое поражение головного мозга;
- **психогенно-реактивные факторы:** психоэмоциональные нагрузки, хронический стресс, адаптационные факторы.

Классификация астенических расстройств

Клинические формы (стадии)	Клинические варианты	Этиология
Гиперстеническая Гипостеническая Раздражительной слабости	Астенодинамический Астенодепрессивный Тревожно-астенический Астеноипохондрический Истероастенический Астеносенситивный	Психогенная астения Соматогенная астения Адаптационная астения

Клинические проявления астенического синдрома:

- астенический тип конституции в преморбидный период;
- боли различной локализации (характерен шлем неврастеника);
- сердцебиение;
- расстройства половой сферы;
- трудности концентрации внимания и запоминания;
- ухудшение самочувствия во второй половине дня;
- нарушения сна;
- раздражительность;
- гиперестезия.

Диагностические критерии истерического синдрома

1. Конверсионные расстройства (психические, вегетативные, двигательные, чувствительные).
2. Диссоциативные расстройства (психогенная амнезия, психогенные сумеречные состояния).

3. Истероидные особенности личности (поверхностность суждений, внушаемость, склонность к фантазированию, стремление привлечь к себе внимание, театральность поведения, неустойчивое настроение).

Диагностические критерии обсессивного синдрома

1. Различные обсессивные проявления (единичные и множественные).
2. Защитные формы поведения (ритуалы, стремление избежать провоцирующих ситуаций).
3. Для преморбидного периода характерна паранойальность в сочетании с астенией (неуверенность в себе, мнительность, склонность к сомнениям, тревожность).

Виды навязчивостей:

- *обсессии* – навязчивые мысли, сомнения, воспоминания, представления;
- *фобии* – навязчивые страхи (могут быть совершенно нелогичными и не поддаваться разумному объяснению);
- *компульсии* – навязчивые действия.

Фобический синдром:

- представлен преимущественно разнообразными навязчивыми страхами;
- сопровождается соматовегетативными расстройствами;
- присоединяются ритуалы (навязчивые действия, совершаемые против желания и воли больного);
- встречается при невротических расстройствах, шизофрении, органических заболеваниях головного мозга.

Ипохондрический синдром выражается преувеличенным вниманием к своему здоровью и сомнениями в его благополучии. Может быть обусловлен ятрогенией.

Клинические проявления ипохондрического синдрома:

- фиксация на неприятных ощущениях в теле;
- соматовегетативные проявления;
- субдепрессивный фон настроения;
- обращения к различным специалистам с целью обследования состояния здоровья;
- навязчивые мысли о возможном тяжелом заболевании.

Клинические варианты ипохондрического синдрома:

- астенический;
- депрессивный;
- фобический;
- сенестопатический;
- бредовый.

Деперсонализационно-дереализационный синдром проявляется нарушением самосознания.

Синдром деперсонализации характеризуется нарушением самосознания, единства и постоянства *Я*. Встречается в структуре неврозов, расстройств личности, неврозоподобной шизофрении, аффективных расстройств, резидуально-органических заболеваний головного мозга.

Клинические варианты деперсонализации:

- аллопсихическая;
- аутопсихическая;
- соматопсихическая;
- телесная;
- анестетическая;
- бредовая.

Синдром дереализации проявляется искаженным восприятием окружающего мира (окружающая обстановка

воспринимается “призрачно”, неясно, неотчетливо, “как в тумане”, бесцветно, безжизненно, нереально); метаморфозиями (нарушениями восприятия формы, величины, цвета, количества, взаимного расположения предметов); симптомами нарушения самосознания; эмоциональными реакциями (пониженным настроением, растерянностью, страхом). Встречается при органических заболеваниях головного мозга, в рамках эпилептических пароксизмов, при интоксикациях. Включают состояния “уже пережитого”, “уже виденного”, “никогда не виденного”, “никогда не слышанного”.

Синдром нервной анорексии характеризуется ослаблением или утратой чувства голода. Возникает под влиянием психогенных факторов (нередко в сочетании с явлениями дисморфофобии) после длительного отказа от приема пищи. Наблюдается обычно в подростковом возрасте, чаще у девочек.

Виды нервной анорексии:

- *истинная или первичная анорексия* (аппетит отсутствует с самого начала);
- *вторичная, ложная или психогенная анорексия* (сознательный отказ от еды с целью снижения веса).

Динамика синдрома нервной анорексии:

- синдром дисморфофобии;
- нарушение пищевого поведения в виде активных действий для похудения (потеря веса и развитие вторичных соматических нарушений);
- кахексия (теряют 50% веса и более, доминируют соматоэндокринные нарушения, дистрофические изменения внутренних органов);
- выход из состояния кахексии (прибавка в весе влечет депрессивные реакции и рецидивы; нередко предпринимаются новые, более изощренные попытки похудеть).

Психопатический синдром проявляется нарушениями в эмоциональной и волевой сферах, дисгармоничностью характера и приводит к социальной дезадаптации.

Психопатоподобный синдром – изменения характера, вызванные шизофреническим или церебрально-органическим процессом.

Клинические варианты психопатического синдрома:

- *возбудимый тип* (эмоциональная несдержанность, гневливость, конфликтность, нетерпеливость, неуживчивость, волевая неустойчивость, склонность к злоупотреблению алкоголем и употреблению наркотиков);
- *тормозимый тип* (слабость, истощаемость реакций личности, ее недостаточная активность, заниженная самооценка, склонность к сомнениям).

Контрольные вопросы

1. Характеристики невротических синдромов.
2. Классификация невротических синдромов.
3. Диагностические критерии астенического синдрома.
4. Диагностические критерии истерического синдрома.
5. Диагностические критерии обсессивного синдрома.
6. Диагностические критерии ипохондрического синдрома.
7. Диагностические критерии синдрома дереализации-деперсонализации.
8. Диагностические критерии синдрома нервной анорексии.
9. Диагностические критерии психопатического и психопатоподобного синдромов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Больной М., 28 лет. В контакт вступает неохотно. Лицо напряжено. Внешне неопрытен. На вопросы отвечает скупой. Считает, что все органы в его теле заменены. Рассказывает, что ночью какая-то сила вводит его в состояние гипноза и заменяет органы. Ощущает это по своеобразному щелчку в голове. Утверждает, что сердце не его, а сестры, глаза – отца, челюсть от собаки. Ощущает жжение в ступнях, когда производится замена ногтей на пальцах ног. Считает себя жертвой своеобразного эксперимента, который проводят с ним инопланетяне. Иногда слышит в голове странный шепот, но слов разобрать не может.

Вопросы

1. Какой психопатологический синдром описан?
2. Какова врачебная тактика?

Ответы

1. Синдром Кандинского-Клерамбо.
2. Назначение антипсихотических препаратов. Направление на стационарное лечение.

Задача № 2

Больной И., 35 лет. Считает, что в него вселился двойник, который владеет его языком, повторяет его мысли, вкладывает в голову чужие циничные идеи, заставляет браниться, внушает различные оттенки настроения: то печаль, тоску, а то – радость, неистовство. В течение дня видит внутренним взором страшные картины, пытается отвернуться от них, зажмуриться, но ничего не помогает. Уверен, что двойник действительно существует.

Вопросы

1. Какой психопатологический синдром описан?
2. Что можно ожидать от больного в таком состоянии?

Ответы

1. Синдром Кандинского-Клерамбо.
2. Больной может представлять опасность для себя и окружающих.

Задача № 3

Больная К., 69 лет. Лечится в психиатрическом стационаре в течение 1 месяца. В беседе с врачом по несколько раз спрашивает его имя. Внешне кажется растерянной. Не может ответить на вопрос, что ела на завтрак. В палате не находит свою койку. Окружающих больных воспринимает как своих родственников. Не знает, какое сейчас число, месяц, год. Считает, что она дома. Рассказывает, что вчера приходили гости и принесли много подарков.

Вопросы

1. Какой синдром описан?
2. Тактика ухода.

Ответы

1. Синдром слабоумия.
2. Пациентка нуждается в постоянном постороннем уходе и надзоре, симптоматической терапии.

Задача № 4

Больной К., 40 лет. Тревожен, суетлив, не может заснуть, прислушивается к малейшему шороху и вздрагивает от страха. За стенкой мирно тикают часы: “Тик-так, тик-так”, а голос прямо в такт вторит: “Ты пьянчуга, ты пьянчуга”. Невыносимо слушать это! Больной в сильном волнении вскакивает с постели, с яростью бросается к часам и со злобой разбивает их. Голос прекращается.

Вопросы

1. Какие психопатологические симптомы описаны?
2. Какова врачебная тактика?

Ответы

1. Расстройство восприятия в виде вербальных иллюзий.
2. Назначение нейролептиков, решение вопроса об экстренной недобровольной госпитализации.

Задача № 5

Больной М., 35 лет. Сидит на полу, отвернувшись от окружающих. Лицо крайне напряжено, взгляд устремлен в одну точку, стереотипно перебирает складки одежды. При попытке персонала установить контакт, озлобляется, ока-

зывает активное сопротивление. На вопросы не отвечает. Отказывается от еды.

Вопросы

1. Перечислите описанные симптомы.
2. Какое психопатологическое состояние можно предположить у больного?
3. Врачебная тактика.

Ответы

1. Негативизм, мутизм.
2. Кататонический синдром.
3. Введение антипсихотических препаратов, парентеральное питание.

Задача № 6

Из высказываний больного Р., 28 лет: "...Весь день был какой-то "взбудораженный". Хотелось говорить со всеми, куда-то бежать, а к вечеру стало тревожно. Страх как будто подкрался и поселился в подложечной области. Почему-то страшно было заходить в дом, казалось, что опасность подстерегает меня там. Пришлось пересилить чувство страха и войти в дом. Быстро прошмыгнул в свою комнату, и, не раздеваясь, бросился на постель, зарылся головой в подушку. Некоторое время спустя высунул голову из-под подушки и взглядом обшарил комнату. В углу кто-то стоял. Да, действительно, стоял. Видны были огромные плечи и свисающие руки. Страх обуял меня с такой силой, что я вскочил и бросился к выключателю. Вмиг комната осветилась ярким электрическим светом. В злополучном углу висело мое старое пальто..."

Вопросы

1. Опишите психопатологические симптомы.
2. Можно ли предположить, что у больного начинается психоз?

Ответы

1. Эмоциональные расстройства – страх, тревога, расстройства восприятия – зрительные иллюзии.
2. Да.

Задача № 7

Больная К., 53 года. На лице выражение тоски, сидит беспокойно, руками беспрестанно теребит одежду. Голос прерывающийся, речь непоследовательная. Называет себя преступницей. Говорит, что ее нужно казнить. Слышит голоса “где-то внутри головы”, которые ее осуждают. По вечерам состояние ухудшается: мечется по палате, заламывает руки, стереотипно повторяет: “Меня казнят... меня казнят”. Полагает, что она находится в тюрьме, что вокруг нее арестанты и переодетые надсмотрщики. Все они говорят о ней, осуждают ее.

Вопрос

Какое состояние описано у больной?

Ответ

Галлюцинаторно-бредовый синдром с психомоторным возбуждением.

Задача № 8

Больная В., 18 лет. Доставлена в психиатрическую больницу в недобровольном порядке. Прыгает по приемному покою, хлопает в ладоши, показывает всем язык, выпячивает грудь, периодически порывисто хватается за волосы, громко кричит: “Вы зачем все сожгли, я вот вам покажу рога и копыта, рога и копыта, рога и копыта, корыто, зарыто, домой, в город, все ужасно, гниль, гниль, одна гниль, гниль, гниль!...”. При попытке переодеть и осмотреть больную оказывает активное сопротивление, кусается, дерется.

Вопросы

1. Правомерна ли госпитализация больной?
2. Какое психопатологическое состояние описано у больной?

Ответы

1. Да.
2. Состояние психомоторного возбуждения.

Задача № 9

Из высказываний больного Б., 30 лет: "...Мой взор обращен вовнутрь. Я вижу, как плавают мои мысли. Они напоминают головастиков. Они перешептываются между собой. Слова неразборчивы, но шепот какой-то страшный, зловещий..."

Вопрос

Какое состояние описано?

Ответ

Псевдогаллюцинации в рамках галлюцинаторно-бредового синдрома.

Задача № 10

Из высказываний больного Л., 29 лет: "...Лежу спокойно на диване, мечтаю, вспоминаю о былом. Рассматриваю ковер, его причудливый рисунок, и вот постепенно цветочки на ковре превращаются в смешные маленькие рожицы. Они улыбаются, подмигивают..."

Вопрос

Как называется описанное состояние?

Ответ

Парейдолия.

Задача № 11

Из высказываний больного Ш., 42 лет: "...Этот неестественный, жуткий голос постоянно преследует меня. Не успею утром проснуться, а он тут как тут: "Проснулся". Умоюсь, а он: "Умывается", сажусь завтракать, и он снова — "Ест". Поверну голову к соседу по столу и он опять вторит: "Поворачивается". Сил моих больше нет терпеть эти издевательства. Пробовал затыкать уши ватой, даже применял специальные противошумные бируши, ничего не помогает. Этот голос сидит где-то внутри, или в голове, или слуховых проходах. Я пытался мысленно запретить ему разговаривать и по-хорошему, и по-плохому. Но в ответ на мои уговоры он становился еще зловещее и страшнее..."

Вопрос

Какие описаны психопатологические симптомы?

Ответ

Слуховые псевдогаллюцинации комментирующего характера.

Задача № 12

Из высказываний больного Н., 39 лет: "...Эти жуткие ощущения не дают мне покоя. Как будто что-то или кто-то периодически копошится в моем мозгу. Я чувствую, как шевелятся мои извилины, что-то булькает и стягивается в них. В это время мне становится страшно, будто я сойду с ума..."

Вопрос

Какое психопатологическое состояние описано?

Ответ

Расстройство восприятия в виде сенсорных галлюцинаций.

Задача № 13

Из высказываний больного М., 30 лет: "...На душе страшная тревога. Все вокруг тоже мрачное, тревожное. Деревья застыли в зловещем оцепенении, в котором чувствуется немой непереносимый укор мне, моему существованию вообще. Дома как-то съежились, нахохлились и своими окнами, как человеческими глазами, печально смотрят на меня. Все вокруг как будто ожидает чего-то страшного, необъяснимого..."

Вопрос

Развития какого синдрома можно ожидать?

Ответ

Параноидного синдрома.

Задача № 14

Из высказываний больного В., 45 лет: "...Сначала было не страшно, а любопытно, интересно. Мои мысли шли каким-то лавинообразным потоком; я мог думать сразу о нескольких вещах. Меня это радовало, занимало, я считал,

что открылся талант. Некоторые мысли звучали, но я четко их не слышал. Но потом они стали вдруг останавливаться. Это было очень уж странно. Вот, вот была мысль, живая, яркая, конкретная. Я уже знал, чем она закончится. И вдруг она как будто оборвалась, исчезла. Я в смятении искал эту мысль, искал ее конец, но не находил. Ведь я уже знал этот конец, знал! И вдруг забыл! А новые потоки мыслей уже неслись со стремительной быстротой и тоже обрывались. Это было уже не интересно. Это было страшно. Я сознавал, что это не нормально...”.

Вопросы

1. Какое состояние описано?
2. Развития какого синдрома можно ожидать?

Ответы

1. Расстройства мышления в виде ментизма, шперрунгов.
2. Галлюцинаторно-бредового синдрома.

Задача № 15

Больная Ф., 44 лет (в анамнезе – тяжело протекающая пневмония, которую длительно лечили антибиотиками), стала предъявлять жалобы “на развитие у нее кандидомикоза”, так как чувствовала все симптомы этого заболевания (зуд, боли в животе, снижение аппетита, вздутие кишечника и др.). Неоднократно проверялась у терапевтов, узких специалистов, добилась консультации профессора. Вместе с тем больная изменилась по характеру и поведению. Считала, что у ее сына тоже кандидомикоз. Лечила себя и его специальной диетой: по особому готовила чай, компот, отказывалась есть в гостях, у родственников и не разрешала этого делать ребенку. Писала письма в различные инстанции, где гневно выступала против врачей-неучей, которые не могут диагностировать заболевание и т.п.

Вопросы:

1. Развитие какого синдрома описано у больной?
2. Нуждается ли она в недобровольной госпитализации в психиатрический стационар?

Ответы

1. Ипохондрического синдрома.
2. Нет, так как не представляет опасности для себя и окружающих.

Задача № 16

Больная М., 28 лет. Живет в постоянном страхе заразиться венерической болезнью. Постоянно моет руки. Даже летом носит перчатки. После посещения магазинов 1–1,5 часа моется в ванной. При контакте с людьми проделывает фигурные повороты плечами, так как считает, что это предостерегает ее от “заразы”. Разубеждению не поддается.

Вопрос

Какой психопатологический синдром описан?

Ответ

Обсессивный синдром.

Задача № 17

Больная О., 40 лет. Взгляд зачарованный, не мигающий. Лежит спокойно в постели. Речь состоит из обрывков предположений, фраз: “...Небо в звездах, ... воздушный корабль, ...я хочу лететь..., доктор, он уходит...”.

Вопрос

Какое состояние можно предположить у больной?

Ответ

Расстройство сознания в виде онейроида.

Задача № 18

Больная К., 49 лет. Настроение повышенное. Ярко нарядилась. Накрасила губы и щеки. На голове завязан большой бант. Считает себя красавицей. Говорит с пафосом. Движения размеренные. Взгляд надменный. Периодически слышит в голове мужской голос, который учит, как жить, подтверждает ее неповторимость. Рассказывает медицинскому персоналу нелепые фантастические истории.

Вопрос

Какой синдром описан?

Ответ

Парафренный синдром.

Задача № 19

Больной М., 35 лет. Ярко одет. Глаза блестят. Настроение повышенное. Энергичен. Движения быстрые, порывистые. Говорит громко, декламирует стихи, остроумно шутит. Считает себя счастливым человеком, так как все у него получается, “в руках все горит”. С женщинами подчеркнуто галантен, не скупится на комплименты. Периодически начинает бегать по коридору, приглашать медицинских сестер на танец. Громко поет арии из опер.

Вопрос

Какое состояние описано?

Ответ

Маниакальный синдром.

Задача № 20

Больная Н., 48 лет. В контакт вступает формально. Внешне выглядит старше своих лет. Лицо печальное, глаза тусклые. Сидит на краешке стула, сгорбившись. Отвечает после долгой паузы, односложно, тихим, монотонным голосом. Жалуется на боли в груди. “Какой-то камень лежит здесь”. Показывает на сердце. Считает себя никчемным человеком – “замучила своих домашних, зря ем хлеб”. По ночам плохо спит, рано просыпается. Мечется по палате. Аппетит значительно снижен. Похудела на 10 кг в течение 1 месяца. Менструации нерегулярные.

Вопросы

1. Какой синдром описан?
2. Чем опасно это состояние?
3. Тактика ухода.

Ответы

1. Депрессивный синдром.

2. Суицидальными тенденциями.
3. Нуждается в экстренной недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.

Задача № 21

Больная Л., 29 лет. Находится в психиатрическом стационаре с жалобой на “плохую работу кишечника”. Считает, что у нее редкое заболевание кишечника, которое еще не открыто. Обвиняет врачей в том, что “ничего не могут у нее найти”. По утрам ощущает неприятное жжение и перекручивание в области пупка. Замечает, что стул изменил свою окраску – “это то же знак редкой болезни”. Просит проконсультировать ее у профессора и специалистов в этой области. Требуется показать ей историю болезни и результаты анализов. Не считает себя психически больной, требует выписки.

Вопросы

1. Какое состояние описано?
2. Правомерны ли просьбы больной о ее консультации у специалистов?

Ответы

1. Параноидный синдром с ипохондрическими бредовыми идеями.
2. Да.

Задача № 22

Больной М., 28 лет, находящийся в психиатрическом стационаре, с подозрением относится к медицинскому персоналу, неохотно контактирует, считает, что его направили в психиатрическую больницу по настоятельной просьбе его начальства, без его согласия, так как он там всем мешал и “выводил на чистую воду”. С неохотой рассказывает о конфликте с начальником, которого ударил по лицу, так как считал, что начальник подговорил секретаршу подсыпать ему в чай “отравы”. Пациент уверен в этом, убежденно рассказывает о симптомах отравления – плохом самочувствии, рвоте и т.д.

Из письма администрации известно, что М. в последнее время резко изменился: перестал общаться с коллегами, не занимался своими прямыми обязанностями, целыми днями что-то записывал в свою записную книжку, на замечания начальника отвечал грубостью, требовал прекратить за ним “слежку”.

Вопросы

1. Какое состояние описано у больного?
2. Правомерна ли недобровольная госпитализация в психиатрическую больницу?

Ответы

1. Бредовые идеи отношения, преследования в рамках параноидного синдрома.
2. Да. Пациент нуждался в экстренной недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, так как представлял опасность для окружающих.

Задача № 23

В приемный покой привезли больного К., 29 лет, в анамнезе которого длительное, до 2-х недель злоупотребление спиртными напитками, в том числе и суррогатами.

Больной плохо ориентируется в обстановке, не может точно назвать число, месяц, год. Чрезвычайно пуглив, озирается по сторонам, сбрасывает с себя мнимых червей, ругается нецензурно. Сопrotивляется осмотру, громко зовет жену, сына. Врач предлагает больному поговорить с женой по телефону, на что он сразу соглашается, суетливо подходит к телефонному аппарату и, набрав номера, начинает бранить жену, кричать в трубку.

Вопросы

1. Какое состояние описано?
2. Почему врач предложил больному позвонить по телефону?

Ответы

1. Алкогольный делирий.
2. Чтобы выявить слуховые обманы восприятия.

Задача № 24

Больная Г., 40 лет, доставлена скорой помощью с вокзала, где приставала к пассажирам, громко декламировала стихи, смеялась, плясала, на замечания не реагировала, считала себя посланницей от инопланетян, совершала нелепые действия кистями рук, закатывала к небу глаза. Была госпитализирована в недобровольном порядке.

Вопрос

Какое психопатологическое состояние описано?

Ответ

Маниакальный синдром.

Задача № 25

Больной К., 30 лет, в анамнезе которого черепно-мозговая травма. Рассказывает, что часто снятся страшные сны, как будто кто-то гонится за ним с топором, вскакивает с постели и начинает метаться по комнате. Со слов родственников: такие состояния повторяются 1–2 раза в месяц. Лицо К. всегда бледное, выражает испуг.

Вопросы

1. Какое психопатологическое состояние можно предположить у больного?
2. Нужна ли консультация психиатра, и каков порядок ее осуществления?

Ответы

1. Сумеречное помрачение сознания.
2. В момент расстройства возможно недобровольное освидетельствование психиатром.

СЛОВАРЬ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ

Абсанс – кратковременное (от 2 до 20 секунд) угнетение или выключение сознания с последующей амнезией.

А. автоматизма – характерны автоматизированные действия (непроизвольные движения губ или языка, стереотипно повторяющиеся двигательные акты потирания рук или приведения в порядок одежды, прически и т. п.).

А. вегетативный – характеризуется симптомами вегетативных расстройств.

А. гипертонический – сложный абсанс, протекающий с повышением мышечного тонуса (откидыванием головы назад, отведением глазных яблок вверх, иногда выгибанием туловища назад).

А. миоклонический – сложный абсанс, характеризующийся двусторонней ритмической миоклонией, преимущественно судорогами мышц лица и верхних конечностей.

Абулия – патологическое отсутствие желаний и побуждений к деятельности.

Автоматизм психический – переживание отчужденности своих психических актов.

Агнозия – утрата способности к узнаванию предметов.

Ажитация – выраженное беспокойство и чрезмерное двигательное возбуждение, сопровождаемое тревогой.

Акинезия – обездвиженность.

Акоазмы – элементарные слуховые галлюцинации (шум, шипение, скрип, звон, скрежет и т. д.).

Алалия – отсутствие речи или ее дефект при сохранности слуха и интеллекта.

Алгогаллюциноз – непрерывно продолжающиеся фантомные боли в ампутированной конечности.

Амбивалентность (амбитендентность) – сосуществование двух (и более) взаимоисключающих желаний (поступков).

Амнезия – утрата памяти на события определенного промежутка времени.

А. антероградная – утрата памяти на события, последовавшие за состоянием нарушенного сознания.

А. аффектогенная – утрата памяти на события периода бурной эмоциональной реакции (аффекта).

А. конградная – утрата памяти на события периода нарушенного сознания.

А. мотивированная – утрата памяти на отдельные психотравмирующие события.

А. перфорационная (палимпсесты) – утрата памяти на отдельные события периода алкогольного опьянения.

А. прогрессирующая – нарастающее опустошение запасов памяти.

А. ретроградная – утрата памяти на события, непосредственно предшествовавшие состоянию нарушенного сознания.

А. фиксационная – утрата памяти на текущие события.

Ангедония – отсутствие способности получать удовольствие.

Анестезия (гипостезия) – выпадение (ослабление) одного или нескольких видов чувствительности.

Анестезия психическая – тягостное переживание “утраты” способности к эмоциональному реагированию.

Анорексия – ослабление или отсутствие чувства голода.

Апатия – состояние безучастности, равнодушия, полного безразличия.

Апраксия – утрата двигательных навыков.

Астазия-абазия – неспособность сохранять вертикальное положение, ведущая к невозможности стоять или ходить (при отсутствии нарушений движений нижних конечностей в положении лежа или сидя).

Аура – кратковременный пароксизм (вегетативный, сенсорный, моторный, психический), являющийся начальной стадией эпилептического припадка.

Аутизм – форма мышления, характеризующаяся ослаблением или потерей контакта с реальной действительностью, отсутствием стремлений к общению и чрезмерным фантазированием.

Аутометаморфопсия (расстройство схемы тела) – искажение восприятия собственного тела.

Афазия – утрата способности к произвольной речи или ее пониманию.

Аффект – кратковременное чувство, бурно протекающее, положительно или отрицательно окрашенное.

А. патологический – кратковременное психогенно обусловленное помрачение (“сужение”) сознания с последующим аффективным разрядом, ретроградной и конградной амнезией.

А. физиологический – кратковременная и сильная эмоциональная реакция, сопровождающаяся выраженными соматовегетативными проявлениями.

Бессвязность мышления (инкогеренция) – нарушение грамматической и смысловой направленности речи.

Брадипсихия – замедление психических процессов.

Брадифазия – замедление речи.

Бред (бредовые идеи) – ошибочные, не корригируемые умозаключения, формирующиеся на патологической основе и полностью определяющие мировоззрение больного.

Б. антагонистический (манихейский) – характеризуется убежденностью в том, что больной находится в центре борьбы сил добра и зла (имеющей обычно глобальное значение).

Б. аффективный (голотимный) – бред, формирующийся на основе первичных нарушений в эмоциональной сфере.

Б. величия – бред, характеризующийся грандиозным преувеличением своих способностей.

Б. воздействия – бред, характеризующийся убежденностью в наличии постороннего влияния.

Б. вторичный – бред, формирующийся на фоне других психических расстройств (галлюцинаций, депрессии и др.).

Б. высокого происхождения (иногo происхождения, чужих родителей) – бред, характеризующийся убежденностью больного в происхождении от лиц, занимающих более значительное положение в обществе, чем реальные родители.

Б. индуцированный – бред, возникающий как результат переработки бредовых идей больного (индуктора), с которым длительно общается реципиент.

Б. инсценировки – бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что все происходящее вокруг него специально подстроено, изменено, идет по заранее составленному сценарию.

Б. интерметаморфозы – бред, характеризующийся убежденностью больного в изменении окружающей обстановки – превращении предметов, перевоплощении людей, животных.

Б. ипохондрический – бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что он страдает тяжелым, неизлечимым заболеванием.

Б. кататимный – систематизированный, интерпретативный бред с чувственно окрашенными переживаниями.

Б. метаморфозы – бред, характеризующийся убеждением больного в его перевоплощении в другого человека, животное или неодушевленный предмет.

Б. нелепый – бред, содержание которого грубо не соответствует действительности.

Б. нигилистический (Котара) – бред, характеризующийся уверенностью больного в отсутствии внутренних органов, собственной смерти, “гибели мира”.

Б. образный (чувственный) – вторичный бред, формирующийся на фоне обманов восприятия.

Б. одержимости – бред, характеризующийся убежденностью больного во “вселении” в его тело (“душу”) живых существ (дьявола, ведьмы и т. п.).

Б. отношения – бред, характеризующийся уверенностью больного в том, что все происходящее связано с ним, имеет к нему непосредственное отношение.

Б. отравления – бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что его пытаются отравить (или уже отравили).

Б. первичный (интерпретативный, толкования) – систематизированный, паралогичный бред, характеризующийся преимущественным нарушением логического познания (при сохранности чувственного).

Б. преследования – бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что он является объектом постоянного наблюдения, слежки.

Б. ревности (синдром Отелло) – бред, характеризующийся убежденностью в неверности супруга.

Б. резидуальный – бредовые идеи, сохраняющиеся в качестве моносимптома после редукции других болезненных проявлений.

Б. реформаторства – бред, проявляющийся в идеях социального переустройства.

Б. самоуничтожения – бред, характеризующийся убежденностью в собственной несостоятельности, никчемности, бездарности, виновности и т.п.

Б. сутяжный – бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что окружающие относятся к нему несправедливо, умышленно принижают его заслуги, нарушают законные права.

Б. физического уродства (дисморфомания) – бред, характеризующийся убежденностью больного в наличии у него телесного уродства.

Б. эротический (любовного очарования) – бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что окружающие испытывают (но скрывают) к нему любовные чувства.

Булимия – патологическое чувство голода.

Вагобондаж – непреодолимое стремление к бродяжничеству, скитаниям, постоянной смене мест.

Вербигерация – однообразное, многократное повторение одних и тех же слов, фраз, оборотов.

Влечения – инстинктивные побуждения.

Возбуждение психомоторное – двигательное возбуждение.

В. галлюцинаторное – двигательное возбуждение, развивающееся под влиянием устрашающих галлюцинаций.

В. гебефреническое – двигательное возбуждение, проявляющееся в нелепо-дурашливом поведении (гримасничаньи, кривляньи, немотивированном смехе и т. п.).

В. депрессивное (меланхолический раптус) – двигательное возбуждение, сочетающееся с безысходным отчаяньем, мучительной, невыносимой тоской.

В. истерическое – демонстративное, чрезмерно выразительное, полиморфное двигательное возбуждение (часто психогенной природы).

В. кататоническое – двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий.

В. маниакальное – двигательное возбуждение, проявляющееся чрезмерным стремлением к деятельности, с незаконченностью и немотивированными переходами от одного вида к другому.

В. паническое (психогенное) – хаотичное двигательное возбуждение, возникающее под влиянием психотравмирующих (опасных для жизни) обстоятельств.

В. эпилептическое (эпилептиформное) – двигательное возбуждение, развивающееся на фоне дисфории или сумеречного помрачения сознания.

В. эретическое – двигательное возбуждение у больных с умственной отсталостью.

Вязкость – патологическая инертность протекания психических процессов, их замедленность, тугоподвижность, недостаточность переключаемости.

Галлюцинация – мнимое восприятие (возникающее без реального объекта).

Г. Боннэ (Попова) – зрительный (слуховой) обман восприятия, возникающий у больного со сниженным зрением (слухом).

Г. вербальная – слуховой обман восприятия (в виде отдельных слов, фраз, речи).

Г. гипнагогическая – зрительный (реже слуховой) обман восприятия, возникающий при засыпании.

Г. гипнопомпическая – зрительный (реже слуховой) обман восприятия, возникающий при пробуждении.

Г. Дюпре (воображения) – обман восприятия, связанный с длительно вынашиваемыми, эмоционально значимыми представлениями, идеями.

Г. императивная – вербальный обман восприятия приказывающего (реже запрещающего) характера.

Г. истинные – обман восприятия, характеризующийся проекцией патологических образов в окружающее пространство, чувственной яркостью, отсутствием ощущения “сделанности” и влияния извне.

Г. комментирующая – вербальный обман восприятия, проявляющийся в виде “голосов”, интерпретирующих действия больного.

Г. ложная (псевдогаллюцинация) – обман восприятия, характеризующийся проекцией патологических образов в субъективное пространство, отсутствием чувственной яркости, ощущением “сделанности” и влияния извне.

Г. рефлексаторная – обман восприятия, возникающий в одном из анализаторов при действии раздражителя на другой.

Г. Сегла – обман восприятия, возникающий при реактивных психозах с содержанием, отражающим психотравмирующую ситуацию.

Г. простая – мнимое восприятие единичных оформленных (зрительных, слуховых) образов.

Г. сложная (сценическая) – мнимое восприятие множественных образов (часто сюжетно связанных и последовательно вытекающих один из другого).

Г. сочетанная – сосуществование разных видов обманов восприятия (зрительных, слуховых и др.).

Г. функциональная – обман восприятия, возникающий при раздражении соответствующего анализатора.

Г. элементарная – мнимое восприятие бесформенных и беспредметных образов (шум, скрип, вспышки и т.п.).

Гебоид – комплекс нарушений психических свойств личности, при котором на первый план выступает антисоциальное поведение.

Гедонизм – повышенное влечение к получению наслаждений, развлечениям.

Гипербулия – патологическое усиление побуждений.

Гиперестезия – субъективно переживаемое усиление одного или нескольких видов чувствительности.

Гиперкинез – автоматические насильственные движения вследствие непроизвольных сокращений мышц.

Гипертимия – повышенное настроение.

Гипобулия (понижение волевой активности) – ослабление побуждений.

Гипокинезия – двигательная заторможенность.

Гипомнезия – прогрессирующее снижение памяти.

Гипотимия – сниженное настроение.

Гримасничанье – неадекватная ситуации и эмоциональному состоянию больного вычурная, манерная мимика.

Дезориентировка – нарушение ориентировки в месте, времени (Д. аллопсихическая), собственной личности (Д. аутопсихическая).

Деменция – приобретенное слабоумие.

Д. парциальная (лакунарная) – характеризуется “неравномерностью” интеллектуального снижения с преобладанием мнестических расстройств (при сохранении “ядра личности”).

Д. психогенная (псевдодеменция) – см. синдром псевдодеменции.

Д. психопатическая – характеризуется неспособностью к коррекции своего поведения при формально сохраненном интеллекте.

Д. сенильная – органическое (атрофическое) заболевание головного мозга с прогрессирующим распадом психической деятельности, развивающееся в старческом возрасте.

Д. сосудистая (постинсультная, синдром Бинсвангера) – характеризуется грубыми мнестическими расстройствами и сопутствующими неврологическими нарушениями.

Д. тотальная – характеризуется резко выраженным снижением интеллекта, памяти (с распадом “ядра личности”).

Д. шизофреническая (апатически-диссоциативная) – определяется аспонтанностью больных (при сохранности словарного запаса, профессиональных навыков и знаний).

Д. эпилептическая (концентрическая) – характеризуется инертностью и ригидностью психических процессов, обеднением словарного запаса (олигофазией).

Деперсонализация – расстройство самосознания, характеризующееся отчуждением собственных мыслей, эмоций, действий.

Дереализация (аллопсихическая деперсонализация) – расстройство самосознания, проявляющееся в переживаниях отчуждения реального мира; окружающее воспринимается призрачным, отдаленным, бесцветным, безжизненным.

Дефектные состояния – стойкие психопатологические изменения, возникающие вследствие перенесенных психических заболеваний.

Дизартрия – нарушение речи, ее артикуляции, проявляющееся в затруднении произношения, особенно согласных звуков, брадифазии, прерывистости речи.

Дизлексия – избирательное нарушение письменной речи, обнаруживающееся при обучении чтению и письму.

Дисморфомания – дисморφοфобия на уровне бреда. См. дисморфофобия.

Дисморфофобия – представления о мнимом внешнем уродстве, страх телесных изменений.

Диссомния – нарушение сна, бессонница.

Дистимия – снижение настроения, сочетающееся с раздражительностью.

Дисфория – выраженное снижение настроения, сочетающееся со злобно-агрессивным аффектом.

Дромомания – см. вагобондаж.

Дурашливость – немотивированно веселое, возбужденное настроение, напускные ребячливые выходки, несоответствие между внутренними переживаниями больного и его поведением.

Закупорка мышления (шперрунг) – обрыв (“блокада”) мысли.

Замедление мышления – уменьшение количества ассоциаций в единицу времени.

Иллюзия – ошибочное восприятие объекта.

И. аффективная – возникает на фоне страха, тревоги.

И. вербальная – слуховая иллюзия.

И. парейдолическая – ложное изображение, возникающее при иллюзорном восприятии реально существующего объекта.

И. физиологическая – обман восприятия, обусловленный физиологическими или физическими факторами.

Импульсивные явления – внезапно и неотвратимо (без “борьбы мотивов”) реализуемые действия или влечения.

Инкогерентность – бессвязность мышления, речи.

Интровертированность – особенность личности, характеризующаяся внутренней направленностью переживаний, склонностью к погружению в мир собственных чувств и мыслей, пассивностью в общении.

Ипохондрия – необоснованное беспокойство по поводу мнимого тяжелого или неизлечимого заболевания.

Каталепсия – симптом двигательных расстройств, характеризующийся застыванием больного в принятой им или приданной ему позе.

Кверулянство – непреодолимая сутяжническая деятельность, борьба за свои попранные, по мнению больного, права, ущемленные интересы.

Клаустрофобия – боязнь закрытых пространств.

Клептомания – патологическое импульсивно возникающее влечение к воровству с непреодолимой потребностью удовлетворить это стремление.

Криптомнезия – стирание грани между реально имевшими место событиями и событиями, о которых больной услышал, прочитал или увидел.

К. ассоциированная – расстройство памяти, при котором прочитанное, услышанное или увиденное расценивается как происходящее с больным.

К. отчужденная – расстройство памяти, при котором события, реально происходившие с больным, расцениваются как события, о которых он услышал, прочитал или увидел.

Конфабулез – психопатологический синдром, проявляющийся в наплыве фантастических конфабуляций (без помрачения сознания) и нарушении ориентировки.

Конфабуляторная спутанность – синдром, характеризующийся обильными конфабуляциями, ложными узнаваниями окружающей обстановки и лиц, бессвязностью мышления и растерянностью.

Конфабуляция – ложное воспоминание.

К. замещающая – замещение пробелов памяти вымыслами обыденного, правдоподобного содержания.

К. фантастическая – замещение пробелов памяти вымыслами неправдоподобного (приключенческого, фантастического) содержания.

Копролалия – болезненное, иногда непреодолимое импульсивное влечение к произношению без всякого повода циничных, бранных слов.

Косноязычие – расстройство речи, характеризующееся неправильным произношением отдельных звуков (пропуском, заменой другим звуком).

Лабильность аффекта – нестойкость настроения, склонность к его колебаниям, перепадам, частым сменам эмоций.

Манерность – симптом, проявляющийся в искусственности поведения, утрировании манер, жестов, мимики, произношения.

Ментизм – непроизвольно возникающий поток мыслей или воспоминаний.

Метаморфопсия – искаженное восприятие окружающего мира.

Мимоговорение (миморечь) – несоответствие ответов (по смыслу) задаваемым вопросам.

Мория – повышенное настроение, сочетающееся с дурашливостью, гримасничаньем, грубо неадекватным поведением.

Мудрствование навязчивое – навязчивые рассуждения по поводу банальных, надуманных, часто неразрешимых вопросов.

Мутизм – неспособность к речевому общению при сохранности речевого аппарата.

Навязчивая идея (обсессия) – непроизвольно возникающее, неадекватное ситуации переживание, доминирующее в сознании больного, к которому сохраняется критическое отношение (сопровождается “борьбой мотивов”).

Н. и. влечения (мания) – обсессия, проявляющаяся стремлением к совершению бессмысленных, иногда опасных поступков.

Н. и. воспоминания – обсессия, проявляющаяся наплывом образных, детальных воспоминаний (как правило, о неприятном для больного событии).

Н. и. действия – обсессия, проявляющаяся бессмысленными, часто нелепыми поступками.

Н. и. контрастная – обсессия, содержание которой противоречит взглядам и установкам больного (как правило, развивается в обстановке, исключающей возможность ее выполнения).

Н. и. страха – см. фобия.

Настроение – устойчивое эмоциональное состояние.

Неадекватность – несоответствие отдельных психических проявлений внешним обстоятельствам, ситуации.

Невроз – психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, заболевание личности, возникающее в результате нарушения особо значимых отношений человека и проявляющееся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

Негативизм – немотивированное противодействие любому воздействию извне.

Недержание аффекта – выраженная степень аффективной лабильности, при которой незначительные обстоятельства служат причиной возникновения бурных и непреодолимых аффективных реакций (плача, гнева и т.п.).

Неологизм – новообразованное самим больным слово, симптом патологии речи, рассматриваемый в рамках аутистического мышления.

Обнубиляция сознания – легкая степень оглушения.

Обстоятельность мышления – “застревание” на несущественных деталях вследствие неспособности отделить главное от второстепенного.

Оглушение – синдром нарушенного сознания, характеризующийся значительным снижением порога восприятия внешних раздражителей и замедленным образованием ассоциаций, затруднением их течения.

Ориентировка аллопсихическая – ориентировка во времени и месте.

Ориентировка аутопсихическая – ориентировка в собственной личности.

Паралогическое мышление – болезненные, неадекватные действительности и обстоятельствам суждения и умозаключения о реальных фактах.

Парамимия – извращение мимических выразительных проявлений, их несоответствие эмоциям больного или переживаемой ситуации.

Парестезия – трудно формализуемое неприятное тактильное ощущение.

Персеверация – склонность к застреванию в речи, мышлении, устойчивое повторение или продолжение однажды начатой деятельности.

Псевдодеменция – один из вариантов истерической реакции, характеризующийся симптомами миморечи, мимодействия, картиной мнимого снижения уровня интеллектуальной деятельности.

Псевдореминисценция – качественное нарушение памяти, проявляющееся в переносе реально имевших место событий во времени.

Психический автоматизм – переживание отчуждения своих психических актов (идеаторных, сенсорных, моторных).

Психогении – психогенные заболевания, причиной которых является воздействие психической травмы: неврозы и реактивные психозы.

Пуэрилизм – форма истерических психозов, характеризующаяся “детскостью” поведения на фоне истерически суженного сознания.

Разноплановость мышления – одновременная оценка событий или явлений с двух (и более) взаимоисключающих позиций.

Разорванность мышления – утрата смысловой направленности речи при сохранности ее грамматического строя.

Раптус – приступ острого, иступленного возбуждения, вызванный чрезмерно сильным аффектом (тоски, страха).

Резонерство – один из видов нарушений мышления, характеризующийся пустым, бесплодным многословием, рассуждательством с отсутствием конкретных идей и целенаправленности мыслительного процесса.

Ритуал – навязчивое действие, сочетающееся с фобиями и имеющее целью защиту от них.

Сверхценная идея – аффективно окрашенное, доминирующее (не соответствующее его значимости) суждение, сформировавшееся вследствие реальных событий.

Сенестезия – субъективное ощущение разнообразных двигательных расстройств.

Сенестопатия – трудно формализуемое полиморфное, крайне тягостное ощущение неопределенной локализации без типичной соматоневрологической проекции.

Символическое мышление – психопатологический симптом, проявляющийся в расстройстве мышления, при котором больной придает понятиям аллегорический смысл, не понятный другим, но имеющей для больного исключительное значение.

Синдром – типичная совокупность патогенетически родственных симптомов.

С. аментивный (инкогерентное помрачение сознания) – синдром помрачения сознания, характеризующийся глубокой дезориентировкой, бессвязностью мышления, аффектом недоумения, двигательными стереотипиями (по типу яктации) и последующей полной амнезией.

С. амнестический (корсаковский синдром) – расстройство, проявляющееся в разнообразных мнестических нарушениях (фиксационной, ретро- и антероградной амнезии, конфабуляциях) на фоне эйфории.

С. астенический – невротический синдром, характеризующийся повышенной психической и физической утомляемостью, различными висцеровегетативными расстройствами и нарушением сна.

С. галлюциноза – патологическое состояние, клиническая картина которого полностью исчерпывается наличием истинных галлюцинаций.

С. галлюцинаторно-параноидный – расстройство, характеризующееся преобладанием псевдогаллюцинаций на фоне бредовых идей (преследования, воздействия) и других психических автоматизмов.

С. Ганзера – вариант психогенного сумеречного помрачения сознания, характеризующийся явлениями mimoответов и mimoдействий.

С. гебефренический – характеризуется манерно-дурашливыми формами поведения, безмотивными действиями и непродуктивной эйфорией.

С. делириозный (галлюцинаторное помрачение сознания) – форма помрачения сознания, характеризующаяся расстройствами алопсихической ориентировки и обилием фрагментарных истинных галлюцинаций (иллюзий).

С. депрессивный – вариант аффективного синдрома, характеризующийся снижением настроения, двигательной заторможенностью и замедлением мышления.

С. ипохондрический – расстройство, характеризующееся необоснованным беспокойством больного за состояние своего здоровья.

С. истерический – невротический синдром, характеризующийся наличием конверсионных и/или диссоциативных расстройств на фоне специфических особенностей личности.

С. Кангра – расстройство, проявляющееся в нарушении узнавания, идентификации людей.

С. кататонический – расстройство, характеризующееся сочетанием выраженных двигательных нарушений в форме гипо-, гипер- и паракинезии с разнообразными психопатологическими проявлениями.

С. Котара – парафренный ипохондрический бред.

С. лобный – расстройство, характеризующееся преобладанием аффективных нарушений на фоне интеллектуально-мнестического снижения, аспонтанности или расстройственности.

С. маниакальный – аффективный синдром, характеризующийся повышенным настроением, двигательной расстройственностью и ускорением мышления.

С. обсессивный – невротический синдром, проявляющийся в разнообразных навязчивых идеях (часто в сочетании с ритуальными действиями) на фоне психастенических особенностей личности.

С. онейроидный (сновидное помрачение сознания) – форма помрачения сознания, характеризующаяся ауто- и

аллопсихической дезориентировкой, наплывом псевдогаллюцинаций фантастического содержания.

С. параноидный – расстройство, характеризующееся преобладанием первичного бреда преследования и/или воздействия на фоне псевдогаллюцинаций и других психических автоматизмов.

С. паранойальный – расстройство, клиническая картина которого практически полностью исчерпывается первичным (интерпретативным) бредом.

С. парافренный – расстройство, проявляющееся нелепым бредом (преследования, воздействия, величия), разнообразными явлениями психического автоматизма, фантастическими конфабуляциями и эйфорией.

С. псевдодеменции – разновидность психогенного (истерического) сумеречного состояния, характеризующегося утратой элементарных знаний и навыков.

С. психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо) – расстройство, характеризующееся разнообразными психическими автоматизмами в сочетании с бредовыми идеями (преследования, воздействия) и псевдогаллюцинациями.

С. психоорганический – расстройство, характеризующееся выраженным снижением интеллекта, недержанием аффекта и мнестическими нарушениями.

С. сумеречного (концентрического) помрачения сознания – форма помрачения сознания, характеризующаяся пароксизмальностью возникновения, автоматизмом действий, глубокой дезориентировкой и последующей полной амнезией.

С. пугрилизма – разновидность психогенного (истерического) помрачения сознания, проявляющаяся в “детскости” поведения, речи, мимики.

С. эпилептиформный – пароксизмальные (судорожные и бессудорожные) расстройства, развивающиеся при экзогенно-или эндогенно-органическом поражении головного мозга.

Слабоумие – стойкое, малообратимое снижение уровня психической, в первую очередь интеллектуальной, деятель-

ности. Выделяют слабоумие врожденное (олигофрению) и приобретенное (деменцию).

Соматогении – психические расстройства соматогенного происхождения.

Сомнамбулизм – разновидность сумеречного расстройства сознания, проявляющаяся в блуждании во сне при внешней упорядоченности поступков, действий с последующей амнезией.

Стеничность – склад личности, характеризующийся высоким жизненным тонусом, значительной психической активностью, устойчивостью побуждений, высокой личностной самооценкой.

Стереотипия – многократное автоматическое повторение одних и тех же психических актов (двигательных, речевых, мыслительных).

Ступор – состояние двигательной заторможенности.

С. апатический – разновидность ступора, характеризующаяся абсолютной безучастностью к происходящему.

С. галлюцинаторный – разновидность ступора, развивающаяся под влиянием императивных галлюцинаций.

С. депрессивный (мрачное оцепенение) – разновидность ступора, развивающаяся на высоте депрессии.

С. истерический – разновидность ступора, развивающаяся в ответ на психотравмирующее воздействие.

С. кататонический – разновидность ступора с явлениями мышечного гипертонуса и мутизмом.

С. психогенный (аффектогенный) – разновидность ступора, развивающаяся в жизнеопасных ситуациях и сопровождающаяся аффектом страха.

Тревога – немотивированное беспокойство.

Тугоподвижность (обстоятельность, вязкость) мышления – инертность ассоциативного процесса.

Ускорение процесса мышления (тахифрения) – увеличение количества ассоциаций, возникающих в единицу времени.

Фобия – навязчивый страх.

Фонема – элементарная речевая галлюцинация.

Фотопсия – элементарная зрительная галлюцинация.

Циклотимия – легкая форма маниакально-депрессивного психоза.

Эйфория – повышенное настроение, сочетающееся с беспечностью, благодушием.

Экстаз – крайняя степень экзальтированно-восторженного настроения.

Эмоциональная лабильность (неустойчивость) – легкая изменчивость поверхностных, неглубоких эмоциональных проявлений.

Эмоциональная монотонность – отсутствие адекватных (суточных, ситуационных) колебаний настроения.

Эмоциональное оскудение – утрата способности к тонким и адекватным происходящему эмоциональным реакциям в сочетании с их оживлением под влиянием незначительных (случайных) обстоятельств.

Эмоциональная слабость (слабодушие) – резко выраженная эмоциональная лабильность.

Эмоциональная холодность (тупость) – утрата эмоционального отклика (способности к сопереживанию).

Эхолалия – автоматическое повторение услышанных слов.

Эхопраксия – автоматическое повторение увиденных жестов, поз, действий.

Яктация – двигательное возбуждение в пределах постели.

Ятрогения – психогения, обусловленная неосторожными высказываниями или поведением медицинских работников, которые формируют у человека представление о наличии у него какого-либо тяжелого заболевания или особой тяжести имеющегося у него заболевания.

Л и т е р а т у р а

Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: НПО “МОДЭК”, 1995. – 640 с.

Данилова С.В., Шостакович Б.В. Роль психоэмоционального стресса в формировании паранойяльных идей / Российский психиатрический журнал. – 2005. – №1. – С. 19-23.

Данилова С.В. Судебно-психиатрическое значение паранойяльного развития личности // Судебная психиатрия. – Вып. 2. – М., 2005. – С. 49-57.

Данилова С.В., Бадмаева В.Д. О расстройствах личности (коротко о важном). – М.: Минар, 2012. – 235с.

Бухановский А. О., Кутявин Ю. А. Общая психопатология. – Ростов-на-Дону.: Изд-во ЛРНИЦ “Феникс”, 1998. – 416 с.

Кекелидзе З.И., Качаева М.А., Фастовцов Г.А., Данилова С.В., Тальникова Е.С. Обследование пациента с психическими расстройствами: Учебное пособие (издание второе). – М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского”, 2013. – 60 с.

Ковалевская И.М. Основные психопатологические синдромы: Учебное пособие / Под ред. К.Ю. Ретюнского. – Екатеринбург: УГМА, Уральское издательство, 2010. – 124 с.

Коркина М. В., Лакошина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия. – М.: Медицина, 1995. – 608 с.

Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов. – М.: ТОО “Техлит”, 1997. – 496 с.

Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. – СПб.: ООО Изд-во “Речь”, 2000. – 402 с.

Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А. С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – 712 с.; Т. 2. – 784 с.

Рустанович А. В., Шамрей В. К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2001. – 203 с.

Словарь психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов. – Женева: ВОЗ, 1991.

Тальникова Е.С. Шизотипическое расстройство: Учебное пособие. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2017. – 72 с.

Тальникова Е.С. Шизофрения: Учебное пособие. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2017. – 92 с.

Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия. Основы клинической психопатологии: Учебник для вузов. – М.: Медицина, 2007. – 336 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Расстройства восприятия и мышления	4
Двигательные расстройства	18
Синдромы нарушения сознания	23
Пароксизмальные явления	31
Когнитивные расстройства	35
Эмоционально-волевые расстройства	40
Синдромы органического поражения головного мозга .	46
Невротические и психопатические синдромы	53
Клинические задачи	59
Словарь психиатрических терминов	71
Литература	90

Симптомы и синдромы психических расстройств в схемах и таблицах

Учебное пособие

Заведующая редакцией

Н.Б. Гончарова

Редактор

Л.Б. Абрамова

Компьютерная верстка

М.М.Абрамовой

Подписано в печать 24.09.18 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 5,75.

Тираж 50 (сентябрь).

Федеральное государственное бюджетное учреждение
“Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения
Российской Федерации

119991 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.