**Вадим Моисеевич Блейхер, Инна Вадимовна Крук**

Толковый словарь психиатрических терминов

(около 3000 терминов, 1995 г.)

В словаре представлены толкования основных терминов и понятий, наиболее часто употребляемых в современной психиатрической литературе, а также в смеж­ных науках и областях знаний (психотерапии, неврологии, психологии, философии, физиологии и др.). Приведено лаконичное, но достаточно полное смысловое значе­ние каждого термина, даны ссылки на авторов основополагающих исследований в соответствующей области. Термины, употребляемые в клинической практике с обозначением через эпонимы, то есть обозначенные по фамилии введшего их в упо­требление исследователя или по имени исторического или литературного персона­жа, с чьей деятельностью проводится аналогия, в тексте словаря приведены как эпонимические. Каждая статья содержит этимологическую справку, объясняющую происхождение ключевого слова.

Словарь рассчитан на врачей и научных работников — психиатров, невропа­тологов, психологов, педагогов-дефектологов, философов, юристов, других специа­листов, проявляющих интерес к психиатрии.

**Об авторах**:

***Блейхер Вадим Моисеевич***

Доктор медицинских наук, Заслуженный врач Украины, Почетный член научно­го общества психиатров Болгарии, лауреат премии им. академика В.П. Протопопова. Заведует лабораторией клинической психологии Киевского НИИ общей и судебной психиатрии. Автор свыше 150 опубликованных научных работ по психиатрии, психо­терапии, медицинской психологии, в том числе нескольких монографий, руководств, учебников, справочников, терминологических словарей.

***Крук Инна Вадимовна***

Кандидат медицинских наук. Ассистент кафедры психиатрии Киевского меди­цинского университета. Читает курс патопсихологии на отделении психологии Киев­ского университета им. Т.Г. Шевченко. Лауреат премии им. академика В.П. Протопо­пова. Автор 40 опубликованных работ по психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, в том числе монографии о церебрастенических состояниях у детей.

Предисловие

Нынешний век отличается высокой дифференциацией медицинских наук, каж­дая из которых разработала свой достаточно сложный понятийный аппарат. На объеме последнего в значительной мере сказывается и привнесение в ту или иную конкретную область медицины терминов и понятий смежных наук, а также имеющих важное общемедицинское, теоретико-методологическое или практическое, приклад­ное значение. Без овладения как общемедицинским, так и узкопрофессиональным словарем ни один медицинский специалист не может быть полноценным работни­ком: он не сумеет ни усвоить накопленные наукой знания, ни достаточно полно в ин­формативном отношении изложить свои наблюдения, мысли.

Все сказанное относится к психиатрии, как и к другим медицинским наукам. В отечественной психиатрии в области терминологии имеется существенный пробел. Ранее изданные терминологические словари Я.П. Фрумкина (1939) и В.С. Гуськова (1965) в известной мере устарели. За последние годы психиатрическая наука обога­тилась множеством новых терминов. Далеко не все статьи в указанных словарях до­статочно информативны. Изданные в 1980 и 1984 гг. словари В.М. Блейхера по­строены по эпонимическому принципу, что в значительной мере ограничивает воз­можность их применения. В трехтомном энциклопедическом словаре медицинских терминов (1982-1984 гг.) психиатрические термины даны среди других, и ориентиро­ваться в нем, особенно читателю, не имеющему соответствующего опыта, оказыва­ется трудно. Кроме того, очень большой объем этого издания привел к чрезмерному лаконизму в подаче отдельных терминов.

Следует отметить, что психиатрическая наука ряда стран не страдает от подобных пробелов. Так, в США тесьма популярен словарь Р.И. Кемпбелла (5-е изд., 1981 г.); немецкоязычные психиатры располагают словарем У.Х. Петерса (2-е изд., 1977 г.) и изданным под редакцией Хр. Мюллера «Лексиконом психиатрии»; в Польше издан «Энциклопедический словарь психиатра» (3-е изд., 1988 г.). Наконец, нельзя не упомянуть вышедший в Болгарии в 1988 г. обширный «Психиатрический клинический словарь психиатра» Й. Стоименова и И. Рачева. Перечисленные слова­ри, каждый сам по себе, очень ценны, однако перевод их на русский язык не пред­ставляется целесообразным. Каждый из них отражает особенности психиатрии, на почве которой он был создан, далеко не все статьи соответствуют нашим представ­лениям.

Указанные обстоятельства побудили авторов настоящего словаря взять на себя труд по его составлению. Мы сознаем, что данный словарь не может быть со­вершенным. Этому прежде всего препятствуют движение времени и развитие науки. Не может претендовать он и на поиск окончательной истины, ибо настоящая наука всегда отличается плюрализмом. Наступят новые времена, появятся и новые слова­ри. Авторы предлагаемого вниманию читателей издания имели целью создать сло­варь, которой мог бы оптимально использоваться в продолжение не слишком ко­роткого отрезка времени.

«Толковый словарь психиатрических терминов» основан на толковании тер­минов и понятий, представляющих интерес для психиатров. При этом авторы посто­янно стремились, сохраняя известный лаконизм, дать как можно более полное опи­сание каждого термина, понятия; в статьях нашли отражение ссылки на основопола­гающие и современные исследования в соответствующих областях. Каждая статья снабжена краткой этимологической справкой, разъясняющей смысл составных слов и корней. Как правило, знание этих сведений существенно облегчает усвоение тер­минологии и сокращает объем излагаемого материала. В качестве эпонимических даны лишь те термины, которые только так или преимущественно так используются в практике. Ряд терминов и понятий (обычно состоящих из двух слов с затруднен­ным выделением ключевого слова или часто употребляемых синонимически) фигу­рируют в тексте словаря дважды, однако в одном месте это лишь ссылка, а в другом — уже описание (например, **«**Рибо закон. См. Закон Рибо»).

В ряде случаев дается описание термина в нескольких аспектах, при этом обычно указывается причина такого разночтения, например: «в психиатрии», «в пси­хологии», «в психоанализе» и др.

Некоторые термины приводятся в описании группами, гнездами с опорой на основной: например, виды бреда, депрессий, деменций, галлюцинаций.

Авторы стремились в большинстве статей по возможности указать фамилии исследователей, впервые введших тот или иной конкретный термин или понятие в обиход, и указать дату публикации соответствующей работы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В конце словаря, в списке литературы, приведены названия основных работ справочного характера (словари, справочники, энциклопедические издания) и ис­пользованные в работе над словарем основные руководства по психиатрии и смеж­ным дисциплинам.

Список сокращений

АД — артериальное давление анат. — анатомический англ. — английский араб.— арабский в. — век вв. — века

ВНД — высшая нервная деятельность

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения ВТЭК — врачебно-трудовая экспертная комиссия г — грамм г. — год гг. — годы голл. — голладский град. — градус(ов) греч. — греческий др. — другой, другие древнеевр. — древнееврейский ЕД — единица действия итал. — итальянский лат. — латинский малайск. — малайский

МДП — маниакально-депрессивный психоз мин — минута н.э. — наша эра нем. — немецкий новолат. — новолатинский позднелат. — позднелатинский пр. — прочее, прочий

ПЭГ — пневмоэнцефалография с — секунда син. — синоним см. — смотри соавт. — соавтор, соавторы сокращ. — сокращенно, сокращение ср. — сравни т.п. — тому подобное

ТАТ — тематический апперцептивный тест тыс. — тысяча устар. — устаревший фр. — французский

ЦНС — центральная нервная система

ЭКГ — электрокардиография, электрокардиограмма ЭСТ — электросудорожная терапия

ЭЭГ — электроэнцефалография, электроэнцефалограмма

\_А\_

**Абади симптом** [Abadie J., 1905]. Нечувствительность пяточного сухожилия к сдавливанию. Наблюдается в симптомокомплексе локомоторной атаксии при спин­ной сухотке, а также довольно часто при прогрессивном параличе.

**Абазия** (*греч. а —* без-, не-, *basis —* шаг). Утрата способности стояния на но­гах и ходьбы, хотя в лежачем положении больной обнаруживает способность совер­шать движения в достаточной силе и объеме. Часто сочетается с астазией (астазия- абазия). Характерна для истерии. Наблюдается также при состояниях нарушенного равновесия и при двигательных расстройствах нижних конечностей (гиперкинезы, мышечные спазмы).

**Абалиенация** (*лат. ab —* от, *alienus —* чужой). Отчуждение. Симптом лич­ностных изменений. Наблюдается при шизофрении (в рамках аутизма) и при психо­патиях, патохарактерологических развитиях.

**Абашева-Константиновского синдром** [Абашев-Константиновский А.Л., 1966]. Слабоумие лакунарного характера, возникающее после инсульта у больных, до того не обнаруживавших проявлений деменции. Характерно острое возникнове­ние стойкого синдрома слабоумия.

**Абели симптом.** См. *Симптомы зеркала.*

**Абеталипопротеинемия** (буква греч. алфавита *бета + греч. lipos —* жир *+ proteinos —* простой белок) [Bassen H.A., Kornzweig A.L., 1950]. Комплекс наслед­ственно-рецессивных аномалий: полное отсутствие беталипопротеинов в крови, уменьшение количества холестерина и фосфолипидов в крови, акантоцитоз, тапето- ретинальная дегенерация, прогрессирующая атаксия, умственное недоразвитие.

Син.: синдром Бассена—Корнцвейга.

**Абиотрофия** (*греч. а* + *греч. bios —* жизнь, *trophe —* питание). Преждевре­менное угасание жизненных возможностей клеток или тканей систем организма, ха­рактеризующееся, прежде всего, снижением адаптационных возможностей и уровня их функционирования. Теории А. рассматривают ее как этиологический фактор ряда врожденных, генетически обусловленных заболеваний центральной нервной систе­мы; шизофрении, болезней Пика, Альцгеймера, Вильсона, Паркинсона, хореи Ген­тингтона.

**Аблютомания** (*лат. ablutum —* смывать, мыть, *греч. mania —* болезненная склонность, здесь в смысле навязчивости). Навязчивое мытье рук в связи с обессив- ными или бредовыми идеями заражения, загрязнения. Наблюдается при неврозе на­вязчивых состояний и при навязчивостях в рамках шизофренического процесса, осо­бенно часто при детской шизофрении.

**Абсанс** (*фр. absence —* отсутствие) [Calmeil L.F., 1824]. Кратковременное (от 2 до 20 с) угнетение или выключение сознания с последующей амнезией. Часто со­путствует генерализованным эпилептическим припадкам. А. может быть одним из вариантов эпилептической ауры или эквивалентом судорожного припадка. О про­стом А. говорят в тех случаях, когда помрачение или выключение сознания является единственным видимым клиническим симптомом, о сложном — при наличии сопут­ствующих симптомов.

***А. автоматизма*** — характерны автоматизированные действия (непроиз­вольные движения губ или языка, стереотипные жесты потирания рук или приведе­ния в порядок одежды, прически и т.п.).

***А. атипичный*** (простой или сложный) отличается отсутствием на ЭЭГ дву­сторонних комплексов пик — волна с частотой 3 колебания в 1 с, не вызывается ги­первентиляцией или прерывистым световым раздражением.

***А. атонический*** — сложный А., характеризующийся утратой мышечного тону­са и медленным падением туловища.

***А. вазомоторный*** — протекает с вазомоторными феноменами.

***А. вегетативный*** — характеризуется симптомами вегетативных расстройств.

***А. гипертонический*** — сложный А., протекающий с повышением мышечного тонуса (откидывание головы, отведение глазных яблок кверху, иногда выгибание ту­ловища назад).

***А. миоклонический*** — сложный А., характеризующийся ритмическими дву­сторонними миоклоническими судорогами мышц лица и верхних конечностей.

***А. пролонгированный*** — характеризуется длительным (до нескольких часов) помрачением сознания.

***А. ретрокурсивный*** — вариант гипертонического А., при котором больной для сохранения равновесия делает шаги назад.

***А. ретропульсивный*** — вариант гипертонического А., характеризующийся выгибанием туловища назад.

***А. субклинический*** — характеризуется неполным выключением сознания, определяется на ЭЭГ.

***А. типичный*** — простой или сложный А., сопровождающийся двусторонними симметричными комплексами пик-волна на ЭЭГ. Клинически отличается внезапным началом и окончанием, подрагиванием век или другими двусторонними клонически­ми феноменами, протекающими синхронно пикам на ЭЭГ.

***А. энуретический*** — сложный А., характеризующийся недержанием мочи.

**Абсанс-аура** (*фр*. *absence —* отсутствие, *греч. aura —* ветерок) [Воронков Г.Л., 1972]. Один из вариантов эпилептической ауры. В качестве ауры выступают аб­сансы, проявляющиеся клинически кратковременным выключением сознания и суб­клинически, при непосредственной электроэнцефалографической регистрации нача­ла эпилептического припадка.

**Абсентизм** (*фр. absinthe —* полынная водка). Форма алкоголизма, при кото­рой больные употребляют преимущественно полынную водку, абсент. Высказывают­ся предположения относительно более раннего появления при А. и большей выра­женности по сравнению с обычным алкоголизмом неврологической симптоматики, а также о большей частоте эпилептиформных припадков.

**Абстинент** (*лат. abstinentia —* воздержание). 1. Человек, сознательно воздер­живающийся от приема алкогольных напитков и наркотиков. 2. Больной, находящий­ся в состоянии абстиненции (алкогольной, барбитуровой, гашишной, кодеиновой, морфинной и пр.).

**Абстиненция.** Синдром психических и физических расстройств, наступающих при внезапном прекращении поступления в организм больного алкоголя, наркотиче­ских и токсических веществ, по отношению к которым имеется токсикоманическая зависимость. Может наблюдаться и при приеме препаратов, являющихся антагони­стами к перечисленным. Наблюдается также при лечении бензодиазепинами и (реже) антидепрессантами.

Син.: синдром абстиненции.

***А. сексуальная.*** Вынужденное, принудительное или сознательное, добро­вольное снижение половой активности, обычно ситуационно обусловленное. Может быть парциальной, при которой субъект прибегает к заменителям полового акта с оргазмом, и тотальной, характеризующейся полным отказом от сексуальной дея­тельности.

Син.: депривация сексуальная.

**Абузус** (*лат. abusus —* злоупотребление, излишество). Эпизодическое упо­требление (в течение одного или нескольких дней) большого количества алкоголь­ных напитков или наркотиков, приводящее к выраженной интоксикации.

Син.: abusus in Baccho (*лат. Бахус —* бог вина).

***А. лекарственный.*** Злоупотребление лекарственными средствами в количе­ствах, превышающих лечебные дозы, и при отсутствии показаний к их применению.

Син.: фармакомания.

**Абулия** (*а* + *греч. bule —* воля). Нарушение воли, частичное или полное отсут­ствие желаний и побуждений к деятельности. А. может быть врожденной (при глубо­ких степенях олигофрении) или вследствие волевого снижения при некоторых психи­ческих заболеваниях (при депрессиях, ступорозных состояниях, органических пора­жениях головного мозга, особенно конвекситатно-лобной локализации, при ши­зофрении, некоторых формах наркомании). При сочетании А. с апатией говорят об апатико-абулическом синдроме, с обездвиженностью — об абулически-акинетиче- ском синдроме.

**Авиафобия** (*лат. avis —* птица, *греч. phobos —* страх). 1. Навязчивый страх перед птицами. 2. Невротический страх перед путешествием в самолете.

Син.: самолетофобия.

**Авруцкого—Еникеева шкала оценки ремиссий при шизофрении** [Авруцкий Г.Я., Еникеев Д.Г., 1957]. Шкала для оценки шизофренической ремиссии соответ­ственно трехмерной клинической типологии, включающей в себя показатели степени выраженности дефицитарной и продуктивной психопатологической симптоматики и клинический тип синдрома ремиссии. При этом учитывается диссоциированный ха­рактер клинического, социального и трудового аспектов ремиссий при шизофрении.

**Автоматизм** (*греч. automatos —* самопроизвольный). Осуществление функ­ций отдельных органов и систем вне видимой связи с побудительными импульсами извне, самопроизвольно, аутохтонно, без контроля воли, сознания.

***А. амбулаторный*** (*лат. ambulatorius —* подвижный). Вариант сумеречного нарушения сознания, характеризующийся длительным бесцельным хождением больного с внешне упорядоченным поведением, правильным выполнением сложных целесообразных действий и последующей амнезией. Наблюдается при эпилепсии после судорожного припадка или как эквивалент его.

***А. аффективный*** — разновидность А. психического, характеризуется возник­новением чуждых больному эмоций, трактуемых им как результат воздействия из­вне.

***А. гипнотический.*** Выполнение сложных действий, совершение целенаправ­ленных и внешне упорядоченных поступков при гипнотическом сне.

***А. двигательный*** — характеризуется проявлениями психического А. в двига­тельной сфере.

Син.: А. моторный, А. кинестетический, А. проприоцептивный.

***А. идеаторный*** (*греч. idea* — представление, мысль). Насильственное появ­ление мыслей, не обусловленных внешним воздействием. Разновидность автома­тизма психического. Входит в состав синдрома Кандинского—Клерамбо.

Син.: А. ассоциативный.

***А. командный.*** Повышенная подчиняемость больного командам окружающих при полном отсутствии критичности. Наблюдается в гипнозе, при кататонической ги­первнушаемости. В последних случаях, выполняя чьи-либо команды, приказания, больной способен к агрессивно-разрушительным действиям.

***А. психический.*** *См. Кандинского—Клерамбо синдром.*

***А. сомнамбулический.*** См. *Сомнамбулия.*

***А. Эпилептический*** — непроизвольная двигательная активность, проявляю­щаяся во время или после эпилептического припадка, обычно амнезируемая. Это либо продолжение деятельности, совершавшейся в момент наступления припадка, либо проявление новой двигательной активности в связи с пароксизмальным нару­шением сознания. Включает в себя и А. амбулаторный.

**Автоматизма психического галлюцинаторный вариант** [Гулямов М.Г., 1965]. Наблюдается при гриппозных психозах, протекающих с симптоматикой энце­фалита, и при хроническом алкогольном галлюцинозе, не сопровождающемся бредом. Клиническая картина определяется выраженным вербальным галлюцино­зом (простые и сложные слуховые галлюцинации), к которому на фоне ясного созна­ния присоединяются явления психического автоматизма (псевдогаллюцинации слу­ха, симптом открытости, наплыв или задержка мыслей, насильственное мышление, передача мыслей на расстоянии, отчуждение эмоций, сделанные сновидения, дви­жения, совершаемые под влиянием извне). Характерно отсутствие бредовых идей воздействия, как и при синдроме психического автоматизма в клинике эпидемиче­ского энцефалита [Голант Р.Я., 1939]. Отсутствуют и симптомы сенестопатического автоматизма. Характерны сравнительно кратковременное течение и обратимость неврологической симптоматики при гриппозных психозах.

**Автономазия** (*греч. autos —* сам, *опоте —* имя). Разновидность амнестиче­ской афазии, проявляющаяся в первую очередь в затруднениях при назывании имен людей.

**Автосимволизм** (*авто + греч. symbolon —* знак, символ). Возникновение сим­волических представлений, отражающих актуальные в настоящий момент мысли, переживания. Рассматривается как вариант гипнагогических галлюцинаций.

**Агасфера синдром.** Описан Wingate P. [1951] у психопатических личностей с наклонностью к употреблению алкогольных напитков и другими наркоманическими тенденциями (в том числе и с явлениями медикаментозной наркомании). Больные часто обращаются в различные больницы для получения наркотиков и медикамен­тов, к которым у них имеется пристрастие. При этом они сочиняют драматические истории о своем заболевании, иногда даже причиняют себе ранения для обоснова­ния потребности в наркотиках. Назван по имени *Агасфера,* мифического вечного странника, персонажа многих легенд.

**Агглютинация** (*лат. agglutinatio —* склеивание). Сплавление в одно целое фрагментов различных мыслей, слов. Наблюдается при шизофрении (в частности, является одним из механизмов образования неологизмов) и при очаговых корковых нарушениях речи (приводит к образованию парафазии типа контаминации).

Син.: контаминация.

**Аггравация** (*лат. aggravare —* ухудшать, отягощать). Преувеличение боль­ным реально существующей болезни. А. может быть активной, умышленной, созна­тельной и пассивной, когда усиливаются лишь отдельные проявления болезни, но больной не препятствует проведению лечения. Об А. подсознательной говорят в тех случаях, когда больной стремится вызвать сочувствие окружающих, привлечь их внимание. А. патологическая наблюдается у психически больных (чаще всего при истероидной психопатии), стремящихся воспроизвести картину серьезного сомати­ческого заболевания.

**Агевзия** (*а + греч. geusis —* вкус). Нарушение восприятия вкусовых ощуще­ний. Может наблюдаться при органических заболеваниях нервной системы с пора­жением вкусового анализатора, особенно центрального его отдела, либо при исте­рии. В некоторых случаях сопровождает бредовые переживания, главным образом бред отравления. При депрессиях входит в структуру синдрома отчуждения виталь­ных чувств.

Син.: агейзия.

**Агейзия.** См. *Агевзия.*

**Агеразия** (*греч. а —* не + *geron —* старец). Чувство молодости, наступающее в старческом возрасте в связи с недостаточной критичностью к своему состоянию. Наблюдается вне клиники психического заболевания. См. *Симптом Феофраста.*

**Агипногнозия** (*а + греч. hypnos —* сон, *gnosis —* познание). Нарушение осо­знания сна. Больные жалуются на тяжелую бессонницу, хотя объективно, по наблю­дениям окружающих, у них отмечаются периоды сна. Крайне тягостно переживается и плохо корригируется. Чаще всего наблюдается при поверхностном сне, во время которого больной не отключается полностью от происходящего вокруг.

Син.: гипнагнозия [Эпштейн А.Л., 1928].

**Агирия** (*а + анат. gyri cerebri —* извилины большого мозга). Недоразвитие коры головного мозга, отсутствие извилин больших полушарий.

**Агнозия** (*а* + *греч. gnosis —* познание). Нарушение узнавания предметов и яв­лений в состоянии ясного сознания и сохранности функций самих органов восприя­тия. Иногда при этом сохраняется правильное восприятие отдельных элементов опознаваемого объекта. А. может быть полной и частичной. Наблюдается при орга­нических поражениях головного мозга, захватывающих корковые зоны соответствую­щих анализаторов, зоны их представительства в головном мозге.

***А. акустическая*** — проявляется нарушениями узнавания звуков, фонем и предметов по характерным для них звукам. Полная А. акустическая носит название душевной глухоты.

Син.: А. слуховая.

***А. болевая*** — характеризуется нарушением восприятия болевых раздраже­ний.

***А. зрительная*** (***оптическая***) — характеризуется нарушением узнавания зрительных образов предметов и явлений [Lissauer H., 1889]. Различают следующие формы: 1) апперцептивную, в основе которой лежит нарушение зрительного синтеза отдельных признаков — больной не может различить изображение и объединить его элементы в одно осмысленное целое; 2) ассоциативную, при которой больной хоро­шо различает зрительную структуру изображения, но не может назвать соответству­ющий предмет. Полная А. зрительная носит название душевной слепоты.

***А. на лица*** [Bodamer J., 1947] — утрата способности узнавания знакомых лиц при непосредственном общении и на фотографии.

Син.: прозопагнозия, симптом Бодамера.

***А. обонятельная*** — характеризуется нарушением узнавания предметов или веществ по типичному для них запаху.

***А. односторонняя пространственная*** [Holme G., 1919; Brain W., 1941] — нарушение восприятия невербальных раздражителей (зрительных, тактильных, слу­ховых), исходящих из левой половины пространства.

Наблюдается при поражении задних отделов правого полушария — теменно­затылочных отделов коры и подкорковых образований [Корчажинская В.И., Попова Л.Т., 1977].

Входит в структуру Зангвилла и Гекена апрактагностических синдромов.

***А. пространственная*** [Paterson A., Zangwill О., 1945] — форма оптической агнозии, характеризующаяся потерей способности ориентироваться в пространстве, в расположении предметов и определять расстояние между ними. Наблюдается при очаговом органическом поражении головного мозга теменнозатылочной локализа­ции.

Син.: геометрически-оптическая агнозия [Potzl O., 1928], слепота пространства [Kleist K., 1922].

***А. симультанная*** [Poppelreiter W., 1923; Wolpert J., 1924] — характеризуется нарушением узнавания группы объектов как целого в их совокупности или ситуации в целом, в то время как отдельные объекты узнаются верно. Наблюдается при пора­жении передней части затылочной доли доминантного полушария.

***А. слуховая.*** См. *А. акустическая.*

***А. тактильная*** — характеризуется невозможностью определять предметы на ощупь, хотя отдельные их качества (форма, масса, температура поверхности) квалифицируются правильно. Отличается от других видов астереогноза — анхило- гнозии (нарушено узнавание текстуры объекта, его массы, температуры) и аморфо- гнозии (нарушено узнавание формы объекта).

Син.: тактильная семантическая агнозия [Delay G., 1935].

**Агорафобия** (*греч. agore —* рыночная площадь, *phobos —* страх). Разновид­ность навязчивых страхов. 1. Боязнь пространства, открытых мест, площадей, при­водящая к тому, что больной не может самостоятельно перейти малолюдную улицу или площадь [Westphal С., 1871]. 2. Боязнь скопления людей [Cordes E., 1871].

Син.: топофобия.

**Аграмматизм** (*а + греч. grammata —* чтение, письмо). Нарушение способно­сти пользоваться грамматическим строем речи. А. импрессивный обнаруживается затруднениями восприятия речи, устной и письменной, и наблюдается при сенсор­ной афазии. Для него типичны нарушения различения близких, оппозиционных, фо­нем (б-п, з-с, г-х). А. экспрессивный входит в структуру моторной афазии: неправиль­но используются падежи, склонения, предлоги, речь состоит преимущественно из су­ществительных (жаргонафазия, «телеграфный стиль»). Наблюдается преимуще­ственно при очаговых органических поражениях головного мозга (коры височной и лобной долей доминантного полушария). Сходные явления отмечаются и при ши­зофрении, что служило основанием для проведения аналогий между расстройства­ми речи при шизофрении и указанных формах афазии [Kleist К.], однако сходство этих речевых феноменов носит поверхностный характер, при шизофрении они отли­чаются нестойкостью, вариабельностью.

Син.: аграмафазия.

**Аграфия** (*а* + *греч. grapho —* писать). Нарушение способности писать при очаговых поражениях коры головного мозга. А. афатическая входит в структуру син­дромов афазии и в соответствии с формой афазии отличается специфическими чер­тами [Лурия А.Р., 1950]. А. апрактическая наблюдается при идеаторной апраксии, А. конструктивная — при конструктивной апраксии [Kleist K., 1934]. А. моторная возни­кает в связи с параличами и нарушением способности писать. Выделяют также чи­стую А., возникающую вне связи с другими асемическими синдромами и обусловлен­ную поражением задних отделов второй лобной извилины доминантного полушария [Exner S., 1881].

**Агрессивность** (*лат. aggressio —* нападение). Склонность некоторых психи­чески больных к нападению на окружающих и нанесению им телесных повреждений, к разрушительным действиям. Объектом агрессии могут оказаться и неодушевлен­ные предметы. Чаще всего возникает в результате галлюцинаторных и бредовых переживаний, импульсивных поступков кататоников. Наблюдается и при состояниях нарушенного сознания.

**Агрессия.** Один из механизмов психологической защиты. Понятие, введенное K. Horney для обозначения защиты от фрустрации агрессией, направленной не на фрустрирующий фактор, а на некий вторичный объект, ошибочно принимаемый за источник фрустрации. Примером этого является А. перемещения, наблюдающаяся в тех случаях, когда А. на реальный фрустратор нежеланна, может привести к тяже­лым последствиям. К механизму А. перемещения относят негативизм, критиканство, отказ в сотрудничестве, если они направлены не на истинный источник фрустрации.

**Агрипния** (*греч. agrypnia —* бессонница). Нарушение сна, характеризующееся его поверхностностью, кратковременностью, частыми пробуждениями. Наблюдается при многих психических заболеваниях — шизофрении, эндогенных депрессиях, не­врозах, неврозоподобных состояниях.

По А.М. Эпштейну [1928], агрипнический синдром — обозначение состояния похмелья, в клинической картине которого расстройства сна играют важную роль (бессонница, кошмарные сновидения, гипнагогические и гипнопомпические галлюци­нации).

Син.: асомния, инсомния, диссомния.

**Адаптационный синдром** [Selye Н., 1936]. Неспецифическая реакция защи­ты, вызываемая воздействием разнообразных внешних раздражителей, стрессоров.

Стресс — состояние организма, определяемое этими неспецифическими изменени­ями и рассматриваемое как попытка восстановить гомеостатическое равновесие. Различают три фазы общего А.с.: 1) реакция тревоги, «аларм», мобилизация; 2) ста­дия сопротивления, резистентности; 3) стадия истощения, когда исчерпываются адаптивные возможности. Ведущая роль в развертывании А.с. принадлежит гормо­нам; таким образом, из совокупности процессов, входящих в понятие стресса, разра­батывается только одно звено. В психиатрии также отмечаются попытки объяснить возникновение некоторых заболеваний, в первую очередь эндогенных, с позиции концепции стресса. Концепция Селье способствует углублению наших знаний о со­матических основах шизофрении. Эта концепция сыграла важную роль в дальней­шей разработке учения Бонгеффера об острых экзогенного типа реакциях.

Особенности А.с. на кортикальном, психологическом уровнях могут соотно­ситься с Розенцвейга теорией фрустрации.

**Адаптация** (*лат. adaptatio —* приспособление). В биологии — приспособле­ние строения и функций организма к условиям существования в окружающей среде, к меняющимся условиям функционирования. А. человека формируется в процессе его эволюции и направлена на сохранение постоянства его внутренней среды (го­меостазиса). Гомеостазис в значительной мере зависит от состояния психики (см. *Кеннона таламическую теорию эмоций*)*.* А. (реадаптация) является важным этапом в процессе реабилитации психически больных [М.М. Кабанов, 1978], следуя за эта­пом восстановительной терапии и предваряя реабилитацию в прямом смысле сло­ва. В психиатрии различают А. психическую, под которой понимают приспособление психической деятельности человека к условиям окружающей среды, и трудовую (профессиональную), то есть приспособление человека к определенным формам трудовой деятельности (характеру труда и условиям производства), способствую­щее улучшению его трудоспособности. А. — один из основных критериев разграни­чения нормы и патологии в психической деятельности человека.

**Адаптивность.** Адаптационные возможности человека. В психиатрии А. в зна­чительной мере определяется личностными особенностями человека и правильно­стью проведения адаптационно-реабилитационных мероприятий.

**Аддисона болезнь** [Addison Th., 1849]. Заболевание, в основе которого лежит поражение, деструкция мозгового вещества надпочечников, чаще всего туберкулез­ной этиологии. Происходит выключение или резкое снижение продукции глико- и ми­нералокортикоидов. Характерны нарушения пигментации кожи («бронзовая болезнь»), похудение. Со стороны нервной системы — астения, частая головная боль. В некоторых случаях наблюдается острая экзогенная симптоматика. При дли­тельном течении — характеропатические изменения, интеллектуально-мнестиче- ское снижение.

**Адиадохокинез** (*а + греч. diadochos —* последующий, *kinesis —* движение) [Babinski J., 1899). Утрата возможности производить движения, требующие последо­вательных сокращений мышц агонистов и антагонистов: например, больному не уда­ется быстрая смена противоположных движений — пронации и супинации, сгибания и разгибания. Симптом поражения мозжечка.

**Адинамия** (*греч. adinamia —* бессилие). Снижение активности больного, мы­шечная слабость, отсутствие готовности к какой-либо деятельности. Наблюдается при неврозах, катаплексии (см.). А. при катаплексии носит название аффективной, так как падение мышечного тонуса при этом связано с аффектами.

**Адипсия** (*а* + *греч. dipsa —* жажда). Отсутствие потребности в питье, утрата чувства жажды. Адипсию следует отличать от состояний, при которых отказ от упо­требления воды обусловлен бредовыми переживаниями, то есть от псевдоадипсии [Стоименов И., Рачев И., 1988].

**Адлера индивидуальная психология** [Adler А.]. Одно из направлений глу­бинной психологии, возникшее как следствие расхождения А. Адлера с З. Фрейдом, отрицающее присущий психоанализу пансексуализм и рассматривающее человека как существо социальное. Основное значение придается группе влечений «Я» — влечениям к власти, превосходству и самоутверждению. Невроз рассматривается как проявление тенденций преодоления чувства неполноценности и стремления к приобретению чувства превосходства.

Для лечения невроза, по Адлеру, необходимо вскрыть его скрытый психоге­нез, сущность «жизненного стиля» больного (невроз понимается не как болезнь, а как своеобразный характер), установить наличие ложных жизненных целей. Те или иные психопатологические проявления должны быть сопоставлены с соответствую­щими им фиктивными жизненными целями. Анализируя чувство неполноценности невротика, врач должен указать ему более верные и более совершенные пути компенсации. Стремлением к власти и превосходству объясняются все особенности поведения человека, преступность, а также клинические проявления психозов.

Индивидуальная психология пытается объяснить и ряд социально-политиче­ских явлений с позиций якобы присущих человеку во все времена отношений конку­ренции и борьбы за власть.

Основное средство индивидуально-психологической психотерапии Адлера — психоанализ.

Индивидуальная психология А. Адлера оказала влияние на развитие неофрейдизма в США.

**Адлера система психотерапии.** Метод психотерапии, базирующийся на тео­рии индивидуальной психологии и психоаналитическом подходе к неврозам, рассматриваемым как следствие присущего больному чувства неполноценности. В преодолении последнего усматривается возможность приспособления пациента к действительности.

**Администратора синдром.** См. *Менеджера синдром.*

**Адреноблокаторы.** Фармакологические препараты из группы антиадренерги- ческих, действие которых обусловлено блокированием адренорецепторов, то есть нарушением взаимодействия медиатора с адренореактивными системами без нару­шения образования медиатора и выделения его из нервных окончаний. Альфа-адре­ноблокаторы (фентоламин, пирроксан) в последнее время используются для лече­ния эндогенных депрессий как в сочетании с антидепрессантами, так и самостоя­тельно, при этом лучший эффект отмечается при анергических депрессиях, худший — при тревожно-депрессивных состояниях [Ю.Л. Нуллер, 1970]. Пирроксан широко применяется при различных проявлениях диэнцефальной патологии симпатико-ад­реналового типа. Бета-адреноблокаторы часто, особенно за рубежом, употребляют­ся при лечении состояний тревоги, например, анаприлин (пропранолол).

Син.: адренолитики.

**Адренолейкодистрофия** [Siemerling E., Kreutzfeldt H.G., 1923]. Характеризу­ется сочетанием симптомов Аддисона болезни и Шильдера болезни. Заболевание начинается в детском, реже — в юношеском и зрелом возрасте признаками недоста­точности надпочечников (меланодермия), к которым через несколько месяцев или лет присоединяется патология центральной нервной системы — снижается успевае­мость в школе, появляются дизартрия, спастические парезы, нарастает деменция, в конечной стадии наблюдается децеребрационная ригидность. Морфологически — дистрофия коркового вещества надпочечников и грубые суданофильные явления распада в головном мозге (путамен, паллидум, таламус). Этиология неизвестна, наиболее обоснована гипотеза о генетически-семейном характере заболевания (па­тология Х-хромосом, рецессивный тип наследования). Болеют исключительно муж­чины.

Син.: бронзовая болезнь со склерозирующим энцефаломиелитом, болезнь Аддисона—Шильдера, болезнь Зимерлинга—Крейтцфельда.

**Ажитация** (*лат. agitatio* — приведение в движение). Возбуждение, двигатель­ное беспокойство, непрестанная потребность в движении. Нередко протекает с аф­фектом тревоги, страха. Наблюдается при многих психических заболеваниях — ал­когольном делирии, кататонической шизофрении, эндогенной депрессии (ажитиро- ванная депрессия).

**Ажитофазия** (*лат. agitatio —* приведение в движение, возбуждение, *греч. phasis —* речь). Ускоренная, малопонятная речь, наблюдающаяся в состоянии рече­вого возбуждения, ажитации.

Син.: ажитафразия.

**Азафия** (*а* + *греч. saphes —* ясный). Неясная, неотчетливая речь. Нечеткое произношение.

**Айдомания** (*греч. aidoia —* половые органы, *mania —* болезненная склонность). Повышенное половое влечение у мужчин. Наблюдается главным об­разом при психических заболеваниях позднего возраста (инволюционных и атеро­склеротических расстройствах психики, иногда — при старческом слабоумии).

Син.: сатириаз.

**Айзенка личностный опросник** [Eysenck H.J., 1964]. Широко распространен­ный опросник для исследования личностных свойств. Исследуются факторы экстра-, интроверсии и нейротизма. Для интроверта определяющую роль играет мир пред­ставлений, для экстраверта — мир ощущений. По В.Н. Мясищеву [1926], эти типы личности определяются как заторможенный и возбудимый. Фактор нейротизма сви­детельствует об эмоционально-психической устойчивости или неустойчивости. Ко­личество вопросов различно в разных вариантах опросника. Для контроля в него введены вопросы по шкале лжи, отражающие тенденцию к демонстративности в от­ветах.

В последнем [1975] варианте А.л.о. содержится 101 вопрос, а в интерпрета­ции ответов учитывается также фактор психотизма, то есть отклонение от психиче­ской нормы, предрасположение к психозу.

**Айзенка личностный опросник для детей** [Eysenck S., 1969]. Адаптирован­ный для исследования детей старше 7 лет личностный опросник S. Eysenck. Содер­жит 60 вопросов, ответы на которые интерпретируются по шкалам интро- и экстра­версии, нейротизма и лжи.

**Айхмофобия** (*греч. aichme* — острые копья, *phobos —* страх). Навязчивый страх перед острыми предметами, их прикосновением к телу.

**Акайрия** (*а + греч. kairos —* надлежащая мера, норма). [Аствацатуров М.И., 1928]. Характеризуется проявлениями назойливости, навязчивости, прилипчивости. Больной многократно задает врачу одни и те же вопросы, хотя и получил уже ранее на них ответы. Объясняется рассогласованием моторной и вербальной инициативы при наличии общей психической ригидности. Первоначально была описана при пост- энцефалитических состояниях, затем — при Гентингтона хорее, при паркинсонизме вследствие приема нейролептиков.

Ср.: Турзо симптом.

**Акалькулия** (*а* + *лат. calculo —* считать) [Henschen S.E., 1919]. Расстройства счета как симптом очагового значения, вне картины деменции. Характерны затруд­нения, связанные с переходом через десяток, утрата представлений о разрядной структуре чисел. В основе — нарушения симультивного синтеза [Лурия А.Р., 1962]. Локализация поражения — теменно-затылочная область доминантного полушария. Различают первичную и вторичную акалькулию, в зависимости от связи расстройств счета с другими нарушениями высших корковых функций.

Син.: дискалькулия.

**Акалькулия первичная** [Berger Н., 1926]. Редкая форма акалькулии, при ко­торой расстройства счета обнаруживаются сами по себе, независимо от других расстройств высших корковых функций. О вторичной акалькулии говорят в тех слу­чаях, когда расстройства счета входят в структуру нейропсихологического синдрома в сочетании с нарушениями памяти, афатическими симптомами, выраженными пер­северациями.

**Акаматезия** (*а* + *греч. katamathesis —* полное знание). Полное непонимание обращенной к больному речи. Может быть обусловлено острым психотическим со­стоянием или же выраженной сенсорной афазией.

**Акарофобия** (*лат. acarus* — клещ, *греч. phobos —* страх). Навязчивый страх — боязнь заразиться чесоткой. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний.

Син.: скабиофобия.

**Акатаграфия** (*а* + *греч. katagrapho —* записывать). Нарушение письменной речи, при котором не соблюдается порядок слогов в слове или слов в предложении, происходят их перестановки. Наблюдается чаще всего при органических заболева­ниях головного мозга с лобной локализацией поражения.

**Акатафазия** (*а* + *греч. kataphasis —* утверждение, согласие). Расстройство экспрессивной речи, проявление аграмматизма. Наблюдается в виде нарушений грамматической и синтаксической организации речи. Наблюдается при умственном недоразвитии степени имбецильности.

**Акатизия** (а + *греч. kathisis —* усаживание) [Hashkovec L., 1901]. Неспособ­ность длительное время сохранять одну и ту же позу, сидеть, лежать, чем-либо за­ниматься. Гашковцем А. была описана как истерический симтом типа астазии — абазии. F. Reymond и P. Janet [1902] рассматривали А. как психастенический симп­том, близкий к «профессиональным тикам». Изучение клиники Экономо энцефалита показало, что А. часто наблюдается при органической церебральной патологии. Вхо­дит в состав ряда нейролептических экстрапирамидных синдромов. Соответственно степени выраженности экстрапирамидных расстройств различают синдром «беспо­койства ног» (см. *Виттмаака—Экбома синдром*)*,* акатизию, тасикинезию (см. *Таси- кинезия*) и, наконец, наиболее тяжелую форму двигательного беспокойства — турбу- ленцию [Siegwald J., 1959; Йончев В., 1981]. При А., как и при «беспокойстве ног», первичными являются мучительные ощущения, а движения носят характер вторич­ных, реактивных. Патогенез А. связывается с поражением ретикулярной формации ствола головного мозга.

***А. обездвиженная*** [Йончев В., 1981]. Проявление экстрапирамидной патоло­гии при нейролептической терапии. При переходе от стадии акатизии и тасикинезии к паркинсонизму возникают мучительно переносимые больным состояния, когда на­сильственная потребность в движениях не может реализоваться из-за обездвижен­ности в связи с развитием паркинсонического ригора. Чаще всего наблюдается у мо­лодых женщин, страдающих параноидной шизофренией, в начале лечения галопе­ридолом и, реже, левомепромазином (тизерцином). Типичная жалоба больных на «ужас в ногах».

***А. поздняя*** [Weiner W.J., Luly E.D., 1983]. Осложнение при лечении нейролеп­тиками, возникает уже после их отмены. Проявляется чрезмерной двигательной ак­тивностью вследствие выраженного общего беспокойства (чувство дискомфорта при медленной ходьбе, неприятные ощущения в коже и мышцах, внутренняя тревога, мышечная напряженность).

**Акинезия** (а + *греч. kinesis —* движение). Обездвиженность, неподвижность. Невозможность совершения волевых или автоматизированных движений при отсут­ствии парезов или параличей. Наблюдается при органических поражениях головного мозга лобной локализации, кататонических состояниях, депрессивном ступоре.

***А. болезненная*** (*лат. A. algera* от *греч. algos —* боль) [Mobius P.J., 1891]. Симптом неподвижности тела из-за психически обусловленной боли, возникающей при движениях. Даже после исчезновения боли обездвиженность может сохраняться месяцами и годами. Вначале синдром рассматривался как сугубо психогенный, чаще всего истерического генеза. Однако психически обусловленная боль (психалгия) на­блюдается и при эндогенной депрессии, шизофрении.

**Акнефобия** (*греч. аспе —* вид кожного заболевания, *phobos —* страх). Навяз­чивый страх перед появлением на коже угрей. Наблюдается главным образом в под­ростковом и юношеском возрасте. Иногда достигает степени дисморфофобии.

**Акоазмы** (*греч. akusma —* слышимое). Элементарные слуховые галлюцина­ции (шум, выстрелы, звон, стуки и т.п.). Наблюдается при шизофрении, симптомати­ческих психозах, ауре эпилептической.

**д'Акосты синдром.** Возникает в высокогорных условиях в связи с понижен­ным атмосферным давлением. Характерны учащенное дыхание, цианоз, головная боль, головокружение, одышка, нарушение координации, слуха и зрения (гемерало­пия, расстройство цветовосприятия). Психические расстройства — апатия, безраз­личие, эйфория, сменяющаяся депрессией, расстройство сознания. Причина — ги­поксия центральной нервной системы. Назван по имени *д'Акосты* [d'Acosta J.], ис­панского монаха-иезуита, который в 1590 г., будучи миссионером в Перу, описал этот синдром в условиях высокогорья и объяснил его возникновение влиянием раз­реженного воздуха.

**Акрибофобия** (*греч. akribo — точно знаю, phobos —* страх). Навязчивый страх, опасение не понять смысл прочитанного.

**Акроанестезия** (*греч. akron* — конечность, *an* — не, *aisthesis —* чувство, ощу­щение). Нарушение чувствительности в дистальных отделах конечностей. Наблюда­ется при ангиотрофоневрозах, полиневритах и истерии.

**Акрогидроз** (*акро + греч. hydros —* пот). Повышенная потливость ладоней и стоп. Наблюдается при неврозах, особенно при неврастении, а также у конституцио­нальных астеников.

**Акрокинезия** (*акро + греч. kinesis —* движение). Нарушение движений (сниже­ние подвижности или чрезмерная подвижность) в дистальных отделах конечностей. Наблюдается при органических поражениях головного мозга, истерии, при синдроме беспокойства голеней.

**Акростезия** (акро + *греч. aisthesis —* ощущение). Повышенная чувствитель­ность кожи конечностей, когда воспринимаются совершенно незначительные раз­дражения. Наблюдается при истерии.

**Акроцефалосиндактилия** (*греч. akros —* самый высокий, *kephale —* голова, *sin —* вместе, *daktilos —* палец) [Apert E., 1906]. Характерны башенный череп с рез­ким уплощением затылка и нависающими лобными отделами, уродства строения лицевой части черепа (лунообразное лицо, деформированные ушные раковины, эк­зофтальм, гипертелоризм, седловидное переносье). Иногда — незаращение мягкого и твердого неба, недоразвитие верхней и прогнатизм нижней челюстей. Синдакти­лия на руках и ногах с дистальным слиянием мягких тканей и вовлечением костных структур, иногда один общий ноготь для нескольких пальцев. Атрофия зрительных нервов. Аномалии строения внутренних органов. Нарушения глазодвигательной ин­нервации. Умственное недоразвитие от легкой дебильности до идиотии. Явления психоорганического синдрома. Интеллект иногда не нарушен.

А. — врожденный, наследственно обусловленный (передача по доминантному типу) порок развития.

Син.: Апера синдром.

**Акупунктура** (*лат. acus —* игла, *punctum —* точка). Один из методов рефлек­сотерапии — нанесение раздражений уколами иглы в физиологически активных точ­ках кожи, соответствующих проекции определенных органов и систем. Применяется при неврозах, часто в сочетании с психотерапией.

**Акустикофобия** (*греч. akustikos —* слуховой, *phobos —* страх). Появление мы­шечных судорог при воздействии слухового раздражителя. Наблюдается при бешен­стве.

**Акцентуация** (*лат. accentus —* ударение). Усиление, заострение определен­ных психических свойств. K. Leonhard [1964, 1968] разработана концепция акцентуи­рованных личностей. Выделяются отдельные черты личности (акцентуированные), которые сами по себе еще не являются патологическими, однако при определенных условиях могут претерпевать развитие в положительном или отрицательном направ­лении, достигая особой выраженности у психопатов и невротиков. Черты эти как бы являются заострением некоторых присущих каждому человеку неповторимых инди­видуальных свойств. А. личности — промежуточное явление между нормой и психо­патией. Выделяют десять типов А. характера и темперамента: гипертимность, склонность к застреванию аффекта, эмотивность, педантичность, тревожность, цик- лотимность, демонстративность, возбудимость, дистимичность (субдепрессивность), склонность к аффективной экзальтации. В патологии демонстративности соответ­ствует истерическая психопатия, педантичности — ананкастическая психопатия, склонности к застреванию — паранойяльная психопатия, возбудимости — эпилепто- идная психопатия. Отмечены сочетанные А. различных личностных свойств, в том числе интро- и экстраверсии.

А.Е. Личко [1977] рассматривает А. не в личностном плане, а соотносит ее с характером, так как, по его мнению, личность является широким понятием, включаю­щим в себя помимо характера и темперамента интеллект, способности, мировоззре­ние и т.д. У подростков он различает следующие типы А. характера: гипертимный, циклоидный, лабильный, астеноневротический, сенситивный, психастенический, ши­зоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый, конформный, смешанные.

Диагностика А. личности, характера основывается на данных клинического об­следования и результатах психологического исследования с помощью опросников Шмишека, Литтманна—Шмишека, ПДО.

**Алалия** (*а* + *греч. lalia —* речь) [Delius, 1757]. Отсутствие речи или ее дефект при сохранности слуха и интеллекта. В зависимости от того, какая речь страдает — экспрессивная или импрессивная, различают А. моторную и сенсорную. Наблюдает­ся в детском возрасте и обусловлена недоразвитием речевых областей коры больших полушарий головного мозга или их поражением во внутриутробном или раннем постнатальном периоде. При А. моторной дефектна или полностью отсут­ствует активная речь, понимание обращенной к больному речи не нарушено. В слу­чаях А. сенсорной нарушено понимание речи при своевременном появлении рече­вой активности.

Син.: эфемия.

**Алгогаллюциноз** (*греч. algos —* боль, *лат. hallutinatio —* бред, видения) [van Bogaert L., 1934]. Непрерывно продолжающиеся фантомные боли в ампутированной конечности (см. *Фантом ампутированных*)*.*

Син.: фантомные боли.

**Алголагния** (*алго* + *греч. lagneia* — похоть, сладострастие). [Screnk-Notzing, 1899]. Понятие, объединяющее садизм или бертранизм (см.), то есть активную А., и мазохизм (см.), то есть пассивную А. Перверсии, при которых половое возбуждение и удовлетворение достигаются лишь при нанесении боли партнеру или, наоборот, при ощущении боли лицом, подвергающимся истязаниям.

**Александера болезнь** [Alexander W.S., 1949]. Наследственное заболевание, проявляющееся в раннем детском возрасте. Тип передачи — аутосомно-рецессив­ный. Характерны нарушения метаболизма в астроцитах. Патологоанатомически — демиелинизирующая лейкодистрофия. Клинически — высокая температура, судо­рожные припадки, задержка умственного развития, прогрессирующая гидроцефалия, слабость мышечного тонуса, пирамидные знаки. У детей А.б. протекает катастрофи­чески, смертельный исход наступает при явлениях децеребрационной ригидности и спастической тетраплегии. У взрослых течение заболевания более медленное, с остановками и ремиссиями.

**Александровского оценочная шкала** [Александровский Ю.А., 1970]. Шкала оценки степени выраженности психопатологической симптоматики и показателей клинического действия транквилизаторов, разработанная для сравнительного изуче­ния эффективности последних при пограничных формах психических расстройств. Основана на многовекторном анализе действия транквилизаторов, позволяет дать количественную характеристику их эффективности. В качестве показателей фигури­руют; эмоциональная возбудимость и аффективная насыщенность переживаний, по­вышенная раздражительность, повышенная истощаемость, навязчивости, расстрой­ства психастенические, депрессивные, сенестоипохондрические, судорожные, засы­пания, интрасомнические, постсомнические, вегетативные расстройства пароксиз­мального характера, миорелаксация, седация, активация.

**Алекситимия** (*а + греч. lexis —* речь, *thymos —* душа, настроение, чувство) [Sifneos P., 1972; Busow G., 1985]. Затруднения в передаче, психологическом описа­нии своего состояния. Наблюдается при психосоматических заболеваниях, особенно при соматизированных латентных депрессиях.

**Алексия** (а + *греч. lexis —* речь, слово) [Benedikt, 1865; Kussmaul A., 1877]. Форма оптической агнозии, характеризующаяся неспособностью понять смысл чита­емого. Различают А. первичную и вторичную, входящую в структуру таких нейропси­хологических синдромов, как афатические. Литеральная А. характеризуется нераз­личением отдельных букв; А. слогов (асиллабия) — невозможностью чтения отдель­ных слогов; вербальная — нарушением чтения слов. Наблюдается при локализации поражения в коре основания затылочной доли доминантного полушария, в ряде слу­чаев процесс распространяется и на височную долю. Динамика синдрома А. — от литеральной, когда чтение еще возможно, но происходит с паралексиями и без по­нимания смысла прочитанного, до агностической, при которой буквы теряют свое символическое значение [Смирнов В.М., 1962].

Син.: словесная слепота, вербальная слепота.

**Алибидемия** (а + *греч. libido —* половое влечение, либидо). Отсутствие поло­вого влечения.

**Алкоголизм** (*араб. al Kohol*)*.* Систематическое злоупотребление алкогольны­ми напитками в дозах, вызывающих алкогольное опьянение, хроническую интоксика­цию. Различают острую интоксикацию алкоголем и хронический А. Первая прояв­ляется эпизодическими состояниями простого алкогольного опьянения различной степени выраженности. А. хронический характеризуется продолжительным употреб­лением спиртных напитков и протекает с явлениями психологической и биологиче­ской зависимости от алкоголя, изменениями толерантности к спиртному, появлени­ем и развитием алкогольной деградации (психической и соматической) .

Различают следующие стадии заболевания [Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1961, 1971, 1973]:

1. Начальная, или неврастеническая, — исчезает защитный рвотный рефлекс, появляется наркоманический синдром. Последний характеризуется усилением вле­чения к спиртному (см. *Еллинека симптом*), нарастанием психической зависимости от алкоголя и измененной реактивностью на него — растет устойчивость, обнаружи­ваются палимпсесты (см. *Палимпсест*).
2. Средняя, или наркоманическая, — характерно отсутствие количественного контроля над потреблением алкоголя, появление физической зависимости от алко­голя, одним из проявлений которой является абстинентный синдром (см. *Абстинен­ция*), максимальная толерантность, снижение личности. В этой стадии возможны ал­когольные психозы (делирий, острый алкогольный галлюциноз).
3. Исходная, или энцефалопатическая, — характерны падающая толерант­ность, грубое снижение личности, нарастание алкогольной деменции. Типичны за­тяжные, хронические психозы, часты неврологические осложнения, Гайе—Вернике и Корсакова энцефалопатии.

И.Н. Пятницкая [1988] выделяет предшествующую первой продромальную стадию. Продром отличается от I стадии тем, что влечение к спиртному лишь начи­нает формироваться, существуют естественные ограничители интоксикации, в со­стоянии опьянения отмечается устойчивость функций (эмоциональная стабиль­ность), отсутствуют палимпсесты Отмечается подьем жизненного тонуса, на фоне которого проявляется дисхроноз, искажение суточного цикла.

Классификация А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой наиболее часто используется в отечественной наркологии. Наряду с ней широко известны и др.

При классификации по И.В. Стрельчуку [1966] различают: I стадию, легкую (появление влечения к алкоголю, потеря контроля, возросшая устойчивость к алко­голю, функциональные нарушения нервно-соматической и психической сферы при сохраненной трудоспособности); II стадию, среднюю (увеличение влечения к алкого­лю и толерантности, утяжеление нервно-психических и соматических нарушений, по­явление абстинентного синдрома); III стадию, тяжелую (интолерантность, изменение характера опьянения, появление амнестических форм опьянения, усиление влече­ния к алкоголю, большая тяжесть абстинентного синдрома, появление необратимых нервно-психических и соматических нарушений).

В основе классификации Еллинека [Yellinek E.M., 1962] лежат различные со­четания таких факторов, как этиологические моменты, форма и скорость появления осложнений и степень прогредиентности. Выделяют пять форм А.: 1. Альфа-А. — порожден психической ранимостью пациента. Является симптоматическим алкого­лизмом по классификации Найта. Отсутствуют погредиентность, абстинентный син­дром. Больной может самостоятельно прекратить злоупотребление алкоголем; 2. Бета-А. — обусловлен социальными условиями (имеются в виду жители стран с раз­витым виноградарством, где пьянство не преследуется обществом). Осложнения связаны с недостаточным питанием. Прогредиентность отсутствует, не выражен аб­стинентный синдром. Количество употребляемого пациентом алкоголя, как и при альфа-алкоголизме, контролируется; 3. Гамма-А. — возникает в связи с психической ранимостью пациента, но в отличие от предыдущих вариантов выражены психологи­ческая и физиологическая зависимость от алкоголя, абстинентный синдром, потеря контроля над количеством выпиваемых напитков, неудержимое влечение к употреб­лению алкоголя, нарушение поведения, прогредиентность. 4. Дельта-А. — развива­ется вследствие психической ранимости и социальных влияний. Характерны физи­ческая зависимость, неспособность воздержаться от спиртного более суток, абсти­нентный синдром, слабая прогредиентность; 5. Эпсилон-А. — периодическое пьян­ство. Сопровождается тяжелыми осложнениями.

Недостатки последней классификации — отсутствие динамической оценки клинических проявлений и акцентирование на различиях между формами А. при ми­нимуме внимания к выявлению общности между ними [Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1973].

Син.: алкогольная болезнь, этилизм, алкогольная токсикомания.

**Алкоголизма диагностическая формула** [Канторович Н.В., 1933]. Характери­стика алкогольной патологии, учитывающая такие факторы, как тип опьянения, до­полнительные особенности опьянения, форма и стадия алкоголизма, алкогольный стаж, субъективные причины алкоголизма, степень социальной декомпенсации, осложнения.

Используется для индивидуализированной оценки страдающего хроническим

А.

**Алкогольная эмбриопатия** (*греч. embrion —* утробный плод, зародыш, *pathos —* болезнь, страдание) [Jones K.L., Smith D.W., 1973]. Патология детей, ро­дившихся от пьющих матерей: пре- и постнатальная недостаточность роста, задерж­ка в физическом и психическом развитии, черепно-лицевые уродства (микроцефа­лия, короткие и узкие глазные щели, эпикантус, гипоплазия верхней или нижней че­люсти, расщелины неба, микрогнатия). Наблюдаются также аномалии суставов, из­менения рисунка ладонных складок, врожденные пороки сердца, аномалии наруж­ных половых органов, капиллярные гемангиомы, нарушения тонкой моторики. Ум­ственная отсталость различной степени. Степень выраженности коррелирует с тя­жестью алкоголизма матери [Куниковская Л.С., 1980].

**Алкогольный бред ревности** [Nasse Ch.F., 1877]. Бредовой психоз, наблю­дающийся при хроническом алкоголизме и характеризующийся преобладанием в клинической картине систематизированного бреда ревности.

**Аллана—Касворта—Дента—Вильсона синдром** [Allan J., Casworth D.C., Dent C.E., Wilson V.K., 1958]. Форма олигофрении. Характерна аминоацидурия — с мочой выделяются в повышенном количестве аминокислоты. Заболевание носит се­мейно-наследственный характер (аутосомно-рецессивный тип передачи).

**Аллегоризация ощущений** (*греч. allegoria —* аллегория, иносказание). Ис­толкование больным испытываемых им ощущений, истинных и мнимых, в соответ­ствии с бредовыми переживаниями. Чаще всего наблюдается при шизофрении.

**Аллегорическая речь** [Neisser С.]. Особая форма построения неологизмов. О происшествии говорится иносказательно, одним словом или кратким словесным оборотом, специфическим выражением. Чаще всего наблюдается при шизофрении.

**Аллергия психическая** (*греч. allos—* другой, иной, *ergon —* действие). Тер­мин для обозначения состояний психической сенсибилизации, особой предрасполо­женности к психической травме (травмоцептивность). См. также *Анафилаксия пси­хическая.*

**Аллопсихическая ориентировка** (*алло + греч. oriens —* восток). Ориентиров­ка в окружающем. См. *Аутоориентировка.*

**Аллотриосмия** (*греч. allotrios —* чуждый, другой, *osme —* запах). Нарушение восприятия запахов, обоняния. Наблюдается в форме обонятельных иллюзий и гал­люцинаций.

**Аллотриофагия** (*греч. allotrios —* чуждый, другой, *phagein —* есть, питаться, поедать). Употребление в пищу несъедобных, необычайных веществ (земли, глины, кала). Наблюдается при глубоком слабоумии и исходных состояниях шизофрении, а также у психопатических личностей на высоте аффективных реакций. См. *Копрофа­гия.*

**Аллохейрия** (*греч. allos —* другой, *cheir —* рука). Симптом нарушения чув­ствительности. При нанесении раздражения на кожу конечностей в одной стороне тела оно воспринимается симметрично на другой стороне. Наблюдается при органи­ческих поражениях центральной нервной системы (спинная сухотка, рассеянный склероз) и при истерии. Рассматривается как расстройство схемы тела.

Син.: аллохирия, аллоэстезия.

**Алогия** (*греч. а —* не, *logos —* мысль, разум, суждение). Расстройство мыш­ления, характеризующееся грубыми нарушениями его логичности: суждения вовсе не следуют законам логики. Наблюдается при тяжелых психотических состояниях или глубоком умственном недоразвитии, а также при редукции моторной афазии.

**Альбатроса синдром.** Наблюдается у психопатических личностей, страдаю­щих пристрастием к приему некоторых лекарственных средств, и заключается в пре­следовании ранее лечившего или оперировавшего их врача, в вымогании у него анальгетиков, наркотиков, иногда в требовании повторной операции. Характерны жалобы на непрекращающуюся слабость, болевые ощущения, частую рвоту. Рассматривается как вариант Мюнхгаузена синдрома [Wermut W., 1980]. Описан F.A.C. Johnstone [1967] и назван по имени персонажа «Сказания о Старом Морехо­де» Сэмюэля Тэйлора Кольриджа, английского поэта-романтика XIX в. *Альбатрос —* спутник моряков, птица добрых предзнаменований — был убит Старым Морехо­дом, что повлекло за собой страшную кару.

**Альперса синдром** [Alpers B.J., 1931], Наблюдается в детском возрасте и ха­рактеризуется наличием локальных или генерализованных судорог, миоклонических проявлений, хореоатетоза и тремора мозжечкового генеза. Иногда — амавроз. Тече­ние катастрофическое, быстрое, с образованием глубокого слабоумия. Чем в более раннем возрасте началось заболевание, тем скорее наступает смерть при явлениях децеребрации и эпилептического статуса. Заболевание наследственное (аутосомно­рецессивный тип передачи).

Син.: прогрессирующая диффузная дегенерация серого вещества головного мозга, семейная дегенерация серого вещества головного мозга в детском возрасте.

**Альтернирующий** (*лат. alterno —* чередоваться). Чередующийся, поперемен­ный. Например, тип течения психического заболевания, характеризующийся пооче­редной сменой фаз (маниакальной и (или) депрессивной при МДП и т.д.).

**Альфа-волны.** Колебания суммарного потенциала головного мозга, характе­ризующиеся частотой 8-12 колебаний в 1 с и амплитудой до 50 мкВ, с наибольшей отчетливостью выявляющиеся в затылочных отделах головного мозга в состоянии бодрствования.

Син.: волны Бергера [Berger H., 1929], альфа-ритм.

**Альфа-индекс** [Piotrowski L.A., 1965]. Сумма критериев для диагностики ши­зофрении на основании ответов по тесту Роршаха: количество целостных ответов не превышает 6; сумма целостных ответов больше суммы ответов цвета; наличие «темного шока»; ответы по типу нечетко очерченных форм составляют менее 70 %. Точность диагностики шизофрении на основании альфа-индекса, по автору, достига­ет 83—91 %.

**Альцгеймера болезнь** [Alzheimer A., 1906]. Заболевание из группы пресе- нильных деменций. Атипичная, относительно рано (в предстарческом возрасте) на­ступающая форма старческого слабоумия. Возможно и более позднее начало, в старческом возрасте [Жислин С.Г., 1956]. От клиники старческого слабоумия отлича­ется более выраженной очаговостью психопатологической симптоматики. Вначале характерны изменения личности по сенильному типу, прогрессирующее ослабление памяти. Деменция глобарная, однако длительное время сохраняется чувство своей несостоятельности. Очаговые расстройства речи, гнозиса, праксиса, счета, письма. Типична динамика афатических расстройств: амнестическая, затем сенсорная афа­зия с последующим присоединением моторной. Наблюдается логоклония. Рассеян­ная неврологическая симптоматика, эпилептиформные припадки. Экстрапирамид- ные (акинетико-ригидные) явления наблюдаются главным образом в исходной ста­дии, завершающейся состоянием психического и соматического маразма, кахексией, контрактурами. Патологоанатомически — диффузная атрофия коры большого мозга, особенно выраженная в височных и лобных долях. Гистологически — атрофия кле­ток коры, большое количество сенильных бляшек, альцгеймеровское перерождение нейрофибрилл. Относится к наследственным заболеваниям с аутосомно-доминант­ным фенотипом. Имеются данные о мультифакториальном характере наследования [Sjogren Т., Sjogren H., Lindren А., 1962].

**Альцгеймера синдром.** См. *Гаккебуша—Гейера—Геймановича болезнь.*

**Альцгеймеризация старческого слабоумия.** Появление на поздних этапах старческого слабоумия очаговых корковых расстройств (афатических, агностиче­ских, апрактических и др.), характерных для Альцгеймера болезни. По мнению неко­торых исследователей [Жислин С.Г., 1956], может рассматриваться как поздний ва­риант Альцгеймера болезни.

**Альцгеймеровское перерождение нейрофибрилл** [Alzheimer А., 1906] — утолщение нейрофибрилл, более сильно импрегнирующихся и спиралеобразно из­вивающихся. Пораженные нейрофибриллы образуют клубки, завитки, спирали. Ядра нервных клеток сморщиваются и распадаются, вместо клетки остается клубкооб­разный пучок фибрилл. Обнаруживается при исследовании по Бильшовского мето­ду.

Типично для старческого слабоумия и Альцгеймера болезни, однако может наблюдаться и при других заболеваниях (постэнцефалитический паркинсонизм).

**Аматофобия** (*греч. amathos —* пыль, *phobos —* страх). Навязчивый страх, бо­язнь пыли.

**Амбивалентность** (*лат. ambi —* вокруг, с обеих сторон, *valens —* сильный) [Bleuler E., 1911]. Понятие, введенное для обозначения одного из существенных при­знаков шизофрении — склонности отвечать на внешние раздражители двоякой, про­тивоположной, антагонистической реакцией. Различают три вида А.: 1) в аффектив­ной сфере — одно и то же представление сопровождается и приятными и неприят­ными чувствами; 2) области воли — амбитендентность, двойственность поступков, действий, движений; 3) в области интеллектуальной деятельности — одновремен­ное возникновение и сосуществование мыслей противоположного характера. K. Spett [1949] как проявления А. в мышлении и двигательной экспрессии различал ам­битенденцию и амбисентенцию. У больного обнаруживаются одновременно прояв­ляющиеся противоречивые или противопоставляемые суждения, амбитендентные проявления в движениях, мимике, жестах. Эти расстройства типичны для больных шизофренией, но могут наблюдаться и при некоторых интоксикациях, например мес­калином.

**Амбидекстрия** (*лат. ambi —* вокруг, с обеих сторон, *dexter —* правый). Рав­ные возможности использования левой и правой руки. А. может быть врожденной и приобретенной вследствие систематических упражнений, чаще всего у левшей.

**Амблинойя** (*греч. amblis —* тупой, слабый, *nus —* ум, разум). Болезненная за­трудненность принятия каких-либо решений. Наблюдается при психастении, суще­ственно отличается от амбивалентности при шизофрении.

Син.: амблиотимия, амбитимия.

**Амблиопия** (*греч. amblis —* тупой, слабый, *opsis —* зрение). Понижение зре­ния, слепота функционального генеза, без органического поражения зрительного анализатора. Наблюдается при истерии, часто в сочетании с другими функциональ­ными симптомами — нарушением светоощущения, светобоязнью, сужением поля зрения и т.п.

Син.: истерический амавроз, истерическая слепота, психогенная слепота.

**Амбрумовой концепция суицидального поведения** [Амбрумова А.Г., 1971]. Основана на системном рассмотрении личностных параметров и социальных ситуа­ций, в которых данная личность фигурирует. Суицид рассматривается как проявле­ние социально-психологической дезадаптации личности (на непатологическом или патологическом уровнях) при наличии неразрешимых микросоциальных конфликтов. Уровень вероятности реализации суицидальных тенденций зависит от сочетания ряда факторов — от уровня типологической готовности личности, наличия «горячей точки» или «западения» (то есть узловых моментов в биографии суицидента), от стрессовой (конфликтной) ситуационной нагрузки. Нарушения взаимоотношений личности и среды могут происходить как за счет внутриличностных изменений, так и в связи с изменениями в сфере ближайшего социального окружения (например, се­мьи). Рассматривая суицидальное поведение в клинико-психологическом аспекте, А.к.с.п. учитывает взаимодействие факторов риска трех основных уровней — психо­патологического, индивидуально-личностного и ситуационно-средового; она приме­нима для понимания механизмов суицида как среди страдающих психозами и погра­ничными психическими нарушениями, так и среди практически здоровых лиц.

**Аменомания** (*лат. amoenus —* приятный, веселый, *греч. mania —* помеша­тельство) [Rush В.]. Один из старых терминов для обозначения маниакальной фазы МДП. Радостная, веселая мания, характеризующаяся блаженным отношением к окружающему.

**Аменорея** (*а + греч. men —* месяц, *rhoia* — течение). Отсутствие месячных не менее чем в течение полугода. У психически больных наблюдается при эндогенных психозах, вследствие психогений в рамках психогенных психозов, а также при эндо­кринном психосиндроме.

**Аменция** (*а* + *лат. mens —* ум, мышление, рассудок). [Meinert Th., 1881]. Син­дром расстроенного сознания, состояние острой спутанности. Основные признаки — полная дезориентировка в месте, времени, собственной личности, бессвязность мышления, повышенная отвлекаемость, наличие аморфных, нестойких иллюзий и галлюцинаций, отрывочные бредовые переживания, растерянность, пугливость, неадекватная эмоциональность. Иногда длительное беспокойство (обычно в преде­лах постели). По выходе из А. — амнезия. Развивается чаще всего вследствие тяже­лых и длительных, истощающих организм соматических заболеваний.

В качестве особых вариантов выделяют А. галлюцинаторную (в сочетании с яркими галлюцинаторными переживаниями) и кататоническую (с выраженными дви­гательно-волевыми расстройствами, близкими к кататоническим). Th. Meinert перво­начально [1881] назвал А. острой галлюцинаторной спутанностью и лишь затем, в 1890 г., ввел понятие А., границы которой значительно расширил, рассматривая ее как самостоятельный психоз.

См. *Сознания расстройства.*

**Амимия** (*а + греч. mimia —* подражание). Нарушение мимики, наблюдается при поражениях лицевых нервов, паркинсонизме, ступоре кататоническом, синдроме нейролептическом, идиотии и т.д. При паркинсонизме А. — одно из проявлений мо­торных компонентов эмоциональных реакций и входит в синдром общей акинезии. А. наблюдается также при органических поражениях головного мозга лобной локали­зации («лобный синдром»), свидетельствуя о нарушениях эмоциональной сферы.

**Амиостения** (*а* + *греч. myos —* мышца, *sthenos* — сила). Мышечная слабость. Наблюдается при органических заболеваниях ЦНС и неврозах (астеническом, исте­рическом).

**Амитал-кофеиновая проба.** Растормаживание с помощью введения кофеина (2 мл 10%-ного раствора) и через 20—30 мин амитала натрия (20—30 мл 2%-ного раствора в клизме или 5-10 мл 5%-ного раствора внутримышечно), часто кофеин и амитал натрия вводятся внутривенно в одном шприце. Применяется с диагностиче­ской целью при ступорозных состояниях (кататонических и реактивных); в периоде растормаживания больной становится доступным контакту, что позволяет врачу про­никнуть в сущность его болезненных переживаний. После стадии растормаживания, используемой для беседы с больным, наступает сон.

Син.: барбамил-кофеиновая проба.

**Амихофобия** (*греч. amyche —* царапать). Навязчивый страх повреждения кожи. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и психастении.

**Амнезия** (*а+ греч. mnesis —* воспоминание). Отсутствие памяти, утрата способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания.

***А. антероградная*** (*лат. anterius —* прежде, до, *gradior —* ходить, идти) — распространяется на период, наступающий непосредственно после нарушения со­знания или болезненного психического состояния.

***А. антероретроградная*** (*лат. retro —* позади, после) — сочетание А. анте­роградной и ретроградной.

***А. аутогипнотическая*** (*греч. autos —* сам, *hypnos —* сон) [Jung С.] — функ­циональная А., характеризующаяся забыванием вследствие вытеснения.

***А. динамическая*** (*греч. dinamis —* сила) [Charcot J.M., 1892] — А. функцио­нальная, чаще всего истерического происхождения, при которой забытое больным вспоминается в гипнотическом состоянии. Противоположна А. органической, при ко­торой забытое не может быть экфорировано в гипнотическом состоянии.

***А. инфантильная.*** Психоаналитический термин, обозначающий первые три- четыре года жизни, о которых обычно не сохраняется воспоминаний.

***А. кататимная*** (*греч. katathymo —* падать духом, унывать) — А. только на определенные, личностно значимые события и лица.

***А. конградная*** (*лат. con —* совместно*, gradior —* идти) — А. на период време­ни, соответствующий нарушению сознания или болезненному психическому состоя­нию.

***А. лакунарная*** (*лат. lacuna —* углубление, яма) — облегченный вариант А. конградной, при котором нарушения памяти носят неглубокий характер. Наблюдает­ся обычно при нерезко выраженных расстройствах сознания (например, при дели­рии, онейроиде) и при истерии.

Син.: А. частичная, очаговая.

***А. негативистическая*** — обусловлена внутренним сопротивлением больно­го воспроизведению отдельных фактов, событий, лиц и т.п. Может быть проявлени­ем негативизма, аутизма.

***А. периодическая*** — неоднократно повторяющаяся А. на ограниченные про­межутки времени.

Син.: А. эпизодическая.

***А. постгипнотическая*** — возникает в связи с постгипнотическим внушени­ем на образы, представления и события, указанные гипнотизирующим.

***А. прогрессирующая*** — распространяется от более поздних запасов знаний к ранее приобретенным в соответствии с законом Рибо.

***А. ретардированная*** — вариант А. конградной, наступающей не сразу, а че­рез некоторое время после нарушенного сознания или психотического состояния.

***А. ретроградная*** (*лат. retro —* позади, *gradior —* идти) — охватывает пери­од, предшествующий расстройству сознания или психотическому состоянию.

***А. ретроградная периодическая*** [Бехтерев В.М., 1900] — характеризуется приступообразно возникающими состояниями А. ретроградной (ретроактивной — по современной В.М. Бехтереву терминологии). Характерна полная сохранность ориен­тировки во времени, месте и собственной личности. Больной жалуется на тягостно переживаемое чувство запамятования того, что было с ним за несколько часов до приступа (в пределах суток). После приступа — А. по отношению к пережитому. Опи­сана при органических заболеваниях головного мозга (в отдаленном периоде после перенесенного инсульта) и рассматривалась как эпилептиформная по своему гене­зу.

***А. транзиторная глобальная*** [Bender М.В., 1956; Fischer C.M, Adams B.D., 1958] — характерна преходящая полная А., охватывающая события прошедшего дня или даже недели. Редукция амнестических расстройств происходит в течение нескольких часов, остается пробел в воспоминаниях относительно времени начала болезненных проявлений вплоть до полного восстановления памяти. Наблюдается обычно однократно. Причины не известны, предположительно можно говорить о преходящей локальной ишемии ткани мозга в связи с транзиторными нарушениями мозгового кровоообращения, в первую очередь в бассейне базилярной артерии.

***А. фиксационная*** — характеризуется невозможностью запомнить происходя­щее. Например, больному называют имя и отчество собеседника, задают какой-ни­будь отвлекающий вопрос и тут же переспрашивают о них. Как правило, больной утверждает, что их ему не называли.

***А. эпохальная*** — возникает обычно вследствие шоковых состояний и тоталь­ной утраты памяти на события длительных периодов прошлого — месяцы, годы, иногда на всю предшествовавшую жизнь.

**Амнестические транзиторные эпизоды.** Наблюдаются у лиц в возрасте 45— 70 лет и длятся от часа до суток. Рассматриваются как неэпилептические церебро­васкулярные приступы, приводящие к нарушениям деятельности лимбических струк­тур [Frank, 1981; Жмуров В.А., 1988].

**Амок** (*малайск. amok —* бешеный). Острый психоз, наблюдающийся у абори­генов Малайских островов. После периода дисфории, а иногда минуя его наступает сумеречное состояние сознания с агрессивно-разрушительными действиями, затем — амнезия. По E. Kraepelin, А. является психозом эпилептического круга. F. Minkowska [1935] считала, что А. является выражением дефензивно-эксплозивной пропорции, характерной для глишроидии (эпилептоидии): накопление вязкого аф­фекта, его стаз, и аффективный эксплозивный разряд.

**Амтхауэра тест структуры интеллекта** [Amthauer R., 1953]. Один из психо­метрических психологических тестов для исследования интеллекта. Направлен на исследование вербального интеллекта (индуктивное мышление, комбинаторика, формирование суждений), счетно-математических способностей, пространственного представления и сохранения в памяти усвоенного материала. Состоит из девяти субтестов. Помимо оценки уровня интеллекта дается характеристика его структуры по профилю успешности выполнения отдельных субтестов. Предназначен для ис­следования лиц в возрасте от 13 лет до 61 года. В СССР был адаптирован Х.И. Лий- метсом, Ю.Л. Сыэрдом, К.Ю. Тоймом [1974].

**Амузия** (*а + греч. musikos —* музыкальный) [Steinhals, 1871 ]. Нарушение способности понимать и исполнять музыку (вокальную и инструментальную), писать и читать ноты. Нередко сочетается с агнозией слуховой. Об А. можно говорить в тех случаях, если такие способности раньше были присущи больному. Различают А. мо­торную и сенсорную. Сенсорная амузия, при которой невосприимчивость к музыке сочетается с относительной сохранностью способности ее исполнения, наблюдает­ся при поражении поля 22 (по Бродману). Двигательная (вокальная) амузия, при ко­торой оказывается утраченной способность исполнения музыкальных произведений при сохранности их восприятия, связана с поражением поля 45.

А. следует отличать от апрактических расстройств, приводящих к невозможно­сти игры на музыкальных инструментах.

**Амфитимия** (*греч. amphi —* вокруг, с обеих сторон, *thymos —* настроение, душа) [Hellpach W., 1919]. Обозначение смешанного аффекта при циркулярном пси­хозе, одновременного существования противоположных аффективных состояний, длящихся известное время, а в некоторых случаях определяющих всю клиническую картину. См. *Гагена—Крепелина смешанные состояния.*

Термин «амфитимия» употребляется и в другом понимании, для обозначения психогенно-истерической депрессии с меняющейся интенсивностью аффективных симптомов [Blitzstein, 1936].

**Анаболические препараты** (*греч. anabole —* подъем). Лекарственные препа­раты, способные стимулировать синтез белков в организме. Приводят к улучшению аппетита, увеличению массы мышц и тела в целом, улучшают общее состояние больных, ускоряют кальцинацию костей. При их назначении питание больного долж­но включать адекватные количества белков, жиров, углеводов, витаминов, мине­ральных веществ.

Назначаются при кахектических состояниях, астениях различного генеза. Раз­личают А.п. нестероидные (оротат калия и др.) и стероидные (неробол, феноболин и др.). Последние являются синтетическими производными стероидов, обладают из­бирательной анаболической активностью при минимально выраженном андроген­ном эффекте.

Син.: анаболики, анаболизанты.

**Аналгезия табетическая.** Отсутствие болевой чувствительности, сочетающе­еся с выпадением болевой чувствительности. Наблюдается при спинной сухотке.

**Аналгетики** (*греч. ап*(*а*) *—* не, *algesis —* ощущение боли). Лекарственные ве­щества, обладающие болеутоляющим действием (морфин, промедол, амидопирин, ацетилсалициловая кислота и др.). Многие из них обладают эйфоризирующим эф­фектом, что при неосторожном их применении приводит к наркоманическим тенден­циям (аналгетомания).

**Аналептики** (*греч. analepticos —* укрепляющий, восстанавливающий). Лекар­ственные препараты, стимулирующие деятельность ЦНС, главным образом за счет повышения возбудимости дыхательного и сосудодвигательного центров (коразол, камфора, кордиамин, бемегрид, цитилон, лобелин и др.).

**Анализ** (*греч. analysis* - разложение, расчленение). Процесс разложения це­лого на части.

**Анализ структурный** [Kretschmer E., 1918, 1922; Birnbaum В., 1919]. Анализ картины психоза с позиций соотношения роли множества участвующих в ее построе­нии факторов — этиологических, патогенетических, патопластических и предраспо­лагающих. Оцениваются структура и динамика психоза в каждом конкретном случае и выделяется, помимо этиопатогенетических моментов, значение возраста, пола, конституционально-типологических особенностей личности, влияние окружающей среды. Учитывается соответствие или несоответствие характера психогении струк­туре личности (см. *Ключевые переживания*). Типичный пример А.с. — бред сенси­тивный отношения по E. Kretschmer.

В структуре психоза различаются моменты эндогенные, экзогенные, психоген­но-реактивные, соматические, функциональные и органические. Их соотношение определяет нозологическую индивидуальность психоза. Такое понимание структуры психоза приводит к необходимости сложного диагноза, многомерной, полидименсио- нальной диагностике.

**Анализатор.** Функциональное образование ЦНС, осуществляющее восприя­тие и анализ информации о явлениях, происходящих во внешней среде и самом ор­ганизме. Деятельность А. осуществляется определенными мозговыми структурами. Понятие введено И.П. Павловым, согласно концепции которого А. состоит из трех звеньев: рецептора; проводящих импульсы от рецептора к центру афферентных пу­тей и обратных, эфферентных, по которым импульсы идут из центров на перифе­рию, к нижним уровням А.; корковых проекционных зон. Физиологические механизмы деятельности анализаторов изучались П.К. Анохиным, создавшим (см.) концепцию функциональной системы.

Различают А.: болевой, вестибулярный, вкусовой, двигательный, зрительный, интероцептивный, кожный, обонятельный, проприоцептивный, речедвигатеяьный, слуховой.

**Анальная фаза** (*лат. anus —* задний проход). Психоаналитический термин для обозначения фазы развития полового влечения (либидо), когда основное эроти­ческое значение принадлежит эмоциям, связанным с дефекацией. Соответствует возрасту 1—3 года и сменяет оральную фазу. Анальная зона (слизистая прямой кишки и ануса), по З. Фрейду, в дальнейшем утрачивает свое эрогенное значение, за исключением случаев формирования половых извращений (гомосексуализм).

**Анамнез** (*греч. anamnesis —* воспоминание). Совокупность сведений о боль­ном, развитии у него болезни, окружающей среде, получаемых путем расспроса самого больного (субъективный А.) и окружающих его лиц (объективный А.). Разли­чают А. психиатрический (особенности психического развития, преморбидные черты личности, наследственность, круг интересов и увлечений, успеваемость в учебном заведении, наличие вредных привычек и т.д.), социальный (бытовые условия, харак­теристика социальной микросреды, взаимоотношения в коллективе, общественное положение), фармакологический (лекарства, получаемые больным и их эффектив­ность, побочные явления, непереносимость по отношению к некоторым препаратам), эпидемиологический (сведения о наличии в местности, где больной проживал, инфекционных заболеваниях, которые могли бы дать основания для предположения о возможности возникновения у него инфекционного психоза). В А. психиатрический входят и выделяемые как самостоятельные разделы А. болезни, жизни, наследственный, семейный.

**Ананказм** (*греч. anankasma —* принуждение) [Donath G., 1897]. Явление, обу­словленное автоматизмом навязчивых идей, их доминированием в психике больного и распространением на двигательную сферу с образованием навязчивых ритуалов.

Разновидность навязчивых состояний, выявляющихся в переживаниях и дей­ствиях, возникающих вне ситуаций, когда эти действия были бы адекватны: напри­мер, навязчивое мытье рук. Наблюдается у тревожно-мнительных, инертных, педан­тичных личностей, часто в рамках невроза навязчивых состояний и психастении.

Син.: обсессия.

**Ананкастия** [Kahn E., 1928]. Термин для обозначения типа личностей со склонностью к навязчивым мыслям и действиям, ананказмам. Одна из форм навяз­чивых состояний.

**Анартрия** (*ан + греч. arthroo —* членораздельно произносить). Потеря члено­раздельной, артикулированной речи. Понимание речи и письмо при этом не страда­ют. Появляется в результате поражения аппарата артикуляции (мышц, нервов). На­блюдается при бульбарном и псевдобульбарном параличе.

**Анастрофа** (*греч. anastrophe —* перевертывание, ниспровержение). См. *Бред шизофренический, стадии по Конраду.*

**Анатопизм** (*греч. ana- —* пере-, *topos —* место, местность) [Courbon P.]. 1. Психические нарушения, развивающиеся спустя некоторое время у лиц, лишенных привычной для них обстановки: попавших в чужую страну, перемещенных в новую для них среду, живущих в отличающихся от прежних условиях, к которым они не мо­гут приспособиться. 2. Затруднения в приспособлении к новому месту жительства. Наблюдается при экзогенной депрессии.

Ср.: психозы путешествий.

**Анафилаксия психическая** (*греч. ana- —* приставка, обозначающая движе­ние вверх, усиление действия, *phylaxis —* защита). Возвращение прежних психопато­логических симптомов вследствие воздействия психогении, сходной с породившей первично болезненное состояние. Исходную психогению обозначают как сенсибили­зирующий фактор, вторичную — как активирующий момент. Термин применяется в психоанализе, особенно при лечении психосоматических заболеваний. Например, психоаналитик находит первопричину бронхиальной астмы у своего пациента в стра­хе потерять близкого, любимого человека (рядом с ребенком тонула его мать). Эти события выступают как сенсибилизирующий фактор. Активирующим фактором ока­зывается страх лишиться любви при угрозе жены уйти от больного [Campbell R.J., 1981].

Ср.: следовые психогении, аллергия психическая.

**Анахоретство** (*греч. anachoretes —* отшельничество). Обособление от окру­жающего мира, стремление к безлюдным местам, стремление избегать контактов с людьми. Наблюдается у фанатически верующих; при психической патологии — у де­прессивных больных, в рамках шизофренического аутизма, при шизоидной психопа­тии, после тяжелых психогений.

Ср.: клаустрация.

**Анаша.** Среднеазиатское название одного из сортов гашиша, обладающего относительно легким наркотическим действием. Употребляется в виде сигарет. Со­держит алкалоиды индийской конопли.

**Ангедония** (*ан*(*а*) *+ греч. hedone —* удовольствие, приятность, наслаждение). Потеря чувства радости, наслаждения. Важный симптом деперсонализации. Чаще всего наблюдается при депрессиях, особенно эндогенных, иногда при тяжелых не­врозах, шизофрении.

Син.: агедония.

**Ангинофобия** (*лат. angina pectoris —* грудная жаба, стенокардия, *греч. phobos —* страх). Навязчивый страх стенокардитических приступов. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний, неврастении и неврозоподобных состояниях со­матогенного происхождения с кардиофобическим синдромом.

**Ангиоматоз энцефалотригеминальный** (*греч. angeion —* сосуд, *...oma —* окончание в названиях опухолей; вместе — сосудистая опухоль) [Sturge W.A., 1879; Weber F.P., 1922; Krabbe К., 1934]. Врожденное заболевание, поражающее тройнич­ный нерв и головной мозг. Характеризуется наличием ангиом лица или головы (ча­сто по ходу иннервации одного из тройничных нервов), врожденной глаукомой, эпи­лептиформными припадками. В психике — умственное недоразвитие различной сте­пени, раздражительность, вспыльчивость, склонность к брюзжанию, злопамятность, аффективная неустойчивость, лживость, суицидальные мысли.

Заболевание врожденное, часто обнаруживается у нескольких членов одной семьи, что дает основание рассматривать его как наследственное с аутосомно-до­минантным способом передачи.

Син.: болезнь Стерджа—Вебера—Краббе, нейрокожный синдром, кожно-цере­бральный синдром.

**Ангиоцеребрография** [Monic А.С., 1933]. Метод рентгенодиагностического ис­следования сосудистой системы головного мозга путем введения индифферентного контрастного вещества в сосуды мозга, артерии (каротисангиография) и вены (фле­бография). Позволяет выявить характер патологического процесса в головном мозге, топику поражения, обнаружить наличие аневризм или тромбозов сосудов го­ловного мозга, состояние коллатерального кровообращения.

**Ангофразия** (*греч. ango —* боюсь, *phrasis —* речь). Навязчивый страх публич­ных выступлений. Чаще всего наблюдается у психастенических личностей, особенно при неврозе навязчивых состояний. Проявляется внедрением между словами в фра­зе посторонних гласных, двугласных и носовых звуков (а-а, *э-э,* енг, анг и т.п.).

**Андропауза** (*греч. aner, andros —* относящийся к мужчине*, pausis —* прекра­щение, перерыв). Понятие, аналогичное термину «менопауза», используется для обозначения периода прекращения половых функций у мужчин. По Ch. Bardenat [1975], в связи со сложностью и противоречивостью понимания А. более желательно использование термина «мужской климакс». А. у мужчин начинается раньше, чем у женщин, и распространяется на достаточно длительный период, не приобретая кри­тического характера. Ch. Bardenat указывает, что снижение экскреции гипофизарных гормонов и функций (внутренней гландулярной) яичек начинается около 30-летнего возраста, но протекает настолько медленно, что гормональная активность, необхо­димая для совершения полового акта, у большинства мужчин сохраняется до 60 лет. Столь же медленно происходит угасание либидо, протекающее с известными коле­баниями. Личностная реакция на наступление А. разнообразна — от спокойной с по­явлением компенсаторно-сублимационной деятельности до резких изменений поло­вого поведения (педофилия, растление малолетних девочек и др.). Однако в большинстве случаев мужской климакс существенно не отражается на психике и по­ведении. Значительно реже, чем у женщин, наблюдаются явления инволюционной депрессии.

**Анемофобия** (*греч. anemos —* ветер, дуновение, *phobos —* страх). Навязчи­вый страх — боязнь быть застигнутым ветром, бурей.

**Анергия** (*ан*(*а*) *+ греч. ergon —* работа, действие). Снижение, утрата способ­ности к активной деятельности (психической, двигательной, речевой). Часто наблю­дается при депрессивных состояниях (депрессия анергическая).

**Анергазия** (*ан*(*а*) *+ греч. ergasia —* работа, деятельность, действие) [Meyer А., 1908]. Разновидность эргастических реакций, соответствующая приобретенному де­фекту. См. *Майера эргазиология.*

**Анестезия** (*ан*(*а*) *+ греч. aisthesis —* ощущение, чувство). Отсутствие чувстви­тельности — тепловой, тактильной, болевой и т.д. Наблюдается при поражениях нервов, проводящих путей и сенсорных зон головного мозга. При истерии носит функциональный характер — участки А. на коже не соответствуют зонам иннервации (А. по типу перчаток, носков).

***А. аффективная*** — преходящее двигательное торможение с отсутствием аффективной реакции на окружающее, возникающее после острой психической или физической травмы. Типичный пример — эмоциональный паралич Бельца [Baelz E., 1901] — вариант психогенного ступора, возникающий вследствие воздействия сверхсильного, шокового раздражителя на нервную систему (описан во время зем­летрясения в Японии). Характерно выключение аффективных реакций — отсутствие чувства сострадания, тоски, ужаса, заботы о семье. Субъективное ощущение легко­сти мышления. В отличие от типичного психогенного ступора сознание не нарушено и по выходе из психотического состояния нет амнезии.

Син.: ступор испуга, аффективный ступор.

***А. скорбная психическая*** (*лат. anaesthesia dolorosa psychica*) *—* утрата чувств по отношению к окружающим, крайне болезненно переживаемая больным. Наблюдается при глубоких депрессиях, главным образом эндогенных.

**Анидеизм** (*ан*(*а*) *+ греч. idea —* мысль, представление). Невозможность произвольно вызывать мысленный образ определенного лица или предмета. Харак­терен для заторможенного мышления при депрессии.

**Анилингвус** (*лат. anus —* задний проход, *lingua —* язык). Половое извраще­ние, при котором возбуждение и удовлетворение достигаются путем раздражения области ануса языком, губами.

**Анозогнозия** (*а + греч. nosos —* болезнь, *gnosis —* знание, познавание). От­сутствие сознания болезни. Наблюдается при некоторых психозах (например, при шизофрении) и органических поражениях головного мозга как диффузного харак­тера, будучи выражением слабоумия (например, прогрессивный паралич), так и при очаговых поражениях головного мозга (Антона симптом, Бабинского симптом, Анто­на—Бабинского синдром).

**Аномалия** (*греч. anomalia —* отклонение). Отклонение от нормы. Относится к различным состояниям, процессам, формированиям. Например, аномалия личности — определение психопатий.

**Анонимия** (*ан*(*а*) *+ греч. onyma —* имя). Отказ больного от своего имени, ино­гда отрицание самого факта наличия у него какого-нибудь имени. Чаще всего на­блюдается при шизофрении, иногда — при глубоком слабоумии вследствие органи­ческих заболеваний головного мозга. Может носить установочный характер.

**Анонимография** (*греч. anonymos —* безымянный, *grapho* — писать). Патоло­гическая склонность к написанию анонимных писем. Наблюдается у психопатических личностей.

Ср.: синдром многописательства.

**Аноргазмия** (*ан*(*а*) + *греч. orgao —* пылать страстью). Отсутствие оргазма при половом акте.

**Анорексия невротическая (***ан*(*а*) + *греч. orexis —* желание есть, аппетит). От­сутствие аппетита, возникающее при неврозах в связи с перевозбуждением коры го­ловного мозга, чаще психогенно.

**Анорексия поздняя.** Синдром психической анорексии, развивающийся в по­жилом возрасте. Механизм недостаточно изучен. Указывают на роль психогенных факторов, идей отравления. Выдвинуто предположение о недостаточности цен­трального восприятия метаболической информации, сигнализирующей об энергети­ческих или питательных потребностях организма [Blundell J.E., 1988]. По наблюдени­ям Russel J.D., Berg J., Lawrence J.K. [1988], в преобладающем большинстве случаев А.п. не столько зависит от возрастных изменений, сколько является симптомом зло­качественного новообразования.

**Анорексия психическая** [Lasegue Ch., 1873] — упорный отказ от еды, чаще всего наблюдаемый в пубертатном возрасте и скрываемый от окружающих. Иногда является отражением дисморфофобических (дисморфоманических) переживаний. Наблюдается чаще всего при шизофрении подросткового и юношеского возраста и эндореактивных психозах пубертатного периода (по Личко А.Е., 1979].

Син.: нервная анорексия, нервно-психическая анорексия, истерическая ано­рексия.

**Аносмия** (*ан*(*а*) *+ греч. osme—* обоняние). Отсутствие обоняния. Может быть следствием поражения периферического отдела обонятельного анализатора, но на­блюдается и при психических заболеваниях — при неврозах, особенно истериче­ском, при органических поражениях головного мозга, в последнем случае при этом нередко носит латеральный характер. Снижение обоняния присуще и старческому возрасту.

**Анохина биологическая теория эмоций** [Анохин П.К., 1949]. Рассматривает эмоции в плане дарвиновской концепции об эволюции полезных приспособлений. Эмоции в онто- и филогенезе возникают в связи с формированием потребностей. Неудовлетворенным потребностям соответствуют отрицательные эмоции, удовле­творенным — положительные. Закрепление эмоциональных проявлений происходит по механизмам деятельности функциональной системы и акцептора действия. При совпадении сигналов обратной афферентации с акцептором действия возникают по­ложительные эмоции, если же эти сигналы не совпадают с акцептором действия — отрицательные. Такого рода закономерность распространяется не только на биоло­гические потребности, но и на социально обусловленные. В образовании эмоций, та­ким образом, придается большое значение оценке результатов действия до его со­вершения, что соответствует положению И.П. Павлова о присущем любому условно­рефлекторному акту предсказывающем, «предупредительном» компоненте деятель­ности.

**Анохина концепция функциональной системы** [Анохин П.К., 1935). Выделе­ние в деятельности любого живого организма и в формировании присущих ему пове­денческих актов замкнутых образований с обязательным наличием канала обратной афферентации, информирующей о результатах действия. Деятельность функцио­нальных систем адаптивна, целесообразна, в связи с чем в ее объяснении приобре­тает важное значение категория цели. Является наиболее совершенной моделью работы, например интеллектуальной деятельности. Понятие функциональной систе­мы привлекается и для моделирования других кибернетических закономерностей. В деятельности функциональной системы различают стадии афферентного синтеза, принятия решения, акцептора действия (то есть формирования афферентной моде­ли будущих результатов деятельности системы), эфферентного возбуждения, обрат­ной афферентации и сличения полученных результатов действия.

**Антабус.** Препарат для лечения алкоголизма методом сенсибилизации, при котором не только подавляется влечение к алкоголю, но и сам прием его делается физически невозможным. А. влияет на обмен алкоголя в организме, способствуя на­коплению такого промежуточного продукта, как ацетальдегид. Повышение количе­ства ацетальдегида приводит к ряду крайне тягостных ощущений (покраснение и чувство жара в лице и верхней части туловища, чувство стеснения в груди, затруд­нение дыхания, шум в голове, чувство страха, озноб и т.д.). При передозировке А. могут возникать острые экзогенные психозы. Лечение А. проводится как в сочетании с алкоголем (антабусно-алкогольные пробы), так и без них.

Син.: тетурам.

**Антабусно-алкогольные пробы.** Проводятся после лечения в течение неде­ли одним антабусом. Утром дается антабус, а через 8-9 часов — алкоголь. Курс ле­чения включает до 10 А.-а.п. При затяжной реакции (вегетативные расстройства, длительная артериальная гипотония) купирование ее производится внутривенным введением раствора метиленового синего. Этим методом закрепляется отрицатель­ная рефлекторная реакция организма на алкоголь.

**Антидепрессанты** (*греч. anti —* против, *лат. deprimo, depressum —* угнетать). Класс психотропных препаратов, обладающих способностью устранять патологиче­ски сниженное настроение — депрессию. Терапевтическое действие А. связывают с их влиянием на обмен медиатров, участвующих в передаче нервных импульсов. А. — ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) — подавляют МАО, фермент, инактивиру­ющий моноамины, в том числе норадреналин, дофамин, серотонин; накопление в некоторых участках мозга нейромедиаторов играет важную роль в механизме анти- депрессивного эффекта. Стимулирование адренергических процессов в мозге при лечении трициклическими антидепрессантами достигается за счет блокирования обратного захвата медиатора из синаптической щели, вследствие чего продлевает­ся и усиливается действие его на рецепторы. В последние годы появились А. второ­го поколения: «атипичные» трициклические А., не оказывающие тормозящего дей­ствия на обратный захват медиатора (иприндол); четырехциклические А., у которых торможение обратного захвата нейромедиаторов сочетается с ингибированием МАО (пиразидол, инказан); четырехциклические А., не влияющие существенно на ак­тивность МАО и процессы обратного захвата медиаторов (мапротилин, или ладио- мил, миансерин); антидепрессанты разных химических групп. В механизме действия А. имеет значение не только увеличение количества медиаторов, но и постепенно развивающиеся изменения чувствительности рецепторов головного мозга к медиа­торам. Этим объясняется относительно медленное (через 5-10 дней) наступление терапевтического эффекта.

В действии А. выделяют антипсихотический (собственно антидепрессивный, тимолептический), седативный и стимулирующий компоненты. Различное соотноше­ние этих свойств определяет показания к терапии тем или иным А. А. — ингибиторы МАО — применяются в настоящее время редко из-за возможных реакций несовме­стимости с трициклическими А., производными морфина, анестезирующими веще­ствами, симпатомиметиками, а также пищевыми продуктами, содержащими большое количество тирамина. Ингибитор МАО ниаламид (ниамид, нуредал) обла­дает выраженным стимулирующим эффектом, применяется при инволюционных, циклотимических, невротических депрессиях.

Среди трициклических А. седативного действия наиболее широко применяют­ся амитриптилин (триптизол), избирательное антипсихотическое действие которого проявляется при лечении эндогенных депрессий; азафен, более эффективный при депрессиях легкой и средней тяжести; фторацизин; герфонал. К трициклическим А. стимулирующего действия относят имизин (имипрамин, мелипрамин, тофранил), особенно эффективный при лечении классической эндогенной депрессии. А. приме­няют для лечения некоторых соматических расстройств, которые можно рассматри­вать как проявление «маскированных» депрессий.

**Антиконвульсанты** (*анти* + *лат. convulsio —* судорога). Препараты противо­судорожного действия, применяемые для купирования мышечных судорог различно­го происхождения (при эпилепсии, эклампсии, интоксикациях, столбняке). Основа их действия — ослабление возбуждения или усиление торможения в ЦНС. Некоторые А. оказывают и сомнолентное действие (например, барбитураты, хлоралгидрат), другие лишены этого свойства (гексамидин, хлоракон, дифенин, триметин, этосукси- мид). Имеются и барбитураты, лишенные снотворного действия, что позволяет при­менять их утром и днем (бензонал). Эталон противосудорожной эффективности определяется эквивалентно дозе фенобарбитала [коэффициент Ремезовой Е.С., 1965]. Препараты применяются как в чистом виде, так и, чаще всего, в виде смесей. В последнее время употребляются стандартизованные смеси в виде таблеток (глю- ферал, паглюферал). Противосудорожным действием обладают и некоторые транквилизаторы — производные бензодиазепина (сибазон, нитразепам).

**Антинозологизм** (*анти + греч. nosos —* болезнь). Направление в современ­ной психиатрии, отрицающее объективное существование, правомерность выделе­ния нозологических форм. Приверженцы А. иногда исходят из теории единого пси­хоза, иногда аппелируют к тезису о несовершенстве, несостоятельности современ­ной нозологической системы. А. присущ и психиатрам-экзистенциалистам.

**Антипсихиатрия** (*анти + греч. psyche —* душа, *iatreia —* лечение). Направле­ние в странах Западной Европы и США, пропагандирующее бездоказательность, не­правомерность существования психических заболеваний и, соответственно, психи­чески больных. При этом представители А. в первую очередь ссылаются на отсут­ствие морфологических изменений при эндогенных психозах. Получила распростра­нение в 60-70 годы. Решающим фактором, играющим роль в изменениях психики, признаются факторы социальные и политические. Утверждается вредное влияние атмосферы психиатрических больниц и лекарственных препаратов. А. не имеет ни­чего общего с медицинскими критериями диагностики и лечения психических забо­леваний, реабилитации психически больных; прикрываясь демагогическими лозунга­ми, она наносит вред психическому здоровью общества.

**Антипсихотики** (*анти + греч. psyche —* душа, дух, сознание). Синоним терми­на нейролептики, в котором делается упор на их антипсихотические свойства. В бо­лее узком смысле под А. понимаются нейролептики, в первую очередь выраженного антипсихотического действия, направленного на устранение галлюцинаций и бреда (галоперидол, трифлуперидол, трифтазин, фторфеназин и др.).

**Антиципация** (*лат. anticipatio —* предугадывание событий). В психологии — способность предвидеть появление результатов действий до того, как они будут ре­ально осуществлены или восприняты («опережающее отражение»), готовность к предстоящим событиям на основе прежнего жизненного опыта. Термин А. приобрел и несколько иное — клинико-биологическое — значение. Так, например, в психиа­трической генетике на примере шизофрении под феноменом антиципации понимают «утяжеление процесса»: у детей в наследственно отягощенных семьях шизофрения манифестирует раньше, чем у их родителей, и протекает более тяжело (учащение приступов, ухудшение качества ремиссий) [Москаленко В.Д., 1989].

**Антифетишизм** (*греч. anti —* против, *fetiche* — волшебство) [Hirschfeld M.]. Система ограничений, накладываемых на себя латентными гомосексуалистами в ка­честве защиты от сознательного признания своей перверсности: пациенту не нра­вятся женщины с большими ногами, у других женщин он обращает внимание на во­лосатость ног, что также вызывает у него отвращение, и, таким образом, его поиски идеальной женщины оказываются неосуществимыми, что дает ему основание при­знать привлекательность мужчин.

**Антона—Бабинского синдром** [Anton G., 1899; Babinski J., 1914]. Гемисома- тоагнозия, отсутствие сознания своего недостатка (слепоты, гемиплегии) при пора­жении правой теменной области коры большого мозга. Возможны анозогнозия и ано- зодиафория (см. *Бабинского симптом*)*.*

**Антона симптомы** [Anton G., 1893, 1899]:

1. Симптом галлюцинаторного двойника (alter ego). Описанный автором боль­ной с левосторонним очаговым поражением головного мозга видел лежавшего ря­дом с ним двойника.
2. Симптом анозогнозии при очаговых органических поражениях головного мозга. Анозогнозия относится к параличу конечностей, глухоте и слепоте централь­ного происхождения (при этом отмечаются галлюцинации). Характерны конфабуля- ции «компенсаторного» характера. Входит в структуру Антона—Бабинского синдро­ма.
3. Симптом третьей («чужой») руки наблюдается при двустороннем пораже­нии теменных долей большого мозга опухолью.

**Антропоанализ** (*греч. anthropos —* человек, *analysis —* разложение, расчле­нение) [Binswanger L.]. Психотерапевтический метод, основанный на анализе осо­бенностей существования больного в мире (бытия), его отношений с окружающим миром. Базируется на феноменологических и экзистенциалистских концепциях в фи­лософии и психологии.

**Анэнцефалия** (*ан + греч. enkephalos —* головной мозг). Полное или почти полное отсутствие головного мозга вследствие аномалии развития.

**Анэтомания** (*ан + греч. ethos —* обычай, характер, *mania —* помешательство) [Carpman В., 1949]. Личностные отклонения, характеризующиеся недостаточностью эмоциональных задержек и анэтическим поведением (явления нарциссизма, эгоцен­тричность). Типична малая податливость к психотерапевтическому воздействию. На­блюдается у психопатических личностей.

**Апаллический синдром.** См. *Кречмера апаллический синдром.*

**Апатия** (*греч. apatheia —* бесчувственность). Нарушение эмоционально-воле­вой сферы, характеризующееся отсутствием эмоциональных проявлений, вялостью, безразличием к себе и близким, к происходящему вокруг, отсутствием желаний, жиз­ненных побуждений, бездеятельностью. При сочетании А. с абулией говорят об апа- тико-абулическом синдроме. Входит в группу основных симптомов шизофрении (эмоциональное отупение), наблюдается при органических поражениях головного мозга, особенно лобной локализации. Может носить преходящий характер — при психогениях.

Син.: атимия, атимормия, анормия.

**Апейрофобия** (*греч. apeiros —* безграничный, бесконечный, *phobos —* страх). Навязчивый страх перед бесконечностью.

**Апифобия** (*лат. apis —* пчела, *греч. phobos —* страх). Навязчивый страх перед пчелами и осами.

**Апокалипсис.** См. *Бред шизофренический, стадии по Конраду.*

**Апоморфинотерапия** [Случевский И.Ф., 1933]. Условнорефлекторный метод лечения алкоголизма, при котором основную роль играет образование рвотного условного рефлекса на прием алкоголя вслед за введением обладающего рвотным действием алкалоида апоморфина.

**Апопатофобия** (*греч. apopatos —* испражнения, отхожее место, *phobos —* страх). Навязчивый страх заходить в уборные.

**Апофения** (*греч. apophaino* — высказывать суждение). См. *Бред шизофрени­ческий, стадии по Конраду.*

**Апперцепция** (*лат. ad —* к, до, при, *perceptio —* восприятие). Свойство психи­ки человека, выражающее зависимость восприятия предметов и явлений от предше­ствующего опыта данного субъекта, от его индивидуальных личностных особенно­стей. Восприятие действительности не является процессом пассивным — способ­ность к А. позволяет человеку активно строить психическую модель действительно­сти, детерминированную сложившимися и присущими данному индивидууму лич­ностными особенностями. Понятие А. широко применяется в медицинской психоло­гии, в частности в патопсихологии.

**Апраксия** (а + *греч. praxis —* действие). Нарушение произвольных целе­направленных движений и действий при сохранности составляющих их элементар­ных двигательных актов. Наблюдается при органических поражениях коры головного мозга. По H. Liepmann [1900], выделяют две основные формы А.: 1) идеаторную — нарушение образа нужного действия и 2) моторную — нарушение способа осуще­ствления действия. Моторная А., в свою очередь, подразделяется на идеокинетиче­скую (нарушение произвольных движений вследствие диссоциации цели движения и соответствующих иннервации) и акрокинетическую (нарушение отложившихся в про­шлом опыте частных схем движений руки, артикулярного аппарата и т.д.).

***А, акинетическая*** —обусловлена недостатком побуждений и влечений;

***А. амнестическая*** — нарушено выполнение произвольных действий, тогда как подражательные действия сохранены;

***А. бимануальная*** [Brown G.W., 1972] — проявляется затруднениями при вы­полнении сложных предметных действий, требующих сочетанной деятельности обе­их рук. Действия каждой руки в отдельности не нарушены. Отсутствует какая-либо разница в выполнении конкретных или условных, символических действий [Овчаро­ва П., Райчев Р., 1980].

***А. иннерваторная*** [Kleist К., 1907] — нарушения сложных и тонких движений, выработанных путем длительной практики в течение жизни. Апрактические расстройства касаются какой-либо одной конечности или даже только части ее. На­блюдается при органическом поражении премоторной зоны коры большого мозга.

Син.: А. премоторная.

***А. кинестетическая*** [Liepmann H., 1905; Heilbronner K., 1905] — форма апраксии, характеризующаяся утратой кинетических и кинестетических образов дви­жений конечности. Больные не могут, например, двигать с необходимым усилием пальцами или кистью руки, неточно направляют это движение, оно становится гру­бым, недостаточно дифференцированным. Наблюдается при локализации пораже­ния в области передней и центральной извилины. Форма акрокинетической мотор­ной апраксии Липманна.

Син.: мело-кинестетическая апраксия [Ajuriagnerra J., Hecaen Н., 1949]. Близка к А. иннерваторной.

***А. конструктивная*** [Кроль М.Б., 1933; Kleist К., 1934] — симптомокомплекс нарушения конструирующих действий — складывания, построения, рисования. Стра­дают формы движений и действий, основой которых является синтетическое про­странственное восприятие. Обнаруживается при поражении нижнетеменных и те­менно-затылочных отделов коры доминантного полушария;

***А. одевания.*** [Brain W., 1941]. Вид апрактических расстройств, наблюдающих­ся при очаговом поражении коры задних отделов правого полушария. Связана с на­рушениями конструктивного праксиса.

Входит в состав Гекэна и Зангвилла апрактоагностических синдромов.

***А. персевераторная*** [Pick A., 1905] — вид апраксии, характеризующийся вы­раженными персевераторными тенденциями в двигательной сфере. Наблюдается при поражении лобных отделов коры большого мозга, премоторной зоны. В основе персевераторной апраксии лежит распад кинетических схем, нарушения динамики двигательного акта, сложных двигательных навыков [Лурия А.Р., 1947, 1962].

**Апрактоагнозия** (*греч. apractos* — бесполезный, бездействующий, *а —* не, *gnosis —* знание, познание). Сочетание апраксии, главным образом конструктивной, с агнозией, рассматривающееся некоторыми исследователями как доказательство

их патогенетического единства [Schlesinger В. 1928; Столбун Д.Е., 1934]. По А.Р. Лу­рия [1973], в этих случаях важную роль играют явления расстройств пространствен­ной ориентировки (пространственная А.). Наблюдаются они при поражении коры те­менно-затылочных отделов как доминантного, так и субдоминантного полушария. Явления А. лежат в основе двух сложных клинических синдромов.

***Синдром Гекэна*** [Hecaen H., 1956]. Наблюдается при органических поражени­ях головного мозга с локализацией очага в правом полушарии (надкраевая и угловая извилины, задняя часть верхней височной извилины). Характерны односторонняя (левосторонняя) пространственная агнозия, визуально-конструктивные расстрой­ства, апраксия одевания (см. *Апраксия одевания*)*,* нарушение топографических представлений и понятий, гемисоматогнозия, дизлексия, акалькулия.

***Синдром Зангвилла*** [Zangwill O.L., 1950]. Совокупность наблюдаемых при по­ражении правого полушария головного мозга симптомов: 1) игнорирование левой половины зрительного пространства, или односторонняя пространственная агнозия; 2) конструктивная апраксия; 3) нарушение топографической памяти и про­странственная дезориентировка; 4) апраксия одевания; 5) окуломоторные расстрой­ства и дефекты зрительных координации.

**Апрозексия** (а + *греч. prosexis —* внимание) [Guye, 1887]. Нарушение сосре­доточения активного внимания. В первоначальных описаниях речь шла о расстрой­ствах внимания у детей, страдающих хроническими заболеваниями слизистой обо­лочки носа. В настоящее время термин понимается более широко и применяется для обозначения расстройств активного внимания безотносительно к вызвавшей их причине.

**Апситирия** (а + *греч. psithyros —* шепот). Утрата способности говорить шепо­том. Наблюдается при истерии, часто в сочетании с афонией.

**Аракава синдром** [Arakawa Т., 1966]. Форма олигофрении. Характерна триа­да; умственная отсталость, повышенное содержание в крови фолиевой кислоты, вы­деление с мочой формиминоглютаминовой кислоты. Семейно-наследственное забо­левание (аутосомно-рецессивный тип передачи).

**Арахноидит** (*греч. arachne —* паук, паутина, *eides —* подобный, похожий). Воспаление мягких мозговых оболочек головного или спинного мозга, в первую оче­редь паутинной оболочки. Различают формы А. по локализации (А. базальный, диф­фузный, конвекситальный, мосто-мозжечкового угла и т.д.). При А. конвекситальном (поражение выпуклой поверхности полушарий головного мозга) часты эпилепти­формные припадки, парезы конечностей, нарушения чувствительности, головные боли.

Син.: арахноменингит, лептоменингит наружный.

**Аргайлла Робертсона синдром** [Argill Robertson D., 1869]. Характеризуется ослаблением или отсутствием реакции зрачков на свет при сохранении их реакции на аккомодацию и конвергенцию, миозом, анизокорией, деформацией зрачков. Зрач­ковые нарушения обычно являются двусторонними, величина зрачков в течение су­ток не меняется. Не реагируют зрачки и на введение атропина, пилокарпина, кокаи­на. При отсутствии некоторых из перечисленных симптомов говорят о неполном Ар­гайлла Робертсона синдроме.

Наиболее часто наблюдается при органических металюэтических заболевани­ях головного мозга — при спинной сухотке и прогрессивном параличе.

**Арганизм.** Термин, введенный P. Abadie [1930] для обозначения предраспо­ложенности к ипохондрии. *Арган —* персонаж комедии Мольера «Мнимый больной».

**Арететерапия** (*греч. arete —* добродетель, достоинство, *therapeia —* уход, ле­чение) [Яроцкий А.И., 1908]. Вид психотерапии, при котором основная направлен­ность деятельности психотерапевта характеризуется стремлением к социально-эти­ческому перевоспитанию личности больного, к формированию у него насыщенных социальными, духовно-эстетическими идеалами жизненных позиций. В отечествен­ной психотерапии А. понимается как использование благоприятного влияния на пси­хику фактора внутренней организованности, «иерархии значимого», упорядоченно­сти сознания и поведения, которые неизменно сопровождают стремление человека к высшим идеалам [Бассин Ф.В., Рожнов В.Е., Рожнова М.А., 1974].

**Арефлексия** (*а* + *лат. reflexus —* отражение, рефлекс). Отсутствие рефлек­сов, одного или нескольких, в связи с поражением периферического нейрона или тормозящим воздействием вышестоящих отделов нервной системы, например, в остром периоде инсульта.

**Аритмомания** (*а + греч. rhithmos —* ритм, *mania —* страсть, влечение, поме­шательство) [Magnan V., 1883]. Навязчивый счет, обычно пересчитывание попавших в поле зрения предметов. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и психа­стении.

Син.: арифмомания.

**Аритмофобия** (*аритмо + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх перед приобретающим для больного индивидуальную значимость числом. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и психастении.

Син.: арифмофобия.

**Арттерапия** (*лат. ars —* искусство, *греч. therapeia —* лечение). Один из видов психотерапии, лечение приобщением к искусству. С этой целью с больным либо об­суждаются произведения искусства (используется их катартическое влияние), либо используются переживания творца — искусство служит для больного возможностью самовыражения, отреагирования (то есть опять же катарсис творца), отвлекающим средством. К А. относятся библиотерапия, музыкотерапия, кинотерапия и т.д.

**Асатиани метод репродуктивных переживаний** [Асатиани М.М., 1926]. Ва­риант психотерапевтического метода гипнокатарсиса. В гипнотическом состоянии с помощью специально построенного внушения добиваются восстановления и повтор­ного переживания психической травмы, явившейся причиной возникновения невро­за. Репродукция переживаний направляется и контролируется психотерапевтом, в соответствии с ней строится и лечебное внушение.

**Асексуальность** (а + *лат. sexualis* — половой). Отсутствие сексуальной заин­тересованности.

Син.: асексуализм.

**Асемия** (*а* + *греч., sema —* знак). 1. Нарушение понимания условных знаков. Син.: асимболия. 2. Нарушение способности рисовать, срисовывать.

**Асимболия** (*а* + *греч. symbolon —* знак) [Finkelnburg A., 1870]. Утрата способ­ности понимать условные знаки и правильно пользоваться ими. К А. моторной отно­сятся аграфия, вокальная и инструментальная амузия, нарушение способности пи­сать ноты (если ранее эта деятельность была больному доступна), неумение поль­зоваться жестами и мимикой, к А. сенсорной — афазия, алексин, сенсорная амузия, расстройства понимания жестов и мимики.

При А. отмечается нарушение восприятия только условных знаков, этим она отличается от агнозии и апраксии.

**Асимболия болевая.** См. *Шильдера—Штенгеля синдром.*

**Асинергия** (*а* + *греч. synergia —* взаимодействие) [Babinski J., 1899]. Наруше­ние содружественных движений: например, больной без помощи рук не может под­няться из положения лежа. Симптом поражения мозжечка.

Син.: диссинергия.

**Асомния** (*а + лат. somnus —* сон). Бессонница, нарушение сна. Проявляется затруднениями засыпания, прерывистым сном с частыми пробуждениями ночью, по­верхностным сном или преждевременным пробуждением с невозможностью опять заснуть.

Син.: агрипния, диссомния, инсомния.

**Ассортативные браки** (*фр. assorti —* специально подобранный). Браки, при заключении которых обнаруживается тенденция к большому сходству некоторых фе­нотипических черт у брачных партнеров (речь идет о семьях, где один из супругов болен психически, в частности шизофренией). Ассортативность — предпочтитель­ность в выборе брачного партнера по наличию (положительная ассортативность) или по отсутствию какого-либо признака (отрицательная ассортативность), приводя­щая к отклонению от панмиксии — равновероятного включения в брак. Практически это служит причиной того, что частота ряда психических заболеваний и состояний (шизофрения, неврозы, алкоголизм, олигофрения) выше среди брачных партнеров больных с соответствующими нозологическими формами, чем можно было бы ожи­дать, исходя из их популяционной частоты. Формируются, таким образом, субпопу­ляции с высокой генотипической корреляцией внутри них и повышенным риском за­болеваемости у потомства.

**Ассоциативный эксперимент** (*лат. associare —* присоединять) [Jung С., 1906]. Проективная экспериментально-психологическая методика, использованная К. Юнгом для раскрытия присущих больному комплексов в связи с выявлением в процессе исследования увеличения латентного периода ответных речевых реакций и наличием словесных раздражителей аффектогенного характера, неиндифферент­ных для испытуемого. Идея словесного эксперимента была высказана раньше F. Galton, W. Wundt, И.М. Сеченовым. В советской психиатрии ассоциативный экспери­мент использовался при патофизиологической [Иванов-Смоленский А.Г., 1928; Чи- стович А.С., 1939; Гаккель Л.Б., 1953] или патопсихологической [Зейгарник Б.В., 1962; Рубинштейн С.Я., 1970; Блейхер В.М., 1971] интерпретации получаемых дан­ных. В патопсихологии А.э. применяется для анализа протекания мыслительных процессов по характеру ассоциаций и скорости их образования; он также предостав­ляет возможность изучения некоторых личностных свойств обследуемого. Известны многочисленные варианты А.э., зависящие от характера раздражителя и предопре­деленности в инструкции способа ответной реакции (см. *Словесно-семантический эксперимент*)*.*

**Ассоциация** (*лат. associatio —* соединение). Форма связи двух или несколь­ких психических процессов (ощущений, представлений, мыслей, чувств, движений и др.), выражающаяся в том, что возникновение одного из них стимулирует появление другого или нескольких. Явление ассоциативной связи между несколькими психоло­гическими процессами было известно уже Платону и Аристотелю. Аристотель разли­чал три вида А. — по смежности, сходству и контрасту. И.П. Павлов установил, что физиологическим субстратом А. являются временные условные связи, он рассмат­ривал А. как одно из важнейших понятий в психологии и видел в них возможность соотнесения психических явлений с физиологическими процессами. Различают А.: по смежности в пространстве и времени (письмо — марка, утро — завтрак), по сходству (сахар — снег, самолет — птица), по контрасту (живой — мертвый, утро — вечер), по созвучию (ночь — дочь, гора — горе), логически-смысловые (секунда — время, любовь — чувство). На анализе А. основан ряд методов психологического ис­следования человека (см. *Ассоциативный эксперимент*)*.*

**Астазия** (*а + греч. stasis —* стояние). Утрата способности стоять без поддерж­ки. Наблюдается при органических поражениях ЦНС.

**Астазия-абазия** [Block Р., 1888]. Невозможность стоять и ходить при сохране­нии силы и объема движений конечностей в постели. Рассматривается как проявле­ние акинезии, в отличие от варианта А.-а., описанного Шарко. Симптом истерии. Необходимо дифференцировать с лобной атаксией при органических поражениях головного мозга.

При атактической форме А.-а. [Charcot J.M., 1888] координации движений ме­шают хореоформные подергивания и дрожания мышц ног.

**Астения** (*греч. astheneia —* бессилие, слабость). Психопатологическое состо­яние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, нарушениями сна.

***А. гиперстеническая*** (*греч. hyper —* над, сверх, *sthenos —* сила) [Иванов- Смоленский А.Г., 1949] — вследствие нарушения активного торможения в клинике преобладают несдержанность, раздражительность, недостаточный самоконтроль.

***А. гипостеническая*** — характеризуется выходящими в связи с ослаблением возбуждения на первый план явлениями истощаемости, раздражительной слабости.

Астенические состояния различаются и по этиологическим факторам, вызвав­шим их: *А. интоксикационная, постинфекционная, посттравматическая, сомато­генная; А. гиперфагитационная* (*лат. hyper —* сверх, *fagitatio —* утомление) вызы­вается переутомлением. В рамках органического психосиндрома выделяют *А. орга­ническую* (церебрастению).

Выделялась также *А. периодическая* (периодическая слабость, по Анфимову Я.А., 1898), однако, как показали последующие исследования, в данном случае речь шла о циклотимии. У этих больных нередко отмечались наличие чередований состо­яний субдепрессии и экзальтации, а также возможность нарастания болезненных расстройств, достигающих психотической степени.

***А. витальная*** (*лат. vitalis —* жизненный) [Полищук И.А., 1956] — характерна для ядерной процессуальной шизофрении и рассматривается как проявление ми- нус-симптоматики. Психопатологически имеет много общего с витальными эмоцио­нальными синдромами. Явления астении протекают без признаков истощаемости и нагружаемости, а обусловлены аспонтанностью, отсутствием побуждений к деятель­ности, при этом нет понятного гностического компонента. Типична протопатичность — психологическая немотивированность, диффузность и связь с телесными ощуще­ниями. Резкое снижение жизни влечений и инстинктов, отсутствие побуждений и чув­ства жизненности. Настроение характеризуется апатией. В генезе большое значе­ние придается слабости подкорковых образований.

***А. нейролептическая*** [Жислин С.Г., 1960] — астенические синдромы, возни­кающие в связи с лечением нейролептиками как один из видов осложнений. Разли­чают раннюю, проявляющуюся уже в начале курса терапии, и позднюю, развиваю­щуюся при длительном лечении нейролептиками (обычно малыми дозами), астению. Анализ поздней А.н. показывает наличие в ее структуре наряду с сугубо астениче­скими проявлениями также паркинсоноподобных двигательных нарушений [Хесин И.И., 1970].

***А. тотальная*** [Stiller В., 1907] — совокупность симптомов конституциональ­ной А.: высокий рост, лептосомное телосложение, узкая грудная клетка, подвижное X ребро, слабо развитая мускулатура, склонность к побледнению кожи, «капельное сердце», тонкая аорта, спланхноптоз, слабость связок, сухожилий и соединительной ткани. Психически — А., повышенная раздражительность, утомляемость.

Син.: синдром Штиллера, А. врожденная общая.

**Астенические переживания** (*греч. asthenos —* слабый) [Kretschmer E.]. Пере­живания собственной малоценности. Характеризуются состояниями робкой пассив­ности и стыда. Могут чередоваться или смешиваться с противоположными им стени- ческими переживаниями. Но преимущественно человеку присуща жизненная уста­новка к одному из этих полюсов. Этой установкой определяется доминирующий тип реакций личности, индивидуума на внешние раздражения.

**Астеномания** (*астено + греч. mania —* сумасшествие). Употребляемый во французской психиатрии термин, обозначающий психические заболевания, при ко­торых за кратковременными состояниями психической слабости (астении) следует период возбуждения (гиперстенический или маниакальный).

**Астереогноз** (*а* + *греч. stereos —* твердый, объемный, пространственный, *gnosis —* познание). Один из вариантов агнозии, при котором страдает осязательное восприятие. Больной не может определить форму предмета на ощупь. Наблюдается при поражениях коры теменной области и объясняется дефектом суммации про­странственных впечатлений [Denny-Brown D., 1958], дефектом синтеза отдельных осязательных ощущений [Лурия А.Р., 1973].

Син.: асимболия тактильная [Wernicke С., 1894], агнозия тактильная теменная [Nielsen J.M., 1946].

**Астрёма болезнь** [Astrom К.Е., 1958]. Множественно-очаговый прогрессирую­щий лейкоэнцефалит. Характерны расстройства сознания, прогрессирующее слабо­умие. Неврологическая симптоматика обусловлена множественным характером оча­гов поражения: моно- и гемипарезы, немота, аграфия, алексин, дизартрия, гемиано­псия, гемигиперестезия. Течение острое, смерть наступает через несколько недель или месяцев. Патологоанатомически — множественные связанные с сосудистой си­стемой очаги поражения в белом и сером веществе мозга, ядрах, стволе мозга и мозжечке. Этиология неизвестна, существует мнение о вирусном характере заболе­вания.

**Асхематизм** (*а* + *греч. schema —* образ) [Гуревич М.О., 1940]. Форма оптиче­ской агнозии, при которой больной узнает сами предметы, но не опознает их по ри­сункам, схемам. Наблюдается при нижнетеменной локализации поражения полуша­рий головного мозга.

**Атаксиофобия** (*греч. ataxia —* беспорядок, отсутствие координации, *phobos —* страх). Боязнь нарушения координации движений.

**Атаксия.** Нарушение координации движений. Наблюдается преимущественно при органических поражениях ЦНС различной локализации (лобной, мозжечковой, вестибулярного анализатора и т.д.). Различается и в этиологическом отношении — например, А. алкогольная, А. истерическая (психогенная).

Син. последней: синдром Брике [Briquet P., 1859].

***А. апрозектическая*** (*а + греч. prosexis —* внимание) [Осипов В.П., 1923]. На­рушения мышления при выраженных маниакальных состояниях, характеризующиеся его бессвязностью. Основную роль играют значительное ускорение течения мысли­тельных процессов и грубые расстройства внимания. При замедлении темпа мыш­ления, например в процессе лечения, эти расстройства исчезают. По выздоровле­нии патология мышления отсутствует. А.а. является крайней степенью выраженно­сти «скачки идей».

Син.: инкогеренция идей.

***А. истерическая*** [Briquet Р., 1859]. Нарушения ходьбы, сопровождающиеся ослаблением мышечного чувства и кожной чувствительности.

Син.: синдром Брике.

***А. интрапсихическая*** [Stransky E., 1903]. Понятие, введенное для обозначе­ния расщепления, диссоциации между аффективной (тимопсихика) и интеллектуаль­ной (ноопсихика) сферами в психической деятельности больных ранним слабоуми­ем, шизофренией.

Соответствует понятию Блейлера Э. расщепления, Шаслена дискордантно- сти.

***А. мозжечковая*** [Marie P., 1893]. Наследственное заболевание, начинающее­ся в возрасте 20-30 лет и характеризующееся нарушением координации, глазными симптомами (птоз, стробизм, атрофия зрительных нервов), снижением интеллекта. Течение с обострениями.

Син.: синдром Мари, болезнь Мари.

***А. острая алкогольная*** [Бехтерев В.М., 1900]. Симптомокомплекс мозжечко­вой атаксии, наступающий при длительном злоупотреблении алкоголем, однако ино­гда наблюдается и при острой алкогольной интоксикации [Боголепов Н.К., 1962]. Расстройство координации движений, неустойчивость при ходьбе, в выраженных случаях — невозможность ходить. Атаксия в конечностях сочетается с дизартрией, тремором головы, рук. Причина — поражение мозгового ствола и мозжечка.

**Атанассио симптом** [Athanassio А.]. Наблюдается при выраженных депрес­сивных состояниях и характеризуется сохранностмо реакции зрачков на свет при от­сутствии их реакции на конвергенцию и аккомодацию (в отличие от синдрома Ар­гайлла Робертсона).

**Атараксия** (*греч. ataraxia —* безразличие, невозмутимость). Состояние, насту­пающее вследствие приема психотропных средств (нейролептиков, транквилизато­ров и др.), характеризующееся снятием тревоги, беспокойства, страха, эмоциональ­ного напряжения, психического дискомфорта.

**Атарактики** (*греч. ataractos —* невозмутимый, спокойный).

Син.: транквилизаторы.

**Атеросклероз сосудов головного мозга** (*греч. athere —* кашица, в смысле отложения мягких веществ в стенках, например, артерий, *sklerosis —* затвердение, уплотнение). Заболевание, вызываемое атеросклеротическими изменениями стенок сосудов головного мозга — липоидной инфильтрацией внутренней оболочки арте­рий с последующим развитием в их стенке соединительной ткани, утратой артерия­ми эластичности. Вследствие указанных изменений мозговые артерии теряют эла­стичность, постепенно ухудшается кровоснабжение тканей головного мозга. Течение постепенное, прогредиентное, с ремиссиями. В начальной стадии — астения, ослож­няющаяся дополнительной симптоматикой (астено-депрессивные, астено-фобиче- ские, астено-ипохондрические синдромы), заострение преморбидных черт харак­тера. Нарастают изменения памяти — от легких дисмнестических к пара- и амнести­ческим. Возможны резкие ухудшения состояния в связи с острыми нарушениями мозгового кровообращения, образованием очагов размягчения, чем обусловлено по­явление афатико-агностико-апрактических расстройств. Исход в состояние демен­ции, маразма.

Злокачественный вариант — Бинсвангера болезнь.

**Атимормия** (*а* + *греч. thymos —* душа, настроение, чувство, *hormao —* дви­гаться, стремиться) [Dide M., Giraud P.]. Термин для обозначения жизненно важного дефицита аффективности, отсутствия жизненного тонуса, интереса к жизни. Рассматривается как результат нарушений генерации подкорковыми центрами необ­ходимых для психической активности стимулов, формирующихся на основе поступа­ющих в головной мозг из внутренних органов и мышц сигналов [Porot А., 1975].

Понятие «орме» было введено Монаковым и Мургом для обозначения некоей «матрицы инстинктов». Гиро объединил понятие «орме» и «тимия», выделив ор- мотимическую систему, которая, как он считает, соответствует абсолютному бессо­знательному в понимании психоаналитиков или чисто инстинктивной активности тра­диционной психологии. Ормическое начало представляет собой динамические тен­денции к удовлетворению некоторых изначальных потребностей (голод, защита, размножение), тимическое — вызывает специфические аффективные состояния, приятные или неприятные. Понятие, близкое апатии.

**Атипический** (а + *греч. typikos —* примерный). Не соответствующий типу, не­правильный. Например, атипическое течение МДП.

**Атопогнозия** (*а* + *греч. topos —* место, положение, *gnosis —* познание). Поте­ря ориентировки в месте в связи с утратой памяти движений. Один из ранних симп­томов опухоли, поражающей Роландову борозду.

**Атропинокоматозная терапия** [Forrer С., 1950]. Применяется при лечении главным образом резистентных к другим методам галлюцинаторно-параноидных со­стояний, особенно вербального галлюциноза [Бажин Е.Ф, 1972, 1974]. Имеются дан­ные о ее эффективности при Жиля де ля Туретта болезни [Харитонов Р. А., 1985].

Фармакологический эффект предположительно объясняется повышением об­щей биологической реактивности. Высказано также предположение о деблокирую­щем влиянии атропиновых ком на определенные мозговые структуры, участвующие в патогенезе галлюцинаций [Бажин Е.Ф., 1972]. Отмечается эффективность при гал­люцинаторно-параноидной шизофрении. Один из методов преодоления терапевти­ческой резистентности по отношению к нейролептикам [Бажин Е.Ф., 1973]. Лечение начинают с отмены нейролептиков, которые могут снижать чувствительность к атро­пину, и с проведения пробы на индивидуальную реакцию на него. При отсутствии сенсибилизации к атропину дозы колеблются в среднем от 25 до 100 мг. Атропино­вая кома продолжается 2-4 ч и купируется введением физостигмина. Комы повторя­ют через день (15-20 на курс). Метод не получил широкого распространения из-за технической сложности, необходимости неотступного врачебного контроля в тече­ние продолжительного времени и выраженных соматических и неврологических расстройств в клинической картине комы [Авруцкий Г.Я., Недува А.А., 1988].

**Атрофии головного мозга системные** [Spatz Н., 1938]. Группа атрофических поражений головного мозга, выделение которых не находится в связи с инволюцион­но-возрастными факторами. Типичные примеры — Пика болезнь, Гентингтона хо­рея.

**Атрофия головного мозга гранулярная** (*лат. granulus —* зернышко) [Spatz H., 1925]. Редко встречающееся заболевание, клиническая картина которого харак­теризуется инсультами с параличами и гемипарезами, афатическими расстройства­ми и прогрессирующей деменцией. Наблюдается главным образом в зрелом воз­расте. Патологоанатомически — картина поражения сосудов головного мозга, пре­имущественно артериол. Наружная поверхность коры кажется усыпанной бугорками, зернышками (отсюда название).

**Аура** (*греч. aura —* ветерок, дуновение). Предвестник эпилептического при­падка: носит характер моторных, сенсорных, вегетативных или психопатологических симптомов, являющихся начальными проявлениями фокального эпилептического припадка с последующей генерализацией или без нее (например, височного припад­ка). По преобладающей симптоматике различают А. акустическую (слуховую), веге­тативную, вестибулярную (головокружение), висцеральную, вкусовую, двигательную (моторную), зрительную, кардиальную, обонятельную, психическую (например, фе­номены «уже виденного» или «никогда не виденного»), психосенсорную, речедвига­тельную (внезапная остановка речи), сенситивную (чувство блаженства или тоски в начале височного припадка), эпигастральную (неприятные ощущения в области же­лудка — боли, урчание и т.д.).

При А. изолированный припадок вслед за ней не развивается. Один из ее ва­риантов — абсанс-аура [Воронков Г.Л., 1972], при которой в качестве ауры выступа­ют абсансы, проявляющиеся клинически или субклинически, регистрируемые элек­троэнцефалографически.

***А. протрагированная чувствительная*** [Консторум С.И., 1940]. Разновид­ность сложной эпилептической А., при которой длительно испытываемые больными перманентные парестезии в какой-либо части тела, временами, перед припадком, усиливаются и становятся болезненными. Больные при этом испытывают ощущение удара электрическим током, появляется чувство тоски и одновременно безразличия, тошноты. Непосредственно припадку предшествует слуховая галлюцинация («Те­перь уже все»). Больной переживает в это время и ощущения, связанные с наруше­ниями мышечно-суставного чувства, например выкручивания руки. Иногда больному удается воздействием на руку, крутя ее в другую сторону, предотвратить припадок.

***А. психоинтеллектуальная*** [Penfield W., 1929]. Разновидность ауры, наблю­даемая чаще всего при психомоторных припадках и сноподобных состояниях Джек­сона. Больной испытывает переживания «уже виденного», «уже слышанного», де­персонализации. Отмечаются явления макро- и микропсии. Рассматривается как симптом поражения миндалевидного тела.

**Аутизм** (*греч. autos —* сам) [Bleuler E., 1911]. «Отщепление» от действитель­ности, фиксация на внутренних переживаниях, аффективных комплексах при ши­зофрении. Под аутизмом понимают изменение отношения больного к людям, уход в себя, отгороженность от внешнего мира, потерю эмоционального контакта с окружа­ющими. Наблюдается, главным образом, при шизофрении, однако описывается и при грезах у психопатических личностей истероидного круга, у психически здоровых в известные периоды жизни, когда логическое отступает на задний план, — напри­мер, у фантазирующих детей при отсутствии у них жизненного опыта, необходимого для овладения логическими формами мышления.

***А. детский*** [Kanner L., 1943]. Характерны следующие признаки: 1) нарушение способности устанавливать отношения с людьми с начала жизни; 2) крайняя отгоро­женность от внешнего мира с игнорированием раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными; 3) недостаточность принятия позы готовности при взя­тии на руки; 4) недостаточность коммуникативного пользования речью; 5) прекрас­ная механическая память; 6) эхолалия; 7) буквальность в употреблении слов; 8) из­вращенное употребление личных местоимений; 9) нарушение пищеварения на пер­вом году жизни. 10) ранний страх определенных громких звуков и движущихся объектов; 11) монотонное повторение звуков и движений; 12) страх изменений в об­становке (см. *Каннера феномен тождества*); 13) однообразие спонтанной активно­сти; 14) монотонные механические игры с неигровыми предметами; 15) впечатление хорошего интеллекта благодаря успешности в отдельных навыках и умному выраже­нию лица; 16) серьезное выражение лица, напряженное в присутствии людей; 17) хорошее физическое здоровье (см. *Кагана симптомы*)*.*

Рассматривается как нозологически неспецифический синдром, один из его вариантов может быть отнесен к шизофрении и обычно предшествует манифеста­ция процесса [Вроно М.С., 1971, 1976]. Наряду с этим синдром детского аутизма вы­деляется при шизоидной психопатии как органический аутизм, парааутистические состояния по типу невротических реакций, а также в связи с экзогенными вредностя­ми в анте- и перинатальном развитии при известной неравномерности и задержке развития в дальнейшем [Каган В.Е., 1981].

См. также *Кагана симптомы детского аутизма.*

Син.: синдром Каннера.

***А. судорожный*** [Boyer J.S., Deschartrette A., 1980]. Сочетание детского аутиз­ма с Леннокса—Гасто синдромом. С устранением в процессе лечения эпилептиче­ских припадков явления аутизма идут на убыль и отмечается восстановление интел­лектуального уровня.

Син.: синдром Буайе—Дешатретта.

**Аутистическая психопатия детская** [Asperger H., 1944]. Характеризуется чрезмерной интеллектуальной деятельностью при известной бедности эмоций. Про­является к трехлетнему возрасту и особенно в первые школьные годы.

От Каннера синдрома детского аутизма отличается более поздним проявлени­ем, хорошим социальным прогнозом; речь ребенка сохраняет свою коммуникатив­ную функцию. Главным психическим дефектом при этом Asperger считает недоста­ток интуиции, способности использования прежнего жизненного опыта. Недостаток интуиции проявляется в «отсутствии непосредственного чутья действительности» [Ганнушкин П.Б., 1933], тесно связан с недостаточной способностью сопереживания [Личко А.Е., 1977].

Син.: синдром Аспергера.

**Аутоагрессия** (*ауто + лат. aggressio —* приступать, нападение). Агрессивные действия, направленные на самого себя. Чаще всего наблюдается при параноидной шизофрении, иногда в форме самоповреждений, при исходных состояниях ши­зофрении и глубоком слабоумии. Демонстративные самоповреждения наблюдаются при истероидной психопатии, особенно в состоянии опьянения.

Син.: аутотомия.

**Аутовисцероскопия** (*ауто + лат. viscera —* внутренности, *греч. skopeo —* смотрю, наблюдаю) [Полтавский В.Г., 1965]. Синдром обманов восприятия, связан­ных с внутренней средой организма. Живостью, динамичностью, сценоподобностью галлюцинации напоминают делирии. Больные «видят» полости своего тела, а в них нередко живые существа, инородные тела. Эти существа и предметы нарушают дея­тельность внутренних органов. Иногда внутренние полости становятся местом раз­вертывания драматических событий (пламя в животе, легкие охвачены дымом). Чет­кая фабула отсутствует, характерна быстрая смена галлюцинаторных картин. В дальнейшем, по мере течения заболевания, аутовисцероскопические галлюцинации сменяются истинными зрительными галлюцинациями. Отличается от аутоскопии и геатоскопии отсутствием переживания двойника. Описана при органическом пораже­нии головного мозга типа энцефалита. Автором относится к галлюциноидам по По­пову Е.А., то есть к неразвитым галлюцинациям.

**Аутогенная тренировка.** См. *Шульца метод аутогенной тренировки.*

**Аутодепиляция** (*ауто + лат. depilare —* удалять волосы) [Hallopeau Т.Н., 1889]. Непреодолимое влечение к вырыванию у себя волос. Наблюдается при осла- боумливающих процессах (прогрессивный паралич), при исходных состояниях ши­зофрении, а также при выраженных депрессиях и некоторых невротических состоя­ниях. Иногда возникает в связи с кожным зудом.

Син.: Аллопо синдром, трихотилломания.

**Аутокастрация** (*ауто + лат. castratio —* кастрация, оскопление). Самооскоп- ление. Наблюдается у фанатических религиозных сектантов («малая печать» — уда­ление яичек, «большая» — яичек и полового члена). Иногда наблюдается при пара­ноидной шизофрении в связи с крайне насыщенными и тягостными бредовыми переживаниями, относящимися к половой сфере.

**Аутометаморфоза** (*ауто + греч. metamorphoo —* превращаюсь). Пережива­ние превращения больного в другого человека, животное, неодушевленный предмет (ср.: бред интерметаморфозы и Фреголи симптом). Наблюдается при параноидной шизофрении и бредовых психозах позднего возраста.

**Аутометаморфопсия** (*греч. autos* ***—*** сам, *meta —* между, *morphe —* форма, *opsis —* зрение). Искаженное восприятие формы или величины собственного тела. Может носить постоянный или преходящий, эпизодический характер (часто при за­сыпании). А. тотальная характеризуется чувством изменения всего тела, восприни­мающегося увеличенным (макросомия) или уменьшенным (микросомия). А. парци­альная характеризуется чувством изменения величины отдельных частей тела. Воз­можно сочетание восприятия одной части или половины тела увеличенной и другой — уменьшенной. Чаще возникает при закрытых глазах, при открытых исчезает.

См. *Схема тела.*

**Аутомизофобия** (*греч. autos —* сам, *miseo —* грязь, *phobos —* страх). Страх загрязнения, заставляющий больного беспрестанно мыться, мыть руки. Наблюдает­ся при неврозе навязчивых состояний и протекающей с навязчивостями шизофре­нии (особенно детской и подростковой).

**Аутообсервация** (*ауто + лат. observatio —* наблюдение). Самонаблюдение, чрезмерное, повышенное внимание к своему телу, его физиологическим отправле­ниям в поисках болезненных проявлений. Может быть симптомом дисморфофобии, дисморфомании, наблюдается (особенно в начальной стадии) при ипохондрических неврозе и развитии.

**Аутоориентировка** (*ауто + лат. oriens* — восток). Ориентировка в собствен­ной личности. Ср.: аллопсихическая ориентировка.

Син.: аутопсихическая ориентировка.

**Ауторелаксация** (*ауто + лат. relaxo —* расслабляю). Прием аутогенной тре­нировки, состоящий в расслаблении скелетных мышц. См. *Шульца метод аутоген­ной тренировки.*

**Аутосадизм** (*ауто* + *фр. sadisme —* садизм). Вид полового извращения, направленный на самого себя садизм. Форма мазохизма. См. *Алголагния.*

**Аутоскопия** (*ауто* + *греч. skopeo —* смотрю) [Fere Ch., 1891]. Форма расстройства схемы тела, относящаяся к соматопсихической деперсонализации. Ха­рактеризуется видением самого себя в пространстве, чем отличается от Меннингера — Лерхенталя. геатоскопии, при которой двойник воспринимается больным в соб­ственном теле. Отличается также от раздвоения «Я» — псевдоаутоскопии. Больные жалуются на внезапно наступающие ощущения потери тяжести собственного тела, полета в пространстве, падения и связанное с этими ощущениями чувства двойника. Наблюдается при органических заболеваниях головного мозга с локализацией пора­жения в теменно-затылочной области, а также при поражении вестибулярного лаби­ринта.

**Аутотопагнозия** (*ауто* + *греч. topos —* место + *а + gnosis —* знание, учение) [Pick A., 1908]. Нарушение представлений о собственном теле в целом или в соотно­шении отдельных его частей. Больные не могут ориентироваться в положении соб­ственного тела, не узнают и не могут показать части своего тела, особенно — на па­рализованной стороне. Возможны различные варианты А. — А, для половины тела, пальцевая агнозия, А. позы, нарушение ориентировки в правом-левом. Характерна для поражений коры субдоминантного полушария большого мозга.

**Аутофобия** (*ауто* + *греч. phobos —* страх). Навязчивый страх одиночества.

**Аутохтонный** (*греч. autochthon —* местный, рожденный тут же). В психиатрии — возникший вне связи с какими-либо внешними причинами, обстоятельствами. Например, аутохтонные идеи [Wernicke С., 1906] — мысли, возникающие у больного вне какой-либо связи с реальным объектом, стимулом и рассматриваемые им как «сделанные», «внушенные» в результате психического, чаще всего гипнотического или телепатического, воздействия извне. А. мысль воспринимается больным как чу­жая, возникшая вне понятных для него ассоциаций. Проявление Кандинского—Кле- рамбо синдрома психического автоматизма.

**Аутоэротизм** (*ауто + греч. eros —* любовь, желание, страсть) [H. Ellis]. 1. Син.: онанизм. 2. Направленность полового влечения на собственную личность. Син.: аутоэрастия, аутомоносексуализм, аутофилия, нарциссизм.

**Аутоэхосимптомы** (*ауто + греч. echo —* эхо, отголосок) [Stransky E.]. Симп­томы механического многократного повторения больным слов и фраз собственной речи и своих движений. Проявление стереотипии. Наблюдается главным образом при кататонической шизофрении. К А. относят аутоэхолалию и аутоэхопраксию.

**Афагия** (*a + греч. phagein —* есть). Нарушение глотания. Наблюдается как при поражении мышц, обеспечивающих акт глотания, и верхних отделов пищевода, так и при неврозах, особенно истерии. При этом глотательные акты могут сопрово­ждаться болевыми ощущениями — А. болевая.

**Афазия** (*а + греч. phasis —* речь). Нарушение речи, возникающее при локаль­ных поражениях коры головного мозга доминантного полушария. Системное расстройство различных видов речевой деятельности. По классической систематике А. различаются:

***А. амнестическая*** [Trousseau А., 1864, Bateman, 1898] — симптомокомплекс, характеризующийся расстройством нахождения нужных слов, затруднениями в на­зывании предметов, хотя представления об этих предметах и их свойствах больной сохраняет. Наблюдается при поражении теменно-височных и теменно-затылочных отделов доминантного полушария.

***А. моторная*** [Broca P., 1861] — симптомокомплекс, характеризующийся пре­имущественными нарушениями экспрессивной речи. Утрачивается способность произносить слова при отсутствии признаков органического поражения перифериче­ского речевого аппарата. Для речи характерны аграмматизм («телеграфный стиль»), парафазии с нарушением структуры слова, контаминации. Наблюдается при пора­жении задней трети нижней лобной извилины доминантного полушария (центра Бро­ка).

***А. семантическая*** [Head H., 1926] — симптомокомплекс, характеризующийся нарушением понимания смысла грамматически сложных фраз, отношений между словами, выражаемых с помощью флексий, атрибутивных конструкций, предлогов, сравнительных конструкций. Наблюдается при поражении области на стыке темен­ной, затылочной и височной долей доминантного полушария.

***А. сенсорная*** [Wernicke С., 1874] — характерно нарушение способности пони­мать значение слов при отсутствии каких-либо поражений слуха. Относительная сохранность экспрессивной речи. Многоречивость вплоть до логореи. Парафазии — вербальные и литеральные. Затруднения в различении близких звуков. Наблюдает­ся при поражении задней части верхней височной извилины доминантного полуша­рия (центр Вернике).

***А. транскортикальная*** [Lichtheim L., 1885] — вначале рассматривалась как самостоятельная форма, являющаяся результатом повреждения ассоциативных пу­тей между центрами Брока и Вернике и центром понятий. В настоящее время пони­мается как более легкая степень расстройств речи при моторной и сенсорной афа­зии с сохранностью повторной речи.

В соответствии с классификацией А.Р. Лурия [1962], основанной на теории си­стемной динамической локализации высших психических функций, различают следу­ющие формы А., каждая из которых обусловлена выпадением одного из факторов в связи с той или иной локализацией очага поражения: 1) афферентная моторная (ки­нестетическая) — на первый план выступают нарушения кинестетической основы речевых движений, расстройства артикуляции; 2) эфферентная моторная (кинетиче­ская) — характерны нарушения плавности речи, речевая деавтоматизация, затруд­нения в переходе от одной артикуляции к другой; 3) динамическая — наблюдаются расстройства активного построения речевых процессов; 4) акустико-гностическая сенсорная — нарушено различение близких (оппозиционных) фонем, при более мас­сивных поражениях страдает различение всех звуков речи, возможны явления рече­вой акустической агнозии; 5) амнестико-сенсорная — характерны нарушения назы­вания слов, затруднения в вербальном обозначении показываемых больному пред­метов. Кинестетическая афазия наблюдается при распространении поражения с прецентральной коры на нижние отделы этой области (зоны вторичной организации кинестезии лица, губ и языка), кинетическая — в нижних отделах премоторной зоны, динамическая — при поражении конвекситальных отделов лобных долей, акустико­гностическая — при локальных поражениях вторичных отделов коры височной обла­сти, амнестико-сенсорная — при поражении теменно-затылочных отделов коры большого мозга.

**Афония** (*а + греч. phone —* голос). Утрата голоса, отсутствие звучной речи при сохранности шепотной. Наблюдается при органических поражениях ЦНС, горта­ни, но может быть обусловлена и психогенией (чаще всего в рамках истерических психозов и неврозов). Такая психогенная А. носит функциональный, обратимый ха­рактер. Характерно неполное смыкание голосовых связок при слабом их напряже­нии, однако во время аффекта может внезапно появиться громкий, звучный голос.

**Афразия** (а + *греч. phrasis —* речь). Утрата речи психогенного происхожде­ния. Синдром истерии, обычно сочетается с полным мутизмом.

**Аффект** (*лат. affectus —* душевное волнение, страсть). Кратковременное чув­ство, бурно протекающее, положительно или отрицательное окрашенное. Чаще всего возникает психогенно. Характерны бурные вегетативные проявления. Разли­чают А. стенические (например, гнев, радость) и астенические (тоска, страх, тревога). При отсутствии возможности нормального отреагирования происходит об­разование застойного А.

***А. недоумения*** [Корсаков С.С., 1893] — симптом эмоциональной патологии, первоначально описанный при депрессивных формах острой спутанности и вообще при психозах, протекающих с расстройствами сознания. Проявляется в мучительном непонимании больными своего состояния. По современным представлениям, соот­ветствует понятию симптома растерянности [Беленькая Н.Я., 1966, 1970; Поздняко­ва С.П., 1972, 1976].

А.В. Снежневский [1958] характеризует растерянность как остро возникающее расстройство психической деятельности, сопровождающееся либо нарушением самосознания, либо чувством непонятной, необъяснимой измененности окружающе­го мира. Аффект недоумения входит в структуру различных психотических синдро­мов — бредовых, нарушенного сознания — и в рамках тех или иных психозов приоб­ретает специфические черты. Так, при шизофрении симптом растерянности отража­ет неспособность понять изменения, касающиеся обращенных «вовнутрь» болез­ненных переживаний, тогда как при алкогольных параноидах он носит характер эмо­циональных реакций с недоумением, вопрошающей мимикой, возникших в результа­те остро наступившей измененности, необычности происходящего вокруг, то есть при обращенности переживаний «вовне» [Storring G., 1939; С.П. Позднякова, 1972].

***А. неопределенный*** [Фрумкин Я.П., Завилянский И.Я., 1970] — типичное для шизофрении и наблюдающееся на ранней стадии заболевания изменение аффекта. Это первоначальная стадия предстоящих апатических изменений. Чувства больных аморфны, лишены определенных рамок. Аффект как бы смыт, бледен.

Свидетельствует о небольшой интенсивности психотического процесса, о тен­денции к медленному его течению и в прогностическом отношении является не­благоприятным признаком, свидетельствующим о малой успешности активной терапии.

***А. патологический*** — возникает при воздействии острой психогении и носит кратковременный характер. При этом отмечается сужение сознания, сосредоточен­ного главным образом на травмирующих переживаниях. Заканчивается аффектив­ным разрядом, во время которого часты агрессивно-разрушительные действия. В состоянии аффективного разряда нарушение сознания является глубоким, оно со­провождается дезориентировкой, бессвязной речью, чрезмерной жестикуляцией. Выход в состояние безразличия, безучастности, общей расслабленности, сменяю­щееся глубоким сном. После А. патологического наблюдается амнезия конградная.

Таким образом, А. патологический, относящийся к исключительным состояни­ям, является острым психозом и обязательно протекает с нарушением сознания: с отрывом его от действительности, искаженным ее восприятием и ограничением со­знания узким кругом представлений, непосредственно связанных с личностно-значи­мым раздражителем.

***А. физиологический*** — протекает без нарушений сознания, автоматизмов в двигательно-волевой сфере и амнезии. Развивается А. физиологический менее остро, в его течении нельзя проследить четкую смену фаз, присущих А. патологиче­скому — подготовительной, взрыва и исходной. Син. А. физиологического: сильное душевное волнение. Основной дифференциально-диагностический критерий А. па­тологического и А. физиологического — присущее первому помрачение сознания [Сербский В.П., 1912].

***А. физиологический на патологической почве*** [Сербский В.П., 1912] отме­чается у «лиц, предрасположенных, с мало устойчивой нервной системой, у очень впечатлительных, нервных», переходная форма между физиологическим и патоло­гическим А. Важен анализ не только клинических проявлений, но и патологической почвы А. (психопатия, хронический алкоголизм). При А.ф.н.п.п. сознание не вполне ясное, но степень его расстройства незначительна. Характерно несоответствие силы А. вызвавшей его причине. Нередко А. может достигать значительной интен­сивности и приводить к преступлению.

**Аффектабилитет.** Чрезмерная активность, склонность к легкому возникнове­нию бурных аффективных проявлений, нередко продолжительных и неадекватных вызвавшей их причине. Наблюдается при неврозах, у психопатических личностей, при психопатоподобном варианте органического психосиндрома, некоторых астени­ческих состояниях, в первую очередь гиперстенических.

**Аффективное реагирование** [Меграбян А.А., 1972]. Пять основных типов аф­фективного реагирования, характеризующиеся особенностью мотивации в волевой сфере: 1) кататимный — в состоянии выраженного аффекта совершаются поступки, противоречащие регулируемой сознанием социальной практике человека без диссо­циации между гностическими и протопатическими позициями. Типичны для невроти­ческих состояний, патологических развитии личности; 2) голотимный — характеризу­ется поляризацией эмоциональной настроенности — депрессивной и маниакальной, с преобладанием протопатической аффективности. Наблюдается при аффективных психозах; 3) паратимный — характеризуется выраженной диссоциацией между кор­ково-гностическими и подкорково-протопатическими чувствами, неадекватностью бреда и галлюцинаций аффективной настроенности больного, оскуднением содер­жательных гностических чувств и несоответственным оживлением подкорковых компонентов импульсивной аффективности. Наблюдается при шизофренных пси­хозах; 4) эксплозивный — совмещение инертности и тугоподвижности аффектов с взрывчатостью и импульсивностью. Типичны внезапное начало и быстрое окончание аффективной реакции. Страдают гностические компоненты аффективности, в раз­вернутой стадии болезни выявляются гностико-мнестические нарушения с непродук­тивностью мышления, оскуднением и сужением психического содержания. Типично обострение протопатических компонентов аффективности, особенно явственных на фоне затемненного сознания. Наблюдается при эпилепсии — истинной и симптома­тической; 5) дементный, различия в рамках которого обусловлены характером и сте­пенью поражения интеллектуальных функций. В начальных стадиях болезни обнару­живаются элементы аффективного реагирования вышеописанных типов, которые по мере течения процесса стираются, и в дальнейшем наблюдается все большее рас­тормаживание примитивных импульсивных влечений, в поведении больных социаль­но-этические мотивы уступают место низшим, физиологическим потребностям и примитивным влечениям.

**Аффективный фон.** Преобладающее настроение, определяющее характер протекания некоторых психических процессов. Например, аффективным фоном в различных фазах в МДП определяется разный характер присущих им изменений мыслительной деятельности (голотимное мышление).

Син.: голотимия.

**Аффектов неподвижность** [Bleuler E., 1906, 1916]. Длительность аффектов, не меняющихся под воздействием новых переживаний и впечатлений, их застыва­ние, чрезмерная стойкость.

**Аффект-синдром псевдопсихопатический** [Peters U.H., 1969]. Описан при височной эпилепсии и характеризуется характерологическими изменениями, не укладывающимися в рамки описанных типов психопатии. Свойственны изменения аффективной сферы, частые и быстрые смены настроения, истощаемость аффекта.

Аффективные взрывы, в отличие от эксплозивности при генуинной эпилепсии, отли­чаются нестойкостью, непродолжительностью. Отмечается сосуществование проти­воположных тенденций в поведении. Отсутствуют явные признаки эпилептической деменции. Изменение личности — по инфантильно-эгоцентрическому или ипохон­дрическому типу. Часты явления социальной дезадаптации, антисоциальные тен­денции, склонность к употреблению алкогольных напитков. В некоторых случаях, при наличии в клинической картине наряду с сумеречными эпизодами больших эпи­лептических припадков, А.-с.п. обнаруживается и при наличии характерных для гену- инной эпилепсии изменений личности.

**Аффект-эпилепсия** [Bratz E., 1906; Leubusxher P., 1907]. Психогенно возни­кающие эпилептиформные припадки у лиц психопатического склада, нередко при наличии органической церебральной патологии (олигофрения, церебральный атеро­склероз). Припадки никогда не развиваются эндогенно и не приводят к образованию эпилептического слабоумия. Современными исследователями припадки А.-э. отно­сятся к эпилептическим реакциям.

**Аффицирование** [Kretschmer Е., 1922]. Одна из главных особенностей про­текания аффектов, определяемая характером и степенью изменений чувств и на­строения под воздействием внешних раздражителей. Способность к А. выражается, по Kretschmer, характерными для определенных конституциональных типов лично­сти пропорциями темперамента.

**Аха методика** [Ach N., 1921]. Экспериментально-психологическая методика для исследования способности к абстрактному мышлению путем формирования ис­кусственных понятий. Используется набор геометрических фигур, классификация ко­торых возможна по разным признакам. Один из этих признаков берется исследую­щим за основу классификационного принципа, который и должен найти обследуе­мый. Известны варианты методики А.С. Сахарова и Л.С. Выготского [1930], Haufmann Е., Kasanin G., [1930], Е.А. Рушкевич [1953].

**Ахроногнозия** (*а* + *греч. chronos —* время, *gnosis —* знание, познание). Нару­шение осознания времени восприятия определенного предмета или явления: напри­мер, многократно слышанное воспринимается как новое.

Син.: ахронозия.

**Ашара—Тьера синдром** [Achard E.Ch., Tiers J., 1921]. Сочетание гирсутизма с сахарным диабетом у женщин. Рост волос на теле по мужскому типу. Другие призна­ки вирилизации отсутствуют. Ожирение. Аменорея. Часто — артериальная гипертен­зия.

Причина — базофильная аденома гипофиза, опухоль надпочечников.

Син.: диабет бородатых женщин.

**Ашаффенбурга симптом** [Aschaffenburg G., 1896]. Наблюдается при белой горячке. Больной «разговаривает» по телефону, предварительно отключенному от сети. При этом в патогенезе важную роль, как и при Рейхардта симптоме, играют по­вышенная внушаемость хронических алкоголиков и их склонность к возникновению галлюцинаций.

**Ашаффенбурга синдром** [Aschaffenburg G.]. Острое преходящее психическое расстройство в форме аффекта растерянности. Иногда наблюдается у женщин во время родов или сразу же после них.

**Аэроневроз** (*греч. aer —* воздух, *neuron —* нерв). Невротические состояния, возникающие у лиц летной профессии — летчиков, стюардесс. Характерны повы­шенная утомляемость, эмоциональная лабильность, эйфорические или фобические состояния, снижение двигательной активности, расстройства желудка. Возникает в связи с особенностями летной работы (эмоциональное напряжение, боязнь высоты, психогенные факторы — переживания по поводу авиационных катастроф).

**Аэрофагия** (*аэро* + *греч. phagein —* есть, поедать). Заглатывание избыточно­го количества воздуха с последующим его отрыгиванием, несколько облегчающим ощущение дискомфорта. Нередки при этом чувство стеснения за грудиной и боль в эпигастрии. При выраженной и длительной А. могут возникать боли в области серд­ца, связанные с высоким стоянием диафрагмы. Наблюдается при нерациональном приеме пищи, некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта и неврозах, особенно истерии.

**Аэрофобия** (*аэро + греч. phobos —* страх): 1. Симптом бешенства — возник­новение судорог в связи с раздражением кожных покровов даже легким ветерком; 2. Навязчивый страх, боязнь сквозняков.

\_Б\_

**Бабенковой синдром правого полушария** [Бабенкова С.В., 1967]. Психиче­ские нарушения, наблюдающиеся преимущественно при поражении коры правого полушария: корсаковоподобный амнестический синдром, анозогнозия, «псевдомо­рия» (эйфория, дурашливость, расторможенность), дезориентировка в про­странстве, нарушение восприятия времени, психомоторное возбуждение, помраче­ние сознания (в том числе сноподобные состояния сознания — делирий, онейроид), аментивные нарушения сознания.

**Бабинского — Вакеза болезнь** [Babinski J., Vaquez L.H., 1901]. Абортивный вариант спинной сухотки. Характерны узкие, не реагирующие на свет зрачки, аортит со склонностью к развитию аневризмы аорты, ослабление или отсутствие коленных рефлексов, симптоматика хронического менингоэнцефалита.

**Бабинского симптом** [Babinski J., 1914]. Наблюдается при гемиплегии, когда больные не знают о своем параличе. Отсутствуют признаки деменции или нарушен­ного сознания. Анозогнозия паралича не является непременной. Некоторые боль­ные знают об имеющемся у них параличе конечностей, но не придают ему значения (анозодиафория).

**Бабинского—Фромана синдром** [Babinski J., Froment J., 1918]. Возникающие после незначительной травмы функциональные парезы и мышечные контрактуры, сочетающиеся с рефлекторными неврологическими расстройствами (каузалгиями, посттравматическим отеком, посттравматическим остеопорозом).

**Базоспазм** (*греч. basis —* ходьба, шаг, *spasmos —* судорога). Спастическая форма абазии. Наблюдается при истерии.

**Базофобия** (*база* + *греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь ходьбы. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и астено-фобическом синдроме.

**Байярже симптом** [Baillarger J., 1887]. Неодинаковая величина зрачков при прогрессивном параличе.

**Бактериофобия** (*греч. bacteria —* палочка, *phobos* — страх). Навязчивый страх, боязнь заразиться бактериями от инфицированных предметов.

Син.: бациллофобия.

**Балара—Дежана—Пе синдром** [Balard, Degen, Paie, 1945]. Энцефалопатия после менингоэнцефалита, характеризующаяся расстройствами памяти, недоста­точной активностью, головной болью, головокружением, болью в позвоночном стол­бе, чувством усталости.

**Балинского зрачковые симптомы** [Балинский И.М., 1859]. Характерные для прогрессивного паралича признаки — неравномерность зрачков и отсутствие их ре­акции на свет. И.М. Балинский подчеркивал значение этих симптомов для ранней диагностики заболевания. Описание зрачковых симптомов прогрессивного паралича И.М. Балинским определило исследования D. Argill Robertson [1869] и J. Baillarger [1887].

**Балинта группы** [Balint M.]. Рабочие группы врачей общего профиля для обу­чения психотерапии под руководством опытных психоаналитиков. Названы по имени инициатора создания регулярного проведения этих семинаров венгерского психо­аналитика Балинта, эмигрировавшего в Англию в 1940 г. и организовавшего первый семинар на тему «Психические проблемы в практике врача» в 1949 г. в клинике Те- висток-колледжа в Лондоне.

**Балинта диета** [Balint R.]. Диета с ограничением суточного количества пова­ренной соли. Была предложена для лечения эпилепсии. В настоящее время само­стоятельно не назначается, уменьшение соли является составной частью диеты при эпилепсии.

**Балинта синдром** [Balint R., 1909]. Симптомокомплекс «психического парали­ча взгляда». Больной в состоянии фиксировать свой взгляд только на одном из предметов, находящихся перед его глазами, и «не видит» при этом остальных, не может определить расстояние между несколькими предметами. Отсюда затрудне­ния при чтении длинных слов, невозможность охватить взглядом и описать весь ри­сунок при правильном назывании отдельных его деталей (симультанная агнозия). В основе Б.с. — нарушения контроля за движениями глаз, затруднения изменения точ­ки фиксации взора.

Наблюдается при двустороннем поражении теменных долей большого мозга, чаще всего сосудистого и атрофического генеза.

Син.: атаксия оптическая, паралич взгляда психический.

**Бало болезнь** [Balo J., 1927]. Органическое заболевание головного мозга, по симптоматике напоминающее болезнь Шильдера. Характерно повышение внутриче­репного давления с застойными дисками зрительных нервов. Прижизненно обычно не диагностируется. Патологоанатомически — в средних отделах белого вещества полушарий головного мозга обнаруживаются круглые очаги, состоящие из центро­стремительных круглых тяжей. Рассматривается как форма рассеянного склероза.

Син.: демиелинизирующая энцефалопатия, периаксиальный концентрический энцефалит, концентрический склероз.

**Бамбергера синдром** [Bamberger H., 1859]. Редкая форма истерии. Характер­ны клонические сокращения мышц нижних конечностей, подпрыгивания, танце­подобные движения, возникающие при соприкосновении ног с землей.

Син.: сальтаторный спазм (*лат. saltatio —* пляска).

**Барагнозия** (*греч. baros —* тяжесть, *а —* не, *gnosis —* познание). Форма агно­зии, при которой нарушено восприятие тяжести предметов. Служит проявлением расстройства барестезии (разновидность проприоцептивной чувствительности). На­блюдается при поражениях мозжечка.

**Барбитуратизм.** Форма токсикомании, связанная с систематическим приемом больших доз барбитуратов и развитием хронической интоксикации.

Син.: барбитуромания.

**Барбитураты.** Группа лекарственных веществ, производных барбитуровой кислоты. Обладают седативным, снотворным, наркотическим и противосудорожным действием (сама барбитуровая кислота снотворного эффекта не дает). Оказывают тормозящее влияние на ЦНС. При повторном приеме может развиться привыкание, при систематическом длительном приеме появляется психическая и физическая за­висимость.

**Барилалия** (*греч. barys —* тяжелый, *lalia —* речь). Невнятное, неразборчивое произношение слов при дизартрии (прогрессивный паралич).

**Барофобия** (*греч. baros —* тяжесть, *phobos* — страх). Навязчивый страх подъема тяжести.

**Барре симптом** [Barre M., 1939]. Одна из верхних конечностей во время ак­тивного движения внезапно на некоторое время неподвижно застывает. Иногда дру­гой рукой больной пытается привести в движение неподвижную. В некоторых случа­ях после этого отмечается судорожный припадок с последующим нарушением со­знания. Свидетельствует о поражении лобной доли большого мозга, противополож­ной неподвижной руке.

**Барре синдром дисгармонический** (*греч. dys —* отклонение от нормы, *harmonia —* соразмерность). [Barre М.]. Нарушение походки, падение в позе Ромбер­га, нистагм. Наблюдается при локализации органического процесса в полушариях мозжечка.

**Барюка психотерапия через понимание** [Baruk H.]. Один из вариантов мето­да рациональной психотерапии, при котором врач убеждением создает у больного оптимистическое отношение к вопросам выздоровления, учит приспосабливаться к окружающему.

**Барюка тест** [Baruk Н., 1947]. Психологическая методика, направленная на исследование «моральных способностей суждения». Обнаруживается личностная позиция обследуемого в отношении описываемых в экспериментальных заданиях сложных жизненных коллизий, конфликтных ситуаций. При анализе ответов больно­го обращается внимание на то, насколько в его суждениях представлены аффектив­ная и рационалистическая точки зрения. В связи с тем, что обследуемый в какой-то мере идентифицирует себя с одним из персонажей задания, подвергающимся воз­действию психического стресса, методика содержит элементы проективности, близ­ка к методике фрустрации Розенцвейга. Установлено существенное различие пока­зателей у психически здоровых и больных шизофренией.

Син.: цедек-тест (от древнеевр. слова «цедек», обозначающего специфиче­скую разновидность морального чувства, «нечто вроде слияния сердца и разума»).

**Батеофобия** (*греч. bathes —* глубина, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь высоты. Проявляется при нахождении на высоте (на крыше, балконе высоко­го этажа, над пропастью).

Син.: батофобия.

**Батианестезия** (*греч. bathys —* глубокий, *а —* не, *aisthesis* — чувство, ощуще­ние). Нарушение проприоцептивной глубокой чувствительности. Является постоян­ным признаком спинной сухотки. Наблюдается также при истерии.

**Баттаризм** (*греч. battarismos —* заикание). Форма заикания при ускорении темпа речи. Речь носит толчкообразный характер с остановками для дыхания. Отме­чается искажение отдельных слов.

**Бегство в болезнь.** Одна из форм реакций личности на неблагоприятную, психогенно травмирующую ситуацию. Проявление механизма патологической психо­логической защиты. Характеризуется невротической, функциональной, соматиче­ской, вегето-дистонической симптоматикой. Частая причина возникновения ипохон­дрических состояний (ипохондрического невроза, развития).

**Бегство в работу.** Реакция личности на неблагоприятную, психогенно трав­мирующую ситуацию. Сведение круга интересов к работе позволяет индивидууму вытеснить психогению.

**Бедлам** (от сокращ. *Bethlehem*)*.* Нарицательное название для обозначения сумасшедшего дома. Ведет свое начало от психиатрической больницы в Лондоне, преобразованной в 1547 г. из общежития религиозного братства «Господа нашего из Вифлеема», которая первоначально носила название Марии Вифлеемской (Вифле­ем — город в Иудее).

**Безоар** (*фр. bezoard*)*.* Инородное тело в желудке, образовавшееся из непере- варившихся частиц пищи, несъедобных предметов, проглоченных больным. В ряде случаев требует оперативного вмешательства.

См. *Рапунцель синдром.*

**Бейля болезнь.** См. *Паралич прогрессивный.*

**Бека шкала депрессии** [Beck А.Т., 1961]. Служит для характеристики степени выраженности депрессии по самооценке. Охватывает 21 симптом депрессии (в со­кращенном варианте — 13 симптомов): пониженное настроение, пессимизм, чувство недовольства собой, неудовлетворенности, вины, самообвинение, влечение к смер­ти, раздражительность, неспособность к работе, нарушение сна и т.д. Применитель­но к каждому вопросу возможны четыре утверждения, отражающие различные сте­пени самооценки. Результаты коррелируют с показателями, получаемыми по Га­мильтона шкале.

**Бекмана—Рихтера метод исследования личности** [Beckmann D., Richter H.E., 1972]. Психологическая методика исследования личности и анализа социаль­ных отношений, особенно в малых группах. С помощью теста изучают, какими об­следуемые видят или хотели бы видеть себя и других, какими видят их окружающие, каким должен быть идеальный представитель определенной социальной группы. Предназначен для исследования лиц в возрасте от 18 до 60 лет. Содержит шкалы социального резонанса, доминантности, контроля, преобладающего настроения, открытости — замкнутости, социальной потенции.

**Беллака—Беллак апперцептивный детский тест** [Bellak L., Bellak S.S., 1955]. Проективная методика для исследования детей в возрасте до 10 лет. Созда­на по образцу тематического апперцептивного теста Мюррея—Морган и состоит из 10 картинок с изображениями животных в различных ситуациях, напоминающих че­ловеческие взаимоотношения. Используется для исследования детских конфликтов, помогает определить личностную позицию ребенка, его модус видения мира.

**Белонофобия** (*греч. belone —* острие, игла, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь острых предметов — уколоться, проглотить иглу.

**Беляева методика репродуктивной тренировки** [Беляев Г.С., 1971]. Моди­фикация метода аутогенной тренировки Шульца, основанная на сенсорной репро­дукции и самонаблюдении. Основную роль играют обучение приемам концентрации внимания и самоконтроля при помощи сложного дыхательного ритма и идеомотор­ной тренировки, использование дыхательных упражнений в успокаивающем и моби­лизующем вариантах. Значительно уменьшается роль суггестивного влияния врача. Сенсорная репродукция — вариант самовнушения, основной ее прием — образное мышление.

**Бена—Роршаха тест** [Behn-Eschenberg H., 1952]. Тест, параллельный Рорша­ха тесту. Состоит из 10 черно-белых и цветных пятен и предназначен для контроль­ных и повторных исследований больных, ранее обследованных с помощью теста Роршаха, созданного в одном варианте. Аналогичен Фухс—Роршаха тесту.

Син.: Беро-тест.

**Бендер гештальт-тест** [Bender L., 1938]. Предназначен для выявления пора­жений головного мозга. Заключается в копировании девяти фигур со специальных карт или диапозитивов. Результаты интерпретируются с позиций гештальт-психоло­гии. Разработана система стандартизации теста и количественных оценок получае­мых данных.

**Бентона тест зрительной ретенции** [Benton A.L., 1955]. Экспериментальная методика исследования памяти по репродукции предъявляемых больному геометри­ческих фигур. Производится количественная и качественная оценка результатов. Различают ошибки, типичные для здоровых людей, и так называемые «органиче­ские», наблюдающиеся у больных с органической церебральной патологией.

**Беньямина синдром** [Benjamin E., 1911]. Сочетание олигофрении с гипохром­ной анемией и конституциональными телесными особенностями (низкий рост, гидро- цефальный череп, грацильные кости, гипоплазия половых органов). Наблюдается главным образом у преждевременно родившихся детей.

**Бера синдром** [Behr С., 1905]. Семейно-наследственная патология (аутосо- мно-рецессивный тип наследования). Характерны следующие признаки: 1) двусто­ронняя атрофия зрительных нервов со скотомами, нарушениями цветоощущения и поражением роговицы; 2) двусторонняя мозжечковая дисфункция (атаксия, нистагм, гиперрефлексия, Бабинского симптом); 3) олигофрения.

**Бергманн метод лечения навязчивых состояний** [Bergmann В., 1963]. Пси­хотерапевтический метод. Применяется для лечения навязчивого мудрствования; используется прием отвлечения внимания. Больному рекомендуют при появлении навязчивых мыслей чем-нибудь заняться, отвлечься. Отвлекающие занятия проду­мываются совместно с врачом. Вызываются приятные воспоминания.

**Бержерона болезнь** [Bergeron E.J.]. Истерическая хорея. Наблюдается у де­тей 7-14 лет. Возникает психогенно. Хореоатетические судороги захватывают мыш­цы затылка, области плеч и лопаток и исчезают во время сна.

Син.: электрическая хорея.

**Бернрейтера опросник** [Bernreiter R.G., 1931]. Личностный опросник, содер­жащий 6 шкал: невротических тенденций, самоудовлетворенности, интро- и экстра­версии, доминирования — подчиненности, уверенности, социабельности. Предна­значен для исследования детей в возрасте от 9 до 16 лет.

**Бернштейна психологические методики** [Бернштейн А.Н., 1911].

1. Методика установления последовательности событий. Направлена на ис­следование интеллектуального уровня. Для выполнения задания обследуемый дол­жен установить различия в отдельных элементах рисунков и, руководствуясь ими, определить последовательность расположения сюжетных рисунков, установить связь событий, отраженных на них.
2. Проба на комбинаторику. Экспериментально-психологическая методика для исследования интеллектуального уровня. Обследуемому предлагают (в возрастаю­щей сложности) составить серию из разрезанных на части рисунков.

Входят во многие тесты для исследования интеллекта, в том числе и в тест Векслера.

**Бернштейна симптом** [Бернштейн А.Н., 1912]. Наблюдается у кататоников с восковой гибкостью; если придать вынужденное положение правой руке больного, а затем резким движением поднять и удержать в воздухе его левую руку, то правая рука сама по себе опустится, тогда как левая окажется застывшей в приданном ей положении.

**Берса—Конрада синдром** [Bers N., Conrad К., 1954]. Хронический тактильный галлюциноз. В связи с тактильными галлюцинациями (ползание насекомых по коже) нередко возникает «паразитарный бред», так называемый пресенильный дермато- зойный бред Экбома.

**Бертранизм.** Некрофилия с садизмом, некросадизм. Особая жестокость в об­ращении с трупом, нередко обезображиваемым и разрезаемым на части. Название связано с именем французского сержанта, ставшего героем скандального уголовно­го процесса.

**Бессознательное.** Совокупность психических явлений, процессов и состоя­ний, не осознаваемых субъектом. Б., по П. Жане, рассматривалось как явление, свя­занное с ослаблением контроля сознания и психической диссоциацией. По З. Фрейду, структура психики включает в себя сознание, предсознание и Б., отделен­ное от двух предыдущих особой психической инстанцией — цензурой. В Б., как счи­тают последователи З. Фрейда, рождаются неприемлемые для сознания инстинкты, импульсы, которые не пропускаются цензурой, вытесняются ею. Невозможность от­реагирования служит причиной возникновения комплексов, лежащих в основе появ­ления психопатологической, в первую очередь невротической, симптоматики. Остав­шиеся неотреагированными импульсы проявляются, по З. Фрейду, и в виде описок, обмолвок, ошибок памяти, сновидений. Б., по мнению последователей З. Фрейда, находится в постоянном антагонизме с сознательным, оно не подчиняется каким- либо физиологическим или психологическим законам и познаваемо лишь настолько, насколько мы умеем трактовать его символические проявления, главным образом выводимые из представления о доминирующей роли сексуального фактора в разви­тии и функционировании человеческой психики.

В психоаналитической литературе с Б. часто отождествляют термин «подсо­знание», «подсознательное».

В отечественной психологии и психиатрии термину Б. часто противопостав­ляется понятие о неосознаваемых формах психической (высшей нервной) деятель­ности.

Отечественная наука не отрицает роли Б. в психической деятельности чело­века. Изучаются методологические подходы к исследованию проявлений Б. В частности, с этой целью широко привлекается метод изучения установки Д.Н. Узна­дзе. Клинический интерес представляет исследование Б. в аспекте изучения меха­низмов психологической защиты как непосредственной формы его проявления. В ка­честве материала для изучения Б. привлекается анализ сна, гипноза. Рассматрива­ются возможности синергизма сознания и Б.

**Бета-волны.** Низкоамплитудные колебания суммарного потенциала головно­го мозга с частотой 13-25 Гц, по форме близкие к треугольным вследствие заострен­ности вершин. Относятся к быстрым волнам. Их амплитуда в 4-5 раз меньше, чем амплитуда альфа-волн. Наблюдаются главным образом при воздействии различных раздражителей, при выполнении умственной работы и эмоциональном напряжении.

Син.: бета-ритм.

**Беттолепсия** (*греч. betto —* кашлять, *lepsis —* схватывание, приступ). Обмо­рочные состояния, возникающие в связи с сильным кашлем, на высоте кашлевого приступа. Иногда протекают с судорогами. Наблюдаются чаще всего при хрониче­ской сердечно-легочной недостаточности. Припадки носят характер синкопических, обмороков. Не существует эпилептических припадков, провоцируемых кашлем.

Син.: кашлевой синкопальный припадок, обморок кашлевой, синдром кашле­во-обморочный, эпилепсия кашлевая.

**Бехтерева методика самовнушения** [Бехтерев В.М., 1890]. Вариант метода самовнушения, заключающийся в том, что при недостаточном действии самовнуше­ния психотерапевт усиливает его, «обучая» больного самовнушению в гипнотиче­ском состоянии. Погруженный в гипнотическое состояние больной от своего имени повторяет за врачом формулу самовнушения. Эффективность самовнушения усили­вается тем, что психотерапевт эмоционально заряжает формулу самовнушения, а также в связи с сочетанием с воспоминаниями больного о врачебном внушении. Включается в комплексе психотерапевтических мероприятий при лечении алкоголиз­ма [Зеневич Г.В., Либих С.С., 1965].

**Бехтерева постэнцефалитические симптомы** [Бехтерев В.М., 1926].

1. Тахифемия — прогрессирующее ускорение темпа речи при остающейся неизменной монотонности голоса.
2. Тахибазия — прогрессирующее ускорение движений при ходьбе.
3. Пароксизмальное топтание на месте, многократное переступание с ноги на ногу.

Отмечаются на фоне паркинсонизма, амимии и объясняются поражением экс- трапирамидных путей.

**Бехтерева психотерапевтическая триада** [Бехтерев В.М., 1928]. Метод пси­хотерапевтического лечения алкоголизма, включающий в себя: 1) коллективные пси­хотерапевтические беседы, во время которых осуществляется воздействие на боль­ных, перевоспитание их при помощи убеждения, разъяснения и т.д.; 2) коллективные сеансы гипноза; 3) коллективное обучение самовнушению (самоутверждению). Во время гипноза внушение сочетается с убеждением (мотивированное внушение). Психотерапия, по В.М. Бехтереву, сочетается с назначением общеукрепляющих, то­низирующих, сердечных и успокаивающих средств. Б.п.т. используется в комплекс­ном лечении больных алкоголизмом целиком или отдельными своими элементами [Николаева И.И., 1941; Зеневич Г.В., Либих С.С., 1965; Виш И.М., 1969].

**Бехтерева фобические симптомы.** 1. «навязчивая улыбка» — навязчивый страх некстати улыбнуться, что, как опасается больной, может привлечь к нему вни­мание и вызвать неприязненное отношение со стороны окружающих, у которых мо­жет создаться о нем превратное впечатление. Наблюдается у лиц застенчивых [1899].

1. Непереносимость или боязнь чужого взгляда [1900]. Больные совершенно не переносят обращенного на них взгляда; почувствовав его, приходят в волнение. Такое состояние может быть связано с одним лишь предположением, что кто-то на них посмотрел или посмотрит. Опасение, что пристальный взгляд обнаружит «пло­хие» мысли больного, что его поведение (беспокойство, волнение, отворачивание) может послужить поводом для подозрения в чем-то нехорошем.

Боязнь чужого взгляда описывалась почти в одно и то же время Гартенбергом [Hartenberg P., 1904] и С.А. Сухановым [1905], подчеркивавшими большую роль в ее генезе черт тревожно-мнительного характера больного и отмечавшими свойствен­ное этим больным стремление к уединению, изоляции от общества, выработке за­щитных приёмов. Некоторыми исследователями этот симптом рассматривается как проявление дисморфофобий.

**Бёкера тест** [Bocker F., 1961]. Психологическая методика, шкала для опреде­ления тяжести переходных синдромов Вика. Состоит из 13 субтестов: например, чте­ние 5 однозначных чисел; расположение в соответствии с величиной одно-, дву- и трехзначных чисел; расположение в алфавитном порядке заданных слогов; называ­ние предметов; нахождение недостающих деталей в картинках и т.д. Производится количественная оценка ответов больного, при этом учитывается и время, затрачен­ное на выполнение заданий. По результатам состояние больного квалифицируется как легкий, средний или тяжелый переходной синдром, обнубиляция, выключение сознания.

**Бёниша тест** [Bonisch, 1939]. Один из проективных тестов. Больному предла­гают закончить рассказ. Чаще употребляется при психологическом исследовании де­тей.

**Бёрьесона—Форсмана—Лемана синдром** [Borjesson M., Forssman H., Lehman О., 1961]; Наследственная форма слабоумия с ожирением. Психика характе­ризуется умственным недоразвитием степени идиотии и наличием эпилептиформ­ных припадков, агрессивными тенденциями, аффективными вспышками. Соматиче­ски — малый или карликовый рост, genu valgum, гипотиреоз, диспластические черты в строении лица и черепа (башенный череп, узкие глазные щели, кожа и подкожная основа в области лба и щек отечны, ушные раковины увеличены). Ожирение равно­мерное, несколько больше выраженное в области молочных желез. Гипогенитализм. Чаще болеют мужчины. Заболевание наследственное, тип наследования рецессив­ный, сцепленный с полом.

**Бжезицкого симптом.** См. *Парагномен.*

**Бжезицкого синдром** [Brzezicki E., 1927]. Постапоплектический паркинсонизм гипертонически-акинетического характера.

**Библиоклептомания** (*греч. biblion —* книга, *klepto —* краду, *mania —* безумие, сумасшествие). Непреодолимое влечение к краже книг.

**Библиомания** (*библио + греч. mania —* безумие, сумасшествие). Болезненная страсть к собирательству книг, их коллекционированию (не смешивать с библиофи­лией — любовью к книгам, осознанным и целенаправленным их собиранием).

**Библиотерапия** (*библио + греч. therapeia —* забота, уход, лечение). Метод психотерапии, основанный на педагогически-дидактических принципах. Осуще­ствляется при помощи книг, в первую очередь художественных. Задача — лечебное воспитание и перевоспитание личности больного воздействием художественного, эмоционального и психологического мастерства писателя, показывающего пути раз­решения присущих больному конфликтных, неврозогенных ситуаций. Разработана классификационная схема психогенных реакций, в соответствии с которой составле­ны каталоги литературы. При подборе книги учитываются максимальное сходство ситуации, описываемой в книге, с ситуацией, сложившейся у больного, и степень до­ступности этой книги больному.

Син.: либропсихопедия [Вельвовский И.З.].

**Биланизм** (*фр. bilan —* баланс) [Odier Ch.]. Термин для обозначения своеоб­разного личностного свойства постоянно составлять баланс своих приобретений или потерь — органических, психических, материальных [Porot А., 1965]. Постоянство и интенсивность стремления к подведению такого рода баланса являются симптомом, характерным для неврозов. Может рассматриваться как форма навязчивости, обу­словливающая компенсаторные тенденции в поведении, или стремление избежать ущерба («экономия»).

**Биликевича теория этиоэпигенеза** (*греч. aitia —* причина, epi *—* на, над, сверх, *genesis —* происхождение) [Bilikiewicz Т., 1947]. Рассмотрение сложной струк­туры психоза в динамике с учетом основных (этиологических) и вспомогательных (патогенетических и патопластических) факторов. В формировании психоза играет роль непрерывное наслаивание этих факторов друг на друга, их сочетанное воздей­ствие на организм в процессе онтогенетического развития. В конечном виде структу­ра психоза представляется многоэтажной, многомерной конструкцией с присущей ей динамикой эволюции патологического процесса. Патологический процесс во време­ни рассматривается как трехслойный, при этом первый слой — наследственно­конституциональный, второй — органическая основа патологического процесса, тре­тий — функциональные, психотические, невротические наслоения. В картине забо­левания одновременно сосуществуют психопатологические синдромы различного регистра, отличающиеся соответственно по своему клинико-диагностическому и практическому значению. На различных в этиологическом отношении нижележащих синдромологических слоях могут базироваться и внешне сходные по клиническим проявлениям синдромы. В ряде случаев при успешной терапии снимается поверх­ностный психопатологический слой и обнаруживаются нижележащие синдромологи­ческие слои, нередко различные, несмотря на сходство первоначальных эпигенети­ческих симптомов. Один из вариантов сложной структуры психоза — наслоение на уже существующее заболевание симптомокомплекса другого регистра. Иногда это происходит случайно (например, черепно-мозговая травма привносит в картину ши­зофрении симптоматику органического психосиндрома), иногда — вследствие прису­щих заболеванию патогенетических механизмов (например, клиническая картина обычного старческого слабоумия видоизменяется с присоединением к ней манио- формного синдрома и приобретает характер пресбиофрении).

По мнению автора, концепция этиоэпигенеза облегчает разрешение стоящих перед психиатрией сложных нозографических проблем.

**Бильшовского метод** [Bielschowsky M., 1903]. Гистологическое исследование тканей головного мозга с помощью импрегнации серебром, позволяющее опреде­лить состояние нейрофибрилл. Обязателен для патогистологической диагностики сенильно-атрофических процессов в головном мозге.

**Бимонда синдром** [Biemond S., 1934]. Вариант синдрома Лоренса—Муна— Бидля. отличающийся гипоплазией или отсутствием радужной оболочки глаза. Забо­левание наследственное.

Син.: гипоталамический синдром Бимонда.

**Бине—Симона психический возраст.** Определение интеллектуального уров­ня ребенка по соотнесению результатов, получаемых при тестировании (см. *Бине тест*) со среднестатистическими результатами, полученными при стандартизиро­ванном исследовании определенных возрастных групп. Понятие возрастной нормы и патологии при этом сопоставляются механистически и лишь по единичным показате­лям.

**Бине тест** [Binet A., 1905]. Один из первых тестов для исследования интеллек­туального уровня детей. Путем сопоставления «интеллектуального» и фактического возрастов выводится так называемый «интеллектуальный коэффициент» (IQ). Из­вестны последующие варианты теста: Бине—Симона [Binet A., Simon Th., 1917); Бине—Термена [Terman L.M., 1937, 1960], или стенфордский.

**Бинсвангера болезнь** [Binswanger O.L., 1894]. Неблагоприятная форма тече­ния церебрального атеросклероза, обусловленная мелкоочаговым поражением со­судов белого вещества головного мозга и вторичной его атрофией. Периоды улуч­шения кратковременны. С прогрессированием заболевания происходит углубление слабоумия, относительно рано приобретающего глобарный характер, нарастают из­менения личности («душевная пустота»), появляются очаговые асемические синдро­мы и симптомы, эпилептиформные припадки.

Син.: хронический подкорковый энцефалит (устар.), атеросклеротическая эн­цефалопатия Бинсвангера, синдром Бинсвангера.

**Биотип** (*греч. byos —* жизнь, *typos —* образец, тип). Совокупность врожден­ных и неизменных свойств индивидуума, биологических и психологических, которые предопределяют его развитие и играют основную предрасполагающую роль по отно­шению к тем или иным заболеваниям. Термин распространен в западных странах. В значительной мере нивелирует значение психогигиены и психопрофилактики забо­леваний.

**Биохимические синдромы** [Полищук И.А., 1967]. Систематизация

расстройств метаболизма при психических заболеваниях: 1) синдром интоксикации (при острых экзогенных психозах и острых приступах эндогенных психозов); 2) нару­шения окислительных процессов (при эндогенных, сосудистых и инволюционных психозах, протекающих с гипноидными фазами); 3) нарушения гипо- и гиперэнергиз- ма (при маниях, депрессиях и других состояниях эмоционального и психомоторного возбуждения или торможения); 4) нарушения психики вследствие недостаточности (при психозах вследствие дистрофий или авитаминозов либо психозах, сопровожда­ющихся этими явлениями); 5) нарушения эндокринно-вегетативной регуляции (при психозах вследствие эндокринопатий или поражения промежуточного мозга либо психозах, сопровождающихся такого рода расстройствами); 6) иммуннобиохимиче­ский синдром (при психозах в связи с инфекцией или аллергизацией); 7) генетически обусловленный биохимический синдром (при генетически обусловленных психозах на почве конституционального предрасположения).

**Биполярность** (лат. *bis —* дважды, *polaris —* относящийся к полюсу). Признак течения психического заболевания, при котором полярно противоположные синдро­мы чередуются: например, депрессивные и маниакальные фазы при типичном тече­нии МДП.

**Бирда болезнь** [Beard G.M., 1869]. Одновременно с Бирдом и независимо от него была описана ван Дьюсеном [van Deussen E.H.]. См. *Неврастения .*

**Бирмана методика психотерапии** [Бирман Б.Н., 1937]. Сочетанная методика психотерапии, в которой гипноз наслаивается на естественный или медикамен­тозный сон. У больного вечером перед засыпанием, путем поглаживания надбров­ной области и одновременного словесного внушения невозможности поднять веки, определяется степень внушаемости. При хороших результатах больному внушается удлиненный и углубленный сон. При отрицательных результатах пробы на внушае­мость назначаются малые дозы снотворных, действие которых подкрепляется гипно­тическим внушением. Такой наркогипноз поддерживается до 15 часов в сутки. Курс лечения (только в стационаре) составляет одну-две недели.

**Бисексуальность** (*лат. bis —* дважды, *sexus —* пол). 1. Наличие полового влечения к лицам обоего пола.

Син.: амбисексуальность. 2. См. *Гермафродитизм.*

**Бисексуальный.** Двуполый, имеющий признак обеих полов.

**Бихевиоральная терапия.** Группа методов психотерапии, основанных на би­хевиористических представлениях в психологии. Лечение сводится к психотерапии поведения. Болезненные изменения личности, не обусловленные органической па­тологией головного мозга, рассматриваются как извращение поведения, результат недостаточности полезных навыков. Основная задача Б.т. — перевоспитание боль­ного, то есть размыкание болезненных условных связей и воспитание полезных на­выков.

**Бихевиоризм** (*англ. behaviour —* поведение). Направление в американской психологии начала XX в. [Watson J., 1913, 1919], разрабатывающее ее как науку о поведении. Отрицается роль сознания как предмета научного исследования. В от­личие от субъективной психологии на первый план выдвигается изучение психики как совокупности стимулов-реакций и обусловленных ими поведенческих актов. По стимулу предсказывается реакция, а по реакции определяется стимул. Основная за­дача — установление связи между стимулами и реакциями. Различаются наслед­ственные и условные реакции, в происхождении которых Б. исходит из крайне упро­щенного, механистического понимания безусловных и условных рефлексов. Б. при­суще отрицание роли психического в поведении, сведение сознания к скрытым дви­гательным реакциям, биологизм, отрицание роли социальных факторов в поведении человека. Материализм Б. не носит диалектического характера, является упрощен­но-механистическим [Выготский Л.С., 1928].

**Блаптофобия** (*греч. blapto* — боюсь повредить) [Tellenbach H., 1966]. Навяз­чивый страх нанести кому-либо повреждение. Эти состояния особенно часто возни­кают при лечении депрессий имипрамином.

**Бластофтория** (*греч. blastos —* росток, зародыш, *phthora —* гибель, разруше­ние). Повреждение зародыша, вызванное патогенным воздействием каких-либо фи­зико-химических факторов (алкоголь, олово, свинец и др.) или инфекцией, приводя­щее к патологическим соматическим или психическим изменениям (олигофрения, эпилепсия, алкогольная эмбриопатия).

**Бласфемия** (*греч. blaspheme —* хулить, злословить, богохульствовать) .

См. *Копролалия.*

**Блейлера болезнь** [Bleuler Е., 1911]. В своем описании шизофрении Блейлер значительно пересмотрел концепцию E. Kraepelin о раннем слабоумии, существенно расширив границы этого заболевания и говоря уже о группе шизофрении. В рамки шизофрении E. Bleuler включил парафрению, предстарческий бред ущерба, хрони­ческие алкогольные психозы (алкогольный галлюциноз), шизофреноподобные фор­мы циркулярного психоза, ряд заболеваний, характеризующихся преобладанием в клинике ипохондрической и обсессивной симптоматики. Основным расстройством при шизофрении E. Bleuler считал расщепление психики. С того времени границы шизофрении неоднократно пересматривались, понятие ее расширялось или сужа­лось за счет шизоформных состояний соматогенной или психогенной природы.

См. *Шизофрения.*

**Блейлера основные и добавочные признаки шизофрении** [Bleuler Е., 1911]. Деление симптомов шизофрении по клиническому принципу. К основным (обязательным, облигатным) относятся симптомы, присущие всем формам ши­зофрении, — расстройства ассоциативной деятельности, аутизм, эмоциональное отупение; к добавочным (дополнительным, факультативным) — бредовые идеи, гал­люцинации, кататонические симптомы.

Основные признаки следует отличать от так называемых первичных, физио- генных, якобы зависящих от непосредственного поражения мозга и служащих прояв­лением «основного» расстройства. Как реакция личности на первичные признаки Блейлером рассматривались так называемые вторичные, психогенные симптомы шизофрении.

Сочетание основных признаков шизофрении носит также название триады Блейлера.

**Блейлера синдром** [Bleuler E.]. Комплекс психических нарушений у беремен­ных: депрессия, плаксивость, черты ребячливости в поведении, ненависть и отвра­щение к детям, страх умереть при родах (токофобия), извращение чувств (в первую очередь обоняния и вкуса).

**Блейхера—Худика методика исследования критичности мышления** [Блей- хер В.М., Худик В.А., 1982]. Создана на основе методики установления развития сю­жета по серии последовательных картинок. Обследуемому предлагается набор кар­тинок, позволяющих установить по ним естественное развитие сюжета; затем предлагается следующий набор, в котором одна или две картинки содержат основ­ные детали, присущие предыдущим, но в то же время включают в себя компоненты, противоречащие логике разворачивающегося сюжета. Предусматриваются парал­лельные варианты, позволяющие проводить повторные исследования. Апробирова­на при алкоголизме в аспекте использования нарушений критичности мышления как критерия выраженности психического дефекта.

**Блефаридотилломания** (*греч. blepharon —* веко, *tillo —* выщипывать, *mania —* безумие, сумасшествие, страстное влечение). Выщипывание больным у себя рес­ниц. Разновидность трихотилломании.

Син.: синдром Сальфильда [Salfield, 1966].

**Блокада аффективная.** Признак врожденной эмоциональной недостаточно­сти. Проявляется недостаточной аффективной откликаемостью, холодностью, сни­женной потребностью в контактах и ослаблением привязанностей. Характерна для аутических шизоидных личностей. Понятие, противоположное синтонности.

**Блок-электросудорожная терапия.** Модификация электросудорожной терапии, при которой повторный электросудорожный припадок вызывается сразу же после прекращения судорог и восстановления дыхания после предыдущего, анало­гично тому, как это происходит при эпилептическом статусе. Применяется при отсут­ствии эффекта от обычной, традиционно проводимой электросудорожной терапии.

**Блюма тест картинок с собачкой Блекки** [Blum G.S., 1949]. Один из проек­тивных психологических тестов для исследования личности. Испытуемому предлага­ют составить рассказы по 12 юмористическим рисункам, на которых изображены приключения собачки Блекки. В зависимости от пола испытуемого Блекки представ­ляется ему самцом или самкой. Другие персонажи — папа и мама Блекки и щенок неопределенного пола Типпи. По каждой картинке испытуемый рассказывает приду­манную им историю, а затем ему предлагают серию стандартных вопросов. Интер­претация психоаналитическая. Применяется для исследования детей.

**Бляшка атеросклеротическая** (*лат. р1ах atherosclerotica*)*.* Очаговое утолще­ние внутренней оболочки артерии, возникающее вследствие разрастания соедини­тельной ткани в зоне отложения липидов. Основной морфологический элемент ате­росклероза. Разрастаясь, бляшки суживают просвет сосудов, они подвержены гиа- линизации и кальцификации.

**Бляшка сенильная** (*лат. plax senilis*)*.* Характерный морфологический признак сенильной деменции и болезни Альцгеймера, проявление амилоидоза мозга. Состо­ит из амилоидных фибрилл, отростков клеток с признаками дегенеративных измене­ний, дендритов и аксонов с накоплением нейрофибрилл (см. *Альцгеймеровское перерождение нейрофибрилл*)*,* глиальных клеток. Б.с. наиболее часто встречается в коре головного мозга и гипоталамусе, в меньших количествах — при других заболе­ваниях ЦНС, а также при физиологическом старении.

Син.: друзы Фишера (*нем. Druse* — железа, бубон) [Fischer О., 1907].

**Боваризм.** Смешение грез с реальностью, невозможность четко разграничить фантазию и действительность, способность человека представлять себя иным, чем он есть на самом деле. По имени героини романа Г. Флобера «Госпожа Бовари» [de Gantier J., 1921].

Грезы при Б. носят преимущественно романтический, сентиментальный ха­рактер, имеют эротическую направленность.

Ср.: мышление фантазирующее.

**ван Богарта лейкоэнцефалит** [van Bogaert L., 1945]. Форма подостротекуще­го вирусного энцефалита. Начало с лихорадкой, сонливостью, в ночное время на­блюдается делирий. Нарастают торпидность, прогрессирующие интеллектуально- мнестические расстройства. Иногда — кататоническая или депрессивная симптома­тика. Афазия, аграфия, экстрапирамидные гиперкинезы. В терминальном состоянии — коматозное нарушение сознания, явления децеребрационной ригидности.

**ван Богарта — Ниссена синдром** [van Bogaert L., Nyssen R., 1936]. Поздний тип прогрессирующей семейной лейкодистрофии. Наследственное заболевание, ре­цессивный тип передачи. Начало заболевания после 30 лет — нарушения в аффек­тивной сфере, пара-, а затем квадриплегия, наличие пирамидной симптоматики, по­явление псевдобульбарных расстройств, бледность дисков зрительных нервов, вя­лость зрачковых реакций. Быстро нарастает слабоумие. Течение неуклонно прогре­диентное. Патологоанатомически — демиелинизирующий системный процесс с раз­рушением аксонов.

**ван Богарта синдром** [van Bogaert L., 1939]. Семейно-наследственная пато­логия, характеризующаяся прогрессирующей дегенерацией бледного шара и очага­ми атрофии в гипоталамусе. Клинически — скованность, торзионные и атетотиче- ские гиперкинезы, гиперкинезы мимических мышц. Иногда — умственная недоста­точность. Начало заболевания в возрасте 15-20 лет.

**ван Богарта—Шерера—Эпштейна синдром** [van Bogaert L., Scherer H.J., Epstein E., 1937]. Редкое семейное заболевание, относящееся к нарушениям липид­ного обмена (холестериновый липидоз). Отложение аморфного и кристаллического холестерина в белом веществе мозжечка и в области ножек мозга приводит к воз­никновению гередитарной мозжечковой атаксии. Психически — задержка умственно­го развития, интеллектуальная недостаточность вплоть до степени имбецильности.

**Боголепова иллюзорно-галлюцинаторные ощущения** [Боголепов Н.К., 1963]. Больные воспринимают парализованную конечность превращенной в какое-то животное, инструмент или аппарат. Наблюдаются при очаговых органических пора­жениях головного мозга и относятся к расстройствам схемы тела.

**Боголепова коронарно-церебральный синдром** [Боголепов Н.К., 1949]. Апоплектиформный синдром при инфаркте миокарда. Наблюдается потеря созна­ния, преходящие расстройства функции коры и мозгового ствола. Иногда цере­бральная симптоматика выступает на первый план и маскирует проявления инфарк­та миокарда. Ишемические изменения в головном мозге и инфаркт миокарда могут развиваться одновременно, иногда же церебральная патология опережает коронар­ную.

**Болезни картина аутопластическая** (*греч. autos —* сам, *plastike —* формиро­вание, образование) [Goldscheider A., 1929]. Сумма ощущений, переживаний и на­строений больного вместе с его собственным представлением о болезни. Различают сенситивную часть, включающую субъективные ощущения и связанные с ними пере­живания, и интеллектуальную часть, содержащую сведения о болезни, которыми располагает больной. Группировка симптомов и их значимость в аутопластической картине болезни не соответствует таковым с врачебной точки зрения. Интеллекту­альные построения больного относительно своего заболевания воспринимаются врачом как страдающие недостатком логики, но для больного являются реальными переживаниями. Понятие, близкое к внутренней картине болезни.

**Болезни картина внутренняя** [Лурия Р.А., 1935]. Понятие, охватывающее со­вокупность переживаний, возникающих в связи с заболеванием, «сознание болезни» [Краснушкин Е.К.]. Субъективная картина болезни рассматривается на двух уровнях: сенситивном (комплекс возникающих вследствие болезни ощущений) и интеллекту­альном (размышления больного в связи с болезнью, отражающие его реакцию на изменение состояния).

Знание внутренней картины болезни необходимо врачу не только для пра­вильной диагностики, но и для правильного лечения, особенно больных, страдаю­щих психосоматическими заболеваниями.

**Болезни психические.** Изменение деятельности головного мозга, при кото­рых психика не соответствует окружающей действительности, отражает ее искажен­но. Проявляются в нарушении психики и поведения человека. Различают более гру­бо выраженные формы Б.п. — психозы, и более легкие — неврозы, психопатические состояния, некоторые формы аффективной патологии.

**Болезни сознания типы** [Pick A., 1882; Heilbronner К., 1907]. Различаются: 1) ощущение болезни — больной ощущает происшедшую с ним перемену, хотя может и не осознавать ее болезненного характера; 2) сознание болезни — больной воспри­нимает ущербность своей психической деятельности, из чего он делает вывод о на­личии у него психического заболевания; 3) критическое отношение к болезни — больной не только замечает наступившую перемену и отмечает снижение у себя психической деятельности, но и проявляет также достаточно критическое отноше­ние к отдельным болезненным симптомам. Дифференцирование осознания болезни и критической оценки ее тяжести и значения для больного имеет важное клинико­практическое, особенно в плане построения прогноза, значение [Фридман Б.Д., 1940].

**Бонне галлюцинации.** См. *Галлюцинации.*

**Боткина феномен** [Боткин С.П., 1868]. Сочетание гиперакузии со слуховой агнозией. Характеризуется непереносимостью сильных звуков при плохом их разли­чении. Больной не понимает речь окружающих, звуки ее сливаются в восприятии больного в сплошной неразличимый «сильнейший гул». Описан в качестве одного из признаков психических нарушений при сыпном тифе.

Термин предложен Ю.П. Лисициным и Г.В. Архангельским [1982].

**Браве—Джексона эпилепсия** [Bravais L.F., 1824; Jeckson H.J., 1870]. Разно­видность симптоматической эпилепсии, для которой характерен своеобразный тип судорожных припадков (джексоновский марш) — клонические или тонико-клониче­ские судороги, начинающиеся с определенной группы мышц и распространяющиеся в определенной последовательности соответственно положению центров в коре большого мозга. Припадок может протекать при ясном сознании и без последующего сна. Сознание нарушается лишь в случаях генерализации судорог. Возможны и сен­сорные (психосенсорные) припадки (см, *Джексона сноподобные состояния*)*.*

Син.: джексоновская эпилепсия, джексоновские фокальные моторные припад­ки.

**Брадибазия** (*греч. bradys —* медленный, *basis —* шаг, ходьба). Замедление походки, проявление брадикинезии.

**Брадикинезия** (*брада + греч. kinesis —* движение). Общая замедленность движений. Наблюдается при экстрапирамидной патологии, эпилепсии, субступо- розных кататонических состояниях; при истерии носит демонстративный характер. Иногда отмечается при состояниях оглушения.

**Брадилалия** (*бради + греч. lalia —* речь). Замедление темпа речи в связи с затруднениями артикуляции. Наблюдается при поражениях бледного шара и черно­го вещества головного мозга и при патологии мозжечка. Б. мозжечковая нередко со­провождается скандированной речью, нарушениями речевой модуляции.

**Брадилексия** (*бради + греч. lexis —* речь, слово). Замедление темпа чтения. Проявление брадикинезии.

**Брадилогия** (*бради + греч. logos —* слово, речь, разум) [Kussmaul A., 1876]. Затруднение и замедление течения ассоциативных процессов (мышления, речи).

**Брадипраксия** (*бради + греч. praxis —* действие). Замедление темпа целе­направленных действий. Проявление брадикинезии.

**Брадителекинезия** (*бради + греч. teleo —* завершать, *kinesis* — движение). Замедление движения перед концом двигательного акта. Проявление брадикинезии.

Син.: брадителекинез Шильдера.

**Брадифагия** (*бради + греч. phagein —* есть, глотать). Замедление глотания. Наблюдается при поражениях языкоглоточного или блуждающего нервов, также при истерии.

**Брадифазия** (*бради + греч. phasis —* речь). Общее название, охватывающее различные проявления замедленной речи.

**Брадифразия** (*бради + греч. phasis —* речь, манера речи). Разновидность брадифазии, обусловленная замедлением мышления. Наблюдается при депрессии.

**Брадифрения** (*бради + греч. phren* — ум, разум). Общее замедление про­текания психических процессов.

Син.: брадипсихизм, брадипсихия.

**Брахиалгия парестетическая** (*греч. brachion —* плечо, *algos —* боль, *paraisthesis —* ложное ощущение) [Wartenberg R., 1932]. Боль и парестезии в руках при пробуждении. Автором первоначально рассматривался как результат травмати­ческого поражения плечевых нервов в связи с неудобной позой. По данным J.J. Lopez-Ibor [1973], в значительной части случаев оказывается проявлением скрытой депрессии, депрессивным (тимопатическим) эквивалентом и проходит при назначе­нии антидепрессивных препаратов, тогда как неврологическое и даже нейрохирурги­ческое лечение бывает безуспешным.

**Бревесомния** (*лат. brevis —* короткий, *somnus —* сон) [Буянов М.И., 1985]. Укороченный сон. Б. бывает физиологическая и патологическая. При физиологиче­ской Б. человек довольствуется непродолжительным сном, не испытывая неприят­ных ощущений. Патологическая Б. наблюдается при неврозах, эндогенных депрес­сиях, алкогольных и других интоксикационных психозах.

**Бред** (*лат. delirium, нем. Wahn*)*.* Расстройство мышления. Совокупность бо­лезненных представлений, рассуждений и выводов, овладевающих сознанием боль­ного, искаженно отражающих действительность и не поддающихся коррекции извне. По А.В. Снежневскому [1983], Б. — некорригируемое установление связей и отноше­ний между явлениями, событиями, людьми без реальных оснований.

Основные признаки Б.: 1) Б. является следствием болезни и, таким образом, в корне отличается от заблуждений и ошибочных убеждений психически здоровых; 2) Б. всегда ошибочно отражает действительность, хотя иногда в отдельных посылках больной может быть прав; 3) бредовые идеи непоколебимы, не поддаются коррек­ции; 4) бредовым идеям присущи ошибочные основания (паралогика, «кривая» логи­ка); 5) в большинстве случаев Б. возникает при ясном сознании (исключение состав­ляют экзогенные параноиды); 6) бредовые идеи тесно спаяны с изменениями лично­сти, они резко меняют присущую больному до того систему отношений к самому себе и к окружающему; 7) бредовые идеи не обусловлены интеллектуальным сниже­нием: Б., особенно систематизированный, чаще наблюдается при хорошем интел­лекте.

В структуре Б. различают [Specht G., 1901]: материал (воспоминания, воспри­ятия, галлюцинации), на основе которых он строится; фабулу — особенное оформ­ление, в первую очередь систематизированного Б., который как бы развивается во времени — больной может рассказывать о нем в определенной последовательно­сти; формы (систематизированный — несистематизированный, фантастический — близкий к действительности); направленность (величия — унижения, экспансивный — депрессивный).

***Б. абортивный*** — редуцированный, включающий отдельные бредовые идеи, кратковременный.

***Б. альтруистический*** — содержит идею возложенной на больного высокой миссии политического или религиозного характера.

Син.: Б. мессианства.

***Б. антагонистический*** [Seglas J., 1889] — разновидность систематизиро­ванного бреда, главным образом парафренного, отличающегося своеобразием сю­жета (больные утверждают, что они находятся в центре противоборства неких анта­гонистических сил). Позиция больных по отношению к враждебным силам остается пассивной.

***Б. апокалиптический*** — содержит идею гибели всего мира, всего живого, разрушения земного шара, гибели вселенной, столкновения планет и т.п. (Апокалип­сис — одна из книг Нового завета, Откровение Иоанна содержит пророчества о «конце света»).

Син.: Б. гибели мира, Б. эсхатологический (эсхатология — учение о конечных судьбах мира и человека).

***Б. архаический*** [Каменева Е.Н., Кудинов А.И., 1938]. — Бредообразование, в формировании которого участвуют суеверия, магические представления и религи­озные верования, присущие человеку в стадии его недостаточного культурного раз­вития и сохранившиеся у некоторых людей до настоящего времени (бред кол­довства, одержимости нечистой силой или животными и т.д.).

***Б. аффективный*** — вторичный бред, возникающий в связи с патологически­ми изменениями аффекта. Основные разновидности — Б. голотимный и кататим- ный.

***Б. бытовой гипнагогический*** [Гейманович А.И., 1927] — состояние неглубо­кого сна, из которого больного можно вывести, и в это время он способен адекватно отвечать на некоторые вопросы. Предоставленный самому себе, больной беседует с мнимым собеседником, спорит с ним, причем «беседы» эти носят характер диало­гов. Наблюдается при экзогенных психозах (энцефалитических; являющихся след­ствием сыпного тифа).

***Б. величия*** — характеризуется грандиозной переоценкой больным себя, своих психических и физических возможностей, своего положения в обществе.

Син.: Б. мегаломанический, Б. экспансивный, мегаломания, александризм (от Александра Македонского).

***Б. внешней и внутренней раскрытости*** — характеризуется идеями о том, что больному доступно узнавание мыслей, переживаний, намерений окружающих или же, наоборот, его мысли, переживания, намерения становятся известны окружа­ющим. Проявление синдрома психического автоматизма Кандинского—Клерамбо.

***Б. воздействия*** — характеризуется утверждениями больных о том, что их действия исходят от чужой воли, а тело и процессы, происходящие в нем, являются объектом воздействия, физического и (или) психического, других людей. Различают Б. психического (влияние гипноза, телепатическое) и физического воздействия (лу­чей космических, лазерных и т.д.). Часто эти виды Б. в. сочетаются у одного больно­го. Проявление синдрома Кандинского—Клерамбо. Психическое или физиологиче­ское функционирование больного как бы навязано ему извне, носит насильственный характер [Кандинский В.Х., 1880].

***Б. воображения*** [Dupre E., Longre J., 1914]. Противоположный интерпретатив­ному или галлюцинаторному бреду вариант бредообразования, который является как бы результатом вымысла и вытекает из склонности личности к фантазированию, к спонтанной ассоциации идей и образов, приводящей к новым построениям и ком­бинациям. Б. возникает остро («по интуиции, вдохновению, озарению»). По мнению авторов, возникновению Б.в. способствуют мифоманическая конституция (см. *Мифо­мания*)*,* слабость интеллекта и гипоманиакальное состояние. Отсутствуют глубокие нарушения памяти, галлюцинации, психосенсорные расстройства. Типичны ясность восприятия и полная ориентировка в окружающем.

По мнению современных исследователей [Киндрас Г.И., 1976], это разное по масштабу (мегаломаническое и обыденное) болезненное фантазирование, развива­ющееся на основе активного вымысла, распространяемого на прошлое, настоящее и будущее.

Б.в. входит в структуру парафренного синдрома и является одним из суще­ственных его признаков.

Син.: имажинативный Б., фабуляторный Б., Б. представления.

***Б. вражеского пленения*** [Суханов С.А., 1915] — острый параноид, развиваю­щийся в условиях фронтовой обстановки. Характерны бурное начало заболевания, наплыв бредовых идей отношения и преследования, иллюзорных восприятий на фоне сильного страха. Содержание параноида искаженно отражает ситуацию: в окружающих больной видит вражеских солдат и т.п. Выздоровление наступает кри­тически. Отсутствует амнезия, однако возможны явления резидуального Б. На высо­те психоза возможны агрессивные действия. Рассматривается как одна из форм па- раноидов внешней обстановки, в развитии которых играют роль неблагоприятное воздействие непривычной ситуации и соматические заболевания [Бунеев А.Н., 1950].

***Б. вторичный*** — возникает при наличии в клинической картине играющей первостепенную роль психопатологической симптоматики (аффективные расстрой­ства, галлюцинации, состояния нарушенного сознания) и как бы в связи с ней. Выве­дение Б.в. из материала, по G. Specht, неправомерно (см. *Б. галлюцинаторный*)*.*

Син.: Б. объяснения, Вернике Б. объяснения.

***Б. высокого происхождения*** — содержит идею происхождения от лиц, зани­мающих высокое положение в обществе. Обычно при этом истинным родителям от­водится роль людей, в силу тех или иных обстоятельств вынужденных воспитывать больного и дать ему свое имя; нередко к ним со стороны больного проявляется враждебное отношение. Может быть как мегаломаническим, так и вариантом де­прессивного Б. преследования (больной — «жертва обстоятельств», «ставка в поли­тической игре»).

Син.: Б. иного происхождения, Б. чужих родителей.

***Б. галлюцинаторный*** — вариант вторичного Б., возникающего при наличии в клинической картине выраженных и стойких галлюцинаций, чаще всего вербаль­ных. Слуховые галлюцинации больными трактуются как результат воздействия фи­зическими аппаратами, расположенными где-то на расстоянии и управляемыми це­лыми коллективами людей, специальными организациями, в последнее время не­редко инопланетянами. Галлюцинаторные явления могут не сопровождаться бредо­вой интерпретацией, иногда обманы слуха и идеи воздействия возникают одновре­менно — это свидетельствует об отсутствии между ними простой причинной зависи­мости. Галлюцинации и бред имеют общие источники своего возникновения. Галлю­цинации могут отражать бредовые переживания до их ясного понимания больным. Это относится к механизмам Б. вторичного вообще [Каменева Е.Н., 1957].

***Б. голотимный*** — вариант вторичного, аффективного Б., возникающего при наличии выраженных нарушений в эмоциональной сфере, общего фона аффектив- ности, например, Б. самообвинения при эндогенной депрессии. Описан E. Bleuler [1906]. Аналогичен понятию синтимного Б. [Maier H.W., 1913].

***Б. греховности*** — см. *Б. самообвинения.*

***Б. громадности и отрицания* —** см. *Б. Котара.*

***Б. двойников*** — характеризуется переживаниями наличия двойников больно­го, одного или нескольких лиц, ведущих совершенно независимую от него жизнь и нередко совершающих позорящие его действия. У больных шизофренией «двойник», как правило, находится внутри тела больного, тогда как при экзогенных психозах, например при сыпном тифе [Гиляровский В.А., 1922], «двойник» находится вне больного и больной активно стремится освободиться от него, как от чего-то по­стороннего, чужого.

***Б. депрессивный*** — вариант вторичного аффективного Б., наблюдающийся при депрессивных состояниях. Характерны отрицательная эмоциональная окраска, пессимистические установки. При циркулярных депрессиях Б.д. соответствует степе­ни бредовой депрессии [Пападопулос Т.Ф., 1970]. Это же подтверждается наблюде­ниями В.Н. Синицина [1976]: при циклотимической депрессии отмечаются психологи­чески понятные и нестойкие идеи самообвинения, при простой депрессии идеи самообвинения носят характер сверхценных, при бредовой — достигают степени выраженности бреда. Наиболее частые виды Б.д. — бред самообвинения, самоуни­чижения, греховности, обнищания, ипохондрический и т.д.; возможны и идеи пресле­дования, обычно сочетающиеся с идеями самообвинения: больного преследуют из- за того, что он виновен [Peters U.H., 1970]. Важный признак Б.д. — симптомы трево­ги, витальной тоски [Schneider K., 1939].

***Б. дерматозойный*** [Ekbom K.A., 1938] — один из вариантов бреда одержи­мости животными с локализацией болезненных переживаний в коже или под кожей. Часто сочетается с хроническим тактильным галлюцинозом Берса—Конрада. На­блюдается главным образом при психозах позднего возраста, в том числе и при поздней шизофрении, инволюционной меланхолии.

Син.: Экбома пресенильный дерматозойный Б., Б. кожных паразитов. См. так­же *Синдром Берса—Конрада.*

***Б. дисморфоманический*** — см. *Дисморфомания.* Разновидностью Б.д. яв­ляется Б. физического недостатка, неприятного для окружающих [Николаев Ю.С., 1949], при котором больные высказывают бредовые идеи об испускания ими газов, не остающемся незамеченным и вызывающем к ним отрицательное отношение со стороны окружающих, или говорят об исходящем от них неприятном запахе пота и т.п.

***Б. изобретательства*** — содержит идею совершения больным грандиозно­го по значению изобретения, научного открытия, которое в корне изменит образ жиз­ни всего человечества. Чаще всего это паранойяльный или парафренный бред, в ко­тором и в настоящее время фигурирует изобретение вечного двигателя, создание универсальных законов («закон буквы», «закон числа», «закон затягивания—оттяги­вания» и т.п.).

Син.: Б. открытия.

***Б. индуцированный*** — по содержанию сходен с Б. проживающего вместе с индуцируемым психически больного, чаще его близкого родственника, обычно поль­зующегося у него большим авторитетом и, как правило, интеллектуально превосхо­дящего его. Характерно сходство Б.и. с бредовыми переживаниями индуктора по со­держанию, фабуле. Часто, при изоляции реципиента от индуктора, Б.и. угасает.

Близки к Б.и. Б. конформный и Б. при симбиотических психозах.

Син.: Б. наведенный.

***Б. инициальный.*** См. *Бред начальный.*

***Б. инсценировки*** — характеризуется переживаниями больного, в которых все происходящее вокруг него представляется специально организованной инсцениров­кой, преследующей особые, небезразличные для него цели. Иногда это какой-то массовый эксперимент, в котором в качестве подопытного объекта фигурирует боль­ной.

***Б. интерметаморфозы*** (*лат. inter —* между, *греч. metamorphosis —* полная перемена, превращение) [Courbon P., Tusques J., 1932; Daumezon G., 1937] — один из вариантов ложных узнаваний. Больные утверждают, что ряд лиц (а не одно, как при Фреголи симптоме) способны принимать физический и моральный, духовный об­лик других людей.

Син.: Б. метаболический.

***Б. интерпретативный*** (*лат. interpretatio —* посредничество) — см. *Б. пер­вичный.*

***Б. интуиции*** — характеризуется внезапным, без видимой связи с каким-либо внешним поводом, возникновением бредовых переживаний, производящих на окру­жающих впечатление непонятных, психологически невыводимых. Об интуитивной актуализации бредовой мысли писал K. Jaspers [1912], выделяя понятие бредового озарения в рамках Б. первичного.

Син.: интуиция бредовая.

***Б. ипохондрический*** — характеризуется переживаниями наличия у больного тяжелого и неизлечимого заболевания, чаще всего соматического, но известны опи­сания Б.и. с представлениями о тяжелой психической патологии (не смешивать с не­редким в дебюте шизофрении страхом «сойти с ума»). Часто это заболевание «необычное», отличающееся от всех известных и поэтому не могущее быть распо­знанным. Нередко Б.и. сочетается, особенно на начальных этапах болезни, с сене- стопатиями. При психогенном ипохондрическом симптомообразовании (особенно при ипохондрическом развитии) можно проследить перерастание вначале психоло­гически понятных и какое-то время доступных коррекции отдельных ипохондриче­ских переживаний, например, типа кардиофобии, через сверхценные идеи в истин­ный Б.и.

***Б. кататимный*** [Maier H.W., 1913] — вторичный аффективный Б., в котором определенную роль играет содержание чувственно окрашенного, депрессивного комплекса представлений. Типичный пример — сенситивный бред отношения Креч- мера.

***Б. катестетический*** (*греч. kataisthanomai* — ощущать, чувствовать) [Гиля­ровский В.А., 1949] — форма бредообразования, в основе которой лежат нарушения интерорецепции. Катестетическими могут быть бредовые идеи воздействия, пресле­дования, ипохондрические. Наиболее часто наблюдается при шизофрении и эпиде­мическом энцефалите.

***Б. кверулянтский*** — см. *Б. сутяжничества.*

***Б. кожных паразитов*** — см. *Б. дерматозойный, Б. поражения паразитами.*

***Б. конфабуляторный*** — характеризуется большой ролью конфабуляций, определяющих его содержание. Чаще всего это образные, фантастические пережи­вания в рамках парафренного бредообразования.

Типичные примеры: 1. *Ретроспективный Б. предвосхищения будущего* [Блейхер В.М., 1983]. Наблюдается при параноидной шизофрении в стадии станов­ления парафренного синдрома. Больные рассказывают о якобы встреченном несколько лет назад человеке, который предсказал все, что сейчас с ним происхо­дит и что еще ждет их в будущем. Близок к ретроактивному Б., однако, в отличие от

него, конфабуляторные тенденции направлены не только в прошлое, но и опосредо­ванно, через прошлое, в настоящее и будущее. 2. *Б. вечного существования* [Блей- хер В.М., 1983]. Наиболее характерен для инволюционной парафрении. Типична направленность болезненных переживаний в прошлое, как и при других разновидно­стях конфабуляторно-фантастического Б. [С.Г. Жислин, 1965].

***Б. конформный*** (*лат. conformis —* подобный) [Bayer W., 1932] — сходный по форме и содержанию систематизированный бред, развивающийся у двух или нескольких совместно живущих и близких друг другу людей. В отличие от индуциро­ванного Б. при Б.к. оба участника психически больны, например шизофренией. Со­держание бреда определяется не только эндогенными, но и психогенными патопла- стическими моментами. Конформность содержания бреда существенно влияет на позицию больных. Больные бредовым образом противопоставляют себя окружаю­щему миру не как отдельные индивиды, а как некая группа. Отличается от сим- бионтических психозов, которые все же относятся к индуцированным и при которых можно выделить индуктора.

***Б. Котара*** [Cotard J., 1880]. Нигилистически-ипохондрический Б. в сочетании с идеями громадности. Наиболее часто встречается при инволюционной меланхо­лии, значительно реже — при циркулярной депрессии.

Различают два варианта Б.К.: 1) ипохондрический — характеризуется сочета­нием тревожно-меланхолического аффекта с нигилистически-ипохондрическим бредом; 2) депрессивный — характеризуется тревожной меланхолией с преоблада­нием депрессивных бредовых идей и идей отрицания внешнего мира мегаломаниче- ского характера.

Син.: синдром Котара, Б. Котара—Сегла, меланхолическая парафрения, ме­ланхолический Б. воображения, мегаломеланхолический Б., Б. громадности и отри­цания.

***Б. любовный*** [Clerambault G., 1925] — параноический симптомокомплекс, ха­рактеризующийся идеями величия и эротоманической направленностью бредовых переживаний (влюбленность в больного какого-либо лица). В своем развитии прохо­дит три стадии: 1) оптимистическую (любовь); 2) пессимистическую (отвращение, враждебность, необоснованные обвинения); 3) стадия ненависти (угрозы, скандалы, анонимные письма).

Син.: эротомания, Б. эротический, Б. эротоманический.

***Б. малого размаха*** — бредовые идеи ущерба, преследования, отравления, распространяемые преимущественно на лиц из ближайшего окружения больного — проживающих с ним вместе родственников, соседей.

Наблюдается обычно при психозах позднего возраста, главным образом инво­люционных, реже — при атеросклеротических.

***Б. манихейский*** [Dide M., Giraud P., 1922] — вариант Б. антагонистического, при котором речь идет о противоборстве, в соответствии с концепцией манихеизма, двух руководящих миром и противостоящих друг другу сил — добра и зла, бога све­та и бога тьмы. (Манихеизм — религиозное учение, названное по имени легендарно­го перса Мани и возникшее на Ближнем Востоке в III в. н.э.).

***Б. мегаломанический*** (*греч. megas* (*megalu*) — большой, *mania* — безумие, сумасшествие) — см. *Б. величия.*

***Б. мессианства*** (*мессия —* в иудейской и христианской религиях ниспослан­ный богом спаситель, который должен явиться с неба для установления «царства Божьего»). См. *Б. альтруистический.*

***Б. метаболический*** — см. *Б. интерметаморфозы.*

***Б. метаморфозы*** (*греч. metamorphosis —* превращение). Вариант Б. воздей­ствия, фабула которого сводится к превращению больного в результате внешнего воздействия в какое-либо животное или неодушевленный предмет.

Син.: Б. превращения.

***Б. микроманический*** — вариант Б. Котара, при котором тело больного или отдельные его части приобретают микроскопические размеры.

***Б. мистический*** (*греч. mystika —* таинственные обряды, таинство) — харак­теризуется выраженным мистическим содержанием болезненных переживаний больного, его убежденностью в том, что с ним и окружающими происходит нечто не­объяснимое, загадочное. К Б.м. относятся бредовые идеи религиозного содержания, утверждения об общении с потусторонним миром.

***Б. наведенный*** — см. *Б. индуцированный.*

***Б. начальный*** [Kraepelin E., 1881] — инфекционный психоз, развивающийся в инкубационном периоде инфекционного заболевания, до повышения температуры тела, когда еще не определилась клиническая картина инфекции. Не является Б. в собственном смысле понятия, феноменологически чаще всего носит характер дели­рия. Наиболее часто встречается и был впервые описан при брюшном тифе, однако наблюдается и при других инфекционных заболеваниях (ветряная оспа, грипп, сып­ной тиф).

Син.: Б. инициальный.

***Б. невиновности и помилования*** [Delbruck А., 1857] — бредовые идеи, со­держание которых сводится к тому, что больной не виновен в инкриминируемом ему правонарушении или больной утверждает, что приговор отменен и он помилован. Наблюдается главным образом при «тюремных психозах» в рамках психогенного бредообразования, иногда при шизофрении.

***Б. нигилистический*** (*лат. nihil* — ничто) — см. *Б. громадности и отрица­ния.*

***Б. обвинения*** — вариант вторичного аффективного, часто депрессивного Б., характеризующийся тем, что, по утверждениям больного, окружающие приписывают ему предосудительные поступки, в которых он вовсе не виноват, безвинно обвиняют его в совершении неблаговидных или преступных действий. Часто сочетается с Б. отношения.

***Б. обнищания*** — вариант вторичного, аффективного, чаще всего депрессив­ного Б., при котором болезненные переживания содержат идею утраты больным и его семьей принадлежащих им материальных ценностей. Чаще всего наблюдается при инволюционной депрессии.

Син.: Б. разорения.

***Б. образный*** — характеризуется наплывом разрозненных, отрывочных пред­ставлений, непоследовательных и нестойких. Это Б. представлений (фантазий, грез), сопровождающихся тревогой, страхом, состояниями экстаза или растерянно­сти. О.П. Вертоградова [1976] сближает понятие Б.о. с понятием бредового вымысла K. Schneider и Б. воображения E. Dupre и J.B. Longre. Многими авторами Б.о. рассматривается как синоним Б. чувственного, однако О.П. Вертоградова и Н.Ф. Де­ментьева [1976] в последнем выделяют Б.о. как своеобразный вариант.

***Б. овладения*** — вариант Б. преследования и воздействия, при котором боль­ной становится объектом манипуляций в руках преследователей, подчиняющих его своей воле, заставляющих совершать те или иные поступки, даже вопреки его жела­нию, навязывающих ему определенные мысли, переживания, память и т.д. Проявле­ние синдрома психического автоматизма Кандинского—Клерамбо.

***Б. одержимости*** — вариант Б. архаического. Отражает переживания о все­лении в тело больного каких-либо живых существ, нередко фантастических, нечи­стой силы. Часто сочетается с Б. овладения, служит проявлением синдрома психи­ческого автоматизма Кандинского—Клерамбо. При одержимости нечистой силой у некоторых больных наблюдается речедвигательные псевдогаллюцинации. Иногда больные утверждают, что внутрь тела проник другой человек (известный актер, мод­ный гипнотизер, ставший популярным благодаря сенсационной прессе экстрасенс); в других случаях в бреде внутреннего существования (zoopathia interna) фигурируют животные.

***Б. онирический*** [Regis E., 1901] — делириозно-онейроидные состояния экзо­генно-органического происхождения (инфекции, интоксикации, энцефалиты, опухоли и травмы головного мозга). Характерно возникновение в ночное время («бред снови­дения»), после пробуждения — фрагментарные болезненные переживания, усилива­ющиеся вновь к вечеру. Иногда болезненные переживания отмечаются и в дневное время при закрывании глаз. В них отражены образы и воспоминания прошлого, сце­ны семейной жизни, профессиональной деятельности. Амнезия неполная.

Ср.: Б. бытовой гипнагогический.

***Б. особого значения*** — близок к Б. отношения. Е.Н. Каменевой [1957] рассматривался как усложненная форма Б. отношения, соответствующая более вы­раженной стадии болезни. Больные придают особый смысл словам и поступкам окружающих. Отношение к больному окружающих обычно выражено в замаскиро­ванной, символической форме, с помощью иносказательных знаков (слов, действий, предметов, имеющих особый смысл). Промежуточное положение между Б. отноше­ния и Б. особого значения занимает Б. намека [Berze J.] — жесты, факты, предметы не случайны, они как бы намекают на неполноценность больного, угрожают ему ка­рой.

***Б. острый*** — острое психотическое состояние с резким двигательным возбу­ждением и помрачением сознания, возникающее при значительном повышении тем­пературы тела и физическом истощении. Характерно иллюзорное восприятие обста­новки, происходящего вокруг, выраженный аффект страха, тревоги, импульсивные поступки. Наблюдается при инфекционных и интоксикационных психозах, при галло­пирующей форме прогрессивного паралича, эпилепсии, при острых травматических и старческих психозах. Б.о. — недостаточно дифференцированное понятие, преиму­щественно относимое к экзогенным психозам, однако из него в качестве одного из вариантов выделена фебрильная шизофрения [Краснушкин Е.К., 1933; Юдин Т.Н., 1939; Stauder К., 1934; Scheid К., 1937], для которой характерны приступы, достигаю­щие уровня фантастически-бредовых, кататоно-онейроидных.

Син.: острый делирий (*лат. delirium acutum*)*,* мания Белла [Bell L.V., 1849], смертельная шизофрения, гипертоксическая шизофрения, фебрильная шизофре­ния.

***Б. осциллирующий*** (*лат. oscillum —* колебание) — нестойкие, итермиттирую- щие, то появляющиеся, то исчезающие бредовые идеи.

***Б. отравления*** — характеризуется идеей о применении по отношению к больному ядовитых веществ, о добавлении их в пищу, воду, о распылении их в воз­духе с целью нанесения вреда здоровью больного или его убийства. Часто сочетает­ся с Б. преследования, при психозах позднего возраста — с Б. малого размаха.

***Б. очарования гипнотического*** [Бехтерев В.М., 1905] — систематизирован­ные бредовые идеи гипнотического воздействия. Больные утверждают, что они здо­ровы, но их загипнотизировали: они лишены своей воли, их поступки внушены извне. Воздействие извне определяет, по заявлению больного, его мысли, речь, письмо. Характерны жалобы на раздвоение мыслей: помимо принадлежащих самому боль­ному мыслей у него якобы есть и чуждые ему, посторонние, внушенные извне. По мнению современных исследователей [Гулямов М.Г., 1965], Б.о.г, является одним из описаний Кандинского—Клерамбо синдрома психического автоматизма.

Близок к Б. овладения.

***Б. параноидный*** — объединяет различные формы Б. с идеями неблагоприят­ного, отрицательного воздействия на больного извне (Б. отношения, воздействия, преследования, отравления, ущерба, обкрадывания и т.п.).

***Б. параноический*** — систематизированный Б., в построении которого основ­ную роль играют интерпретация реальных фактов, особенности паралогического мышления. Всегда кажется обоснованным, менее нелеп и не так резко противоречит действительности, как отрывочный. Б.п. может быть различным по тематике, содер­жанию, фабуле. Параноическое симптомообразование характерно для параноиче­ских развитии, наблюдающихся преимущественно в рамках психопатий [Ганнушкин П.Б., 1914, 1933].

***Б. паранойяльный*** — систематизированный Б., феноменологически близкий параноическому, однако характерный для эндогенных заболеваний и поэтому обна­руживающий иную динамику, что является основным критерием разграничения этих форм Б. E. Kraepelin [1912, 1915], впервые выделивший паранойю, различал два возможных механизма паранойяльного бредообразования: либо в связи с конститу­циональной предрасположенностью, либо на определенном этапе эндогенного про­цесса. При шизофрении наблюдается или в начальной стадии бредообразования, сменяясь последовательно параноидным и парафренным, или, оказываясь доста­точно стабильным, в рамках атипично протекающего паранойяльного варианта па­раноидной формы.

***Б. парафренный*** — характеризуется наличием ретроспективных интерпрета­ций, конфабуляций, ложных узнаваний, пышных бредовых идей величия, бредового фантазирования. См. *Парафрения.*

***Б. первичный*** — см. *Б. примордиальный.*

***Б. персекуторный*** *(лат. persecutio —* преследование) — группа форм Б., протекающих с чувством страха, недоверия и подозрительности по отношению к окружающим. Нередко «преследуемый» становится преследователем. К Б.п. отно­сят Б. преследования (в собственном, более узком, смысле), отношения, значения, воздействия, отравления, ущерба.

***Б. поражения паразитами*** [Wieser S., Keiser H., 1966] — характеризуется жалобами больных на мнимое поражение паразитами различных частей тела, кожи, жилища, одежды. Жалобы основаны на испытываемых ими мучительных ощущени­ях. Наиболее часто встречается в возрасте 50-60 лет, особенно у женщин. Наблюда­ется при инволюционной парафрении и меланхолии, атрофических процессах, де­прессивных состояниях различной этиологии, параноических развитиях. Часто при этом отмечаются нарушения кожной иннервации и заболевания кожи.

Ср.: Берса—Конрада синдром, пресенильный дерматозойный бред Экбома.

***Б. превращения —*** см. *Б. метаморфозы.*

***Б. преследования*** — характеризуется тенденцией больного видеть направ­ленное против него преследование со стороны других людей. При этом часты аф­фекты тревоги и страха. Нередко сочетается со слуховыми галлюцинациями. Может быть как отрывочным, так и систематизированным. Входит в группу синдромов Б. персекуторного.

***Б. примордиальный*** (*лат. primordialis —* изначальный, первичный) [Griesinger W., 1867] — изначальный, первичный Б., возникновению которого не предшествуют обязательные, согласно концепции единого психоза, стадии аффек­тивных расстройств, меланхолии и мании. В последующем в психиатрической ли­тературе первичный, истинный Б. рассматривался как невыводимый из других пси­хопатологических расстройств, психологически необъяснимый [Jaspers К., 1913; Schneider К., 1931; Gruhle H.W., 1932].

K. Jaspers различал в первичном Б. бредовое восприятие (бредовое истолко­вание адекватно воспринимаемых вещей), бредовое представление (ретроспектив­ное переосмысливание реальных воспоминаний, внезапные наития, озарения) и бредовое осознание (возникновение у больного знаний об имеющих якобы важное мировое значение событиях). K. Schneider объединял бредовое представление и бредовое осознание и рассматривал их как бредовое озарение; бредовое восприя­тие он относил к симптомам первого ранга при шизофрении. Типичным примером примордиального (первичного) Б. является шизофренический Б.

Первичному Б. противопоставляется вторичный (или бредоподобные идеи), выводимый из расстройств сознания, аффективности, галлюцинаций, психологиче­ски понятный Б., наблюдающийся при параноическом развитии.

Большинство современных психиатров признают лишь клинико-феноменоло­гическое выделение Б.п., тогда как по патогенезу рассматривают любые формы бредообразования как вторичные, в происхождении которых важную роль играют расстройства перцепции, аффективности, мышления, сознания. Этап предшествую­щих манифестации первичного по клинической картине Б. психических расстройств просматривается, они протекают латентно, не проявляясь внешне явными расстрой­ствами поведения. Поэтому Б.п. часто производит впечатление неожиданно возни­кающего, психологически невыводимого, непонятного. В.Б. Иванов [1979] подчерки­вает значение неосознаваемых механизмов условнорефлекторной психической дея­тельности в первичном шизофреническом бредообразовании.

***Б. притязания.*** Характеризуется борьбой больного против допущенной не­справедливости, попрания его прав — социальных, научных (на открытие) и т.п. Ча­сто сочетается с идеями реформаторства, кверулянтскими.

***Б. разорения*** — см. *Б. обнищания.*

***Б. ревности*** — характеризуется идеями супружеской неверности, всегда в связи с причиняемым больному моральным и материальным ущербом. Чаще яв­ляется систематизированным. Наблюдается в рамках параноического развития, при алкоголизме. При шизофрении Б.р. носит чаще характер параноидного, возникает без видимой причины, не соответствует преморбидным особенностям личности.

***Б. резидуальный*** [Neisser С., 1894] — возникает в связи с перенесенным пси­хотическим состоянием на фоне внешней нормализации поведения. Содержит фраг­менты прежних болезненных переживаний. Может наблюдаться после острых гал­люцинаторно-параноидных состояний, после делирия (делириозный бред), по выхо­де из эпилептического сумеречного состояния. При эпилепсии резидуальное бредо- образование связано с такими особенностями сумеречных состояний, как их интен­сивность, частота, фотографическая повторяемость, литический характер выхода из них [Фрумкин Я.П., 1936]. Материалом резидуального бредообразования при эпи­лепсии могут быть и окрашенные в отрицательные эмоциональные тока дисфории [Блейхер В.М., Золотницкий Р.И., 1963]. В последнем случае это чаще всего ипохон­дрический Б.

***Б. ретроактивный*** [Sommer К., 1901] — искаженная интерпретация событий прошлой жизни больного в свете его бредовых переживаний. Иногда, при парафрен- ном характере бреда, важную роль в генезе такого истолкования играют парамне- стические расстройства.

Син.: Б. ретроспективный.

***Б. реформаторства*** — вариант Б. величия, характеризующийся идеями ко­ренного переустройства жизни страны, мира — политического, экономического, ре­лигиозного. Нередко сочетается с идеями преследования. Как правило, является си­стематизированным.

***Б. самообвинения*** — один из наиболее типичных вариантов Б. депрессивно­го. Характерно приписывание больным себе якобы совершенных им в прошлом или совершаемых в настоящее время поступков, наносящих большой вред окружающим, гибельных для них. Нередко является мотивом суицидального поведения. Часто больной жаждет наказания за эти поступки. Сама депрессия больным психологиче­ски нередко выводится из идей самообвинения.

***Б. самоуничижения*** — переживание больным идеи собственной ничтожности

— физической, психической, моральной. Больной представляется личностью, отри­цательной не только с точки зрения окружающих, но и в собственном представле­нии. Вариант Б. депрессивного.

***Б. сверхценный*** [Birnbaum К., 1915, 1928] — Б., развивающийся из сверхцен­ных идей через стадию сверхценных представлений бредового характера. В даль­нейшем может смениться паранойяльным [Смулевич А.Б., 1972].

***Б. сенситивный отношения*** [Kretschmer Е., 1918] — бредообразование, в основе которого лежит повышенная личностная чувствительность больного, его ак­центуированная аффективность и известная конституциональная предрасположен­ность. Таким образом, Б. отношения выводится как бы из характера преморбидной личности и из аффективного состояния больного. Понятие Б.с.о. привлекалось для объяснения бредообразования при паранойе в соответствии с концепцией ее психо­генеза. При этом в плане многомерной диагностики учитываются такие факторы, как конституция (сенситивный характер), переживание и специфический внешний раз­дражитель. По современным представлениям, речь идет о параноическом развитии.

***Б. систематизированный*** — характеризуется наличием определенной бре­довой системы. Отдельные бредовые построения взаимосвязаны. Нарушено пре­имущественно абстрактное познание окружающего мира, искажено восприятие вну­тренних связей между различными явлениями, событиями. Противопоставляется Б. отрывочному. Типичные примеры — Б. паранойяльный, параноический, некоторые формы Б. парафренного.

***Б. сутяжничества*** — характеризуется упорной борьбой по отстаиванию своих якобы попранных прав. При этом больные обращаются с жалобами во всевоз­можные инстанции, собирают огромные количества представляющихся им важных документов. Нередко наблюдается при параноическом развитии; прослеживается динамика от реально обусловленных конфликтных переживаний через стадию сверхценных идей к Б.с., не снижающему своей интенсивности даже при уходе со сцены участников первоначального конфликта — само сутяжничество становится самоцелью.

Син.: Б. кверулянтов (*лат. querulus —* постоянно жалующийся), сутяжное по­мешательство.

***Б. тугоухих*** — возникает у лиц со значительным снижением слуха в связи с болезненной интерпретацией дефектно воспринимаемой или вовсе недоступной больному речи окружающих. Чаще всего — идея отношения, преследования.

Син.: Б. преследования тугоухих.

***Б. физического недостатка, неприятного для окружающих*** [Николаев Ю.С., 1949] — разновидность дисморфофобий бредового характера (дисморфома- ний). Больные высказывают бредовые идеи о недержании ими газов.

***Б. чувственный*** — несистематизированный, отрывочный Б. Более нелеп, чем систематизированный, менее аффективно насыщен. Чаще всего проявляется в болезненном восприятии тех или иных факторов окружающей действительности. В его основе — нарушение чувственного познания, непосредственного отражения предметов и явлений окружающего мира. Характерны внезапность возникновения фабулы, ее наглядность и конкретность. По О.П. Вертоградовой [1976], Б.ч. — это Б. восприятия, тогда как Б. образный — это Б. представлений.

***Б. эротического презрения*** [Kehrer F., 1922] — особая форма эротического бреда, возникающего чаще всего у одиноких, неустроенных женщин. Больные утвер­ждают, что все окружающие (весь город, вся страна) считают их женщинами легкого поведения. Вначале может возникнуть реактивно, в связи с действительно имевшим место в жизни больной эпизодом, который она рассматривает как сексуально-этиче­скую неудачу. Впоследствии все это бредовым образом интерпретируется. Бредооб- разование носит характер психогенного по механизмам выделенного Kretschmer сенситивного бреда отношения.

***Б. эротического преследования*** [Krafft-Ebing R., 1890] — вариант Б. эроти­ческого, при котором больные считают себя жертвами сексуальных притязаний и оскорблений со стороны окружающих. Чаще всего наблюдается у женщин, которые утверждают, что их преследуют мужчины, которым потакают, способствуют и некото­рые женщины. При этом часты слуховые галлюцинации оскорбительного содержа­ния и неприятные ощущения в области половых органов. Возможны попытки само­убийства больных, оговоры ими окружающих, обвинение в изнасиловании. Нередко больные устраивают своим мнимым преследователям скандалы в публичных местах или проявляют к ним агрессию. Наблюдается при шизофрении, в клинике парафрен- ных состояний.

***Б. эсхатологический*** (*греч. eschaton —* предел, конец, *logos —* учение). См. *Б. апокалиптический.*

**Бред шизофренический, стадии по Конраду** [Conrad K., 1958] — характери­зуют динамику бредообразования при острой шизофрении. Начальная стадия — трема — соответствует картине бредового настроения; ее основные признаки — тревожность, растерянность. Вслед за ней наступает стадия апофении, то есть соб­ственно бредовая. Апофения соответствует понятиям «бредовое представление» и «бредовое восприятие». Происходит измененное осознание окружающего. Для апо­фении характерна эгоцентрическая, солиптическая позиция больного. Измененное ненормальное переживание окружающего (анастрофа) проявляется в том, что все происходящее вокруг ставится больным в связь с его личностью (ср.: феномен при­своения). Апофения сменяется либо апокалиптической стадией, либо «консолидаци­ей», либо «резидуальным дефектом». Апокалиптическая стадия проявляется распа­дом цельного восприятия больным окружающего, все вокруг воспринимается им в соответствии с каким-то особым смыслом, значением окружающих предметов. Апо- калиптика соответствует переживаниям больного при острой кататонии.

Бредовые синдромы типа апофении, по K. Conrad [1959], наблюдаются и при симптоматических психозах, в рамках которых они осложняются иллюзиями и галлю­цинациями и перерастают в синдромы помраченного сознания.

**Бреда инкапсуляция** (*лат. in* — в, *capsula —* ящичек, ларчик). Прекращение развития бреда, утрата им влияния на осмысление окружающего и поведение боль­ного. Дезактуализация бреда при оставшихся сохранными прежних болезненных идеях.

**Бреда кристаллизация** [Балинский И.М., 1859]. Период в развитии первично­го бреда, непосредственно следующий за периодом предвестников — «первичного бредового настроения». На смену крайне тягостным для больного подозрениям и ожиданиям, недоверчивости, подозрительности, когда все окружающее приобретает какой-то особый смысл, приходит бредовое осознание. Реальные события активно переосмысливаются в плане бредовых переживаний, расширяется круг бредово ин­терпретируемых событий, явлений и устанавливаются понятные только больному связи между ними. Возникает бредовая система, в которой можно выделить ее ось. Сменяется периодом регресса бреда, характеризующимся распадом бредовой си­стемы.

**Бреда прообразы** [Башина В.М., 1980]. Психопатологические состояния, об­наруживаемые при ранней детской шизофрении, в возрасте 5-7 лет, и характеризую­щиеся аффектом тревоги, беспокойства, страха, негативизмом, на высоте которых возникает недоброжелательное отношение к родным или отрицательное — к пище. Антипатия к родным или вовсе не объяснима, или мотивы отношения ребенка носят совершенно неадекватный, противоречивый характер. Стойкое, некорригируемое отрицательное отношение к пище сопровождается тревогой, необъяснимым стра­хом. Эти симптомы являются своеобразными ощущениями, не достигающими в сво­ем развитии уровня стойкого патологического суждения, но приобретающим ряд свойств последнего: они беспричинны, не поддаются коррекции, определяют пове­дение больного.

**Бредовая защита.** Защитное поведение больного, обусловленное его бредо­выми переживаниями. Включает действия больного, направленные против предпо­лагаемых врагов, собирание доказательств своей правоты (например, больной с бредом интерметаморфозы, утверждающий, что под видом его жены к нему в дом засылалось свыше 10 женщин, принимавших ее облик, собирает фотографии жены в разные периоды жизни, чтобы все же найти отличия), попытки расправы с врагами, бредовую миграцию.

**Бредовая миграция.** Перемена больным под влиянием бредовых пережива­ний места жительства (квартиры, города, страны), смена привычных маршрутов, якобы контролируемых преследователями. Наблюдается при бреде преследования, отравления, ущерба.

**Бредовое восприятие** [Jaspers К., 1913]. Вариант первичного бреда — бре­довое истолкование адекватно воспринимаемых вещей. Предмет или явление вос­принимаются правильно, но им придается неадекватное, бредовое значение. Новое восприятие значения вещей недоступно критическому переосмыслению. Диапазон Б.в. — от неясной, еще непонятной больному значимости вещей (необычный взгляд встреченного человека, особенности его одежды и т.п.) до бредовых идей значения, отношения.

**Бредовое озарение** [Schneider К., 1939]. Вариант первичного бреда, включа­ющий в себя бредовое представление и осознание; по K. Jaspers, предполагает вне­запную, интуитивную актуализацию бредовой мысли.

**Бредовое осознание** [Jaspers К., 1913]. Вариант первичного бреда. Характе­ризуется возникновением у больного знаний об имеющих, по его мнению, важное мировое значение событиях, хотя раньше он никогда над этими проблемами не за­думывался.

**Бредовое представление** [Jaspers К., 1913]. Вариант первичного бреда. Ха­рактеризуется ретроспективным переосмыслением реальных воспоминаний или внезапными наитиями, «озарениями», которые не вытекают из предшествовавших размышлений и возникают совершенно неожиданно. Характерно своеобразное инту­итивное мышление, часто встречающееся у больных шизофренией и связываемое с расщеплением личности [Bleuler M., 1972].

**Бредовые вспышки** [Magnan V., 1893]. Острые галлюцинаторно-бредовые шизофреноподобные психозы. Характерно их острое возникновение, ясность созна­ния (отсутствие грубых нарушений сознания), течение по типу эпизодов, наступле­ние спонтанной ремиссии. Бред возникает внезапно («мгновенность озарения»), его фабула полиморфна и нестойка; как правило, наблюдается интенсивный аффект (повышенное настроение или депрессия). Б.в. полиэтиологичны и возникают не только у «дегенерантов». По выходе из психоза больные не обнаруживают призна­ков психического дефекта. Возможны рецидивы. Б.в. — сборное понятие, включаю­щее в себя: 1) острые фантастические психозы [Dupre E., 1925], для которых харак­терны фантастические бредовые идеи величия и, реже, самообвинения с характе­ром громадности; 2) острые интерпретативные психозы [Serieus P., Capgras J.M.J., 1909], протекающие по типу острых параноидов со страхом и тревогой; 3) острые галлюцинаторные вспышки с преобладанием вербальных галлюцинаций, псевдогал­люцинаций и идей воздействия, описанные Еу Н. [1954]; 4) истинно полиморфные формы [Еу Н., 1954], отличающиеся отсутствием систематизации бредовых идей. В отечественной психиатрии рассматриваются как острые приступообразные эндоген­ные психозы [Пападопулос Т.Ф., 1975].

**Бредовые предвосхищения** [Сумбаев И.С., 1948, 1958]. Формы бреда, кото­рым присуща направленность болезненных переживаний в будущее. Автор связы­вал это с сохранностью известной психической активности, однако известны бредо­вые, парафренные синдромы, которым одновременно присуща направленность и в прошлое, и в настоящее, и в будущее (см. *Бред конфабуляторный — Бред ретро­спективный предвосхищения будущего*)*.*

**Бредоподобные фантазии** [Siefert S., 1907, Birnbaum К., 1908]. Одна из форм истерических реакций, близких к мифомании Дюпре. Вымыслы больных настолько нелепы и неправдоподобны, что приобретают сходство с бредовыми утверждения­ми. Развиваются на фоне истерически суженного сознания. Нестойкие идеи ве­личия, богатства, значимости, носящие фантастически-гиперболический характер. Содержание Б.ф. меняется в зависимости от ситуации.

Син.: фантастически-дегенеративные формы.

**Брейера метод гипнокатарсиса** [Breuer J., 1893]. Психотерапевтический ме­тод, при котором больного, находящегося в гипнотическом состоянии, просят вспо­мнить травмирующее обстоятельство, сыгравшее патогенную роль в возникновении его заболевания. Механизм психотерапевтического воздействия рассматривается как катартический, результатом осознания психотравмы является освобождение от патогенного ее воздействия, процесс «очищения». По Breuer, патогенными являются только амнезируемые неблагоприятные факторы, конфликтные переживания, актуа­лизация же их в памяти и сознании приводит к излечению от невроза, Б.м.г. явился одним из путей, приведших к развитию психоанализа. Случай Анны О., которую Breuer и Freud лечили методом гипнокатарсиса по поводу истерических кашля, пара­личей и расстройств речи, был описан S. Freud в его первых работах. Однако вместо исцеления у этой больной наблюдалось возникновение новой симптоматики — мни­мой беременности, что послужило основанием для выделения фактора перенесе­ния, который Freud рассматривал как проявление отношения больной к психо­терапевту.

Метод гипнокатарсиса используется в отечественной психотерапии, будучи освобожденным от психоаналитического пансексуализма [Асатиани М.М., 1926; Кон- сторум С.И., 1959; Иванов Н.В., 1973]. Вопросы теории гипнокатарсиса рассматрива­ются в тесной связи с материалистическим пониманием проблемы бессознательно­го [Рожнов В.Е., 1979].

См. *Асатиани метод репродуктивных переживаний.*

**Брем-Грезер тест семьи зверей** [Brem-Graser L., 1959]. Проективный тест для изучения отношения ребенка к ситуации в семье. Применяется для исследова­ния детей в возрасте от 4-5 лет и старше. Ребенок должен на рисунке представить свою семью в облике семьи различных зверей. Интерпретация результатов с помо­щью специального каталога свойств зверей. Пригоден для индивидуальных и груп­повых исследований. Используется для психодиагностики личности и неврозодиа- гностики.

**Брике синдром** [Briquet P., 1859]. Одно из первых систематических описаний истерии, протекающей с полиморфной симптоматикой. В современной литературе употребляется для обозначения: 1) случаев истерии, в клинической картине которых отмечаются охрипший голос, учащение дыхания, судорожные движения диафрагмы [Peters U.H., 1977]; 2) полисимптомных форм истерии, характеризующихся частым обращением больных к врачам любого профиля, настойчивыми требованиями ими медикаментозного и хирургического лечения, неопределенными или весьма драма­тическими медицинскими историями, преподносимыми пациентами, обилием предъ­являемых ими жалоб и демонстрируемых симптомов, каждого из которых было бы достаточно, чтобы больной умер, стремлением получить медицинское разъяснение этих симптомов [Campbell R.J., 1981]. Во втором варианте Б.с. близок к Мюнхаузена синдрому.

**Бриссо—Мари симптом** [Brissaud E., Marie P.]. Односторонний тик мышц языка и губ. Вначале был описан как симптом истерии, однако впоследствии была показана возможность его органического происхождения (в структуре Жиля де ла Ту­ретта синдрома).

**Бродского жидкость** [Бродский Ф.И., 1954]. Лекарственная смесь, употребля­емая при лечении эпилепсии. Содержит кальция хлорид, меркузал, фенобарбитал, натрия тетраборат, метилкофеин. Принимается per os.

**Бройтигама синдром** [Brautigam W.]. Регресс личности у наркоманов, прояв­ляющийся в поражении так называемого ядра личности (утрата чувства долга, от­ветственности, совестливости). Больные бестактны, ненадежны, лживы. Страдают высшие интересы. Меняется поведение, появляется склонность к неадекватным разрядам аффекта. Снижается трудоспособность. Наблюдается склонность к незна­чительным обидам, огорчениям.

**Брока центр** [Broca Р., 1861]. Двигательный центр речи. Расположен в задней трети нижней лобной извилины доминантного полушария. При поражении Б.ц. отме­чается симптомокомплекс афазии моторной.

**Бромгидрофобия** (*греч. bromos —* дурной запах, *hydor —* вода, влага, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь, что окружающие могут заметить дурной запах тела, потливость больного. Может входить в структуру дисморфофобии.

**Бронтофобия** (*греч. bronte —* гром, *phobos —* страх). Навязчивый страх — боязнь грома.

**Брунса симптом** [Bruns L., 1902]. Приступы интенсивной головной боли и рво­ты, появление головокружения и нарушение чувства равновесия при резком измене­нии положения головы, особенно при наклоне ее вперед. При этом отмечаются на­рушения пульса, дыхания, помраченное сознание. Преходящие амавроз, скотома. Б.с. является следствием периодически возникающих затруднений оттока ликвора из желудочков головного мозга и наблюдается при опухолях и цистицеркозе IV желу­дочка, при опухолях мозжечка, при образовании спаек оболочек в задней черепной ямке.

**Букка тест рисунка дома — дерева** [Buck J.N., 1948]. Одна из проективных психологических методик для исследования личности. Испытуемому предлагают на­рисовать дом, дерево и человека (неструктурированный период теста), затем обсле­дующий обсуждает с ним особенности рисунка (более структурированный, словес­ный, период). Считается, что мотивы теста стимулируют у испытуемых свободные словесные ассоциации, в которых отражаются их специфические личностные черты. Интерпретация психоаналитическая.

**Булатова — Буля методика психотерапии** [Булатов П.К., Буль П.И., 1956]. Сочетанное применение электросна и гипноза. Вначале с помощью аппарата для электросна создается глубокое сонное торможение, на фоне которого производится гипнотическое внушение. Последовательность электросна и гипноза иная, чем в Виша — Ларионова методике. Предложена для лечения некоторых внутренних забо­леваний (язвенная и гипертоническая болезни, бронхиальная астма, системные не­врозы).

**Булаховой синдром** [Булахова Л.А., 1982]. Вариант дисгармонического недо­развития психики. Характеризуется ускоренным интеллектуальным и речевым раз­витием («роботообразное», формально-логическое мышление, высокие возможно­сти абстрагирования) наряду с грубым недоразвитием эмоционально-волевых свойств (примитивность эмоциональных инстинктивных проявлений), элементарных навыков и адаптивного поведения. Асинхронность в психическом и моторном разви­тии наблюдается с первых месяцев жизни. Отмечаются недостаточность тонкой мо­торики речевой артикуляции, дефектность двигательно-кинестетического анализато­ра. Несформированность функционально-морфологических систем с дефектом эмо­циональных мотиваций приводит к нарушениям приспособления ребенка к среде. В происхождении Б.с. играют роль конституционально-наследственные и резидуально­органические факторы. По клиническим проявлениям и патогенезу отличается от Каннера синдрома детского аутизма, Аспергера синдрома психопатии и олигофре­нии с частичной одаренностью.

**Булимия** (*греч. bus —* бык, *limos —* голод). Патологически усиленный, чрез­мерный аппетит, прожорливость, неутолимое чувство голода. Наблюдается при ор­ганических поражениях головного мозга межуточно-диэнцефальной локализации. При Клейне—Левина синдроме сочетается с приступами сна во внеурочное время. Часто отмечается при глубоком слабоумии (прогрессивный паралич, сенильная де­менция, пресенильные атрофии), при кататонической шизофрении, в депрессивных состояниях (может служить симптомом латентной депрессии).

Син.: «воловий» голод, «волчий» голод, кинорексия.

**Буля методика психотерапии** [Буль П.И., 1960]. Комплексное применение в психотерапевтических целях гипноза, электросна и в процессе последнего фармако­логических средств с отрицательного полюса электрода аппарата для электросна. Предложена для лечения больных бронхиальной астмой и гипертонической болез­нью. Вводят никотиновую кислоту, снотворные, адреналин и др.

**Бумке симптом** [Bumke О., 1903]. Отсутствие расширения зрачков под влия­нием психического переживания или болевого раздражения у больных ранним сла­боумием (шизофренией).

**Бурдона проба** [Bourdon В., 1895]. Экспериментально-психологическая мето­дика для исследования внимания, работоспособности. Известны модификация В.Я. Анфимова [1908], А.Г. Иванова-Смоленского [1928].

**Бурдона тест.** См. *Бурдона проба.*

**Бурневиля синдром.** См. *Склероз туберозный головного мозга.*

**Бурно метод психотерапии творческим самовыражением** [Бурно М.Е., 1983]. Клинико-психотерапевтический метод, предназначенный для лечения погра­ничных психических расстройств (в широком спектре, включая и малопрогредиент­ную шизофрению), отличающихся дефензивными проявлениями (тягостное пережи­вание больным своей неполноценности). Занятия индивидуальные и групповые, в амбулаторных условиях и в домашней обстановке. Больные обучаются разнообраз­но творчески выражать себя соответственно своим способностям, изучают прису­щие им личностные особенности, характерологические радикалы, специфику типич­ных для них невротических и неврозоподобных расстройств. Утверждаясь в себе, участвуя в общественно полезной жизни, пациенты отыскивают выход из болезнен­ного состояния. Полный амбулаторный курс лечения продолжается 2-5 лет.

**Бускаино метод гиперпиротерапии** [Buscaino V.M., 1938]. Один из методов пирогенной терапии психозов (см. *Вагнер-Яурегга метод маляриотерашш, Шрёде­ра метод сульфозинотератш*)*.* Был предложен для лечения шизофрении и заклю­чается во введении внутривенно два раза в неделю тифопаратифозной вакцины в дозе, повышающей температуру тела до 38,5-39,5 град. С. Проводится 2-3 курса ле­чения (курс — 16-20 вливаний). Относится к средствам общебиологической терапии психозов, способствует мобилизации защитных сил организма и, в соответствии со взглядами Бускаино на патогенез шизофрении, борьбе с аутоинтоксикацией. Отме­чается известная эффективность при параноидной и гебефренной формах ши­зофрении.

**Буянова методика тренировочной психотерапии** [Буянов М.И., 1976]. Сбор­ная группа психотерапевтических приемов, включающая приемы, основанные на самовнушении и примыкающие к суггестивной психотерапии (аутогенная трениров­ка, мышечная релаксация и др.), приемы с выраженным условно-рефлекторным компонентом (угашение патологического рефлекса и некоторые приемы поведенче­ской терапии, функциональные тренировки, самотренировки), способствующие вы­работке положительных условных рефлексов. Предложена для психотерапии невро­зов у детей и подростков.

**Бьянки синдром** [Biancki L.]. Сочетание сенсорной афазии, апраксии и алек­сии при поражении теменно-височного отдела коры доминантного полушария голов­ного мозга.

\_В\_

**Вагабондаж** (*лат. vagabundus —* странствующий, скитающийся). Непреодо­лимое стремление к бродяжничеству, скитаниям, постоянной перемене мест. На­блюдается главным образом при психопатиях, может носить невротический харак­тер (при неврозе навязчивых состояний). Входит также в структуру тасикинезии (см. *Ио синдром*)*.*

Син.: дромомания, пориомания.

**Вагинизм** (*лат. vagina —* влагалище). Повышенная чувствительность слизи­стой влагалища к прикосновению, склонность к рефлекторным спазмам мышц пред­дверия влагалища и тазового дна. Затрудняет, а иногда делает невозможным поло­вой акт, гинекологическое обследование. Часто наблюдается при истерии.

Син.: вагодиния, вульвизм.

**Вагнер-Яурегга метод** [Wagner-Jauregg J., 1917]. Лечение прогрессивного па­ралича прививками малярии. Попытки лечения психических заболеваний прививка­ми возвратного тифа предпринимал в 1876 г. в Одессе доктор А.С. Розенблюм.

Син.: маляриотерапия.

**Вагнер-Яурегга симптом** [Wagner-Jauregg J.]. При легком надавливании на глазные яблоки удается установить контакт с больным, находящимся в состоянии кататонического ступора.

**Ваготония** (*анат. vagus —* блуждающий нерв). Один из видов диссоциации деятельности вегетативной нервной системы — преобладание тонуса парасимпати­ческого ее отдела над симпатическим. Проявляется брадикардией, снижением АД, гипогликемией, гипергидрозом и т.д.

Син.: парасимпатикотония.

**Вайтбрехта псевдогаллюцинации** [Weitbrecht H.J., 1967]. Слуховые псевдо­галлюцинации кататимного происхождения, чаще всего отличающиеся угрожающим или упрекающим характером. Наблюдаются главным образом при психозах позднего возраста, протекающих с выраженной тревогой.

**Валентина Святого болезнь.** Одно из старых названий эпилепсии.

**Вальденштрёма синдром** [Waldenstrom J., 1945]. Одна из форм тиреотокси­коза, отличающаяся остротой течения. При отсутствии своевременного лечения воз­можен летальный исход. Наблюдаются психотические состояния, галлюцинации, бессонница или, наоборот, чрезмерная сонливость.

**Вальтер-Бюэля триада** [Walter-Buel H., 1951]. Признаки, характерные для ор­ганического психосиндрома: ослабление памяти, ухудшение понимания, недержание аффектов.

**Вампиризм** (*фр. vampire; нем. vampir —* чудовище, призрак, высасывающий кровь из жертвы). Вид перверсии (садизма), при которой половое удовлетворение достигается осквернением трупа, нередко обезображиваемого, разрезаемого на ча­сти.

Син.: некросадизм, некрофилия, бертранизм.

**Вартегга рисуночный тест** [Wartegg E., 1963]. Проективный метод исследо­вания личности. Больному предлагают 8 квадратов, содержащих знаки-раздражите­ли (точку, волнистую линию, отрезки прямых в различных положениях, заштрихован­ный квадрат, полуокружность, пунктирную полуокружность). Эти знаки рассматрива­ются как начальные линии рисунков, которые обследуемые должны создать на их основе. Интерпретация результатов, по Wartegg, является эклектической, однако апробация этой методики при исследовании больных шизофренией и эпилепсией показывает ее известную диагностическую значимость [Блейхер В.М., Чередниченко А.Т., 1976]. K. Meili [1969] проводит аналогию между В.р.т. и методом Роршаха, так как оба они построены на переработке и интерпретации заданных стимулов в допус­кающих неоднозначную мотивацию условиях исследования.

**Вассермана реакция** [Wasserman A., 1906]. Серологическая реакция для диа­гностики сифилиса. Основана на свойстве сыворотки крови больных сифилисом об­разовывать с соответствующим антигеном комплекс, абсорбирующий комплемент (реакция связывания комплемента). При предположении о нейросифилисе В.р. про­водится не только с кровью больного, но и с ликвором. В связи с частой неспецифи­чески положительной В.р. в крови ее дополняют осадочными реакциями Кана и Зак- са—Витебского (при взаимодействии сыворотки крови больных сифилисом с липид­ным антигеном происходит образование преципитатов). Оценка результатов до 4 плюсов.

**Вателя синдром.** Резкая декомпенсация личности в связи с неблагоприятной ситуацией профессионального характера, совершенно неадекватная реальной ситу­ации. Характерна острота симптоматики — тревога, предчувствие неизбежной смер­ти, паника, суицидальные мысли и поступки. Преморбидные личностные особенно­сти: незрелость, изоляция от окружающих людей. Последняя может быть как лич­ностно-типологической особенностью, так и проявлением механизмов психологиче­ской защиты. Происходит акцентуация, актуализация прежних травмирующих ситуа­ций или неразрешенных конфликтов. Описан M.P. Livadon, M.M. Quidu, M.J. Rabardel [1963] и рассматривается ими как невроз эмоциональной сенсибилизации.

*Ватель —* повар принца Конде, известный тем, что предпочел самоубийство в ситуации, которая угрожала его профессиональной чести, опасаясь, что к столу не поспеет свежая морская рыба.

**Введенского теория парабиоза** [Введенский Н.Е., 1901]. Выделение в функ­ционировании нервной ткани под влиянием внешних агентов стадии пониженной ла­бильности, характеризующей переход возбуждения в торможение. Парабиоз — обратимое изменение нервных клеток, переходящее при углублении и усилении действия вызвавшего его агента в необратимое нарушение жизнедеятельности — смерть. Для перехода возбуждения в состояние стойкого парабиотического тормо­жения (пессимум) важна не столько абсолютная сила раздражителя, сколько относи­тельная, превышающая предел устойчивости данной нервной системы в данное время. Важное значение придается единству процессов возбуждения и торможения, возникновение которых зависит от уровня лабильности нервного субстрата. Пара­биоз рассматривается как запредельное торможение, результат трансформации процесса возбуждения. Парабиозу присуще искажение силовых процессов в жизне­деятельности нервных клеток, проходящее последовательно три фазы: 1) провизор­ную (уравнительную) , в которой уравниваются эффекты воздействия более сильных и умеренных раздражителей; 2) парадоксальную, в которой сильный раздражитель не дает эффекта; 3) тормозящую, в которой нервная ткань полностью утрачивает способность к проведению возбуждения любой интенсивности.

В.т.п. сыграла важную роль в создании Ухтомского теории доминанты и фи­зиологической Павлова теории высшей нервной деятельности (см.), привлекается для патофизиологического объяснения ряда психопатологических явлений (напри­мер, острых психогенных реакций), для понимания сущности гипноза.

**Вдавления пальцевые** (*анат. impressiones digitate*)*.* Углубления на внутрен­ней поверхности свода черепа, внешне напоминающие следы от давления пальцев. При некоторых заболеваниях головного мозга (главным образом опухолях) В.п. ста­новятся более углубленными, что замечается при рентгенографии. При гидроцефа­лии В.п. истончаются.

**Вегетативная дистония** [Wichmann В., 1934]. Нейровегетативный синдром, проявляющийся признаками функциональных нарушений деятельности внутренних органов — желудка, пищевода, сердца и т.д., головной болью, колебаниями артери­ального давления, внутренним напряжением, возбужденностью, раздражительно­стью, внутренним беспокойством, повышенной утомляемостью. Некоторыми иссле­дователями рассматривается как самостоятельный невроз — вегетоневроз.

Син.: нейровегетативная дистония, нейровегетативный синдром Вихмана.

**Везанический** (*лат. vesanius —* безумный, неистовый). Определение ярко и всесторонне выраженного психопатологического феномена. См. *Везания.*

**Везания** (*лат. vesania —* безумие, помешательство). См. *Кальбаума везания.*

**Вейтценхоффера — Хилгарда шкала** [Weitzenhoffer A.M., Hilgard E.R., 1962]. Служит для определения степени глубины гипнотического состояния. Учитываются такие факторы, как заранее внушенное опускание поднятой до определенного уров­ня руки, внушенные галлюцинации, наличие внушенных сновидений, регрессия воз­раста, аносмия, обездвиженность руки, возможность вызывания негативных галлю­цинаций (больной не видит в связи с суггестией реальных предметов), постгипноти­ческая амнезия.

Шкала построена по типу психометрических тестов, исследование длится око­ло 1 ч. Была использована для обнаружения связи между гипнабельностью и други­ми личностными особенностями индивидуума [Hilgard E.R., 1965].

Син.: стенфордская шкала С.

**Веко третье.** Вертикальная кожная складка во внутреннем углу глаза боль­ных, страдающих болезнью Дауна.

Син.: эпикант (*греч. epi —* над, возле или внутри, *kanthos —* угол глазной щели).

**Векслера тест** [Wechsler D.]. Один из наиболее распространенных психологи­ческих тестов для исследования интеллекта с помощью серии экспериментальных методик-субтестов. Был разработан в двух вариантах в 1949 и 1955 гг. Различаются вербальные и невербальные субтесты. Суммарный показатель выражается интел­лектуальным коэффициентом (IQ).

**Векслера шкала памяти** [Wechsler D., 1945]. Тест для психометрического ис­следования функции памяти. Состоит из ряда субтестов, направленных на изучение механической, смысловой и ассоциативной памяти. Дает возможность сопоставить слуховую и зрительную, кратковременную и долгосрочную память. Вычисляются аб­солютные показатели и с поправкой на возраст — корригированный показатель па­мяти. Последний по специальной таблице может быть преобразован в эквивалент­ный показатель памяти, соответствующий ранжированию уровня интеллекта по шка­ле интеллекта Векслера.

**Вельвовского психопрофилактика болей при родах** [Вельвовский И.З., 1950]. Комплекс психотерапевтических и психогигиенических мероприятий, включаю­щий в себя дородовую подготовку и психогигиеническое ведение в родах. Содержит приемы рациональной психотерапии (разъяснение, убеждение), внушение в бодрствующем состоянии, приемы релаксации, дыхательные упражнения.

**Вельдьеши активно-комплексная психотерапия** [Volgyesi F.A., 1959]. Метод внедрения психопрофилактики и психотерапии среди широких кругов населения пу­тем создания так называемых «школ больных». В такие школы привлекаются как больные и реконвалесценты, так и лица, предрасположенные к тем или иным забо­леваниям. Здесь слушателям сообщают необходимые медицинские сведения на по­пулярно-научном уровне, проводится психотерапевтическая работа.

**Венерофобия** (*лат. Venus* (*Veneris*) *—* в древнем Риме богиня любви, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь заразиться венерической болезнью.

**Вентрикулография** (*лат. ventriculus —* желудочек, *греч. grapho —* писать, изображать). Метод контрастного рентгенографического исследования головного мозга, позволяющий установить топику объемного процесса или локализацию места нарушения ликворного оттока. С этой целью используется введение в желудочковую систему воздуха (пневмовентрикулография, негативная В.) или специального веще­ства, обладающего значительной способностью поглощения рентгеновского излуче­ния (позитивная В.).

**Верагута психогальванический рефлекс** [Veraguth O., 1904]. Снижение электрической сопротивляемости кожи или колебания кожного элекропотенциала в состоянии психического возбуждения в связи с изменением секреции потовых же­лез. Дает возможность объективно регистрировать изменение эмоционального со­стояния человека.

См. *Тарханова феномен.*

**Верагута симптом** [Veraguth О.]. Особенность мимики депрессивных боль­ных. Кожная складка верхнего века и нередко бровь на границе внутренней и сред­ней трети оттягиваются кверху и образуют вместо дуги угол, что придает лицу боль­ного особенно скорбное выражение.

**Вербальный проективный тест** [Блейхер В.М., Боков С.Н., 1990]. Патопсихо­логическая методика, родственная тематическому апперцептивному тесту (см.). В качестве стимульного материала используются эмоционально насыщенные и неопределенные по содержанию и в сюжетном отношении фразы. При интерпрета­ции получены данные, свидетельствующие об особой чувствительности методики к эмоциональным нарушениям, позволяющие диагностировать их характер и степень выраженности. Методика апробирована при сравнительном изучении неврозов и не­врозоподобной шизофрении [Блейхер В.М., Боков С.Н., 1990].

**Вербигерация** (*лат. verbum* — слово, *gerere —* создавать) [Kahlbaum К., 1874]. Форма речевой стереотипии. Беспрестанное, бессмысленное повторение од­них и тех же слов, словосочетаний, фраз, оборотов, иногда созвучных. Чаще всего наблюдается при кататонической шизофрении, в рамках шизофазии.

Син.: персевераторная логорея.

**Вербомания** (*вербо* + *греч. mania —* безумие, страсть, влечение). Чрезмер­ная многоречивость, болтливость, сопровождающаяся усилением жестикуляции, по­движной мимикой, живыми эмоциями. Наблюдается при маниакальных состояниях, у некоторых психопатических личностей.

**Вербохромия** (*вербо + греч. chroma —* цвет). Форма синестезии — отдель­ные слова вызывают ощущение цвета.

**Верже—Дежерина синдром** [Verger Н., 1900, Dejerine J., 1914]. Характеризу­ется нарушением чувства положения тела в пространстве, локализации, расстрой­ствами тактильной дискриминации, явлениями астереогноза при сохранности по­верхностной, особенно болевой и температурной чувствительности. Наблюдается при органических поражениях коры теменной доли головного мозга.

Син.: кортикальный сенсорный синдром.

**Вермифобия** (*лат. vermis —* червь, *греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь червей и связанных с ними болезней. Иногда может быть связана с та- натофобией.

Син.: гельминтофобия.

**Вернера синдром** [Werner О., 1904]. Одна из форм прогерии, отличающаяся от классического ее варианта, описанного J. Huthinson и H. Gilford, более поздним началом заболевания, обычно в возрасте между 14 и 30 годами, и обязательным прогрессирующим слабоумием. Болеют и мужчины, и женщины. Соматически — кар­ликовый рост, маленькая голова, признаки преждевременного постарения (поседе­ние, облысение, выпадение зубов, изменение высоты голоса, изменение кожи — ее гиперпигментация и т.д.), явления хореоретинита, часто присоединяется сахарный диабет. Обусловлен патологией среднего мозга и эндокринных желез.

**Вернике аддуктивные и контрактивные симптомы** [Wernicke С., 1900]. По­нятия, идентичные терминам продуктивные и непродуктивные симптомы. Аддуктив- ные — симптомы, добавочные по отношению к содержанию нормальной психики (например, бред, галлюцинации), контрактивные — симптомы выпадения, психиче­ского дефекта.

**Вернике аллопсихоз** (*греч. allos* — другой) [Wernicke С., 1906]. Выделение форм психозов с преимущественным нарушением аллопсихической ориентировки, то есть с преобладанием болезненных представлений о внешнем мире и о связях между событиями и явлениями в нем.

**Вернике аутопсихоз** (*греч. autos —* сам) [Wernicke С., 1900]. Психоз, в основе которого виделось нарушение аутопсихической ориентировки с преобладанием бо­лезненных представлений о собственной личности, нарушениями самочувствия и самооценки. Наряду с преимущественно депрессивными формами В.а. выделялась его экспансивная разновидность, при которой самооценка носила мегаломанический характер, сочеталась с бредовыми идеями величия.

**Вернике геморрагический полиоэнцефалит.** См. *Гайе—Вернике синдром.*

**Вернике—Корсакова синдром** [Wernicke С., 1881; Корсаков С.С., 1887]. Тер­мин, употребляемый для обозначения поражений головного мозга при алкоголизме, протекающих первоначально с Гайе— Вернике картиной энцефалопатии, а затем, по мере улучшения состояния больного при известном обратном развитии патологи­ческой симптоматики, выявляются признаки Корсакова синдрома [Keller M., McCormick M., 1968]. Наличие таких состояний не дает все же основания рассматри­вать энцефалопатию Гайе—Вернике и синдром Корсакова как единое расстройство [Keller M., 1978].

**Вернике соматопсихоз** [Wernicke С., 1900]. Психоз, протекающий с сенесто- патиями и ипохондрическими соматическими переживаниями.

**Вернике центр** [Wernicke С., 1874]. Центр сенсорной речи, расположен в зад­нем отделе верхней височной извилины доминантного полушария. С поражением В.ц. связывается развитие сенсорной афазии.

**Вертиго истерическое** (*лат. vertigo —* вращение, *греч. hystera —* матка). Возникает вследствие острой психогении при истерии. Сознание может быть суже­но, непроизвольного мочеиспускания не бывает.

**Вертиго эпилептическое** (*лат. vertigo —* вращение, *греч. epilambano —* схва­тывать, нападать). Одна из форм эквивалента эпилептического припадка. При лег­кой степени помрачения сознания больной испытывает чувство вращения окружаю­щего мира и нарушения собственного равновесия. Для сохранения равновесия тела он вращается вокруг своей оси, но не падает на землю. Характерно резкое поблед­нение лица, возможно непроизвольное мочеиспускание.

**Вертигофобия** (*вертиго + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь головокружения. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и соматогенных неврозоподобных состояниях, особенно при сосудистой патологии.

**Вестфаля—Бумке симптом** [Westphal A.K.D., 1906; Bumke О., 1928]. Симп­том кататонической неподвижности зрачков. Наблюдается при выраженном катато­ническом ступоре. Зрачки периодически расширяются на несколько секунд, часов, дней. При этом они не реагируют на свет, аккомодацию и конвергенцию. Абсолютная неподвижность зрачков то возникает, то снова исчезает. Вестфаль при этом отме­чал также изменение формы зрачков и нередко ригидность мышц тела.

**Вестфаля симптомы** [Westphal C.]:

1. Симптом беспокойства зрачков — частая смена сужения и расширения зрачков. Наблюдается при постэнцефалитическом паркинсонизме, при сифилитиче­ских поражениях головного мозга.
2. Отсутствие коленных рефлексов при органической церебральной патологии (спинная сухотка, некоторые формы прогрессивного паралича).
3. Псевдоступор — кататоноподобное оцепенение в связи с аффективно-на­сыщенными бредовыми и галлюцинаторными переживаниями.

**Вестфаля—Штрюмпеля—Вильсона—Коновалова болезнь.** См. *Дистро­фия гепатоцеребральная.*

**Взрывчатость.** Проявление недержания аффекта. Обнаруживается главным образом при дисфориях и выражается сильными, неадекватными поводу, их вызвав­шему, эмоциональными, иногда двигательными реакциями. Может выявляться на фоне аффективной вязкости (дефензивно-эксплозивная пропорция у больных эпи­лепсией).

Син.: эксплозивность.

**Вигиламбулизм** (*лат. vigil —* бдительный, внимательный, *ambulare —* гулять). Дромоманический автоматизм со сменой личности в бодрствующем состоя­нии. Продолжается несколько часов или дней, в течение которых больной соверша­ет внешне упорядоченные и целенаправленные действия, чуждые его личности. От­носится к состояниям истерического транса.

**Вигилитет.** Состояние бодрствования, являющееся предпосылкой ясного со­знания. Однако понятия бодрствования и ясного сознания не тождественны, созна­ние у бодрствующего больного может быть помрачено: например, при вигиламбу- лизме, бодрствующей коме (coma vigilans).

**Видеопсихотерапия** (*лат. video* — вижу, смотрю, *греч. psyche* — душа, *therapeia —* лечение). Использование в целях психотерапии видеозаписей. Больно­му показывают его поведение как бы глазами постороннего наблюдателя, анализи­руют особенности и причины такого его поведения. Применяется в индивидуальной и коллективной психотерапии.

**Видмарка микрометод** [Widmark E.M., 1932]. Предназначен для количествен­ного определения содержания алкоголя в крови или моче и основан на окислитель­но-восстановительной реакции между алкоголем и калия гидрохроматом. Оста­точное количество калия гидрохромата определяется титрованием гипосульфитом в присутствии калия йодида. Возможны ошибки, так как раствор калия гидрохромата окисляет и ацетон, эфир, хлороформ, паральдегид.

**Визуализация** (*лат. visualis —* зрительный). В психиатрии видоизменение клинической картины протекания психоза, характеризовавшейся до того преимуще­ственно расстройствами мышления, вследствие присоединения зрительных галлю­цинаций, придающих особую образность болезненным переживаниям.

**Виктимология** (*лат. victima —* жертва, *греч. logos* — наука). Концепция, со­гласно которой роль жертвы преступления предопределена специфическими лич­ностными, характерологическими и моральными качествами, чертами пострадавше­го, его социокультуральными особенностями, взаимоотношениями с преступной средой, своеобразной ролью в механизме совершения преступления. Имеет прило­жение в судебной психиатрии, разрабатывающей проблему виктомологической про­филактики общественно опасных действий и выделяющей формы виктимного пове­дения пострадавших [Боброва И.Н. и соавт., 1988]. В частности, придается особое значение роли психопатологических факторов в формировании виктимного поведе­ния.

**Виллнёваа rabbit-синдром** [Villneuve A., 1973]. Вариант хронического паркин- сонического синдрома, возникающего при лечении нейролептиками. Характеризует­ся локальным характером экстрапирамидной симптоматики — тремором губ с часто­той 5-5,5 движений в секунду, напоминающим движения губ кролика (*англ. rabbit —* кролик).

**Виммера—Штерна симптом** [Wimmer A., 1926; Stern F., 1927]. Наблюдается у перенесших энцефалит в сочетании с другими спастическими проявлениями и при­падками насильственного крика. Больные застывают с опущенными вниз глазами. Рассматривается как признак стриарной патологии. Входит в структуру синдрома на­сильственных мыслей и действий.

Син.: тонические судороги взора.

**Винга—Купера—Сарториуса шкала психопатологических симптомов** [Wing J.K., Cooper J.E., Sartorius N., 1974]. Опросник, охватывающий 140 психопато­логических симптомов, группируемых в 38 синдромов. Каждый из симптомов пред­ставлен тремя утверждениями, отражающими различную степень его выраженности. Как и Хэтэуэя и Маккинли опросник MMPI, является эмпирической, основана на самооценке. Предложена для различения шизофрении, паранойи, маниакальной и депрессивной фаз циркулярного психоза, невротической депрессии, патологическо­го развития личности.

**Виндшайда триада церебрального атеросклероза** [Windscheid, 1901]. Симптомы церебрального атеросклероза, наблюдающиеся в периоде, предшеству­ющем инсульту: головная боль, головокружения и резкое ухудшение памяти.

**Винофобия** (*лат. vinum —* вино, *греч. phobos -* страх). Навязчивый страх, бо­язнь употреблять вино.

**Вирагиния** (*лат. vir —* мужчина, *греч. gyne —* жена, женщина). Извращение сознания пола, когда мужчина чувствует себя женщиной, хотя какие-либо физиче­ские признаки женственности у него отсутствуют.

**Вираго** (*лат. vir —* мужчина). Мужеподобная девушка.

**Виргогамия** (*лат. virgo —* девушка, девственница, *греч. gamete —* супруга). Девственный брак, при котором супруги длительное время (месяцы и годы) не могут начать половую жизнь. Наиболее частая причина — вагинизм.

**Вирилизация** (*лат. viris —* мужской, свойственный мужчине). Проявление у женщины мужских черт. Наблюдается вследствие влияния андрогенных гормонов — при лечении гормональными препаратами, при опухолях надпочечников.

Син.: маскулинизация.

**Вирилизм.** Наличие у женщины соматических и психических особенностей, характерных для мужчин (широкие плечи, узкий таз, грубый голос, гирсутизм, углова­тые движения, специфические мужские привычки, наклонности).

Син.: маскулинизм.

**Витта Святого пляска.** Истерическая эпидемия, распространенная в первой половине XIV века в Германии (в монастыре Святого Витта происходило «исцеление одержимых»). В дальнейшем так стали называть хореатические гиперкинезы инфек­ционного происхождения.

См. *Хорея Сиденгама.*

**Виттмаака—Экбома синдром** [Wittmaak Т., 1861; Ekbom K.A., 1945]. Присту­пообразно возникающие исключительно неприятные ощущения типа парестезии или боли в области наружных поверхностей голеней, реже — в стопах. Мучительные ощущения усиливаются в состоянии покоя, в ночное время и ослабевают, исчезают при движении ног. Симптоматика чаще бывает двусторонней, симметричной, но ино­гда неприятные ощущения преобладают в одной конечности либо отличаются аль­тернирующим характером. Сопровождается тяжелой бессонницей. Наблюдается при различных соматических заболеваниях (при гипохромной анемии, авитаминозах, ве­нозном застое), при беременности. В патогенезе в этих случаях придается значение дефициту железа, пантотеновой кислоты [Nordlander N., 1953]. Описано возникнове­ние В.—Э.с. в связи с психогенией [Lopez-Ibor J., 1973]. В ряде случаев носит семей­но-наследственный характер с аутосомно-доминантным типом наследования [ЕкЬот К.А., 1960]. Наблюдается и в рамках транзиторных нейролептических экстрапира- мидных расстройств как самая легкая их степень, предшествующая акатизии [Йон- чев В., 1981].

Син.: синдром «беспокойства ног», синдром «неутомимых ног», синдром «бес­покойства голеней».

**Виша—Ларионова методика гипнозоэлектросна** [Виш И.М., Ларионов В.П., 1957]. Гипнотическое внушение предшествует электросну. Последний подключается в момент, когда больной под влиянием гипнотического внушения уже начинает засы­пать или спит. С включением тока сон быстро достигает значительной глубины и протекает спокойно до конца сеанса.

**Вишера болезнь** [Wischer A.L., 1918]. Наблюдается у военнопленных и узни­ков концлагерей. Характерны тоска по родине, подавленное настроение, аутистиче­ская замкнутость, апатия, непереносимость к шуму, ослабление памяти и концентра­ции активного внимания. Особенно подвержены этой болезни малоинициативные личности.

Син.: болезнь колючей проволоки.

См. *Концентрационных лагерей синдром.*

**Влечение.** Психологическое состояние, неосознаваемый этап формирования потребности. Представленная в нем потребность либо не развивается, угасает, либо, становясь осознаваемой, реализуется в форме конкретного желания, мечты и т.п. В. соответствует стадии зарождения потребности, оно стимулирует деятель­ность человека, придает ей определенную направленность. Патология В. («жизни влечений») характерна, в первую очередь, для аномальных, психопатических лично­стей. Различают импульсивные В., направленные на достижение объективно непри­емлемых целей (дипсомания, дромомания, пиромания, клептомания, мифомания, копролалия, нимфомания, сатириазис), и расстройства на уровне инстинктов, выра­жающиеся извращениями врожденных В., в первую очередь сексуального влечения (гомосексуализм, садизм, мазохизм, фетишизм, пигмалионизм, нарциссизм, транс­вестизм). Импульсивные В. носят непреодолимый характер, они реализуются без попытки внутреннего сопротивления. К расстройствам В. на инстинктивном уровне относятся и нарушения пищевого влечения (булимия, анорексия, полифагия, поли­дипсия). В. может носить контрастный характер, в этих случаях оно противоречит конкретной реальной ситуации и морально-этическим установкам личности. Патоло­гия В. может носить навязчивый характер — стремление совершать ненужные и даже опасные для больного поступки; такие В. характерны для навязчивых состоя­ний, в рамках которых могут наблюдаться и контрастные В.

***В. половое*** (*лат. libido sexualis*)*.* См. *Либидо.*

**Влечений жизнь** [Kraepelin Е., 1910]. Термин, употребляемый в психиатрии для обозначения структуры и динамики сферы влечений, особенностей их выявле­ния и влияния на другие психические функции. Нередко определяет весь строй пси­хической жизни субъекта, его характер. Изучение В.ж. особенно важно в клинике ак­центуаций характера, психопатий, личностных изменений после органических пора­жений головного мозга, наркомании. В.ж. существенно изменяется при психозах, протекающих с аффективными расстройствами (МДП, шизофрении).

**Вменяемость.** Возможность нести ответственность за совершенные поступки. В. устанавливается путем проведения судебно-психиатрической экспертизы, руко­водствующейся в своем решении медицинским и юридическим критериями. Юриди­ческий критерий невменяемости характеризует тяжесть (глубину) психических нару­шений, которая исключает вменяемость (невменяемым является лицо, которое во время совершения общественно опасного действия не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими). Медицинский критерий представлен обобщен­ным перечнем психических заболеваний, исключающих В. К медицинскому критерию относятся хроническая душевная болезнь, временное расстройство душевной дея­тельности, слабоумие и иные болезненные состояния (состояния, не являющиеся психической болезнью в узком смысле этого слова, но характеризующиеся теми или иными нарушениями психической деятельности: психопатии, психический инфанти­лизм, некоторые случаи глухонемоты). При этом диагноз болезненного состояния не играет роли абсолютного фактора: учитывается течение болезни, наличие ремиссии и ее качество и т.д. В ряде стран существует понятие уменьшенной В., устанавлива­емой в связи с наличием у испытуемого психических отклонений, уменьшающих его способность управлять своими действиями и поступками, сознавать совершенное.

**Внешняя изоляция.** Один из механизмов психологической защиты, характе­ризующийся отделением определенных мыслей, чувств, поступков от личности субъекта в целом. Благодаря этому механизму человек может не испытывать беспо­койства при совершении им поступков, противоречащих общепринятым нормам по­ведения. К В.и. близок механизм сепарации (*лат. separatio —* отграничение, отгора­живание), заключающийся в способности человека смотреть как бы со стороны на ситуацию, в которой он сам участвует. Примером такой сепарации может служить сохранение спокойствия, внешнего безразличия во время катастроф, экстремальных ситуаций.

**Внимание.** Направленность психической деятельности в данный момент вре­мени на какой-нибудь объект. Различают В. активное, то есть способность созна­тельно, целенаправленно сосредоточиваться на определенном объекте, и пассив­ное, являющееся автоматической, рефлекторной реакцией на раздражитель. При патопсихологическом и психопатологическом исследовании придают значение таким характеристикам В., как его избирательность, объем, устойчивость, возможность распределения и переключаемость.

**Внимания флюктуация.** Невозможность длительной концентрации внимания на каком-либо одном объекте, переход внимания с одного предмета на другой, его неустойчивость. Характерна для гипоманиакальных и маниакальных состояний.

**Внушаемость.** Способность воспринимать психическое воздействие со сторо­ны другого лица или группы лиц, степень восприимчивости к внушению. Является индивидуальным свойством личности, зависит от ряда характерологических особен­ностей (например, у истеричных лиц В. выше, чем у психастеников), от возраста (В. выше у детей), некоторых болезненных состояний (повышенная В. типична для больных алкоголизмом). В. зависит от психологического состояния личности в тот или иной момент, ее эмоциональности, степени усталости и т.п. В значительной мере В. взаимосвязана с конформностью, то есть с тенденцией подчинять свое по­ведение влиянию других людей (такое «групповое давление» больше обусловлено факторами социальными). Различная степень В. и ее характер определяют выбор психотерапевтических методик — гипнотерапии, рациональной психотерапии. В. по отношению к гипнотическому воздействию — гипнабельность.

Существуют специальные пробы на В.

*Проба С.Н. Астахова* [1962] — легкое надавливание на веки в области над­бровных дуг после соответствующего внушения у лиц с повышенной В. и гипнабель- ностью вызывает смыкание век.

*Проба П.И. Буля* [1955]. Обследуемому дают в руки подвешенный на нитке ме­таллический груз, к которому то подносят, то убирают от него выпиленный из дерева подковообразный, специально покрашенный «магнит». Больному внушают, чтобы он обратил внимание на якобы имеющие место отклонения в положении груза под влиянием «магнита». У внушаемых лиц груз действительно начинает качаться в за­данном направлении вследствие возникновения идеомоторных движений.

**Внушение.** Воздействие на психику человека, при котором путем преимуще­ственно неосознаваемой психической активности создается установка на функцио­нальное развертывание ее резервов. В. как бы преодолевает антисуггестивные ба­рьеры — критически-логический, интуитивно-аффективный и этический [Г. Лозанов, 1971]. В то же время В. реализуется, если оно соответствует логическим построени­ям, присущим мышлению пациента; эмоционально и этически неприемлемые тезисы психотерапевтического воздействия отметаются. Предполагается, что в основе В. лежит специальная суггестивная установка, являющаяся важным механизмом урав­новешивания отношений личности больного с окружающей средой. Успешность В. зависит как от внушаемости, так и от ретенции, прочности В., так как пациент может быть внушаемым, но само В. оказывается непрочным, нестойким. В. может быть прямым и косвенным, в котором определенное значение придается тем или иным предметам и явлениям; в гипнозе и в состояний бодрствования; вербальным и зри­тельным, в котором использованы в специальном смысле изображения лиц, предме­тов, ситуаций. В процессе гипноза В. может предусматривать желательную деятель­ность или чувства пациента на период после гипнотического сеанса (В. постгипноти­ческое).

Син.: суггестия (*лат. suggestio —* внушение).

**Возбуждение** (*лат. excitatio*)*.* Психопатологическое состояние, характеризую­щееся усилением и ускорением различных проявлений психической деятельности — мышления, речи, моторики. Особенности проявлений В. зависят от заболевания, в клинической картине которого оно наблюдается, от формы и стадии его течения, возраста больного, от сочетающейся с ним симптоматики — бреда, галлюцинаций, нарушения сознания, слабоумия.

Различают следующие виды В.

***В. аментивное*** — входит в картину аменции (см.), характеризуется некоорди­нированными стереотипными движениями. Нередко это В. в пределах постели.

***В. галлюцинаторное*** — связано с наплывом галлюцинаций и часто отража­ет их содержание.

***В. гебефреническое*** — наблюдается при гебефреническом синдроме и отли­чается дурашливым и нелепым поведением больного, немотивированными эмоцио­нальными проявлениями, гримасничанием и т.д. (см. *Кербикова триада гебефрени­ческого синдрома*)*.* При проявлении в поведении кроме гебефренических черт дет­скости (сюсюканья, употребления уменьшительных слов) говорят о гебефрено-пуэ- рильном возбуждении.

***В. гиперкинетическое*** — протекает с резким усилением проявлений мотори­ки, реактивных и спонтанных движений, но без речевого В. Само В.г. носит характер хаотического, неистового, с появлением движений, напоминающих гиперкинезы. Из- за отсутствия речи такое В. называют «немым».

***В. двигательное*** — характеризуется преимущественно чрезмерной двига­тельной активностью.

***В. депрессивное*** — наблюдается на высоте депрессии как эндо-, так и психо­генной. При эндогенной депрессии В. обычно возникает в связи с переживаниями безысходной тоски, тревоги, отчаяния. Оно может нарастать постепенно и быть до­статочно продолжительным (тревожная ажитация) , но может возникать и остро (ме­ланхолический раптус). При этом нередки суицидальные поступки. При психогенной, в первую очередь истерической, депрессии В. отличается демонстративностью, те­атральностью, его проявления зависят от реакции окружающих на поведение боль­ного. В тех случаях, когда психогенная депрессия приобретает витальный характер («витализируется», «эндогенизируется»), В. лишено черт демонстративности.

1. ***импульсивное*** — чаще всего наблюдается при кататонических состояниях и протекает в форме импульсивных внезапных, немотивированных вспышек, с агрессивно-разрушительными действиями. Действия больных бессмысленны, не­редко отмечаются явления негативизма.
2. кататоническое — характеризуется вычурностью и бессмысленной манер­ностью движений, негативистскими проявлениями, двигательными стереотипиями, речевым В. (вербигерация, разорванная речь), импульсивными поступками. При этом могут отмечаться явления растерянности, патетические включения, нелепая, немотивированная экзальтация. При нелепо-дурашливом поведении больных гово­рят о В. кататоно-гебефреническом.

***В. координированное*** — отличается внешней упорядоченностью двигатель­ных актов больных, сохраняющих свою последовательность и законченность, не­смотря на ускорение и усиление проявлений моторики. Такое В. наблюдается при патологическом аффекте.

***В. маниакальное*** — характеризуется повышенным настроением, ускорением двигательных проявлений и речевой активности, облегченным течением ассоциа­ций, вплоть до «скачки идей», выразительностью мимики и жестов. При значитель­ной степени выраженности оно также может быть хаотическим, неупорядоченным.

***В. психогенное*** — наблюдается в экстремальных ситуациях, носит аффек­тивно-шоковый характер, проявляется паническими поступками, необдуманным бег­ством.

***В. речевое*** — проявляется преимущественно в области речи: многоречи­вость, вербигерация, речевая разорванность с синдромом монолога, жаргонафазии.

***В. субкоматозное*** — возникает при глубоком оглушении, на грани коматоз­ного состояния, и характеризуется беспорядоченностью, некоординированностью движений в пределах постели.

***В. хаотическое*** — характеризуется беспрестанными, беспорядочными дей­ствиями, ритмическими движениями. При этом часты яростное сопротивление окру­жающим, агрессивные поступки.

***В. экстатическое*** — сопровождается мимическими и пантомимическими проявлениями экстаза, восторга, преувеличенным выражением счастья. Движения больных неестественны, эмоционально утрированы, чрезмерно выразительны.

***В. эпилептиформное*** — наблюдается при сумеречных состояниях и дисфо­риях. Оно большей частью остро возникает и нередко завершается сном и последу­ющей амнезией. Нередки агрессивно-разрушительные действия, страх, наличие от­рывочных образных бредовых переживаний, устрашающих галлюцинаций.

***В. эретическое*** — характеризуется эпизодами бессмысленных разрушитель­ных и аутоагрессивных действий. Чаще всего — при глубокой олигофрении.

**Волосатость.** Чрезмерный рост волос, иногда в нехарактерных местах. На­блюдается у мужчин и женщин. У женщин может быть проявлением вирилизма.

Син.: гипертрихоз, политрихия.

**Волюнтаризм** (*лат. voluntas —* воля). 1. Идеалистическая философская кон­цепция, рассматривающая волю как основу «душевной жизни» и поведения челове­ка, высший принцип бытия. При этом речь идет о воле не как о сознательном прояв­лении целенаправленной психической деятельности человека, а как о божественно предопределенном явлении. В законченном виде философский В. сформулирован в работах А. Шопенгауэра. 2. Деятельность человека, игнорирующая реальные обсто­ятельства и объективные законы природы, вытекающая из произвольных решений осуществляющих ее лиц.

**Воля.** Способность к целенаправленной и сознательной деятельности, неред­ко вопреки непосредственным побуждениям (желаниям, стремлениям), не детерми­нированным целью. Эти непосредственные побуждения играют роль внутреннего препятствия, и волевая деятельность должна их преодолевать. Примерами наруше­ний волевой деятельности могут быть импульсивные поступки, аффективно обу­словленные действия, совершаемые без участия волевых задержек. О недоста­точности волевой деятельности свидетельствуют амбивалентность, абулия, парабу- лия. Затруднения В. характерны для навязчивостей с присущей им борьбой моти­вов.

**Вольперта имаготерапия** (*лат. imago —* образ, подобие) [Вольперт И.Е., 1968]. Психотерапевтический метод, заключающийся в воображении больным тех или иных представлений, состояний, ощущений. С помощью психотерапевта боль­ной активно воссоздает воображаемый образ, соответствующий заданной ситуации. Создается устойчивая система доминант и динамических стереотипов, затормажи­вается невротический стереотип. Больной усваивает личностные предпосылки, способствующие образованию новых, здоровых отношений.

**Вомитофобия** (*лат. vomitus —* рвота, *греч. phobos* — страх). Навязчивый страх, боязнь рвоты. Часто наблюдается у людей, действительно испытавших позыв к рвоте или совершивших рвотный акт в публичном месте.

**Вомитус.** Рвота. Симптом заболеваний, главным образом, пищеварительного тракта, однако наблюдается и при психических заболеваниях — утренняя рвота пья­ниц (при хроническом алкоголизме), истерическая рвота в психогенно-травматизиру- ющей ситуации.

**Воробьёва смесь** [Воробьёв С.П., 1955]. Предназначена для лечения эпи­лепсии и включает в себя гексамидин, дифенин, никотиновую и глютаминовую кис­лоты, дифацил, кофеин, глюкозу. Готовится в капсулах. Курс лечения длительный. В настоящее время почти не употребляется.

**Ворстер-Дроута—Гринфилда—Макменемли болезнь** [Worster-Drought С., Greenfield J.G., McMenemly W.H., 1940]. Наследственное заболевание, впервые на­блюдалось в трех поколениях семьи. Начало в возрасте 40-60 лет, длительность — не более 13 лет. Характерны мышечная ригидность экстрапирамидного типа, спа­стические параличи, прогрессирующая деменция.

Син.: пресенильная деменции со спастическими параличами.

**Восковая гибкость** — (*лат. flexibilitas cerea* от *flexibilitas —* гибкость, *cera —* воск). См. *Каталепсия.*

Син.: восковидная гибкость.

**Восковидная гибкость.** См. *Каталепсия.*

**Воспоминания.** Воспроизведение в сознании сохранившихся в памяти пред­ставлений, мыслей, чувств.

Син.: реминисценции (*лат. reminiscentia —* воспоминание).

***В. ассоциированные*** — вид криптомнезии, при котором прочитанное, уви­денное во сне или кинофильме, услышанное от собеседника воспринимается боль­ным как реальное событие, участником и свидетелем которого он был.

***В. иллюзорные*** — В. о действительно существующих или существовавших объектах, искаженные под влиянием аффективных расстройств, бредовых пережи­ваний, изменения личностной позиции вспоминающего, ослабления у него функции памяти.

***В. ложные*.** См. *Псевдореминисценции.*

***В. навязчивые*** — возникающие часто вопреки воле человека и неприятные для него В., иногда материалом их являются поступки субъекта, которым он сам дает отрицательную оценку. Попытки их вытеснения, нивелирования крайне затруд­нены и требуют психотерапевтичекого вмешательства. Характерны для психастени­ков, особенно при возникновении невроза навязчивых состояний.

***В. насильственные*** — возникающие как бы аутохтонно В., иногда в виде об­разных представлений, которые воспринимаются как чуждые больному психические акты, являющиеся следствием воздействия извне, «сделанности», насильственно­сти. Симптом психического (идеаторного) автоматизма.

***В. отчужденные*** — В., в которых реальные события воспринимаются как услышанное, увиденное во сне или кинофильме, прочитанное.

***В. псевдогаллюцинаторные*** (*греч. pseudos —* ложь, *hallutinatio —* бред) — яркие зрительные псевдогаллюцинации, при которых в качестве псевдогаллюцина­торного образа предстают ложные В. Проявление психического автоматизма.

Син.: псевдовоспоминания псевдогаллюцинаторные.

**Восприятие.** Психический процесс, одна из стадий познавательной деятель­ности, приводящая к созданию образа объекта на основе анализа и синтеза отдель­ных его качеств, выделения при этом существенных признаков предмета или явле­ния и отвлечений от несущественных и неактуальных. К расстройствам восприятия относятся иллюзии и галлюцинации.

**Воспроизведение.** Возникновение в сознании зафиксировавшихся в памяти в процессе жизненного опыта объектов, мыслей, чувств. В. является одним из компо­нентов структуры памяти и может быть активным, то есть целенаправленно вызыва­емым, и пассивным, возникающим нецеленаправленно. При ослаблении памяти вследствие постепенно развивающихся органических заболеваний (церебральный атеросклероз, эпилепсия) затруднения активного В. предшествуют недостаточности удержания в памяти и запоминания.

**Вспоминание.** Психический процесс воспроизведения в памяти объектов (со­бытий, явлений, предметов, мыслей, чувств), воспринимавшихся раньше, но в насто­ящее время отсутствующих. Это же относится к узнаванию увиденного объекта как уже знакомого по прежнему опыту.

Син.: припоминание.

**Вспомогательная школа.** Школа, предназначенная для обучения умственно отсталых детей. Отбор учащихся производится специальными медико-педагогиче­скими комиссиями с участием детского психиатра и медицинского психолога. Проти­вопоказания для обучения во В.ш. — необучаемость в связи с выраженной умствен­ной недостаточностью или тяжелыми характерологическими отклонениями, а также имитирующие умственную недостаточность явления социальной и педагогической запущенности.

**Вроно концепция возрастного патоморфоза** [Вроно М.С., 1971]. Основана на анализе клиники шизофрении у детей и подростков. Возрастное видоизменение клинической картины шизофрении и других психических заболеваний связывается с взаимодействием двух основных факторов — качественных особенностей патологи­ческого процесса и фазы возрастного развития ребенка. Особенно явственно воз­растной патоморфоз прослеживается при сравнении клинических особенностей ши­зофрении в детском, препубертатном и пубертатном возрасте. Характерно также ви­доизменение клиники шизофрении в позднем возрасте [Штернберг Э.Я., Наджаров Р.А., 1969].

**Вуайеризм** (*фр. voyer —* смотритель, надзиратель). Вид перверсий, замести­тельный способ удовлетворения сексуального влечения, стремление к разглядыва­нию обнаженных половых органов или созерцанию полового акта.

Син.: скопофилия, миксоскопия, визионизм.

**Вуда—Нормана синдром** [Wood N., Norman R.N., 1941]. Врожденная форма амавротической идиотии. Проявляется в первые дни и недели после рождения ре­бенка. Характерны гидроцефалия или микроцефалия, судороги, параличи конечно­стей, расстройства глотания и дыхания. Происходит остановка нервно-психического развития. Летальный исход в первые месяцы жизни. Аутосомно-рецессивный тип на­следования.

**Вчувствование.** Метод психопатологического исследования, основанный на глубоком понимании сути, содержания болезненных, особенно бредовых, пережива­ний больного. Особое значение приобретает при психотерапии бредовых состояний.

Способствует улучшению контакта между психиатром и больным, проникающимся доверием к врачу.

**Выготского—Лурия методика пиктограмм** [Выготский Л.С., Лурия А.Р.]. Экс­периментально-психологическая методика для изучения опосредованного запомина­ния. Используется для характеристики особенностей мышления и аффективно-лич­ностной сферы. Пиктограмма — рисуночный образ, создаваемый для опосредован­ного запоминания. Представляет большую ценность для диагностики шизофрении.

**Выготского—Сахарова методика формирования искусственных понятий** [Выготский Л.С., Сахаров Л.С., 1928, 1930]. Экспериментально-психологическая ме­тодика для исследования мышления, вариант методики Аха. Обследуемому предла­гают для классификации набор стереометрических фигур, отличающихся формой, цветом и величиной и обозначенных искусственными звукосочетаниями, например «биг», «цев». Обследуемый должен подобрать все фигуры, относящиеся к одному классу. Результаты оцениваются в зависимости от того, сколько ходов понадоби­лось обследуемому для выполнения задания, насколько логичны были его рассу­ждения, как воспринималась помощь исследующего.

**Выздоровление** (*лат. reconvalescentia*)*.* Восстановление нормальной жизне­деятельности организма после болезни. Может быть полным и неполным. В психиа­трии при полном В. отсутствуют признаки психического дефекта и возможна актив­ная трудовая деятельность с профессиональным ростом и благополучием в межлич­ностных отношениях, при неполном В. отмечаются неполное восстановление психи­ческих функций, пострадавших вследствие болезни, и соответственно недоста­точность приспособительных возможностей больного, ограничение его трудоспособ­ности.

**Вымещение.** Одна из форм проекции, при которой происходит переориента­ции импульса или чувства с одного объекта на другой, менее защищенный. Так, при служебных неприятностях, не имея возможности вступить в конфликт с вышестоя­щим начальником, объект вымещает свои чувства на домашних.

**Вытеснение.** Один из механизмов психологической защиты, характеризую­щийся недопущением, исключением из сознания неосознанного импульса, возбу­ждающего напряжение и тревогу. Вытесняемые импульсы, как правило, неприемле­мы для сознания по своим морально-этическими особенностями. Вытеснение, по З. Фрейду, осуществляется такой субструктурой человеческой личности, как цензура. К В. можно отнести и аффективную амнезию.

Син.: репрессия (*позднелат. repressio —* подавление).

**Вязкость.** Патологическая инертность протекания психических процессов, их замедленность, тугоподвижность, недостаточность переключаемости. Может прояв­ляться в мышлении (вязкое мышление больных эпилепсией) и аффективности (ри­гидность аффекта при эпилепсии, после перенесенного энцефалита). У больных эпилепсией аффективная В. нередко сочетается с взрывчатостью, эксплозивностью (дефензивно-эксплозивная пропорция темперамента, по E. Kretschmer [1922]).

Син.: вискозность психических процессов, прилипчивость.

\_Г\_

**Габитус** (*лат. habitus —* внешность, наружность). Совокупность наружных признаков, характеризующая строение тела и внешний облик человека: телосложе­ние, осанка, выражение лица, цвет кожи и т.п. Оценка Г. является важным критери­ем в диагностике заболеваний, свидетельствует о состоянии человека — помогает судить о возможном предрасположении к той или иной болезни. Среди возможных видов Г. можно говорить об апоплектическом — низкорослые пикники с багрово­красным цветом кожи лица (предрасположенность к сосудистой патологии, наруше­ниям мозгового кровообращения), астеническом — сочетание астенического тело­сложения, физической слабости, бледной кожи (предрасположенность к инфекцион­ным и нервно-психическим заболеваниям) и т.п.

**Гайе—Вернике алкогольная энцефалопатия** [Gayet Ch.J.A., 1875; Wernicke С., 1881]. Вариант алкогольной энцефалопатии. Начало острое, после делириозного синдрома (профессионального или мусситирующего). Вначале характерны периоды сонливости или возбуждения. Отрывочные бредовые и галлюцинаторные пережива­ния. Явления амнестической дезориентировки. Быстро нарастают физическая сла­бость, анорексия, адинамия. Уже вначале — гиперкинезы, эпилептиформные при­падки. На фоне сонливости — эпизоды возбуждения с делириозного типа галлюци­нациями. Неврологически — нейровегетативные нарушения, расстройства зритель­но-моторной координации, гиперкинезы, непостоянная мышечная гипертония, не­произвольные движения конечностей, патологические рефлексы, мозжечковые расстройства. Характерна триада симптомов: нарушение сознания (оглушение), атаксия и офтальмоплегия. Нередко смертельный исход. Часто наблюдается фор­мирование органического психосиндрома, в том числе и болезни Корсакова. Морфо­логически — точечные кровоизлияния и разрастания клеток сосудистых стенок в об­ласти мезэнцефалона, III и IV желудочков, в глубоких слоях мозга.

Син.: геморрагический полиоэнцефалит, энцефалопатия Вернике, болезнь Вернике, синдром Вернике.

**Гаккебуша—Гейера—Геймановича болезнь** [Гаккебуш В.М., Гейер Т.А., Гей- манович А.И., 1912, 1916]. Один из клинических вариантов сочетания атеросклеро­тической и сенильно-атрофической патологии. Вначале отмечаются старческие из­менения личности, на фоне которых выявляются очаговые афатико-агностико-апрак­тические расстройства сосудистого генеза, чаще всего локализующиеся в теменно­височной области доминантного полушария. Течение прогредиентное, с ухудшения­ми, обусловленными инсультами. Картина заболевания нередко характеризуется как псевдоальцгеймеровский синдром.

**Галеантропия** (*греч. gale —* кошка, *anthropos —* человек). Разновидность бре­да метаморфозы, при котором больной убежден, что он превратился в кошку. В от­личие от видов бреда метаморфозы, для которых характерны высказывания боль­ных о превращении их в неодушевленные предметы, Г. является вариантом зооан- тропии — бреда превращения в животное.

Ср.: кинантропия, ликантропия.

**Галеропия** (*греч. galeros —* светлый, освещенный, o*psis* — зрение) Искаже­ние зрительного восприятия, усиление интенсивности освещенности воспринимае­мых предметов. Один из симптомов отравления угарным газом.

**Галлервордена—Шпаца болезнь** [Hallerworden J., Spatz Н., 1922]. Заболева­ние начинается в детском или юношеском возрасте (1-2-е десятилетие жизни). Ха­рактерны прогрессирующие нарушения походки, нарастание мышечной ригидности экстрапирамидного типа, пирамидной симптоматики. Постепенное развитие демен­ции, расстройств речи. Дисфагии. Нарушения дыхания. Непроизвольные движения типа атетоза или хореоформные. Эпилептиформные припадки. Длительность — 8­15 лет. Смерть в состоянии полного маразма, обычно в возрасте до 30 лет.

Заболевание носит семейно-наследственный характер аутосомно-рецессив­ный тип). Морфологически — перерождение бледного шара и сетчатого образова­ния черного вещества. В патогенезе важную роль играют нарушения обмена железа и липидов.

**Галлюцинации** (*лат. hallutinatio —* бред, видения). Расстройства восприятия, при которых кажущиеся образы возникают без реальных объектов, что, однако, не исключает возможности непроизвольного, опосредованного отражения в Г. прежнего жизненного опыта больного. ***Г. абстрактные*** — см. *Г. психические.*

***Г. аделоморфные*** (*греч. adelos —* неясный, неизвестный, *morphe —* форма, образ) — зрительные Г., характеризующиеся нечеткостью, расплывчатостью об­разов, лишенных четких форм. Галлюцинаторные образы туманны, размыты, «при­зрачны».

***Г. акустические.*** — см. *Г. слуховые.*

***Г. «ангельские»*** — вербальные Г. с проекцией вовне, дающие больному до­брые советы, проявляющие хорошее к нему отношение, оправдывающие его поступ­ки. Иногда наблюдается в структуре контрастных Г.

***Г. антагонистические*** — вербальные Г., в которых больной слышит то угро­зы, обвинения, то реплики в его защиту. Одни «голоса» обвиняют, упрекают его, дру­гие защищают, оправдывают, приводят смягчающие доводы.

***Г. апперцептивные*** [Kahlbaum К., 1866] — характеризуются субъективным переживанием чувства отнятия мыслей и «вколачиванием» в голову чужих мыслей или чувством пустоты. Различаются два вида апперцептивных галлюцинаций: аб­страктная фонторемия (навязывание больному чуждых ему мыслей или отнятие его мыслей) и конкретная фонторемия (типа воспоминаний о якобы имевших место в прошлом галлюцинациях). Понятие, близкое к Г. абстрактным.

См. *Г. психические.*

***Г. ассоциированные*** [Seglas J.] — характеризуются логически последова­тельным появлением образов: например, «голос» объявляет о тотчас же следующих за ним обонятельных обманах восприятия. Наблюдаются при реактивных психозах после тяжелой психогении. В галлюцинаторных переживаниях отмечается отраже­ние в их фабуле психогенно-травматических моментов.

***Г. аутовисцероскопические.*** — см. *Аутовисцероскопия.*

***Г. аутоскопические*** — см. *Аутоскопия.*

***Г. билатеральные*** [Magnan V.] — слуховые галлюцинации, при которых слы­шимое с одной стороны противоречит слышимому с другой.

***Г. Бонне*** — описаны Ш. Бонне [Bonnet Ch.], известным французским натура­листом, в конце XVII в. У 89-летнего деда Бонне, страдавшего катарактой, наблюда­лись зрительные галлюцинации. Такие же галлюцинации бывают и при глаукоме. Аналогичные по генезу слуховые галлюцинации наблюдаются при заболеваниях, приводящих к снижению слуха (хронические отиты, отосклероз). Слуховой вариант галлюцинаций Шарля Бонне описан Е.А. Поповым [1956]. Характерно отражение в галлюцинациях актуальных для больного переживаний, отсутствие бредовых интер­претаций, признаков нарушенного сознания. Возможна рассудительная оценка боль­ными появляющихся у них галлюциннаций.

***Г. бредовые*** — обманы чувств, воспринимаемые больными в виде отдельных реплик. Даже не входя в фабулу бреда, непосредственно не вытекая из нарушений мыслительной деятельности, Г.б. косвенно убеждают больного в правильности его бредовых построений. Близки к ним бредовые иллюзии: так, при бреде дерматозой- ном (см.) нередко отмечается иллюзорная интерпретация действительных ощуще­ний — боли, зуда, жжения [M. Heim, J. Morgner, 1980].

***Г. буквенные*** — зрительные образы в виде букв, обладающих особым, сим­волическим, значением.

***Г. вербальные*** (*лат. verbalis —* словесный, устный) — слуховые Г. — слова, фразы, монологи, диалоги, речь нескольких «голосов».

***Г. вестибулярные*** — Г. общего чувства в виде ощущения нарушений равно­весия, падения тела, зависания в воздухе.

***Г. викарные*** (*лат. vicarius —* заместитель) [Гиляровский В.А., 1936] — Г. разных органов чувств, как бы заменяющие Г. одного пораженного анализатора. Например, слепая больная испытывает зрительные Г., при этом мнимые образы ощущаются ею тактильно.

***Г. висцеральные*** — см. *Г. энтероцептивные и Аутовисцероскопия.*

***Г. вкусовые*** — ложные вкусовые ощущения, чаще неприятные. Возникают вне связи с приемом пищи или не соответствуют вкусовым качествам реальной пищи. Часто сочетаются с бредом отравления, нигилистическим (неприятный вкус связывается с гниением внутренних органов).

***Г. воображения*** [Dupre E.] — разновидность психогенных Г. Фабула их непо­средственно вытекает из наиболее аффективно значимых и длительно вынашивае­мых в воображении идей. Особенно легко возникают у лиц с болезненно обострен­ным воображением и у детей.

***Г. воображения параноические*** [Ушаков Г.К., 1971] — психогенные рефлек­торные Г., наблюдающиеся у параноических психопатов и при паранойяльных состо­яниях различного происхождения. Характерны яркая визуализация представляемых образов, их значительная чувственная живость, внешняя проекция, причудливое со­четание с образными впечатлениями от действительных объектов, объективизация образа по отношению к личности субъекта. В то же время, в отличие от истинных Г., Г.в.п. характеризуются фрагментарностью, нестойкостью, близостью их содержания фабуле паранойяльных интерпретаций, соответствием переживаемой ситуации. Па­тогенез Г.в.п. объясняется с точки зрения описанного K. Kahlbaum [1866] механизма реперкуссии: обостренное болезненное воображение является причиной функцио­нального возбуждения соответствующих систем коры большого мозга, повышенная возбудимость которых и приводит к визуализации образов.

***Г. гаптические*** (*греч. hapto —* схватывать, прикасаться) — мнимые ощуще­ния давления на поверхность тела, резкого схватывания ударов, толчков, как бы ис­ходящих извне. Разновидность тактильных Г.

***Г. гемианоптические зрительные*** — возникают при гемианопсии и локали­зуются в выпавшей у больного части поля зрения [Hauptmann A., 1936].

***Г. генитальные*** [Magnan V., 1895] — галлюцинаторные переживания непри­стойных, бесстыдных манипуляций, производимых с половыми органами больного.

***Г. гигрические*** (*греч. hygros —* влажный) — характеризуются ощущением влажности, льющихся на больного жидкостей. Могут носить характер зрительных (видение фонтанов, морского прибоя, бассейнов). Часто наблюдаются при лихора­дочных состояниях нейроинфекционного генеза, например, при гриппе [Ревенок А.Д., 1974]. При этих же состояниях часто наблюдаются гигрические сновидения [Ка­саткин В.Н., 1967] Г.г. наблюдаются и при декомпенсации сахарного диабета; были описаны при кормлении заключенных в тюрьмах и концлагерях соленой пищей и ли­шении воды. Можно думать, что в их генезе важную роль играет нарушение водно­солевого обмена.

***Г. гипнагогические*** (*греч. hypnos —* сон, *agogos —* вызывающий) [Maury А., 1878] — зрительные и слуховые галлюцинации, возникающие при засыпании в пере­ходном от бодрствования ко сну периоде.

***Г. гипнопомпические*** (*греч. hypnos* — сон, *pompos* — сопутствующий) — воз­никают при пробуждении, также в промежуточном состоянии между сном и бодрствованием.

***Г. гипнотические*** — разновидность психогенных Г. Могут быть внушенными и спонтанными. Характерна яркая эмоциональная окрашенность. Могут использо­ваться в психотерапевтических целях, в этих случаях говорят о терапевтических Г. [Alexander G., 1971].

***Гулливер—Г.*** — макроскопические Г. Галлюцинаторные образы значительно больше своих реальных прототипов. Противоположны лилипут-Г. Наблюдаются при экзогенно-органических психозах.

Син.: макропсихические Г.

***Г. двигательные*** — см. *Г. моторные.*

***Г. дейтероскопические*** (*греч. deuteros —* второй, *skopeo —* смотреть, рассматривать) — см. *Аустоскопия* и *Аутовисцероскопия.*

***Г. демономанические*** — фигурируют зрительные образы мистических и ми­фологических существ (черти, русалки, ангелы, гурии и т.п.).

***Г. дразнящие*** [Bonhoeffer К., 1896] — разновидность зрительных галлюцина­ций при алкогольном делирии. Больной видит на расстоянии фигуры или неодушев­ленные предметы. При попытке больного приблизиться к ним галлюцинаторные об­разы исчезают или вновь отдаляются, как бы дразнят его. Перемещаясь в про­странстве, зрительные образы сохраняют некую постоянную дистанцию между ними и больным, стоит последнему прилечь — они приближаются, но если он встает — вновь отодвигаются.

Дразнящие галлюцинаторные образы вызывают у больного обычно отрица­тельно-аффективно окрашенные переживания, бурные эмоциональные вспышки.

***Г. дублирующие*** [Милев В., 1979] — больные утверждают, что их речь обу­словлена внешним воздействием и воспринимается окружающими. В то же время больные слышат галлюцинаторный голос, недоступный восприятию других людей, который повторяет, дублирует произносимые больными слова. Рассматриваются как вариант речедвигательных галлюцинаций, протекающих с интенсивной импульсаци- ей из речедвигательного анализатора в фонационно-артикуляционный аппарат.

***Г. запаха собственного тела*** [W. Gattaz, S. Hass, 1982] — редко встречаю­щаяся форма обманов чувств, при которой больные жалуются на испытываемый ими неприятный запах собственного тела и выражают беспокойство, что его могут заметить окружающие. В дальнейшем к Г.з.с.т. присоединяется бред. См. *Бред фи­зического недостатка, заметного окружающим.*

***Г. зеркальные эпилептические*** — вид эпилептического галлюцинаторного припадка, во время которого больной видит свое собственное изображение.

Син.: аутоскопия эпилептическая.

***Г. зоологические*** — характеризуются тем, что зрительные образы представ­лены живыми существами — крысами, кроликами, тараканами, птицами и т.д.

***Г. зрительные*** — галлюцинации в виде зрительных образов, ощущений.

Син.: Г. оптические.

***Г. зрительные вербальные*** [Seglas J., 1914] — больные заявляют, что они «видят» слова, написанные на стене, в пространстве, на облаках, и могут их прочи­тать. У таких больных отмечается чувство исключительного назначения этих «слов». Ср.: оптико-кинестетические Г.

***Г. императивные*** (*лат. imperatum —* приказывать) — вербальные Г., отлича­ющиеся приказным, повелевающим тоном. Нередко «голоса» приказывают совер­шать поступки, опасные для больного или окружающих, часто наблюдаются при суи­цидальном или гомицидном поведении. Иногда Г.и. запрещают больному разговари­вать, действовать, что внешне проявляется как негативистическое поведение.

***Г. интероцептивные*** [Нарбутович И.О., 1959] — см. *Г. энтероцептивные.*

***Г. интероцептивные термические*** [Нарбутович И.О., 1959] — патологиче­ские термические восприятия, локализующиеся в различных частях тела (в мозге, желудке, костях и т.д.), ощущаемые с такой чувственной ясностью, что больными воспринимаются как реальные ощущения.

***Г. истинные*** — обманы восприятия, обладающие внешней пространствен­ной проекцией: галлюцинаторные образы воспринимаются больным как действи­тельно существующие, им присуща интенсивная чувственная окраска; больные убе­ждены, что восприятие галлюцинаторных образов доступно и окружающим.

***Г. кинематографические*** [Claude Н., 1924] — зрительные сценоподобные галлюцинации, при которых болезненные переживания напоминают сюжет движу­щейся киноленты и характеризуются наличием множества персонажей, последова­тельно сменяющимися картинами, бурным развитием событий.

Син.: Г. Клода.

***Г. кинестетические*** (*греч. kinesis —* движение, *aisthesis —* чувство, ощуще­ние) — см. *Г. моторные.*

***Г. комментирующие*** — галлюцинаторные образы носят характер коммента­риев по поводу совершаемых им поступков. «Голоса» могут носить характер осужда­ющих и защищающих больного, то есть антагонистического диалога.

***Г. комплексные*** — см. *Г. сложные.*

***Г. контрастирующие*** — см. *Г. антагонистические.*

***Лилипут-Г.*** — названы по имени персонажей Д. Свифта, населяющих вы­мышленную страну Лилипутию. Наблюдаются при лихорадочных состояниях инфек­ционного генеза и интоксикациях. Галлюцинаторные образы представлены умень­шенными в размерах людьми, маленькими существами. Лилипут-галлюцинации яв­ляются микроскопическими галлюцинациями, их следует отличать от иллюзорных микропсий. Описаны M. Leroy [1925].

Син.: Г. микроптические.

***Г. ложные*** — см. *Псевдогаллюиинации.*

***Г. макроптические*** (*греч. makros —* большой, *optikos —* относящийся к зре­нию) — см. *Гулливер-Г.*

Син.: макрогаллюцинации

***Г. микроптические*** (*греч. mikros —* маленький, *optikos —* относящийся к зре­нию) — см. *Лилипут-Г.*

***Г. моторные*** — Г. общего чувства в виде движений на самом деле непо­движных органов и частей тела.

Син.: Г. двигательные, кинестетические, мышечные, проприоцептивные.

***Г. музыкальные*** — зрительные Г. в виде звуков пения или игры на музыкаль­ных инструментах.

***Г. мышечные*** — см. *Г. моторные.*

***Г. негативные*** — см. *Г. отрицательные.*

***Г. нормоптические*** — зрительные Г., при которых размеры галлюцинатор­ных образов соответствуют натуральным размерам объектов.

***Г. обонятельные*** — больные испытывают неприятные запахи. Часто сопут­ствуют бреду отравления, ущерба.

***Г. общего чувства*** — сборная группа, включающая: 1) *Г. энтероцептив- ные,* вестибулярные и моторные; 2) являющиеся *обманом общего чувства,* воспри­нимаемые как ощущения, поступающие из внутренних органов [С.С. Корсаков, 1913]; 3) *ощущение чьего-то чужого присутствия,* не подтверждаемое поступающей из анализаторов информацией, больные говорят, что они это чувствуют, знают.

***Г. односторонние*** — слуховые Г., воспринимаемые одним ухом, или зри­тельные Г., воспринимаемые в одной половине поля зрения. С.П. Семенов [1965] считал их идентичным гемианоптическим и рассматривал как следствие очаговой корковой патологии. См. *Галлюциноз односторонний.*

***Г. онейроидные*** (*греч. oneiros —* сновидение, *eides —* подобный) — галлюци­нации и псевдогаллюцинации, наблюдающиеся при онейроидных состояниях. Отли­чаются необычностью, фантастичностью, носят характер сценических.

***Г. оптикокинестетические*** (*греч. optikos —* относящийся к зрению, *kinesis* — движение, *aisthesis* — чувство, ощущение) [Berze J., 1923] — описаны при алко­гольном делирии: невидимая рука невидимым пером в течение 5-6 мин пишет светя­щимися, фосфоресцирующими буквами в отдалении важные для больного сообще­ния. Больной, у которого эти галлюцинации впервые наблюдались, называл их «све­тящимися телеграммами».

***Г. оптические*** — см. *Г. зрительные.*

***Г. осязательные*** — см. *Г. тактильные.*

***Г. отраженные*** — см. *Г. рефлекторные.*

***Г. отрицательные*** — из поля зрения больного как бы выпадают отдельные реальные объекты при сохранности остальных. Нередко бывает при истерии, в кар­тине аффективных Г.

***Г. памяти*** — появление в памяти зрительных образов, в действительности не имевших места, но приобретших для больного характер реальности.

***Г. панорамные*** — зрительные образы приобретают глубину расположения и воспринимаются как панорама. Чаще всего это неподвижные пейзажи. Наблюдают­ся при делириях и галлюцинозах у слепых (при приобретенной слепоте).

***Г. пантофобические*** (*греч. pantos —* всё, *phobos —* страх) — разновидность Г. онейроидных. Описаны Levi-Valensy J. [1925]. Характеризуются развертыванием перед больным устрашающих сцен.

***Г. Пика*** [Pick А., 1909] — зрительные Г. в сочетании с метаморфопсиями при поражении дна IV желудочка. Больные утверждают, что они «смотрят сквозь стены», а сами стены комнаты изгибаются и передвигаются. Больной «видит», как окружаю­щие проходят сквозь стену и перемещаются позади нее. При этом нередко отмеча­ются диплопия и нистагм. Критическое отношение больных к галлюцинаторным переживаниям отсутствует. Рассматриваются как проявление галлюцинаций равно­весия (вестибулярных), возникающих в связи с несоответствием между зрительными и вестибулярными раздражениями [Ушаков Г.К., 1976].

Син.: иллюзия Пика.

***Г. повелевающие*** — см. *Г. императивные.*

***Г. полиакузические*** (*греч. poly —* много, *akusis —* слух) — слуховые галлюци­наторные образы воспринимаются больным последовательно, многократно повторя­ясь.

***Г. полиопические*** (*поли + греч. ops, opis —* глаз, зрение) — зрительные гал­люцинаторные образы, характеризующиеся многократным повторением, стереотип­ностью, могут быть разновеликими, по-разному расположенными.

***Г. полифонические*** (*поли + греч. phone —* голос, звук) — характерно увели­чение громкости воспринимаемых звуков и их многократное повторение.

***Г. приказывающие*** — *см. Г. императивные.*

***Г. примитивные*** [Бахур В.Т., 1972] — наблюдаются при атрофии зрительных нервов и характеризуются отсутствием яркости, живости и внешней проекции.

***Г. проприоцептивные*** — см. *Г. моторные.*

***Г. психические*** [Baillarger J., 1844] — галлюцинации, лишенные чувственного компонента, например, беззвучные голоса. Автором они рассматривались как «ин­теллектуальные восприятия», независимые от органов чувств. Больные слышат без­звучные мысли, тайный внутренний голос. Часть описанных J. Baillarger случаев яв­ляется разновидностью описанных позже В.Х. Кандинским псевдогаллюцинаций (см. *Псевдогаллюцинации*)*.* Г.п. присуще ощущение, что это внушение извне, «сделан­ные» мысли.

Син.: абстрактные Г. Кальбаума, апперцептивные Г. Кальбаума, мысли сде­ланные, мысли внушенные.

***Г. психогенные*** — возникают в связи с психогенным воздействием (психиче­ская травма, гипнотическое внушение). Главная причина — внезапно возникающий особенно интенсивный или длительно не разрешающийся аффект. Содержание гал­люцинаторных образов отражает психогению. Могут быть зрительными и слуховы­ми. Особенно распространены при психических эпидемиях (см. *Г. психогенные ин­дуцированные*)*.* Легко возникают у детей. В.А. Гиляровский [1949] выделял такую разновидность Г.п., как аффектогенные Г., в генезе которых решающую роль играет фактор эмоциональный, тогда как в противопоставляемых им идеогенных Г. решаю­щее значение имеют опасения, неотвязные мысли, связанные с близким человеком. Это разделение условно: так, выделяют идеоаффективные Г. [Callieri B., Felici F., 1966], обусловленные кататимными механизмами. Роль психогенного фактора в ме­ханизме образования Г., по В. Милеву [1979], переоценивается: катамнестически многие больные с галлюцинаторными переживаниями, оцениваемыми первоначаль­но как психогенные, впоследствии оказались больными шизофренией.

***Г. психогенные индуцированные*** — возникают одновременно у нескольких человек, иногда у очень большого количества людей (например, во время психиче­ских эпидемий) в связи с взаимным внушением.

***Г. психомоторные*** — характерны переживания выполнения двигательных актов, которые в действительности больным не осуществляются.

***Г. психомоторные буквенные*** [Щербак А.Е., 1908] — описаны при фокаль­ных судорожных припадках, протекающих без расстройств сознания и ограничиваю­щихся мышцами правой половины лица и правой руки. Характер обманов восприя­тия зависел от степени глубины припадка — наблюдался переход от навязчивых представлений определенных букв к галлюцинациям и псевдогаллюцинациям (боль­ная чувствовала эти буквы в своем мозгу; ей казалось, что она произносит соответ­ствующие звуки; иногда она ощущала отдельные буквы в своем горле, чувствовала их форму как постороннего тела, старалась откашляться и выплюнуть их). При наи­большей глубине приступа больная действительно произносила соответствующие звуки, как ей казалось, под влиянием какой-то непреодолимой силы.

***Г. психосенсорные*** — характеризуются ощущениями изменения собственно­го тела и его отдельных частей. Могут наблюдаться в структуре синдромов деперсо­нализации, дисморфомании, при нарушениях схемы тела.

***Г. резидуальные*** (лат. residualis — остаточный, оставшийся) — фрагменты, отдельные галлюцинаторные переживания, сохранившиеся в клинической картине после перенесенного психотического синдрома (галлюцинаторно-параноидного, гал­люциноза) при наступлении неполноценной ремиссии.

***Г. ретроактивные*** (*лат. retro* — назад, обратно, *activus* — действенный, действующий) — см. *Г. памяти.*

***Г. рефлекторные*** [Kahlbaum К., 1866] — особый вид расстройств восприя­тия, возникающих рефлекторно, в связи с воздействием на организм раздражителей внешней (слуховые, зрительные, обонятельные, тактильный сигналы) или внутрен­ней (изменения проприоцепции) среды. Близки к функциональным галлюцинациям, однако при Г.р. раздражитель лишь провоцирует галлюцинации, но не поддерживает их.

Г.р. могут возникать в одном анализаторе, при воздействии внешнего раздра­жителя на другой.

Син.: Г. отраженные.

***Г. речевых движений языка*** [Голант Р.Я., 1939] — описаны при эпидемиче­ском энцефалите и характеризуются ощущением не производимых в действительно­сти движений, шевеления языка. Язык «отвечает» на мысли, производимая им речь как бы воспринимается внутри головы. Являются одним из вариантов «внутреннего говорения» В.Х. Кандинского [Гулямов М.Г., 1965].

***Г. речедвигательные*** [Seglas J., 1888] — служат одним из проявлений син­дрома психического автоматизма. В зависимости от характера и степени выражен­ности моторного и сенсорного компонентов можно различать вербально-моторные Г., воспринимаемые больным как ощущение его артикуляторных актов; вербально­моторные слуховые Г., при которых отмечается и сенсорно-слуховое восприятие; вербально-моторные псевдогаллюцинации, являющиеся гиперпродукцией внутрен­ней речи.

***Г. ротоглоточные*** [Григорьянц Э.Т., Гулямов М.Г., 1970] — тактильные гал­люцинации, локализующиеся в полости рта и глотки и характеризуемые больными как ощущение инородного тела. Наблюдаются при алкогольном делирии на высоте психоза в связи с изменением сознания. При протекании белой горячки с онейроид- ным нарушением сознания хорошо сохраняются в памяти после выхода из психоза. Не являются признаком неблагоприятного течения заболевания.

***Г. рудиментарные*** [Концевой В.А., Дружинина Т. А., 1973] — наблюдаются при приступообразном течении шизофрении с картиной вербального галлюциноза, главным образом при галлюцинаторно-бредовой структуре приступов. После одного из затяжных приступов могут остаться в ремиссии как резидуальное расстройство наряду с остаточными несистематизированными бредовыми идеями и признаками шизофренических изменений личности — аутизма, вялости, пассивности.

***Г. сенестетические*** (*греч. koinos —* общий, *aisthesis —* чувство, ощущение) [Sivadon M.P.] — необычные ощущения в теле и внутренних органах (чувство ожога, пощипывания и т.п.). Близки к сенестопатиям, однако, в отличие от последних, вос­принимаются как результат внешнего воздействия, тогда как сенестопатии не обяза­тельно возникают в плане такого рода переживаний, например в рамках ипохондри­ческого синдрома.

***Г. сенестопатические*** — см. *Сенестопатии, Г. энтероцептивные.*

***Г. синтетические*** — см. *Г. сложные.*

***Г. сложные*** — обманы восприятия, возникающие одновременно в нескольких анализаторах (слуховые и зрительные, зрительные и обонятельные и т.п.).

***Г. соматические*** [Бехтерев В.М., 1904] — см. *Г. энтероцептивные.*

***Г. слуховые.*** Характеризуются восприятием элементарных звуков (акоазмы) или слов, фраз, музыки.

Син.: Г. акустические.

***Г. слуховые Аленштиля*** [Ahlenstiel H., 1960]. Психогенные галлюцинации в виде «стуков» и «звонков», наблюдающиеся у психически здоровых в ситуациях напряженного ожидания, тревоги. Рассматриваются как проявление «акустической памяти».

***Г. стабильные*** — см. *Г. стереотипные.*

***Г. стереогностические*** [Равкин И.Г., 1940] — наблюдающиеся при экзоген­ных психозах тактильно-кинестетические Г. При отсутствии каких-либо внешних раз­дражителей больные утверждают, что они очень отчетливо осязают наличие в руке, чаще правой, предмета (например, монеты, карандаша), которым они пытаются пользоваться. Выявляются на фоне расстроенного сознания (сновидно-оглушенного или сновидно-делириозного), сочетаются с нарушениями схемы тела и элементар­ными тактильными галлюцинациями.

***Г. стереотипные*** [Kahlbaum H., 1866]. Характеризуются мало изменяющим­ся содержанием болезненных переживаний: например, повторение в слуховых об­манах восприятия все время одних и тех же слов.

Син.: стабильные Г.

***Г. сценические*** — зрительные и слуховые, тематические, сюжетно взаимо­связанные, образующие сцены развивающихся событий.

***Г. сценоподобные*** — см. *Г. сценические.*

***Г. тактильные*** [Magnan V., 1883] — неприятные ощущения, близкие к сене- стопатиям. Больные испытывают чувство ползания под кожей насекомых, мурашек, передвижения разного рода мелких предметов. Иногда это ощущение прикоснове­ния к коже неодушевленных предметов. Часто сопровождаются жжением, зудом. Ха­рактерны для некоторых интоксикаций, например кокаинизма.

***Г. телеологические*** — см. *Г. комментирующие.*

***Г. телесные*** — см. *Г. энтероцептивные.*

***Г. термические*** — больные испытывают ощущения холода или тепла на по­верхности кожи, часто в изолированных участках (например, больной ипохондриче­ской шизофренией жалуется на то, что у него «виски горячие»). Нередко это моно­симптом. Иногда Г.т. выражаются в жалобах на чувство прикосновения горячего или холодного предмета.

***Г. токсические*** — возникают в связи с действием различных токсических ве­ществ, наркотиков. Могут наблюдаться при непомраченном и помраченном созна­нии. В последнем случае они утрачивают ощущение чуждости и воспринимаются не критически, больной принимает участие в галлюцинаторных переживаниях, прини­мающих характер онирических, делириозных или аментивных [Рыбальский М.И., 1983]. К Г.т. относятся и Г. тактильные Маньяна.

***Г. унилатеральные*** — см. *Г. односторонние.*

***Г. функциональные*** [Kahlbaum H., 1866] — возникают при возбужденном со­стоянии соответствующего анализатора (главным образом слухового). Прислуши­ваясь, больной слышит в шуме текущей из крана воды или стуке колес поезда речь своих преследователей, их угрозы и т.п.

Г. частичные — зрительные галлюцинации, в которых фигурируют лишь отдельные части живых существ или неодушевленных предметов.

Син.: Г. парциальные.

***Г. экстатические*** (*греч. extasis —* исступление, восхищение) — 1. Г. в состо­янии экстаза. По М.И. Рыбальскому [1983], в таких случаях более правомерно гово­рить о галлюцинациях истерического или эпилептического экстаза. 2. Г., вызываю­щие у больного чувство экстаза. Отличаются яркостью, образностью, воздействием на эмоциональную сферу больного. Держатся длительное время, часто имеют рели­гиозное, мистическое содержание. Могут быть зрительными, слуховыми, комплекс­ными.

***Г. экстракампинные*** [Bleuler E., 1903] — галлюцинации, выходящие за пре­делы чувствительного поля» данного рецептора. Так, например, больной локализует зрительные галлюцинаторные образы вне своего поля зрения, чаще всего позади себя. По мнению E. Bleuler, специфичны для шизофрении. Г.э. могут быть истинны­ми и ложными.

***Г. элементарные*** — зрительные и слуховые галлюцинации в форме воспри­ятия отдельных звуков (акоазмы) или беспредметных образов (фотопсии).

***Г. эндоскопические*** (*греч. endo —* внутри, *skopeo —* смотреть, рассматри­вать) — зрительные Г., объектом которых являются находящиеся внутри организма объекты или происходящие там процессы. См. *Аутоскопия, Аутовисцероскопия.*

***Г. энтероцептивные*** — галлюцинаторные переживания происходящих во внутренних органах необычных изменений.

Син.: Г. висцеральные, сенестопатические, соматические, телесные.

***Г. эпилептические*** — возникают при височной эпилепсии, нередко являются единственным симптомом (иногда начальным) фокальных эпилептических припад­ков. Отличаются значительной детализацией и всегда отражают жизненный опыт больного. Могут носить характер зрительных, обонятельных, слуховых, висцераль­ных, комплексных.

**Галлюциногены** (*лат. hallutinatio —* бред, видения, *греч. genes —* рождаю­щийся, рожденный). Группа психотропных средств, обладающих способностью вы­зывать психические расстройства — яркие зрительные галлюцинации, иллюзии, на­рушения мышления, бред, состояние эйфории, явления деперсонализации. В каче­стве лекарственных средств практически не применяются, используются токсикома­нами. К этой группе относятся производные лизергиновой кислоты, триптамина, фенилэтиламина (диэтиламид лизергиновой кислоты, диметилтриптамин, мескалин). Некоторые препараты группы Г. использовались в экспериментах для со­здания моделей психозов.

Син.: психодислептики, психотомиметики.

**Галлюциноз** (*лат. hallutinatio —* бред + *-оз.*) Психопатологический синдром, характеризующийся выраженными, обильными галлюцинациями, преобладающими в клинической картине. Галлюцинации могут сопровождаться бредом. М.И. Рыбаль­ский [1983] различает *Г. истинные* и *органические.* Для первых характерны проек­ция болезненных переживаний вовне и только *в* воспринимаемом пространстве, связь с окружающими предметами, реалистичность оформления при отсутствии уве­ренности в действительном существовании галлюцинаторных образов (благодаря относительной сохранности критики), аффективная реакция на их содержание; для вторых — проекция в представляемое или воспринимаемое пространство, но без ас­симиляции окружающей обстановкой, отсутствие реалистичности, добродушное от­ношение больных к болезненным переживаниям. Выделяют также ложные Г. (см. *Псевдогаллюциноз*)*.*

***Г. алкогольный*** [Wernicke С., 1900] — вербальный галлюциноз у хронических алкоголиков, сочетающийся с бредовыми идеями преследования. Наступает обычно после алкогольных эксцессов. Течение длительное (недели и месяцы) с частыми ре­цидивами, может стать хроническим Иногда развивается после алкогольного дели­рия. Возможен исход в алкогольную деменцию.

Син.: галлюцинаторное помешательство пьяниц [E. Kraepelin].

***Г. алкогольный острый кратковременный*** [Гулямов М.Г., Симадов С.С., 1980] — вариант острого алкогольного галлюциноза, рассматриваемый как след­ствие патоморфоза заболевания. От классических описаний острого алкогольного галлюциноза отличается кратковременностью течения (не более двух суток). Разли­чаются два подтипа: 1) гипнагогический алкогольный галлюциноз, характеризующий­ся вербальными гипнагогическими галлюцинациями, которые при повторном возник­новении приобретают характер монолога оскорбляющего или угрожающего харак­тера; 2) транзиторный алкогольный галлюциноз, характеризующийся быстрой сме­ной стадий — от инициальной до выраженной — за короткий промежуток времени и обрывом на высоте развития (к вербальному галлюцинозу присоединяется острый чувственный бред в форме идей преследования, особого значения). Для транзитор- ной формы характерны также острое нарастание аффективной напряженности, страха, тревоги. Выход через астению, с быстрым восстановлением критики, без амнезии болезненных переживаний.

***Г. атеросклеротический хронический*** [Суханов С.А., 1904, 1906] — разно­видность Г. хронического. Наблюдается редко, чаще у женщин. Длительное время больные сохраняют критическое отношение к болезненным переживаниям и отлича­ют их от реальных впечатлений. Лишь иногда галлюцинации воспринимаются как ре­альные явления. Галлюцинации вначале являются изолированным расстройством, по мере углубления атеросклероза отмечается усиление характерных признаков: ослабление памяти, интеллектуальное снижение, безразличие к окружающему. Утрачивается критическое отношение к галлюцинациям. Содержание галлюцинаций чаще нейтральное, касается простых житейских дел. С течением заболевания гал­люцинации могут приобретать фантастический характер.

Хронический Г. вначале был отнесен С.А. Сухановым к клинике церебрально­го атеросклероза, но позже [1914] — к пресенильным психозам. Однако последние рассматривались С.А. Сухановым лишь как сборная группа психозов разной этиоло­гии, возникающих преимущественно в позднем возрасте. Исследования последую­щих лет свидетельствуют о правомерности выделения хронического вербального галлюциноза в рамках церебрального атеросклероза [Фрумкин Я.П., 1957, Штерн­берг Э.Я., 1969].

Син.: Г. артериосклеротический хронический.

***Г. артериосклеротический хронический.*** См. *Г. атеросклеротический хронический.*

***Г. бредовой*** — галлюцинации сопровождаются вторичным бредом, тесно свя­заны между собой по содержанию. Характерна бредовая непоколебимая уверен­ность больных в реальности галлюцинаций.

***Г. вербальный*** [Schroeder P., 1926] — характеризуется сохранностью ориен­тировки, наличием чувства страха, боязливым внутренним напряжением. Нарушена дифференциация собственных мыслей и обманов восприятия. Основной признак — звучание собственных мыслей. Близок к Вернике аутохтонным идеям.

***Г. делириозный*** [Schroeder P., 1926] — характеризуется расстройствами вос­приятия, внимания, снижением направленности психической деятельности вовне, ослаблением ассоциативной деятельности, комбинаторики, недостаточной критич­ностью по отношению к болезненным переживаниям, склонностью к конфабуляциям, двигательному беспокойству. Расстройства сознания по сновидному типу.

***Г. зрительный.*** Характерно преобладание зрительных галлюцинаций, возни­кающих при помраченном сознании.

***Г. зрительный Ван Богарта*** [van Bogaert L., 1945] — наблюдается при Ван Богарта лейкоэнцефалите. Вначале отмечается повышенная сонливость, затем — явления нарколепсии. В промежутках между нарколептическими приступами обнару­живаются множественные красочные зрительные галлюцинации. Больные «видят» окрашенных в различные цвета бабочек, рыбок, всевозможных животных. Затем на­растает беспокойство, усиливается аффективная окраска образов. Развивается де­лирий с последующей амнезией. При этом наблюдаются и сложные акустические расстройства.

***Г. иллюзорный*** [Schroeder P., 1926] — возникает на фоне выраженной де­прессии, сопровождающейся идеями отношения. В отличие от истинных вербальных галлюцинаций, слышимое передается больным только в общих чертах. Отсутствуют характеристики, свойственные истинным вербальным галлюцинациям, — громкость, тон, конкретная принадлежность, локализация. В основе Г.и. лежат аффективные расстройства.

***Г. обонятельный*** — характеризуется обилием обонятельных, чаще неприят­ных, галлюцинаций. Нередко сочетается с бредом отравления, ущерба.

***Г. обонятельный Габека*** [Habeck D., 1965] — изолированный Г.о., наблюда­ющийся в возрасте после 40 лет в связи с органической церебральной патологией. Больные утверждают, что они являются источником неприятного запаха, который за­мечают и окружающие. С Г.о.Г. тесно связаны и идеи отношения, достигающие ино­гда значительной выраженности (возможны суицидальные попытки, мотивируемые чувством отверженности). Нередки ощущения типа сенестопатий, отдельные тактильные галлюцинации. Не характерны идеи сделанности или привнесенности извне переживаемого больными чувства.

Ср.: бред физического недостатка.

***Г. обонятельный Шахматова*** [Шахматов Н.Ф., 1972] — синдром, наблюдае­мый при функциональных, идущих без развития деменции, психозах позднего воз­раста. Галлюцинации носят характер истинных: больные воспринимают запахи как реально существующие и проецируют их вовне, ищут способы борьбы с ними. При этом наблюдается маломасштабный бред преследования обыденного характера, идеи ущерба. Патогенетически близок синдрому тактильного галлюциноза.

***Г. односторонний*** — чаще вербальный, но бывает и зрительный. Речь идет об обманах чувств, якобы воспринимаемых соответствующим анализатором больно­го с одной стороны. Галлюцинации могут быть элементарными или полными, разви­тыми. Чаще всего наблюдается при односторонней локализации поражения коры го­ловного мозга и одностороннем заболевании органов чувств.

***Г. острый*** — характеризуется острым, внезапным возникновением, чаще всего наплывом вербальных галлюцинаций (реже тактильных или зрительных), со­провождающихся страхом, тревогой, двигательным беспокойством, бредовыми переживаниями. Отличается кратковременностью, обратимостью.

***Г. педункулярный*** [Lhermitte J., 1920] — наблюдается при локальном пораже­нии мозгового ствола в области III желудочка и ножек мозга вследствие кровоизлия­ния, опухоли, может иметь также и воспалительно-интоксикационную этиологию. Чаще всего возникает у пожилых людей при наличии мнестической недостаточности и нарушений сна. Характеризуется приступообразно возникающими, чаще в вечер­нее время, зрительными подвижными микроскопическими, нередко цветными галлю­цинациями. Зрительные образы отличаются подвижностью, калейдоскопичностью, меняют свою форму, величину и положение в пространстве. Отсутствует чувство страха, больные выступают в роли спокойных созерцателей. Сохраняется критиче­ское отношение к галлюцинациям, расстройств сознания не наблюдается.

Описан и при функциональной патологии мезэнцефальной области головного мозга [Залкинд Э.М., 1937].

Син.: мезэнцефальный Г.

***Г. периодический*** [Schroeder P., 1926] — наблюдается как вариант течения МДП. Наряду с типичными маниакальными и депрессивными фазами отмечаются галлюцинаторные фазы. Галлюцинации возникают на фоне повышенного или пони­женного настроения. По современным представлениям, приближается к циклоид­ным психозам [Peters U.H., 1977].

***Г. Плаута*** [Plaut F., 1913] — синдром Г. при сифилисе головного мозга. Чаще всего вербальный Г., реже зрительные, обонятельные и телесные галлюцинации. Бредовые идеи преследования, воздействия, временами — величия. Сознание не нарушено. Сознание болезни, критическое отношение к болезненным переживаниям относительно сохранены, однако подвергаются колебаниям. Возможны эпизоды страха, усиливающегося при наплыве галлюцинаций (суицидальные попытки). Раз­личаются острые и хронические формы.

***Г. прогрессирующий Клейста*** [Kleist К.] — устаревшее название формы не- прерывно-прогредиентно протекающей шизофрении с преобладанием в клиниче­ской картине по всему ее длиннику вербальных галлюцинаций.

***Г. резидуальный*** [Alzheimer A., 1913] — остаточное явление после перене­сенного острого психоза, протекавшего с бредом и галлюцинациями. Резидуальная симптоматика носит характер только слухового Г., не сопровождающегося бредовы­ми интерпретациями. Отсутствуют формальные расстройства мышления, поведение больных совершенно упорядочение.

См. *Галлюцинации резидуальные.*

***Г. рефлекторный кинестетический*** [A. Kramer, 1 889] — больной, слыша чужую речь, непроизвольно совершает движения языком и губами соответственно этой речи. Носит насильственный, мучительный характер. Возникает не только в от­вет на слышимую речь, но и сопровождает собственные галлюцинаторные и псевдо­галлюцинаторные переживания (М.И. Рыбальский, 1989).

***Г. сложный*** — характеризуется сочетанием нескольких видов галлюцинаций — слуховые, зрительные, тактильные и т.д.

Син.: Г. смешанный.

***Г. тактильный*** — в клинической картине преобладают тактильные галлюци­нации. Чаще всего наблюдается в пожилом возрасте.

***Г. токсический*** — наблюдается при хронических интоксикациях, чаще всего у наркоманов и токсикоманов. Типичный пример Г.т. приведен Розенталем [Rosenthal S.A., 1964]. Множественные зрительные галлюцинации с яркой окраской образов, сопровождающиеся чувством тревоги, страха, нередко приобретающие за­тяжное течение. Наблюдается при частом приеме диэтиламида лизергиновой кисло­ты.

***Г. сенестопатический рефлекторный*** [Кузнецов М.Т., 1968] — рефлектор­но, в связи с воздействием зрительных и слуховых рездражителей, циклически воз­никающие сенестопатии. Характерны длительное течение, стереотипность проявле­ния, отсутствие тенденции к развитию бреда. Рефлекторные сенестопатические гал­люцинации носят и фунциональный характер, так как отмечается проекция патоло­гических ощущений в подвергаемом раздражению анализаторе. Типичны отчужден­ность, крайняя тягостность для больного болезненных восприятий, сближающие Г.с.р. с Кандинского псевдогаллюцинациями. Нозологической специфичностью не обладает, однако более типичен для токсикоинфекционных и соматогенных психо­зов.

***Г. фантастический*** [Schroeder P., 1926] — проявляется патологическими ощущениями, которые носят характер неправдоподобных сенсаций. В основе Г.ф. — искаженное восприятие действительных ощущений, бредовое их толкование, конфа- буляции. Наблюдается при эндогенных и экзогенных психозах.

***Г. хронический*** — характерно длительное, на протяжении ряда лет, непре­рывное или волнообразное течение. Чаще всего — слуховые (возможны и другие) галлюцинации в сочетании с бредом и симптомами психического автоматизма.

**Галлюциноиды** [Попов Е.А., 1941]. Промежуточные между нормальными представлениями и галлюцинациями психопатологические феномены, являющиеся неполными, несовершенными галлюцинациями. Галлюциноиды — переходный этап на пути развития галлюцинаций. К ним относятся псевдогаллюцинации, звучание мыслей, эйдетизм.

Существуют и другие критерии понимания галлюциноидов. Г.К. Ушаков [1969] обозначает так зрительные галлюцинации, возникающие днем вне связи со сном, но при закрытых глазах, наблюдающиеся при соматогенной астении. М.И. Рыбальский [1982] Г. называет неполные псевдогаллюцинации, возникающие при непомрачен- ном сознании и в связи с расстройствами мышления, лишенные естественного внешнего оформления, не имеющие четкой локализации в пространстве, восприни­маемые больными как нечто нереальное (мимолетные, нечеткие, неясные образы; неясный, нечеткий монолог, слышимый извне, но без определенного содержания и локализации в пространстве).

**Галля—Орда болезнь** [Gull W., 1873; Ord N., 1878]. Микседема, возникающая во взрослом возрасте. Психические нарушения — апатия, малоподвижность, сонли­вость, снижение работоспособности, нарастание слабоумия по типу эндокринного психосиндрома. На этом фоне возможно возникновение острых психотических со­стояний, главным образом маниакальных и депрессивных.

**Галопирующая форма прогрессивного паралича.** Форма прогрессивного паралича, отличающаяся особенно неблагоприятным течением. Иногда галопирую­щее течение присуще заболеванию с самого начала, иногда оно проявляется на за­ключительной стадии ажитированного паралича. Характерны резкое двигательное возбуждение, катастрофическое падение массы тела.

**Галстук Казаля** [Kasal]. Кожная эритема с шелушением и десквамацией эпи­телия и последующей гиперпигментацией в области шеи. Симптом пеллагрозного дерматита.

Син.: лента Казаля.

**Гамбринизм.** Разновидность алкогольной наркомании, характеризующаяся чрезмерным пристрастием к пиву (*Гамбринус —* легендарный фламандский король, любитель пива и покровитель пивоварения). Психопатологически существенно не отличается от других видов алкоголизма.

**Гамильтона шкала депрессии** [Hamilton М., 1960]. Перечень симптомов для дифференцирования депрессивных состояний. Болезненные признаки разделяются на три группы: симптомы патологии влечений, настроения и вегетативные расстрой­ства. Используется для контроля эффективности антидепрессантов. Не характери­зует глубину депрессии. Является модификацией мультидименсиональной психиа­трической шкалы для экспресс-исследования.

**Гамильтона шкала тревоги** [М. Hamilton, 1959]. Личностный опросник, направленный на выявление конституциональной тревожности и ситуационной тре­воги. Содержит перечень 14 групп симптомов, касающихся психических и соматиче­ских аспектов тревоги. Включает симптомы тревожного настроения, фобические, эмоциональной напряженности, нарушения сна, депрессивное настроение, из сома­тических симптомов — мышечные (боли, судороги и др.), сенсорные (например, шум в ушах), кардиоваскулярные, респираторные, гастро-интестинальные, уро-гениталь­ные, нейровегетативные. Значительное внимание уделяется поведению во время опроса. Положительно зарекомендовал себя при диагностике невроза страха; ре­зультаты менее значимы при ажитированной депрессии, навязчивых неврозах, исте­рии и шизофрении [А. Кокошкарова, 1984].

Ср.: Спилбергера шкала тревоги.

**Гамма-волны.** Разновидность ритмических колебаний биопотенциалов ЭЭГ частотой 25-30 в 1 с и амплитудой до 25 мкВ. Часто накладываются на более медленные волны.

**Гамма-энцефалография.** Метод радиоизотопной диагностики повреждений тканей головного мозга. С помощью специальной радиометрической аппаратуры определяется накопление в тех или иных участках головного мозга предварительно введенных содержащих гамма-частицы радиоизотопов.

**Гамомания** (*греч. gamos —* брак, *mania —* страсть, влечение, безумие). Повы­шенный эротизм, чрезмерная половая возбудимость в сочетании с усиленным стремлением к деятельности. Симптом маниакальных состояний.

**Ганглиозиды.** Сложные гликолипиды. В норме содержатся преимущественно в нервных ганглиях, но также и в эритроцитах, тканях печени, селезенки и др. Участ­вуют в межклеточных процессах, являются рецепторами для некоторых токсинов (столбняка, холеры и др.) и серотонина. Нарушение состава и количества Г. харак­терно для некоторых патологических состояний, например идиотии амавротической.

**Ганзера симптом** [Ganser S.J.M., 1898]. Симптом миморечи, мимоговорения. На все вопросы больной отвечает не по существу, однако, несмотря на явную несо­образность ответов, обнаруживает понимание предложенных ему вопросов [Введен­ский И.Н., 1907]. Ответ больного хотя и неправильный, но всегда находится в кругу представлений, связанных с вопросом. Этим миморечь отличается от атактических ответов больных шизофренией. Сочетается с симптомом мимодействия. Харак­терен для некоторых психогенных реакций — псевдодеменции, Ганзера синдрома.

**Ганзера синдром** [Ganser S.J.M., 1898]. Острая психогенная истерическая ре­акция. Характеризуется симптомами миморечи, мимодействия, псевдодеменции, пу- эрилизма, истерическим (по функциональному типу) сужением сознания. Течение острое. Вначале — растерянность, тревога, страх, возможны зрительные галлюци­нации. Более длительное время остаются явления псевдодеменции и пуэрилизма.

**Ганнушкина—Кербикова триада критериев психопатий** [Ганнушкин П.Б., 1933 ; Кербиков О.В., 1961]. 1) Выраженность патологических свойств личности до степени нарушения социальной адаптации; 2) их относительная стабильность, ма­лая обратимость; 3) тотальность патологических черт личности, определяющих весь психический облик.

**Ганнушкина конценция динамики психопатий** [Ганнушкин П.Б., 1933]. Поми­мо «возрастных кризисов» П.Б. Ганнушкин различал следующие клинические вари­анты динамики психопатий: 1) возникающие без видимой внешней причины фазы

(например, циклоидные); 2) реакции псигохенные или соматогенные (шизоидные, эпилептоидные, циклоидные); 3) патологическое развитие (астеническое, с выявле­нием обсессий, с развитием импульсивных навыков, параноическое).

Клинические формы динамики психопатий по течению и исходам отличаются от прогредиентных психозов. П.Б. Ганнушкин подчеркивал роль конституциональной предрасположенности и характера психогении, объяснял этим возникновение в ряде случаев одинаковых клинических картин у психопатов разных типов и различные формы реакций в зависимости от содержания психогенного момента у одной и той же психопатической личности.

**Ганнушкина эпилептоидный тип реакции** [Ганнушкин П.Б., 1927]. Длитель­ные, нередко повторно возникающие и обусловленные влиянием психогенных фак­торов, неблагоприятной жизненной ситуации реакции. Проявляются направленной против окружающих дисфорической симтоматикой, озлобленностью, гневливостью, тоской. Эти состояния носят преходящий характер, иногда длятся месяцами. После них остается готовность к дальнейшему патологическому развитию личности. Возни­кают обычно у лиц с различной степенью выраженности эпилептоидных свойств, у которых, по выражению П.Б. Ганнушкина, «эпилептоидный круг... если не ясно выра­жен, то хотя бы намечен».

В качестве психотического эпизода могут отмечаться при ряде патологических процессов (эпидемический энцефалит, травматическое поражение головного мозга, церебральный атеросклероз).

Син.: острое эпилептическое состояние, эпилептическая реакция.

**Гаптофобия** (*греч. hapto* — захватывать, схватывать, *phobos* — страх). На­вязчивый страх, боязнь прикосновения окружающих людей. Наблюдается при невро­зе навязчивых состояний и психастении.

**Гаргоилизм** (*фр. gargouille —* раструбы старинных водосточных труб, укра­шавшиеся рельефными изображениями химер) [Hurler G., 1919]. Редко встречающе­еся генетически обусловленное заболевание с аутосомно-рецессивным типом на­следования, проявляющееся нарушениями обмена мукополисахаридов. Основные признаки — слабоумие, хондроостеодистрофия, гепатоспленомегалия, помутнение роговицы. Типичны большая голова, уродливое строение лицевой части черепа, кар­ликовый рост, нарастающая слепота.

Син.: болезнь Гурлер, болезнь Джонни Мак-Л. (по имени первого описанного больного), множественный дизостоз, болезнь Пфаундлера [Pfaundler M.].

**Гаркави синдром отчуждения витальности** [Гаркави Н.Л., 1945]. Наблюда­ется при циркулярной (циклотимической) депрессии и характеризуется жалобами больных на отсутствие восприятия витальных чувств (пропало чувство голода, нет чувства жажды, больной не насыщается при еде, хотя много ест, отсутствует по­требность в пище). Отчуждение витальных чувств рассматривается как проявление психосенсорных расстройств и часто сочетается с явлениями деперсонализации и дереализации, может служить источником образования бредовых идей нигилистиче­ского характера. Вариант психической анестезии (см.).

**Гарриса синдром** [Harris, 1924]. Психические нарушения при спонтанной панкреатогенной гипогликемии. Вначале — предвестники в виде астенических и ве- гетодистонических симптомов. Затем - состояние нарушенного сознания с судорож­ными проявлениями.

**Гартмана симптом** [Hartmann]. Нарушение ориентировки в правом-левом. Один из симптомов расстройства схемы тела. Чаще наблюдается в острой стадии органического поражения головного мозга и подвержен быстрому обратному разви­тию. Может наблюдаться и при очаговом поражении левого полушария головного мозга.

**Гасто синдром** [Gastaut H., 1957]. Постгемиплегическая эпилепсия. Судороги односторонние. Является формой острого детского паралича.

**Гафалгезия** (*греч. haphe —* прикосновение, *algesis —* ощущение боли). Воз­никновение при прикосновении к коже различными предметами, особенно сделан­ными из металла, неприятных ощущений, дрожи, судорог. Наблюдается чаще всего при истерии, иногда [Гуськов B.C., 1965] при диэнцефалитах.

**Гашиш.** Смола, добываемая из листьев и побегов индийской или амери­канской конопли, произрастающей в южных климатических поясах. Содержит дери­ваты каннабиола — ароматические альдегиды. Раньше препараты индийской коно­пли применялись как снотворные и обезболивающие средства. В последнее время получили широкое распространение среди наркоманов.

Син.: анаша, марихуана.

**Гашишизм.** Наркомания гашишная. По распространенности следует за алко­голизмом. Гашиш курят, жуют, глотают в виде таблеток. Действие определяется установкой на ожидаемый эффект [Пятницкая И.Н., 1975]. При значительной передозировке возможны психозы. В отличие от опийной, при гашишной интоксика­ции снижается функциональный уровень коры головного мозга, превалирует хаоти­ческое возбуждение подкорки (разнообразие иллюзий, нарушение схемы тела, эмо­циональная спутанность и т.д.). Возможны шизоформные психозы. Абстинентный синдром развивается медленно, через 2-3 года после начала гашишизма [Пятницкая И.Н.].

Син.: анашизм, гашишемания, каннабизм.

**Гвоздь истерический** (*clavus hystericus, лат. clavus —* гвоздь, *греч. hystera —* матка). Чувство сильной боли, распространяющейся в одном направлении, как бы по ходу «вколачивания гвоздя»: например, головная боль распространяется спереди назад. Наблюдается при истерии.

**Геатоскопия** (*греч. heauton —* сам себя, *skopeo —* рассматривать, наблю­дать) [Meninger-Lerchenthal С., 1935]. Синдром ложного восприятия собственного тела, переживание двойника. Движения двойника ощущаются больным в собствен­ном теле. Галлюцинаторный образ может отличаться своими физическими призна­ками, например, возрастом, но обязательно является идентичной личностью. Иногда двойник переживается как сопровождающий, зеркально отраженный образ. Длится секунды. Наблюдается при переутомлениях, эпилептическом делирии, шизофрении, органических поражениях головного мозга височной и височно-теменной локализа­ции.

Ср.: симптом двойника Гиляровского.

**Гебефрения** (*греч. hebe —* юность, *phren —* сердце, душа, ум, рассудок) [Kahlbaum К., 1863, Hecker E., 1878]. Психическое расстройство, развивающееся в молодом возрасте и выделенное авторами как самостоятельная нозологическая форма. Впоследствии [E. Kraepelin] была отнесена к раннему слабоумию. Гебефре­ническая форма шизофрении характеризуется выраженностью черт детскости, ду­рашливости, нелепыми выходками больных, их склонностью к чудачеству. Типичны гримасничание, сюсюкающая речь, манерность, склонность к импульсивным поступ­кам, проявление парадоксальной эмоциональности (см. *Кербикова триада гебе­френического синдрома*)*.* Часто сосуществует со стабильными или хаотически воз­никающими аффективными, галлюцинаторными, бредовыми и кататоническими при­знаками, Отличается от других форм шизофрении особенно неблагоприятным прогнозом.

Син.: геккеровская форма шизофрении.

***Г. апатическая*** [Kleist К., 1908] — гебефренические проявления при ши­зофрении с особенно выраженной апатизацией.

***Г. депрессивная*** — протекает при пониженном настроении.

***Г. маниакальная*** (маниоформная) — характеризуется гипертимным настрое­нием, особенно выраженной шаловливостью, пустым, бессодержательным весе­льем.

**Гебоид** (*греч. hebe —* юность, *eidos —* вид) [Kahlbaum К., 1884, 1889]. Выде­ленные из гебефрении случаи, также отличающиеся началом заболевания в юноше­ском возрасте, но протекающие более благоприятно, в которых на первый план вы­ступает антисоциальное поведение. Первоначально трактовались как отдельное за­болевание, затем были включены в рамки раннего слабоумия (шизофрении) под на­званием гебоидофрении. Психопатологически — комплекс нарушений психических свойств личности. В дальнейшем была показана разнородность этого психопатоло­гического феномена и в соответствии с течением болезни говорят о гебоидной пси­хопатии [Bilikiewicz Т., 1968] и гебоидной (в рамках юношеской) шизофрении.

Син.: гебоидофрения (*греч. phren —* ум, разум).

***Г. криминальный*** [Rinderknecht G., 1920] — психопатологический синдром, обнаруживающийся уже с детства и характеризующийся эмоциональной холодно­стью с равнодушием и выраженными антисоциальными тенденциями. Автором Г.к. относился к шизофрении, основное отличие она видела в антисоциальных установ­ках. В современной психиатрии Г.к. — один из вариантов шизоидной психопатии (аффективно-тупые, холодные анестетические психопаты). Понятие Г.к, в клиниче­ской психиатрии не прижилось как лишенное психопатологической сущности [Аккер­ман В.И., 1933].

**Гебоидофрения.** См. *Гебоид.*

**Гедонизм** (*греч. hedone —* удовольствие, наслаждение). 1. Этическое учение, признающее высшим благом и целью жизни удовольствие. В житейских ситуациях гедонистом называют человека, умеющего в любых обстоятельствах отыскать луч­шую сторону и путем ограничения своих желаний с помощью рассудительности и самообладания обеспечить себе спокойствие, нередко довольствуясь малым. 2. См. *Гипергедонизм.*

**Гедонофобия** (*греч. hedone —* удовольствие, наслаждение, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь наслаждения. Нередко страх больного носит характер ми­стического опасения, что вслед за наслаждением последует кара.

**Гейденгайна болезнь** [Heidenhein A., 1929]. Одна из форм (исключительно редкая) пресенильной деменции. Начало между 38 и 55 годами. Отмечаются присту­пы головной боли, светобоязнь, головокружение, бессонница, общая слабость, раз­дражительность, больному трудно сосредоточить на чем-либо внимание. Быстро прогрессирующая корковая слепота с двусторонней гемианопсией при сохранности центрального зрения. Прогрессирующая деменция с эхолалией и персеверациями. Атаксия и атетоз. Дизартрия. Общее повышение мышечного тонуса без пирамидных симптомов. Ликвор без патологии. Течение исключительно неблагоприятное. Пато­логоанатомически — атрофия коры большого мозга, главным образом затылочных долей, в сочетании с поражением базальных ганглиев.

**Гейльброннера симптом** [Heilbronner К.]. Бедренный симптом у больных про­грессивным параличом. У лежащего на твердой кушетке больного мышцы бедра становятся площе и шире.

**Гекэна синдром —** см. *Апрактоагнозия.*

**Гелиофилия** (*греч. helios —* солнце, *philia —* влечение). Патологическое стремление находиться на солнце. В ряде случаев сопровождается эмоциональны­ми изменениями, вплоть до экстаза.

**Гелиофобия** (*греч. helios —* солнце, *phobos —* страх). Навязчивый страх, бо­язнь пребывания на солнце, избегание инсоляции.

**Геллера— Цапперта болезнь** [Heller F., Zappert J., 1909]. Прогрессирующее слабоумие у детей раннего возраста. До 2-3 лет ребенок развивается правильно, за­тем, без видимой причины, становится возбудимым, сердится, беспричинно плачет, мрачен, угрюм. Постепенно развивается картина слабоумия и оскудения речи. Через полгода-год — полное отсутствие речи, больной не выполняет инструкций, движения однообразные, стереотипные; иногда — кататонические проявления, вынужденные смех и плач. В ряде случаев — эпилептиформные припадки. При глубоком слабо­умии лицо больного сохраняет осмысленное выражение.

Син.: dementia infantilis Helleri.

**Гематидроз** (*греч. haima —* кровь, *hidros —* пот). Кровавый пот. Симптом тро­фического поражения стенки сосудов. Иногда примесь крови обнаруживается в моче. Наблюдается при диэнцефальных расстройствах, прогрессивном параличе, может носить функциональный характер у больных истерией (в результате внуше­ния или самовнушения).

**Гемералопия** (*греч. hemera —* день, *alaos —* слепой, *ops —* глаз). Нарушение зрительного восприятия; значительное ослабление остроты зрения, наступающее с темнотой — в сумерках, ночью. Г. может быть врожденной и приобретенной (гипови­таминозы А, алкоголизм, болезненные состояния сосудистой оболочки глаз, сетчат­ки и зрительного нерва).

Син.: никталопия, слепота куриная, слепота ночная.

**Гемикрания** (*греч. hemi —* полу, *kranion —* череп). 1. Головная боль преиму­щественно односторонней локализации. 2. См. *Мигрень.*

**Гемипарез** (*геми* + *греч. paresis —* ослабление). Снижение силы и двигатель­ной активности конечностей с одной стороны тела. Может возникать как самостоя­тельный феномен, либо является стадией развития гемиплегии или обнаруживается при восстановлении функции конечностей после гемиплегии.

**Гемипаркинсонизм** (*геми* + *паркинсонизм*)*.* Односторонний паркинсониче- ский синдром. Наблюдается при локальной органической патологии головного мозга, например, после травмы.

**Гемиплегия** (*геми + греч. plege —* удар, поражение). Односторонний паралич конечностей, отсутствие в них произвольных движений. Наблюдается при органиче­ских поражениях ЦНС и истерии (без нарушений мышечного тонуса и при сохранно­сти рефлексов).

**Гемихорея постгемиплегическая** (*геми + греч. choreia —* хорсвод. пляска, *лат post —* после, *греч. plege —* удар) [Minkowski M., 1904]. Хореоформные гиперки­незы мышц одной половины туловища у перенесших инсульт.

**Ген** (*греч. genos —* происхождение). Структурная и функциональная единица наследственности, единица наследственной информации. Контролирует образова­ние специфического признака. Представляет собой отрезок молекулы дезоксирибо­нуклеиновой или рибонуклеиновой кислоты.

**Генеалогический фон** (*греч. genealogia* — родословная). Комплекс данных о наличии в роду больного случаев психических или других заболеваний или личност­ных отклонений.

**Генеля симптом** [Haenel H., 1874]. Понижение чувствительности к давлению на глазные яблоки. При спинной сухотке свидетельствует о высоком уровне локали­зации поражения.

**Генетика психиатрическая** (*греч. genetikos —* относящийся к рождению, происхождению). Раздел медицинской генетики, изучающий закономерности насле­дования психических заболеваний. Имеет значение при исследовании этиологии и систематики психических болезней, их диагностики, лечения, прогноза, реабилита­ции больных. Изучает роль наследственных и средовых факторов в их взаимодей­ствии. Основные методы исследования — клинико-генеалогический, близнецовый, изучение приемных детей, методы сравнения полусибсов, популяционный, цитогене­тический.

**Генетический фон.** Комплекс генов, взаимодействующих с геном, контроли­рующим тот или иной признак, оказывая тем самым влияние на возможность реали­зации этого признака.

**Генерализация** (*лат. generalis —* общий, главный). Распространение какого- либо патологического процесса в организме из первоначально ограниченного очага или же возможность распространенного его протекания в отличие от очагового, фо­кального. Например, эпилептический припадок может быть фокальным и генерали­зованным.

**Генитальная фаза** (*лат. genitalis —* относящийся к рождению, детородный, половой). Психоаналитический термин, обозначающий третью, заключительную, фазу нарциссической стадии формирования либидо. Либидо фиксируется на генита­лиях, сексуальное наслаждение ребенок извлекает из мастурбационных манипуля­ций. См. *Либидо.*

**Генотип** (*греч. genos —* род, происхождение, *typos —* отпечаток, форма, об­разец) [Jochansen W., 1926]. Совокупность наследственных факторов организма, определяющих во взаимодействии со средой образование фенотипа. О Г. судят по его проявлениям в фенотипе. Изучение Г. представляется важным в медико-генети­ческом консультировании. Так, риск заболевания шизофренией в числе прочих фак­торов зависит от близости генотипов родителей [Москаленко В.Д., 1989].

**Генофонд** (*гено + лат. fundus —* основание). Совокупность генов вида или популяции с характерными для данной категории организмов частотами мутаций.

**Геноцид** (*гено + лат. caedere —* убивать). Истребление определенных кате­горий человечества по расовым, национальным, этническим или религиозным при­знакам. К Г. относится и уничтожение людей по псевдонаучным евгеническим прин­ципам (истребление душевнобольных в Германии и на оккупированных территориях). Является тягчайшим преступлением против человечества.

**Гентингтона хорея** (*греч. choreia —* хоровод, пляска) [Huntington G.S., 1872]. Наследственное заболевание. Описано 100 случаев в 12 семьях, ведущих происхо­ждение от двух братьев, впервые наблюдавшихся Гентингтоном [Vessie R.P., 1932]. Относится к группе пресенильных деменций. Начало болезни — 30-40 лет; описаны ювенильные формы, при которых первые признаки болезни появляются значитель­но раньше, иногда в возрасте до 10 лет, и поздние формы, характеризующиеся на­чалом заболевания после 60 лет.

Обусловлена прогрессирующим атрофическим процессом в большом мозге, особенно в полосатых телах, и меньше — в коре. Характерны хореатические ги­перкинезы, усиливающиеся при волнении, беседе, а также псевдоаффективные ре­акции при совершении произвольных движений. Снижение мышечной силы, птоз век, расстройства речи. В психике — ослабление памяти и внимания, приводящие к агрессивным и антисоциальным поступкам. Возможна психотическая (галлюцинатор­но-параноидная) симптоматика. Деменция. Тип наследования — аутосомно-доми­нантный, чаще болеют мужчины.

Син.: наследственная хорея, хроническая прогрессирующая хорея.

**Генуинный** (*лат. genuinus —* врожденный, природный, подлинный). Термин применяется для обозначения первично возникающих психических процессов. Например, этот признак рядом исследователей избирается для разграничения гену- инной (истинной) и симптоматической эпилепсии.

**Геомания** (*греч. ge —* Земля, *mania —* страсть, влечение, безумие). Расстройство влечения в форме геофагии. Наблюдается в виде кратковременных непреодолимых приступов.

**Геофагия** (*гео + греч. phagein —* есть) [Heusinger, 1852]. Нарушение жизни влечений, проявляющееся в стремлении к поеданию земли. Наблюдается при пси­хопатиях, шизофрении, циркулярной депрессии.

Син.: синдром Хойзингера.

**Гередодегенерация** (*лат. hereditas —* наследство, наследие, *degenerare —* вырождаться, перерождаться). Наследственно обусловленный процесс дегенератив­но-атрофических изменений в ЦНС, например, при пресенильных атрофиях головно­го мозга.

**Гериатрия** (*греч. geron —* старик, *iatreia —* лечение). Наука, изучающая бо­лезни в пожилом и старческом возрасте, их диагностику, своеобразие течения, лече­ния, методы социальной реабилитации. Предмет Г. составляют как болезни, начина­ющиеся в более ранние возрастные периоды, так и специфические геронтологиче­ские заболевания. Раздел Г. — геронтопсихиатрия.

**Геркулеса болезнь.** Одно из старинных названий эпилепсии.

**Германа синдром** [Herman E.J., 1937]. Симптомокомплекс психических и не­врологических расстройств, возникающих в связи с черепно-мозговой травмой в отдаленном ее периоде (чаще через 2-3 года после травмы). Характеризуется на­личием следующих признаков: 1) универсальных нейроваскулярных расстройств (ва­зогенный мраморный цианоз кожных покровов, прогрессирующая ангиоэнцефалопа­тия); 2) пирамидных и экстрапирамидных симптомов, в том числе нарушений речи экстрапирамидного типа; 3) эпилептиформных припадков; 4) явлений органического психосиндрома с развитием глубокого слабоумия. Патогистологически в головном мозге обнаруживаются расширение артерий и артериол, множественные тромбозы сосудов, пролиферация адвентиции, периартериальный глиоз, очаги размягчения и демиелинизации в белом веществе. В патогенезе решающее значение придается поражению сосудодвигательных центров головного мозга, проявляющемуся в их ди- срегуляции.

**Гермафродитизм** (по имени древнегреческого мифического существа *Гер­мафродита,* сына Гермеса и Афродиты, бывшего одновременно и мужчиной, и жен­щиной). Наличие признаков обоих полов у одного индивида. При Г. истинном речь идет о наличии не только и мужских, и женских вторичных половых признаков, но и половых желез одного и другого пола. При Г. ложном наличествуют только вторич­ные признаки обоих полов.

Син.: амбисексуальность, андрогиния, бисексуализм, двуполость.

**Героинизм.** Вид морфинной наркомании. *Героин -* препарат опия, алкалоид, в 4-8 раз сильнее морфина.

**Геронтоксон** (*греч. geron* — старик, *tokson* — лук). Наблюдаемое в старости белесоватое кольцо по краю роговиц, возникающее в связи с отложением липоидов.

Син.: старческая дуга (*лат. areus senilis*)*.*

**Геронтопсихиатрия** (*геронто + греч. psyche —* душа, *iatreia —* лечение). Раздел психиатрии и гериатрии, изучает клинику, этиопатогенез, лечение, социаль­ную реабилитацию при заболеваниях позднего возраста. Наряду с заболеваниями, начинающимися в более ранние периоды жизни, Г. изучает специфические для по­жилого и старческого возраста психические заболевания (церебральный атероскле­роз, сенильную и пресенильные деменции).

**Геронтофилия** (*геронто + греч. philia —* любовь, влечение). Половое извра­щение, сексуальное влечение к лицам пожилого и старческого возраста. Сексуаль­ное влечение к сверстникам либо вовсе отсутствует, либо при этом не испытывается в достаточной мере чувство удовлетворения.

**Геронтофобия** (*геронто + греч. phobos —* страх). 1. Навязчивый страх, бо­язнь общения со стариками. 2. Боязнь старости, старения.

**Геростратизм** (Герострат, согласно древнегреческой истории, в 365 г. до н.э. сжег храм Артемиды в Эфесе, чтобы обессмертить свое имя). Тенденция некоторых психопатических личностей причинять несчастья окружающим, чтобы показать свою значимость.

**Герстмана формы прогрессивного паралича** [Gerstmann G., 1922]. Атипич­ное течение прогрессивного паралича вследствие маляриотерапии, характеризую­щееся появлением галлюцинаторно-параноидной, кататоноподобной, делириозной и истериоформной симптоматики. Рассматриваются как прогностически неблагоприят­ные; в их генезе существенную роль играет сочетание прогрессивного паралича с тяжело протекающей привитой малярией при наличии у больных в прошлом большого количества вредностей (алкоголизм, черепно-мозговые травмы, тяжелые инфекции, дистрофия) [Гордова Т.И., 1959].

**Герстмана—Шильдера синдром** [Gerstmann G., 1924; Schilder P., 1931]. Симптомокомплекс, наблюдающийся при очаговом органическом поражении левой теменно-затылочной области головного мозга. Характерны агнозия пальцев (своих и чужих), неразличение правого и левого, акалькулия и «чистая» (без алексин) агра­фия.

**Гетерогенный** (*гетеро + греч. genos —* род). Разнородный, иной по происхо­ждению. Например, в психиатрии выделяют случаи возникновения болезни на гете­рогенной почве (шизофрения у циклотимика), что может быть причиной атипичности ее течения.

**Гетеросексуальность** (*гетеро + лат. sexus —* пол). Сексуальное влечение, направленное на лиц противоположного пола.

**Гетеростезия** (*греч. heteros —* другой, иной, разный, *aisthesis —* чувство, ощу­щение). Различная интенсивность восприятия ощущений с кожи в различных участках тела. Может наблюдаться при органических поражениях нервной системы (сирингомиелия) и истерии, однако в меньшей степени выраженности может наблю­даться и у здоровых: например, сравнительная гипестезия в надлопаточной обла­сти.

**Гетеротрихоз** (*гетеро* + *греч. trix, trichos —* волос). Не соответствующее полу и возрасту отсутствие или рост волос на лице и теле.

**Гетчинсона—Гилфорда болезнь** [Hutchinson J., 1886; Gilford H., 1897]. Забо­левание, характеризующееся преждевременным старением при карликовом росте. Тело пропорционально, наблюдаются признаки раннего увядания кожи, тонкие вы­падающие волосы, атрофичные ногти, долго не меняются молочные зубы. Кости ко­нечностей хрупки, остеопоротичны. Недоразвитие половых органов. Преждевремен­ный атеросклероз. В юношеском возрасте часты кровоизлияния в мозг. Заболевание обусловлено патологией среднего мозга и эндокринных желез. Проявляется после рождения или в первые годы жизни.

Син.: прогерия детская, инфантильный сенилизм, болезнь Гильфорда, проге­рия Гартинса, геродермия детская.

**Гетчинсона триада** [Hutchinson J., 1863]. 1. Паренхиматозный кератит. 2. Глу­хота вследствие сифилитического лабиринтита и дегенерации слухового нерва; 3. Поражения верхних центральных резцов (зубы бочкообразные, шире у шейки, с по­лулунной выемкой по свободному краю). Наблюдается при позднем врожденном си­филисе.

**Гефирофобия** (*греч. gephyra —* мост, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь пройти по мосту, разновидность батеофобии.

**Гештальтпсихология** (*нем. Gestalt —* образ, целостная форма, *греч. psyche —* душа, *logos —* учение, наука). Идеалистическое направление в зарубежной психо­логии конца XIX — первой трети XX вв. [v. Ehrenfels Ch., 1890; Wertheimer E., 1912]. Термин был предложен Ch.v. Ehrenfels. Г. изучала психику с точки зрения целостных структур (гештальтов). В отличие от структурной психологии, выделявшей в психике, сознании отдельные элементы и синтезировавшей из них более сложные психиче­ские феномены, Г. выдвигала принцип внутренней системной организации психики, определявшей и особенности ее составных частей. Гештальт не является простой суммой, составленной из отдельных элементов, это целостное переживание, данное первично, изначально присущая душе человека психическая форма, структура [Koffka К.]. Гештальт не является ощущением, чувственным образом отдельных свойств предметов и явлений. Развитие Г. способствовало обогащению знаний о психических процессах, хотя ее методология препятствовала каузальному их анали­зу. Тем не менее Г. была шагом вперед по сравнению с механистической структур­ной психологией, она внесла новое в изучение восприятия и мышления в экспери­менте и теории, стимулировала развитие социальной психологии, патопсихологии.

**Гибкость восковая.** См. *Каталепсия.*

**Гибкость восковидная.** См. *Каталепсия.*

**Гигантизм** (*греч. gigas —* великан, гигант). Клинический синдром, характери­зующийся очень высоким ростом (свыше 200 см для мужчин и 190 см для женщин) или чрезмерным увеличением отдельных частей тела. Различают Г. акромегаличе- ский, внутренних органов, евнухоидный, истинный (пропорциональное увеличение всех размеров, отсутствие патологических проявлений), половинный (увеличение размеров одной половины тела), церебральный (органический, с поражением голов­ного мозга), частичный или парциальный (увеличены вследствие патологии эмбрио­генеза или нервно-трофических нарушений отдельные части тела, его половина).

**Гигропарестезия** (*греч. hygros* — жидкий, влажный, *para* — рядом, близко, *aisthesis —* чувство, ощущение). Разновидность парестезии, при которой больной ис­пытывает неприятное чувство влажности кожи.

**Гидроанэнцефалия** (*греч. hydor —* вода, жидкость, *an —* не, *enkephalos —* го­ловной мозг). Выраженная водянка головного мозга: истонченный слой ткани голов­ного мозга представляет собой мешок, наполненный ликвором.

**Гидрозофобия** (*греч. hidros —* пот, *phobos —* страх). Навязчивый страх, бо­язнь вспотеть и простудиться или стать источником неприятного запаха. Наблюдает­ся при неврозе навязчивых состояний и психастении.

**Гидрофобия** (*гидро* + *греч. phobos —* страх). Боязнь возникновения мучи­тельных судорог при попытке сделать глоток воды, появляется при одном лишь виде воды или упоминании о ней. Наблюдается при бешенстве (один из синонимов назва­ния этой болезни), столбняке, истерии.

**Гидроцефалия** (*гидро + греч. kephale —* голова). Водянка головного мозга, избыточное накопление ликвора в желудочках мозга и подоболочечных про­странствах. Характеризуется повышением внутричерепного давления. Диагностиру­ется методами пневмоэнцефалографии, краниографии, компьютерной аксиальной эхографии, электроэнцефалографии. Основные виды Г., встречающиеся в психиа­трической практике: внутренняя, или желудочковая, — ликвор скапливается преиму­щественно в желудочках головного мозга; наружная — ликвор собирается главным образом в подоболочечных пространствах головного мозга; общая — ликвор скапли­вается и в желудочках, и в подоболочечных пространствах.

**Гиллеспи простая деменция** [Gillespi R.D.]. Редкая форма пресенильной де­менции. Начало в возрасте 45-60 лет. Клиника определяется неуклонно прогресси­рующей деменцией без других психических, и неврологических расстройств.

**Гилмана—Хоренстайна болезнь** [Gilman S., Horenstein S., 1964]. Наслед­ственное заболевание, начинающееся в первой декаде жизни и характеризующееся дистонией, прогрессирующей амиотрофией, прогрессирующей деменцией, нистаг­мом, недержанием кала и мочи, спастическими параплегиями. Тяжесть заболевания варьирует. Тип наследования аутосомно-рецессивный.

Син.: параплегия амиотрофическая дистоническая.

**Гилфорда личностный опросник** [Guilford J.P., 1956, 1959]. Создан на осно­ве факторного анализа и предназначен для исследования личностных особенно­стей. Дает характеристику таких свойств личности, как общая активность, самообла­дание, властность, общительность, эмоциональная устойчивость, объективность, дружелюбие, вдумчивость, личностные отношения, мужественность.

**Гиляровского—Ливенцева—Сегаль—Кирилловой метод электросна** [Ги­ляровский В.А., Ливенцев Н.М., Сегаль Ю.Е., Кириллова З.А., 1950, 1953]. Метод ле­чения неврозов и неврозоподобных состояний с помощью наиболее приближающе­гося к физиологическому сна, вызываемого применением слабых дозировок посто­янного импульсного тока при глазнично-затылочном или глазнично-сосцевидном расположении электродов. Сон достигается без применения фармацевтических средств и, таким образом, лишен сопутствующего токсического эффекта. По сравне­нию с электронаркозом используются менее сильные токи, что освобождает элек­тросон от побочных явлений, субъективных и объективных.

**Гиляровского психоортопедия** [Гиляровский В.А., 1926]. Один из методов коллективной психотерапии, заключающийся в перевоспитании личности больных неврозами, их активировании: выявляются здоровые стороны личности, стимулиру­ется бодрое настроение, развитие самодеятельности. В Г.п. сочетаются коллектив­ный труд, культтерапия, занятия физкультурой, ритмикой, соответствующее воспи­тание. Развитию метода способствовали работы Д.С. Озерецковского [1927], С.С. Либиха [1974].

**Гинандрия** (*греч. gyne, gynaikos —* женщина, *aner, andros —* мужчина). Псев­догермафродитизм. При наличии вторичных половых признаков (мужских и женских) половые железы организма принадлежат только одному полу.

Син.: гинандризм.

**Гинантроп** (*гин* + *греч. antropos —* человек, мужчина). Псевдогермафродит, имеющий женские половые железы.

**Гинекофилия** (*гинеко + греч. philia —* любовь, влечение). Повышенный эро­тизм у мужчины, стремящегося постоянно к сближению с новыми партнершами. См. *Дон Жуана синдром.*

**Гинекофобия** (*гинеко* + *греч. phobos* — страх). Навязчивый страх, боязнь женщин. Одно из проявлений анахоретизма.

**Гипалгия** (*греч. hypo —* под, *algos* — боль). Снижение болевой чувствитель­ности.

**Гипакузия** (*гип* + *греч. akusis —* слух). Понижение остроты слуха вследствие уменьшения возбудимости рецепторных клеток спирального органа. В психиатрии: симптом неврозов, нередко наблюдается после истерического припадка. Часто соче­тается с шумом в ушах и головокружением.

**Гипенгиофобия** (*греч. hypengion —* ответственность, *phobos —* страх). Навяз­чивый страх, боязнь ответственности.

**Гипервентиляционная проба.** Метод диагностики эпилепсии. Провоцирует возникновение на ЭЭГ пароксизмальной эпилептической активности при латентно протекающем заболевании. Эффект достигается произвольным учащением и углуб­лением дыхания.

**Гипергевзия** (*греч. hyper —* над, выше, *geusis* — вкус). Усиление вкусовых ощущений. Следует отличать от вкусовых галлюцинаций.

Син.: гипергейзия, гиперестезия вкусовая.

**Гипергедония** (*гипер + греч. hedone—* удовольствие, наслаждение). Повы­шенное влечение к получению наслаждений, развлечениям. См. *Гедонизм.*

**Гипергейзия.** См. *Гипергевзия.*

**Гипергия** (*гип + греч. ergon —* действие, деятельность). Снижение реактивно­сти организма.

**Гиперергия** (*гипер + греч. ergon —* действие, деятельность). Повышение ре­активности организма.

**Гиперестезия** (*гипер + греч. aisthesis —* ощущение, чувство). Повышенная чувствительность к воздействующим на органы чувств раздражителям.

***Г. психическая*** — 1. Гиперестезия в сочетании с повышенной раздражитель­ностью при астении; 2. повышенная чувствительность к психическим травмам с по­вышенной впечатлительностью, повышенная травмоцептивность.

**Гиперинсулинизм** (*гипер + инсулин*)*.* Синдром, обусловленный повышенным содержанием в крови инсулина (гиперинсулинемия). Характеризуется явлениями ги­погликемии — слабостью, чувством голода, потливостью, тахикардией; при выра­женной гипогликемии — судороги, потеря сознания (кома). Наблюдается при инсуло- ме.

**Гиперкинез** (*гипер + греч. kinesis —* движение). Автоматические насильствен­ные движения вследствие непроизвольных сокращений мышц.

***Г. атетоидный*** — характеризуется непроизвольными медленными, стерео­типными, вычурными движениями небольшого объема в дистальных отделах конеч­ностей. Наблюдается при поражении хвостатого тела в области хвостатого ядра и скорлупы.

***Г. истерический*** — возникает психогенно. Движения вычурны, тонус мышц не усилен. В состоянии покоя исчезает.

Син.: Г. функциональный.

***Г. корковый*** — возникает при поражении двигательной зоны коры головного мозга и характеризуется клоническими судорогами.

***Г. органический*** — наблюдается при изменениях мышечного тонуса вслед­ствие органического поражения головного мозга, главным образом при патологии стриопаллидарной системы.

***Г. тонический.*** Периодически наступающее напряжение мышц.

***Г. экстрапирамидный*** — совокупность Г., наблюдающихся при патологии экстрапирамидной системы (атетоз, торсионный спазм, гемибаллизм и др.).

**Гиперкинезия** (*гипер* + *греч. kinesis —* движение). Усиление двигательной ак­тивности какого-нибудь внутреннего органа. В психиатрии часто наблюдается при неврозах.

Син.: гипермотильность.

**Гиперметаморфоз** (*гипер + греч. metamorphosis —* превращение) [Neumann H., 1859; Wernicke С., 1881]. Неустойчивость, сверхизменчивость, флюктуация вни­мания, характеризующаяся чрезвычайной рассеянностью, высокой степенью отвле- каемости больных. При максимальной выраженности может порождать состояния, близкие к спутанности. Чаще всего наблюдается при острых экзогенно-органических психозах, иногда при повышенной возбудимости органов чувств. Лежащие в основе гиперметаморфоза расстройства внимания приводят к особой форме патологии мышления, для которой характерны нарушения последовательности суждений, не­способность к цельной, логической мыслительной деятельности. H. Neumann перво­начально описал гиперметаморфоз как самостоятельное заболевание, однако С. Wernicke свел его к уровню психопатологического симптома.

***Г. аффективный*** [Neumann H., 1859]. Частая смена аффектов удовольствия и неудовольствия.

**Гиперметрия** (*гипер + греч. metron —* мера, размер). Разновидность дизмет- рии, увеличение амплитуды движений.

**Гипермимия** (*гипер + греч. mimia —* подражание). Усиление скорости и выра­женности мимических реакций.

**Гипермнезия** (*гипер + греч. mnesis —* воспоминание, память). Болезненное усиление памяти, ее обострение с наплывом образных воспоминаний, ярких чув­ственно-конкретных представлений. Чаще всего наблюдается при маниакальных и маниоформных состояниях, иногда в активном периоде развития бреда (в этих слу­чаях носит избирательный характер).

**Гиперорексия** (*гипер + греч. orexis —* аппетит). См. *Булимия.*

**Гиперосмия** (*гипер + греч. osme —* обоняние). Болезненное обострение обо­няния.

**Гиперпатия** (*гипер* + *греч. pathos —* чувство, переживание, страдание). Расстройство чувствительности, при котором понижен порог восприятия и нарушено чувство локализации нанесения раздражения и интенсивности воздействия раздра­жителя. Ощущения при этом носят отрицательную эмоциональную окраску, крайне тягостны. Наблюдается при поражении чувствительных и смешанных нервов трав­матического и инфекционного генеза, при восстановлении их функции, а также при патологии таламуса.

**Гиперпрозексия** (*гипер + греч. prosexis —* внимание). Болезненное усиление внимания к каким-то особенно значимым для больного объектам — мыслям, ощуще­ниям, явлениям. Часто наблюдается при навязчивостях, сверхценных и бредовых переживаниях.

**Гиперсексуальность** (*гипер* + *лат. sexualis —* половой). Повышенное поло­вое влечение. Наблюдается при некоторых психических заболеваниях, чаще при ма­ниакальных состояниях, а также в периоды возрастных кризов — пубертатного, при старении.

**Гиперсомния** (*гипер + лат. somnus —* сон). Патологически повышенная сон­ливость. По А.М. Вейну [1974], различают Г. пароксизмальные и перманентные. К пароксизмальным относятся нарколепсия, пиквикский синдром, синдромы периоди­ческой спячки, Клейне—Левина, истерические спячки, Г. в клинике эпилептических, вегетативно-сосудистых, мигренозных и гипогликемических кризов и пароксизмов. К перманентным относятся Г. при органических поражениях головного мозга различ­ной этиологии (при летаргическом энцефалите, сонной трипаносомной болезни и др. энцефалитах и менингоэнцефалитах).

***Г. идиопатическая*** (*греч. idios —* свой, собственный, *pathos —* страдание, болезнь) [Roth В., 1976]. Характеризуется сонливостью в дневное время, удлинен­ным ночным сном и феноменом сонного опьянения (см. *Опьянение сном*)*.* Обнару­жена связь между идиопатической гиперсомнией и наличием психотравмирующих ситуаций [Яхно Н.Н., Муртазаев М.С., 1980], высказывается предположение о воз­можности возникновения этого синдрома на фоне незначительного нарушения функ­ции гипоталамуса [Вейн А.М., 1982].

**Гиперстения** (*гипер + греч. sthenos —* сила). Вариант астении (чаще ее ста­дия), для которого характерна повышенная возбудимость (слабость торможения).

Син.: раздражительная слабость.

**Гиперсублимация** (*гипер + лат. sublimare —* возносить). Выраженное и стой­кое подавление сексуальности, либидинозной активности деятельностью другого рода — спортивной, творческой, трудовой.

**Гипертелоризм** (*гипер + греч. tele —* далеко, *horismos —* разграничение, раз­деление). Повышенное расстояние между парными, симметрично расположенными органами, чаще всего между глазами. Термин, часто употребляемый в детской пси­хоневрологии.

**Гипертимия** (*гипер + греч. thymos —* настроение, чувство). Повышенное, ра­достное настроение. В сочетании с усилением двигательной и психической активно­сти наблюдается при маниакальных состояниях (маниакальная триада). Характерна для гипертимических психопатов и акцентуированных личностей.

**Гипертиреоз** (*гипер + анат. glandula thyroidea —* щитовидная железа). Повы­шение функции щитовидной железы, часто сочетается с явлениями тиреотоксикоза. См. *Гревса—Базедова болезнь.*

Син.: гипертиреоидизм.

**Гипертрихоз** (*гипер + греч. trix, trichos —* волос). Чрезмерный рост волос (по количеству, длине, толщине), появление их в неподобающих возрасту и полу местах.

Волосатость.

**Гиперергазия** (*гипер + лат. ergasia —* деятельность, активность). Чрезмер­ное повышение активности, наблюдается у маниакальных больных, у психопатиче­ских личностей паранойяльного круга, гипертимических. Понятие, близкое термину «гиперергия».

**Гипнагнозия** (*греч. hypnos —* сон, *а —* не, *gnosis —* знание). [Эпштейн А.Л., 1 928]. Отсутствие у больного сознания того, что он спал. Наблюдается чаще всего при психических заболеваниях, протекающих с расстройствами сна, — депрессиях, невротических агрипнических состояниях.

**Гипналгия** (*гипн* + *греч. algesis —* ощущение боли). Алгические ощущения, наблюдающиеся во время сна или при переходе от бодрствования ко сну.

**Гипноз** (*гипн* + *оз*)*.* Особое состояние психики человека, отличающееся и от бодрствования, и от обычного сна. Вызывается большей частью искусственно, воз­действием извне, однако возможен аутогипноз. Отличается повышенной способно­стью гипнотизируемого воспринимать внушение и снижением чувствительности, вос­приимчивости ко всем другим влияниям. В связи с этими особенностями использует­ся для психотерапии как самостоятельный метод и в сочетании с другими методами. Перед проведением сеанса гипноза обычно определяют гипнабельность пациента.

***Г. активный ступенчатый*** [Kretschmer E., 1949] — методика психотерапии, основанная на поступательном ступенчатом строго методическом построении про­цесса гипнотизации, в которой до минимума сведена роль внушения. С помощью двух первых упражнений по методу аутогенной тренировки Шульца больной вызыва­ет у себя ощущение тяжести и тепла в конечностях, после чего следует упражнение в фиксации взгляда с близкого расстояния. Это состояние поддерживается ритмиче­ским однообразием звуковых раздражений (зуммер, метроном). Происходит после­довательное включение механизмов, автоматически обеспечивающих гипноидное состояние.

**Гипноз фракционный** [Vogt О., 1900]. Вскоре после начала гипнотизации и впоследствии каждые 3-5 минут больного выводят из состояния дремоты и выясня­ют у него ощущения, которые он уже успел испытать. Этот самоотчет используется при построении внушения в последующем; ставится акцент на тех ощущениях, кото­рые у него удалось вызвать. Метод позволяет более быстро достичь желаемой глу­бины Г.

**Гипноза глубины шкалы** 1. [Weitzenhoffer A.M., Hilgard E.R., 1962]. Учитыва­ются такие факторы, как заранее внушенное опускание поднятой до определенного уровня руки, внушенные галлюцинации, наличие внушенных сновидений, регрессия возраста, аносмия, обездвиженность руки, возможность вызывания негативных гал­люцинаций (больной не видит в связи с суггестией реально существующих предме­тов), постгипнотическая амнезия. Шкала построена по типу психометрических те­стов, исследование длится около 1 ч. Была использована для обнаружения связи между гипнабельностью и другими личностными особенностями [Hilgard E.R., 1965].

1. Клиническая шкала для определения степени глубины гипноза [Orne M.T., O'Connel D.N., 1967]. Учитываются 5 факторов: отсутствие реакции, наличие идео­моторной реакции, невозможность сопротивления внушению, внушенные галлюци­нации, постгипнотическдя амнезия. Оценка показателей психометрическая.

**Гипноза стадии по Бехтереву** [Бехтерев В.М., 1911]. Систематизация гипно­тических состояний в зависимости от степени их глубины и распространенности на малый, большой и средний Г. Малый Г. характеризуется дремотой, чувством отяже- ления конечностей и приятного тепла и отдыха, отсутствием постгипнотической амнезии; средний — легким сном, каталептическими проявлениями, анестезиями, анальгезиями, сужением раппорта до восприятия лишь слов врача, отсутствием постгипнотической амнезии; большой — глубоким сном, полной избирательностью раппорта, реализацией внушения галлюцинаций, сложных переживаний, постгипно­тических внушений, амнезией. Соответствуют Фореля стадиям гипноза.

**Гипноза стадии по Форелю** (Forel A., 1889]. Выделяемые по мере углубле­ния гипнотического состояния стадии сомноленции, гипотаксии и сомнамбулизма.

**Гипноид** (*гипно + ид*)*.* Термин, введенный J. Breuer [1895], соратником S. Freud, для обозначения сноподобных состояний у предрасположенных к истерии женщин, занимающихся монотонной домашней работой, которая не может полно­стью овладеть их вниманием.

**Гипноидные фазы.** Состояния, промежуточные между бодрствованием и сном. По И.П. Павлову различают уравнительную, парадоксальную, ультрапарадок- сальную и наркотическую фазы, которым придается важное значение в объяснении патофизиологических механизмов сна, гипноза, бреда и т.д. В частности, патофи­зиологические механизмы психических нарушений при шизофрении во многом объ­ясняются сложными гипноиднофазовыми процессами (см. *Протопопова гипноид- ный синдром*)*.* Гипноидные фазы возникают не только в связи с вызывающим их ис­кусственным торможением психической деятельности — они наблюдаются при утом­лении, истощении, неврозах, психических заболеваниях.

***Г.ф. наркотическая*** — никакой раздражитель, независимо от его силы, не дает эффекта.

***Г.ф. парадоксальная*** — сильные раздражители дают слабый эффект, а сла­бые — сильный.

***Г.ф. ультрапарадоксальная*** — положительные раздражители дают отрица­тельный эффект, и, наоборот, отрицательные раздражители дают положительный эффект.

***Г.ф. уравнительная*** — реакция не зависит от силы раздражителя, во всех случаях наблюдается один и тот же эффект.

**Гипнойя** (*гипо* + *греч. noeo —* воспринимать, мыслить). [Ewald G., 1919]. По­пытка выделения эндогенного психоза, при котором в клинической картине господствует подозрительность, в противоположность паранойе, при которой доми­нируют бредовые переживания. По G. Ewald, описанный им психоз недоверия бли­зок к мании и депрессии.

В настоящее время используется лишь производный от Г. термин «гипноиче- ский».

**Гипнолепсия** (*гипно* + *греч. lepsis* — приступ, схватывание). Одно из основ­ных проявлений нарколепсии — непреодолимые приступы дневного сна, возникаю­щие периодически, в любое время и в любой обстановке (во время работы, за едой, в театре и т.п.). Частота приступов от единичных до многих в день, продолжитель­ность от 10-15 минут до 1 ч.

**Гипнонаркоз** (*гипно + греч. narkosis —* онемение, оцепенение). Введение гип­нотического внушения в комплекс мероприятий при проведении наркоза. Гипнотиче­ское состояние потенцирует наркотический фармакогенетический эффект и позво­ляет уменьшить количество наркотиков, способствует более глубокому обезболива­нию.

**Гипнопедия** (*гипно + греч. paideia —* обучение). Обучение в гипнозе. Принцип заключается в том, что в гипнотическом состоянии усиливается восприятие внушае­мого материала и снимается конкурирующее воздействие посторонних раздражи­телей. Применяется при изучении иностранных языков. Лекции-внушения произно­сятся в течение сеанса несколько раз тихим голосом, иногда с этой целью воспроиз­водятся магнитофонные записи.

**Гипнопсихотерапия** (*гипно + греч. psyche —* душа, *therapeia —* лечение) [Мягков И.Ф.]. Сочетание внушения в гипнозе с психотерапией в состоянии бодрствования. Показана при состояниях, затрудняющих контакт с больным, глав­ным образом при истерических расстройствах (сужении сознания, мутизме, глухоне­моте, амаврозе). Вначале проводится сеанс гипнотерапии, затем переходят к другим видам психотерапевтического лечения — рациональной психотерапии, аутогенной тренировке.

**Гипнотерапия** (*гипно + греч. therapeia —* забота, лечение, уход). Метод пси­хотерапии, основанный на применении внушения в гипнозе.

**Гипнофобия** (*гипно + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь заснуть, мотивируемая опасением умереть во время сна.

**Гипобулические механизмы Кречмера** (*греч. hypo —* внизу, снизу, под, *bule —* воля). [Kretschmer E., 1922]. Низший тип волевой установки, соответствующий ранним ступеням онто- и филогенеза, обусловленный деятельностью древних ре­флексов. В норме гипобулика подчинена сознательной (целевой) воле, но в патоло­гии (при сильных аффектах, при предъявленных к личности невыполнимых для нее требованиях, при шизофрении) Гипобулические механизмы высвобождаются из-под контроля и проявляются примитивными реакциями чаще всего аффективного харак­тера. Проявления гипобулики в моторике — «двигательная буря», рефлекс «мнимой смерти», ритмические двигательные стереотипии. Характерные признаки гипобули- ки — зависимость от элементарных раздражений, склонность к одновременному или попеременному возникновению диаметрально противоположных реакций, несоот­ветствие реакции раздражителю. Типичное проявление гипобулики — истерический припадок; c ней E. Kretschmer связывал и кататонические проявления при шизофре­нии, каталепсию в гипнозе. Применительно к истерии E. Kretschmer рассматривал гипобулические механизмы в плане концепции P. Janet о послойном строении психи­ки и противопоставлении автоматических механизмов сознательным.

**Гипобулия** (*гипо + греч. bule —* воля). Снижение волевой активности, жела­ний и побуждений к деятельности.

**Гипогидроз** (*греч. hypo —* под, ниже, *hydros —* пот). Понижение потоотделе­ния. Наблюдается при вегетативных расстройствах, сильном страхе, состояниях ги­пергликемии.

**Гипогликемия** (*гипо + греч. glykys —* сладкий, *haima —* кровь). Снижение уровня содержания глюкозы в крови.

***Г. идиопатическая семейная*** [McQuarrie, 1954] — наследственное заболе­вание, проявляющееся в возрасте до 2 лет спонтанно наступающими гипогликеми­ческими явлениями, главным образом у мальчиков. При значительном снижении са­хара — судороги, кома. Наблюдаются стойкие поражения головного мозга. Часты спонтанные ремиссии в возрасте 6-10 лет. Патогенетический механизм — замедле­ние распада инсулина вследствие энзиматического блокирования инсулиназы.

Син.: синдром Мак-Карри.

***Г. инсулиновая*** — Г., возникающая вследствие введения инсулина — при инсулинокоматозной терапии, при передозировке инсулина у больных сахарным диабетом. Характерны слабость, потливость, булимия, тремор рук, при значитель­ном снижении уровня сахара в крови — коматозное состояние.

***Г. спонтанная*** — Г. возникающая вне связи с эндокринной патологией. На­блюдается при некоторых невротических состояниях, у больных алкоголизмом, при органических поражениях ЦНС.

**Гипогонадизм** (*гипо + новолат. gonas —* половая железа). Понижение функ­ции полового аппарата, его недоразвитие или инволюция. Характерны пониженная секреция половых желез, слабая выраженность вторичных половых признаков и по­ловых органов. Наблюдается при патологии гипофиза или гипоталамуса в связи с нарушением секреции гонадотропных гормонов и нейрогормонов; при нарушениях нервной регуляции деятельности половых желез; вследствие непосредственного по­ражения болезненным процессом половых органов и при кастрации.

**Гипокинез** (*гипо + греч. kinesis —* движение). Снижение двигательной актив­ности: 1) при некоторых органических поражениях головного мозга, например, при экстрапирамидной патологии (паркинсонический синдром); 2) при состояниях ступо­ра или субступора.

Син.: гипокинезия.

**Гипомания** (*гипо* + *греч. mania* — безумие, страсть, влечение). Нерезко выра­женное маниакальное состояние, характеризующееся нерезким повышением на­строения, умеренным ускорением течения ассоциативных процессов, стремлением к деятельности. Больные повышенно активны, нередко недостаточно контролируют свои влечения. Может быть проявлением циклотимической фазы или стадией разви­тия мании.

Син.: гипоманиакальное состояние.

**Гипомнезия** (*гипо + греч. mnesis —* воспоминание). Прогрессирующее сниже­ние памяти. При постепенно развивающихся органических процессах характеризует­ся известной последовательностью: ослабление произвольной репродукции, затем удержания в памяти и после этого запоминания. При острой вредности (например, после черепно-мозговой травмы) такая последовательность необязательна.

**Гипоноические механизмы Кречмера** [Kretschmer E., 1922]. Архаический тип реагирования, проявляющийся в формировании и сочетании представлений, тогда как в гипобулических механизмах доминируют эмоционально-волевые проявления. Гипоноические механизмы наблюдаются в патологии и в норме (сновидения, грезы наяву, начальная стадия художественного творчества, мифология и искусство пер­вобытных народов). Гипоноическое мышление всегда кататимично, то есть зависит не от логических категорий, а от аффектов, желаний, опасений. В соответствии с концепцией гипоноических механизмов E. Kretschmer рассматривал шизофрениче­ское мышление, а также особенности мыслительной деятельности во время истери­ческих сумерек и переживания загипнотизированных, для которых, считал он, харак­терны отсутствие логического смысла (асинтаксичность) и символическая образ­ность. Анализ гипоноического мышления проводился E. Kretschmer с позиций психо­аналитической символики.

Резкой критике подверглась идея сопоставления патологии мышления с мыш­лением первобытных народов [Зиновьев П.М., 1929].

**Гипопаратиреоз** (*гипо + анат. glandula parathyroidea —* околощитовидная же­леза). Понижение функции около(пара)щитовидных желез.

**Гипопатия** (*гипо + греч. pathos —* болезнь, страдание). Снижение степени вы­раженности эмоциональных проявлений. По Н.Н. Тимофееву [1954], гипопатический синдром характеризуется своеобразным нарушением чувства реального, проявляю­щимся в исчезновении эмоционального тона восприятий и переживаний. Состояние, близкое к anaesthesia dolorosa psychica.

**Гипопсихоз** (*гипо + греч. psyche —* душа *+ оз*) [Barnes F.M., 1923]. Болезнен­ные психические состояния, характеризующиеся снижением уровня психической де­ятельности, хотя «психоз в клиническом смысле не развивается». Описан при орга­нических поражениях головного мозга.

F.M. Barnes различал помимо Г. апсихоз, сводящийся к отсутствию психиче­ских функций, невозможности последовательного и целенаправленного мышления (например, при ступоре), гиперпсихоз, характеризующийся чрезмерным усилением психических функций, и парапсихоз, при котором отмечается искаженное функцио­нирование психики.

**Гипопсихотические состояния** [Гольденберг М.А., 1961]. Наблюдаются при острых инфекционных заболеваниях и характеризуются тем, что психические нару­шения при них не носят выраженного психотического характера. Иногда это лишь этап, предшествующий развитию психотических синдромов. К Г.с. относятся инфек­ционная астения, апатико-адинамический синдром, гипнагогические психические на­рушения (гипнагогические галлюцинации, галлюциноз, делирий, психосенсорные расстройства). Они появляются на высоте температуры и выражают степень инток­сикации.

Ср.: гипопсихоз.

**Гипостения** (*гипо + греч. sthenos —* сила). Вариант астении, чаще ее стадия (особенно при неврастении), для которой характерна повышенная истощаемюсть (слабость возбудительного процесса).

**Гипотимия** (*гипо* + *греч. thymos —* настроение, чувство). Пониженное на­строение, сочетающееся с уменьшением психической и (не всегда) двигательной ак­тивности. Один из признаков депрессивного синдрома (депрессивной триады).

**Гипотиреоз** (*гипо + анат. glandula thyroidea —* щитовидная железа). Пониже­ние функции щитовидной железы, сопровождающееся нарушением обмена веществ. Наблюдается при микседеме.

**Гипотония сознания** [Berze J., 1914]. Фактор, выведенный при разграничении клинически процессуальных и дефектных состояний шизофрении. Рассматривалась как основное, первичное расстройство при шизофрении, проявляющееся в недоста­точности активности личности с ее детерминирующими тенденциями, недостаточно­сти интенциональных актов, обеднении, редуцировании личностного содержания. Нарушения переживаний у больных шизофренией в процессуальной стадии болезни выводилось из снижения сознания до уровня ниже нормального бодрственного со­стояния.

Ср.: побуждений расстройства, редукция энергетического потенциала.

**Гипофобия** (*гипо + греч. phobos —* страх). Недостаточность чувства страха, приводящая к неадекватной оценке ситуации. Проявление эмоциональных расстройств. Наблюдается у больных шизофренией, при алкогольном опьянении, иногда при неврозах («стеническое жало психастеника»).

**Гипофрения** (*гипо + греч. phren —* ум, разум). Обобщающее название раз­личных форм слабоумия, врожденного и приобретенного. Малоупотребляемый тер­мин.

**Гиппель—Линдау болезнь** [Hippel Е., 1895; Lindau A., 1926]. Ретино-церебел­лярный ангиоматоз. Врожденное заболевание, характеризующееся множественны­ми ангиобластомами, локализующимися преимущественно в сетчатке, мозжечке, на­рушениями развития внутренних органов или их доброкачественными опухолями (кистомы поджелудочной железы, почек, печени). Иногда обнаруживается гиперне­фрома. Психически: явления органического психосиндрома (регресс личности, сни­жение оперативной памяти, раздражительность, возбуждение, повышенная утомля­емость). В некоторых случаях психопатологическая симптоматика такая же, как и при опухолевых процессах с локализацией в лобной области [Melmon K.C., Rosen S.W., 1964].

**Гиппус** (*греч. hippeio* — скакать). Клоническая судорога m.sphincter iridis, при­водящая к частой смене миоза и мидриаза. Наблюдается при органических пораже­ниях ЦНС — паркинсонизме, нейролюэсе.

Син.: симптом беспокойства зрачков Вестфаля [Westphal С.].

**Гирсутизм** (*лат. hirsutus —* волосатый, косматый). Гипертрихоз у женщин — появление усов и бороды, обильный рост волос на туловище и конечностях. Наблю­дается при патологии гипофиза и яичников, иногда в виде проявлений вторичных расстройств эндокринной системы у психически больных (например, при шизофре­нии), при адреногенитальном синдроме.

**Гистрионизм** (*лат. histrio —* актер) [Racamier P., 1952; Ziegler F.J., 1960]. Те­атральное поведение больных истерией с присущими им чертами эгоцентризма, эмоциональной неустойчивости, повышенной внушаемости и реактивности, склонно­стью к драматизации. Г. проявляется сильной эмоциональной экспрессией в мимике, пантомимике, речевых интонациях, повышенной вокализацией. В связи с этим предлагаются термины: гистрионическая личность, гистрионные мужчины. По A. Jakubik [1979], чрезмерная экспрессия создает впечатление неискренности, теат­ральности, стереотипной игры роли; эскалация эмоциональности рассматривается им как средство подавления окружающих, самоутверждения, и механизм, разряжаю­щий сверхоптимальный уровень активации. Таким образом, Г. можно рассматривать как своеобразный механизм психологической защиты при истерии.

**Гифегедония** (*греч. hypo —* под, понижение, *hedone —* удовольствие, насла­ждение). Снижение остроты ощущений, получаемых при половой близости. Часто наблюдается при невротических состояниях, депрессиях.

**Гликроидия.** См. *Глишроидия.*

**Глишроидия** (*греч. glykys —* клейкий, сладкий, *eides —* подобный) [Minkowska F., 1923, 1935]. Эпилептоидная конституциональная предрасположенность, рассмат­ривавшаяся как непременное условие для развития генуинной эпилепсии. Подчерки­валось значение факторов наследственных, психических (инертность аффектов, прилипчивость, малая подвижность, консерватизм традиций) и соматических (атле­тическое телосложение) особенностей.

Син.: гликроидия, эпилептоидия, эпилептоидная конституция, иктафинная конституция.

**Глоссолалия** (*греч. glossa —* язык, *lalia —* речь). Расстройство речи, характе­ризующееся ее ускорением и появлением в ней множества парафазии, неологизмов. В отличие от неоглоссии (см.) является аффективно обусловленной. Наблюдается в некоторых религиозных сектах при радении, в состояниях истерического экстаза, эк­зальтации, суженного сознания. Возникает остро, у преморбидно расположенных личностей с истерическими чертами характера или при наличии психогенной индук­ции в предрасполагающей обстановке. В отличие от неоглоссии отсутствует тенден­ция к какой-либо систематизации новой речи. Глоссолалическая речь всегда эмоци­онально ярко окрашена и сопровождается общим психомоторным возбуждением.

**Глоссомания** (*греч. glossa —* язык, *mania —* страсть, безумие). Навязчивое рассматривание собственного языка в зеркале. Частый симптом ипохондрических состояний главным образом невротического генеза.

**Глупость физиологическая.** Пограничный (на границе с легкой дебильно­стью) уровень интеллекта, не дает оснований для диагностики умственного недораз­вития. Понятие, близкое к конституциональной глупости по П.Б. Ганнушкину [1933].

**Глухонемота** (*лат. surdomutismus*)*.* Одновременное отсутствие речи и слуха. Может быть врожденной (вследствие недоразвития кортиева органа) или приобре­тенной — при органических поражениях головного мозга, истерическая, психогенно обусловленная (при этом косвенным путем удается обнаружить сохранность слуха, часты нарушения кожной чувствительности в области ушных раковин, наружного слухового прохода). Последняя снимается внушением в гипнозе, а также в стадии возбуждения при кратковременном наркозе.

**Гнев.** Состояние бурного аффекта, остро наступает и скоро проходит. Часто сопровождается двигательным возбуждением и агрессивно-разрушительными тен­денциями. Характерны вегетативные реакции: покраснение или побледнение лица, тахикардия, головная боль (чаще после приступов гнева). Реакции Г. наблюдаются как у психически здоровых лиц (обычно они протекают адекватно вызвавшим их внешним факторам и в основном контролируются), так и при психических заболева­ниях — при неврозах, у психопатических личностей, при органических поражениях головного мозга (церебральном атеросклерозе, посттравматической энцефалопа­тии, эпилепсии и др.). Реакции Г., возникающие на неблагоприятной почве, отлича­ются несоответствием степени их выраженности и значения вызвавшего эти реак­ции психогенного фактора, особой бурностью и часто продолжительностью. Состоя­ние Г. может быть длительным при гневливой мании.

**Говерса симптом** [Gowers W.R., 1889]. Парадоксальное расширение зрачков при их освещении. Наблюдается главным образом при сифилитическом поражении головного мозга.

**ван Гога симптом.** Описан H.S. Abram [1966]. Заключается в том, что боль­ные либо сами себя оперируют, либо требуют, чтобы врачи произвели им те или иные операции. Может наблюдаться при параноидной и ипохондрической формах шизофрении, в клинике психопатий. Иногда включается в рамки синдрома дисмор- фофобии (дисморфомании).

**Голант синдром насильственных мыслей и действий** [Голант Р.Я., 1929]. Наблюдается при постэнцефалитическом паркинсонизме. Характерны приступы су­дорог взора (см. *Виммера — Штерна симптом*), так называемое «навязчивое мыш­ление», мысленное повторение отдельных слов и фраз, насильственный смех и плач, палилалия, палиграфия, насильственное мычание, повторение услышанных слов, акайрия, насильственные движения. Течение интермиттирующее. Не зависит от степени выраженности паркинсонизма. Иногда усиливается под влиянием психо­генных моментов. Входящие в структуру синдрома психопатологические проявления рассматриваются как персеверация с субъективным переживанием насильственно­сти.

**Голант синдром ощущения невесомости** [Голант Р.Я., 1940]. Характеризу­ется сочетанием чувства собственной невесомости, неполноты вкусовых и обоня­тельных впечатлений, витальной тоски и неврологических симптомов (гипоталами­ческих, оптико-вестибулярных). При этом больные иногда жалуются на ощущение изменения величины конечностей. Описан при органических поражениях головного мозга нейроинфекционного генеза с предположительной локализацией в правой ви­сочной доле (поражение височно-таламических путей).

**Голант—Шмарьяна синдром отчуждения восприятия речи** [Голант Р.Я., Шмарьян А.С., 1940]. Характерно отрицание больными восприятия речи или изме­ненное ее восприятие, сопровождающееся неприятным чувством. При этом отмеча­ется прекардиальная тоска. Расстройства неврологические (головная боль, цен­тральный парез лицевого нерва, правосторонний симптом Оппенгейма, отсутствие брюшных рефлексов, нарушения чувствительности) и вегетативные (ожирение, за­держка менструаций, отсутствие удовлетворения от еды и сна). Основные признаки: деперсонализация речи и гиперпатии. Наблюдается при органических поражениях головного мозга вследствие нейроинфекций и опухолей. Предположительно локали­зация та же, что и при Голант синдроме ощущения невесомости.

**Голодисфрения** (*греч. hollos —* весь, целый, *dys- —* приставка, означающая нарушение, *phren —* ум, разум). [Barahona-Fernandes G.H., 1957]. Шизофреноподоб- ные психозы, протекающие с картиной дезинтеграции психической деятельности и ассоциативной разорванности. Характерно эпизодическое течение с полным выздо­ровлением. Описано несколько клинических типов психозов: параноидный, галлюци­наторный, инкогерентный, двигательный, с расстройством сознания (сумеречные со­стояния, делирий).

Главные нарушения — тотальное расстройство сознания, внимания и инкоге- рентность мышления. Отмечаются нарушения сна, инстинктов и аффекта, чувства времени и ориентировки. В происхождении психозов подчеркивается роль конститу­циональных, экзогенных и психогенных факторов. Нозологически Г. находится между шизофренией и циркулярным психозом. По Т.Ф. Пападопулосу [1975], относится к атипичным острым эндогенным психозам.

**Голотимия** (*греч. holos —* весь, целый, *thymos —* чувство, настроение). См. *Аффективный фон, Бред голотимический.*

**Гольдштайна синдром** [Goldstein К., 1916]. Симптомокомплекс мозжечковых расстройств воспалительного или травматического генеза: статические и динамиче­ские нарушения равновесия, адиадохокинез, гиперметрия, мегалография, брадила- лия, увеличение амплитуды движений в суставах из-за расслабления мускулатуры, ослабление чувства массы, интенционный тремор, мозжечковая каталепсия, хореи- формные гиперкинезы.

**Гольдштайна—Ширера методика** [Goldstein К., Sheerer М., 1953]. Психологи­ческая методика для исследования мыслительной деятельности, с помощью кото­рой устанавливается соотношение абстрактного и конкретного уровней мышления. Состоит из пяти субтестов: классификация предметов, классификация по цвету и форме, классификация только по цвету, копирование геометрических фигур, сложе­ние кубиков по образцам. Применение методики эффективно при органической це­ребральной патологии, при исследовании детей с задержками умственного разви­тия.

**Гомеостаз** (*греч. homeios —* подобный, сходный, *statis —* стояние, неподвиж­ность). Подвижное, но устойчивое равновесие какой-либо системы (биологической, психической), обусловленное ее противодействием, нарушающим это равновесие внутренним и внешним факторам (см. *Кеннона таламическая теория эмоций*). Принцип Г. широко применяется в физиологии, кибернетике, психологии, им объяс­няется адаптивная способность организма. Психический Г. поддерживает оптималь­ные условия для функционирования мозга, нервной системы в процессе жизнедея­тельности.

**Гомилопатия** (*греч. homilia —* общение, беседа, *pathos —* страдание, бо­лезнь) [Kraepelin E., 1915]. Подгруппа психогенных заболеваний, развитие которых связывается с фактором общения людей. К Г. относились индуцированные психозы, тюремные психозы и бред преследования у тугоухих. Такое понятие Г. следует отли­чать от понимания под этим термином повышенного влечения к общению с людьми, наблюдающегося иногда при состояниях психического возбуждения.

Син.: психозы общения. Ср.: понопатии, симбантопатии.

**Гомилофобия** (*греч. homilia —* общение, беседа, *phobos —* страх). Боязнь об­щения с окружающими из-за опасения проявить свою несостоятельность, показаться им смешным или подозрительным, привлечь к себе внимание. Наблюдается как в рамках навязчивостей, так и в процессе бредообразования.

**Гомицидомания** (*лат. homicida —* убийца, *mania —* страсть, безумие, влече­ние). Непреодолимое влечение к убийству.

**Гомосексуализм** (*греч. homos —* один и тот же, *лат. sexus —* пол). Половое влечение к лицам своего же пола. Нарушение психосексуальных ориентации по полу объекта.

Син.: у обоих полов — инверсия, у мужчин — уранизм, у женщин — лесбиян­ство, сапфизм, трибадия.

**Гомосексуализма врожденного триада.** См. *Триада врожденного гомосек­суализма.*

**Госпитализация** (*лат. hospitalis* — гостеприимный). Помещение больного в стационар для обследования и лечения. Госпитализация психически больных может быть плановой — например, для проведения повторного курса лечения; по меди­цинским показаниям — в случае психотического состояния, исключающего возмож­ность амбулаторного лечения (с согласия родных), и принудительной, когда больной представляет социальную опасность для себя и (или) для окружающих. В последнем случае вопрос о госпитализации решается комиссионно и в течение первых суток в стационаре больной должен быть освидетельствован комиссией, которая обязана подтвердить правомерность его принудительного помещения в больницу.

**Госпитализм.** В психиатрии: ухудшение психического состояния в связи с длительным пребыванием в стационаре (явления социальной дезадаптации, утрата интересов к труду и трудовых навыков, снижение синтонности, ухудшение контакта с окружающими, тенденция к хронификации заболевания, усиление характеропатиче­ских проявлений).

Син.: синдром отрыва от дома.

**Готическое телосложение** (от готической архитектуры, отличающейся преоб­ладанием вертикальных размеров, определяющих архитектурные формы, стиль). Разновидность конституциональной астении с преобладанием вертикальных разме­ров над поперечными.

**Гофмана болезнь** [Hoffmann F., 1894]. Наследственное заболевание, харак­теризующееся медленным нарастанием неврологической симптоматики и прогрес­сированием слабоумия. Начало в возрасте около 10 лет, длительность течения — от 9 лет до 21 года. Описана у детей, родившихся от брака между двоюродными братьями и сестрами. Тип наследования аутосомно-рецессивный.

Син.: амиотрофический юношеский боковой склероз со слабоумием.

**Гоше болезнь** [Gaucher F.Ch., 1882]. Семейно-наследственная патология с аутосомно-рецессивным типом наследования. Характеризуется нарушением обмена (цереброзидный липидоз), накоплением в организме цереброзида керазина. Диагно­стическое значение имеет обнаружение в пунктате грудины или селезенки богатых керазином клеток Гоше. Типичны увеличение живота, большая селезенка, иногда увеличение печени и лимфатических узлов. Желто-коричневая очаговая пигмента­ция кожи и слизистой оболочки рта. В начале заболевания в детском возрасте — за­держка роста. Со стороны крови — гипохромная анемия, лейкопения, геморрагиче­ский диатез. Разрастание клеток Гоше в костях сопровождается остеопорозом.

Острая форма Г.б. наблюдается у грудных детей, погибающих через несколь­ко месяцев после начала заболевания, и проявляется мышечной ригидностью, пара­личами мышц глазного яблока и бульварными симптомами. Хроническая форма проявляется у детей, в юношеском возрасте и у взрослых, протекает приступообраз­но, с ремиссиями, иногда длительными. Неврологически при хронической форме — нарушения речи, глотания, мозжечковые симптомы, спастическое повышение мы­шечного тонуса, эпилептиформные припадки. Психически — изменения личности, снижение интересов, нарастающая деменция. Известны психотические состояния [Weinschenk С., 1954] — недержание аффекта, гневливость, агрессивность, перио­дически отмечаются состояния возбуждения с депрессивной или эйфорической окраской аффекта. При возбуждении наблюдается недержание мочи и кала, бес­смысленное собирание пищи, различных предметов. Иногда — слуховые галлюци­нации.

**Гравидофобия** (*лат. gravida —* беременная, *phobos —* страх). 1. Навязчивый, часто суеверный, страх, боязнь встречи с беременной. 2. Боязнь забеременеть.

**Грандомания** (*лат. grandis —* крупный, большой, *mania —* страсть, безумие). Чрезмерная страсть к величию, сочетается с высокомерием. Наблюдается у акцен­туированных и психопатических личностей, в маниакальных и гипоманиакальных со­стояниях.

**Граофилия** (*греч. graos —* старуха, *philia —* любовь). Разновидность геронто­филии. избирательное эротическое влечение к пожилым, старым женщинам. Часто — проявление женского гермафродитизма, но термин применяется и по отношению к мужчинам, вступающим в любовную связь со старшей по возрасту женщиной.

**Грассе перемежающаяся хромота нервных центров** [Grasset S., 1906]. Осо­бенности психических расстройств при атеросклерозе сосудов головного мозга, обу­словленные эпизодически возникающими ангиоспастическими явлениями (напри­мер, кратковременные эпизоды афазии, приступы дыхания Чейна—Стокса и т.п.), которые нередко оказываются предвестниками грубой очаговой органической пато­логии — инсультов, размягчений мозга.

Ср.: Штерца симптом.

**Графология** (*греч. grapho —* писать, изображать, чертить, *logos —* учение, наука). Наука, изучающая почерк людей, здоровых и больных. В психиатрии особен­ности изменения почерка могут иметь дифференциально-диагностическое, судебно­медицинское (для идентификации личности писавшего) и судебно-психиатрическое значение, особенно в случаях проведения посмертной экспертизы. По почерку в из­вестной мере можно судить о характерологических особенностях автора письменно­го текста.

**Графомания** (*греч. grapho —* писать, чертить, изображать, *mania —* страсть, безумие, влечение). Патологическое стремление к сочинительству произведений, претендующих на публикацию в литературных изданиях, псевдонаучных трактатов и т.п. Графоманические тенденции нередки у сутяжных психопатов.

**Графофобия** (*греч. grapho —* чертить, писать, изображать, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь писать, брать в руки письменные принадлежности. На­блюдается при неврозе навязчивых состояний, особенно у больных с графоспазмом. (писчим спазмом).

**Грацидомания** (*лат. gracilis —* щуплый, худой, *mania —* страсть, безумие). Непреодолимое стремление похудеть, боязнь полноты. Чаще всего наблюдается у девушек, стремящихся похудеть с помощью специальных медикаментозных средств, диетических ухищрений, голодания. Нередко является одним из первых симптомов дисморфофобии, психической анорексии.

**Грации потеря** [Kraepelin Е., 1910]. Симптом нарушений моторики при ши­зофрении, характеризующийся утратой естественности, гармоничности, грациозно­сти движений. Движения становятся угловатыми, порывистыми, обнаруживают тен­денцию к импульсивности. Жестикуляция и позы приобретают характер напряжен­ных, ригидных, иногда чудаковатых. Периодически отмечается вялое расслабление мышц. Иногда жесты и мимика фрагментарны, незавершенны. Письмо становится вычурно-витиеватым, буквы изобилуют ненужными линиями и завитушками. Наибо­лее часто наблюдается при кататонических расстройствах.

**Гревса—Базедова болезнь** [Graves R.J., 1835; Basedow C., 1840]. Заболева­ние, характеризующееся тиреотоксикозом. Ведущая триада симптомов: гипертирео­идный зоб, экзофтальм, тахикардия. Психически — явления эндокринного психосин­дрома (гиперстеническая астения, колебания настроения, расстройства внимания). Возможна психотическая симптоматика — делириозные и аментивные состояния, бред, галлюцинации, маниакальные и депрессивные синдромы.

Син.: болезнь Базедова, болезнь Гревса (Грейвза), зоб диффузный токсиче­ский.

**Гретера формы раннего слабоумия (шизофрении)** [Grater К., 1909]. Формы шизофрении с алкогольным началом. Вначале отмечается симптоматика белой го­рячки или острого параноида, а в дальнейшем наблюдается развитие шизофрениче­ского процесса. Алкогольная интоксикация в таких случаях способствует выявлению шизофрении и видоизменяет ее течение.

**Грефе—Шегрена синдром** [Graefe A.F.W.E., Sjogren T., 1950]. Наследствен­ная патология, тип передачи аутосомно-рецессивный. Характерна задержка физиче­ского и умственного развития, возможны шизофреноподобные психические расстройства. Неврологически — мозжечковая атаксия, глухота, нистагм. Нередко — маленький рост, микроцефалия, различные уродства развития. Типичен пигментный ретинит, осложненный катарактой.

**Гримасничание.** Неадекватная ситуации и эмоциональному состоянию боль­ного вычурная, манерная мимика. Одно из проявлений шизофренической манерно­сти.

**Гринфильда болезнь** [Greenfield G., 1950]. Прогрессирующий склероз мозга с первичной дегенерацией олигодендроглии. Типичны расстройства речи, зрения. На­рушается походка, образуются мышечные контрактуры. Патологические рефлексы (Бабинского). Прогрессирующее слабоумие. По клинике напоминает Шильдера бо­лезнь.

**Гриффитса шкала** [Griffits R., 1954]. Психологическая методика для опреде­ления способностей детей. Дифференцируют пять видов способностей: локомотор­ные, личностно-социальные, слух и речь, развитие рук и глаз, невербальные. Ре­зультат оценивают исходя из соотношения умственного и хронологического возрас­тов.

**Группа инвалидности.** Критерий степени выраженности утраты трудоспособ­ности. Устанавливается врачебно-трудовыми экспертными комиссиями при длитель­ном течении заболевания и является основанием для назначения пенсии и права пользоваться отдельными льготами. I Г.и. назначается при полной утрате трудо­способности и необходимости ухода за больным, II — нетрудоспособным, но не ну­ждающимся в постороннем уходе, III — частично нетрудоспособным, то есть нужда­ющимся в облегчении условий труда по своей прежней специальности (например, сокращение рабочего дня), или лицам, могущим работать по более легкой профес­сии.

**Гуддена симптом** [Gudden В.А.]. Сочетание зрачковых симптомов (миоз, ани­зокория, отсутствие или слабая реакция на свет) с нарушениями конвергенции. На­блюдается при тяжелом течении алкогольного делирия и алкогольных энцефалопа­тиях.

**Гуденах тест «Рисунок человека»** [Hoodenough F.L., 1926]. Психологическая методика для исследования интеллектуального уровня детей старше 11 лет. Рису­нок человека, выполненный ребенком, оценивается по степени дифференцирован­ности.

**Гуревича окулостатический феномен** [Гуревич М.О., 1938]. Вестибулярный симптом, проявляющийся нарушениями статики при движениях глаз. При конверген­ции и взгляде вверх происходит падение или пошатывание назад, при движении глаз в стороны — падение тела в соответствующую сторону. При этом отмечаются головокружение, боль в глазах, слезы. Это состояние длится несколько минут. На­блюдается при закрытой черепно-мозговой травме во всех стадиях поражения, включая и поздние, чем обусловлено большое диагностическое значение окулоста- тического феномена. М.С. Маргулисом [1940] описан при вестибулярной форме эн­цефалита.

**Гуревича—Голант—Озерецковского синдром насильственной непреодо­лимости влечений** [Гуревич М.О., 1925; Голант Р.Я., 1929; Озерецковский Д.С., 1950]. Наблюдается главным образом при хроническом течении эпидемического эн­цефалита, а также при опухолях и травматических поражениях головного мозга. Приступообразно возникают насильственные влечения (стремление задушить кого- либо из окружающих, выкрикивать бранные слова, покупать ненужные вещи и т.п.). Одновременно могут отмечаться усиление неврологической симптоматики в виде ауры, судороги взора. Больные осознают нелепость своих влечений, неправиль­ность вытекающего из них поведения, но преодолеть эти влечения не могут. В от­личие от навязчивых состояний, насильственные влечения, противоречащие мо­рально-этическим установкам больного, нередко реализуются в соответствующих двигательных актах.

**\_Д\_**

**Дакномания** (*греч. dakno —* кусать, *mania —* страсть, безумие). Навязчивое стремление кусать окружающих.

**Дакриурия** (*греч. dakryon —* слеза, *uron —* моча). Непроизвольное мочеиспус­кание при судорожном эпилептическом припадке.

Син.: энурез эпилептический.

**Дактилоспазм** (*греч. daktylos —* палец, *spasmos —* судорога, спазм). Внезап­ные судороги, захватывающие один или несколько пальцев руки или ноги. Наблюда­ется при органических или функциональных (истерия) заболеваниях ЦНС. Одной из форм Д. является графоспазм.

**Дансомания** (*фр. danse —* танец, *греч. mania —* страсть, помешательство). Болезненное влечение к танцам, в средние века приводило к психогенным истериче­ским эпидемиям (см. *Эпидемия психическая, Тарантизм*).

**Дауна болезнь** [Down L., 1866]. Форма олигофрении. Характерны задержка умственного и физического развития, соматические изменения, специфический об­лик (микробрахицефалия, близкое расположение и косой разрез глаз, широкая и запавшая переносица, полуоткрытый рот, неправильная форма ушей). Умственное недоразвитие различной степени: от нерезко выраженной дебильности до идиотии. Проявление врожденной трисомии 21-й хромосомы.

**Двигательная буря.** Резко выраженное импульсивное возбуждение, носящее бессмысленный, некоординированный характер. Сопровождается немотивирован­ной агрессией, паническим бегством, хаотическими действиями. Наблюдается чаще всего при состояниях нарушенного сознания, иногда — в структуре кататонического возбуждения.

**Движения автоматизированные.** Целенаправленные Д., осуществляемые без сознательного их регулирования в размеренных темпе, степени выраженности, амплитуде, соответствующие прежнему жизненному опыту.

**Движения активные.** Д., выполняемые произвольно, сознательно или бессо­знательно.

**Движения Пассивные.** Д., осуществляемые вследствие приложения силы из­вне.

**Движения сознательные.** Целесообразные Д., контролируемые сознанием.

Син.: Д. произвольные.

**Движения фантомные** (*фр. fantome* от *греч. phantasma —* призрак). Мнимые Д., ощущаемые больным в ампутированной конечности. См. *Фантом ампутирован­ных.*

**Двойная связь.** Нарушения общения, наблюдающиеся в семьях больных ши­зофренией. Общение больных с родителями приобретает как бы разноплановый ха­рактер, протекает в двух плоскостях, несовместимых в аффективном отношении. Например, больной шизофренией, радуясь визиту матери к нему в больницу, кладет ей руку на плечо, на что та отвечает мимически неодобрительной реакцией, осуждая такие проявления (первая плоскость). Больной отдергивает в смущении руку и слы­шит заявление матери, что он ее больше не любит. Больной краснеет, и мать заме­чает ему, что нельзя так смущаться (вторая плоскость). Рассматривается как нару­шение в сфере коммуникации [Batesson G., 1956].

**Двойное мышление.** Эхообразное повторение мыслей. Мысль одновременно возникает в обычной форме и в форме галлюцинаторного образования. Иногда они разделены коротким интервалом во времени. Так, в процессе чтения «голос» рассказывает о только что прочитанном или же «голос» как бы диктует больному, что он должен написать. Иногда этот феномен возникает при перечитывании только что написанного. Характерно для шизофрении и является одним из симптомов рас­щепления.

**Двойные ощущения** [Jensen J., 1868]. Совокупность симптомов, включающая феномены «уже виденного», «уже испытанного» и «уже пережитого». Наиболее ча­сто наблюдается при эпилепсии, где может служить проявлением ауры. Отмечается также и при других психических заболеваниях — циркулярном психозе, шизофрении, органических поражениях головного мозга.

**Двойственное отношение** (*нем. Doppelbindung*) [Batesson G., 1958; Hirsch S.R., 1979]. Неадекватное использование речи родителями больных шизофренией, приводящее к внутренним, психическим конфликтам и дисгармонии взаимоотноше­ний в семье. В разговоре больному ребенку адресуют два противоположных и взаи­моисключающих стимула. Создается коммуникативная бессмысленность. Эти проти­воположные стимулы могут принадлежать не одному, а нескольким собеседникам: например, положительный стимул содержится в речи матери, а отрицательный — в речи отца [Lempp R., 1988]. Такая «ситуация двойственности» рассматривается как шизофреногенная, однако не исключается возможность, что она — проявление ла­тентной шизофрении у родственников больного.

**Двойственность психическая.** Разделение личности больного, ее раздвое­ние. Собственная личность переживается, воспринимается больным как нечто от­чужденное, как объект созерцания. Сюда относятся: галлюцинаторное видение двойника; амбивалентность с присущими ей полярно противоположными импульса­ми к деятельности; двойная ориентировка при некоторых формах бреда и нарушен­ного сознания; двойная жизнь — в реальном и фантастическом мирах; некоторые формы бреда, например, манихейский бред; двойное мышление, при котором од­новременно протекают два ряда мыслей — реальных и аутистических, дереистиче- ских (при шизофрении, астении, в сновидениях у здоровых). К Д.п. относится и двой­ное, альтернирующее сознание, наблюдающееся в гипнотических состояниях и при истерии: происходит периодическое выключение нормального сознания и его заме­на иным, наполненным другими мыслями, чувствами, образами. Образуются как бы две параллельные личности, развивающиеся в разных системах временных и про­странственных координат. Раздельность альтернирующей личности (двойного «Я») поддерживается наступающей после гипнотического внушения или истерических су­мерек амнезией.

**Дебильность** (*лат. debilis —* слабый, неспособный). Легкая степень оли­гофрении, характеризующаяся примитивностью, конкретностью суждений, невысо­ким уровнем отвлечения и обобщения, недостаточной дифференцированностью, примитивностью эмоций, затруднениями обучения и сниженной социальной адапта­цией. Для решения экспертных вопросов различают три степени Д.: легкую, умерен­но выраженную и глубокую (на грани с имбецильностью). Наибольшие трудности возникают при диагностике легкой Д., при отграничении ее от педагогической и соци­альной запущенности и нижним уровнем так называемой интеллектуальной нормы (конституционально-глупые, по П.Б. Ганнушкину, физиологическая глупость). В ряде случаев наблюдается сочетание Д. с приобретенным слабоумием — например, при присоединении к ней эпилепсии, энцефалита, черепно-мозговой травмы.

**Дебильность двигательная** [Dupre Е., 1910]. Заболевание детского возраста, характеризующееся несостоятельностью, несовершенством движений, не соответ­ствующих требованиям повседневной жизни. Это неловкие дети, которым трудны резкие и сложные движения. Составляющие синдрома: 1) паратония — затруднение произвольного расслабления мышц; 2) синкинезия — излишние, сопутствующие дви­жения; 3) нарушения координации. Предполагается, что в основе синдрома лежит врожденная или приобретенная патология пирамидных путей (нерезко выраженная детская энцефалопатия), сопровождающаяся недостаточностью произвольного тор­можения двигательных функций. Часто сочетается с умственной отсталостью.

Ср.: Пейна синдром незначительного хронического поражения головного моз­га.

**Дебют** (*фр. debut —* начало). В психиатрии: начальные проявления психиче­ского заболевания, имеющие известное диагностическое и прогностическое значе­ние. Однако установление наличия дебюта болезни связано с большими трудностя­ми, так как часто производится ретроспективно; кроме того, известны явления «зар­ниц» (предвестников, форпост-синдромов) , которые также, очевидно, должны быть отнесены к Д.

**Девиации дезинтегративные ассоциативного процесса** (*лат. de —* от, *via —* дорога) [Заимов К., 1979]. Элементы отклонения от нормального протекания ассо­циативных процессов, характеризующие некоторую феноменологическую общность и сходство патогенетических механизмов в рамках органической и функциональной патологии, например, при шизофренической разорванности и жаргонафазии. Авто­ром к ним отнесены, помимо выделенных E. Kraepelin и базирующихся на изменени­ях смысловых и фонетических отношений девиаций, также девиации вследствие вторжения чуждых личностных установок, персевераторные девиации, девиации бесконтрольности в связи с патологией пассивного внимания и т.д. В качестве их аналога, наблюдающегося в норме, рассматриваются речевые девиации (ошибки, оговорки). Патофизиологический механизм ассоциативных девиаций трактуется в аспекте Джексона концепций диссолюции, Введенского парабиоза, гипноидно-фазо- вых состояний И.П. Павлова и Ухтомского доминанты.

**Девиация половая.** Отклонение полового поведения от общепринятых и обу­словленных социально-этническими критериями форм, не достигающие, однако, степени выраженности перверсии (см.).

**Дееспособность.** Способность собственными действиями приобретать гра­жданские права и создавать для себя гражданские обязанности. Дееспособными считаются лица, достигшие совершеннолетия, так как к этому возрасту человек до­стигает психической зрелости и приобретает жизненный опыт, необходимые для правильного понимания и регулирования своих поступков. Отсутствие Д. (недее­способность) является следствием психической болезни или (и) слабоумия. В отече­ственных гражданских кодексах указывается, что судом признается недееспособным человек, который «вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими». Медицинский критерий Д., как и вме­няемости, учитывает многообразие форм психических заболеваний и различия вы­раженности психических расстройств. Вопросы Д. относятся к судебно-психиатриче­ской экспертизе в гражданском процессе.

**Дегенеранты** (*лат. degenerare —* вырождаться, перерождаться). Лица с при­знаками психической дегенерации, проявляющейся в наследственно обусловленной дисгармонии личности. Термин устаревший, в настоящее время Д. относятся к пси­хопатам различного круга. Во французской психиатрии различают Д. высших, обла­дающих какой-либо, часто односторонней, одаренностью, и низших, примитивных в интеллектуальном отношении, лишенных каких-либо способностей, но обладающих, как и первые, моральным ущербом. Считалось, что Д. предрасположены к дегенера­тивным психозам (см. *Психозы дегенеративные*)*.*

**Дегенерация кортико-стрио-спинальная.** См. *Якоба—Крейцфельдта бо­лезнь.*

**Дегенерация психическая.** Устаревшее, сохранившееся только во француз­ской психиатрической литературе, определение психических отклонений, обуслов­ленных наследственными факторами, вырождением. В возникновении Д.п. большое значение придавалось родственным бракам; как типичный пример этого обычно при­водилось генеалогическое древо Габсбургов.

**Деградация алкогольная** (*лат. de —* от, *gradus —* шаг, ступень, движение). Совокупность изменений личности, в первую очередь ее морально-этических свойств, наступающих вследствие длительного, хронического злоупотребления ал-

коголем, главным образом, на II-III стадиях алкоголизма. Клинически характеризует­ся аффективными нарушениями, появлением или усилением имевшейся раньше психопатической (-патоподобной) симптоматики, снижением и утратой трудоспособ­ности, социальной дезадаптацией.

Син.: деправация алкогольная.

**Деградация психическая.** Утрата личностью присущих ей ранее свойств с обеднением всех ее способностей (чувств, суждений, одаренности, активности и др.). Чаще всего является следствием психического заболевания, проявлением пси­хического дефекта, но может быть и социально обусловленным явлением.

**Дежерина директивная психотерапия** [Dejerine J.J., 1902]. Психотерапевти­ческий метод, основанный на суггестии и воспитании. Существенное значение при­дается эмоциональной насыщенности психотерапевтического воздействия, необхо­димости совместного переживания врача и больного в процессе психотерапии. Важ­ным фактором считается изоляция больного, перемещение его из обычной среды в больницу.

**Дежерина—Лихтхайма феномен** [Dejerine J.J., 1906; Lichtheim L., 1884]. На­блюдается при моторной, чистой или субкортикальной, афазии, когда артикулиро­ванная речь невозможна, но образы слов сохранены. Больной не может произнести слово, но может знаками показать сколько в нем слогов, гласных.

**Дежерина—Тома синдром** [Dejerine J.J., Thomas A., 1900]. Атрофия системы ножек мозга с мозжечковыми расстройствами координации. Начало в 35-40 лет, от­мечаются мозжечковые расстройства походки, затем атаксия распространяется на верхние конечности (нарушение письма). Рас тройства мочеиспускания, недержание мочи. Патологические рефлексы. Депрессия. Прогрессирующая деменция. Иногда — паркинсонизм. Отмечаются спорадические и наследственные (аутосомно-доми­нантный и аутосомно-рецессивный типы передачи) формы.

Син.: оливомозгомозжечковая атрофия, пресенильная мозжечковая атаксия, корковая мозжечковая дегенерация.

**Дежерина центр** [Dejerine J.J., 1891]. Участок коры головного мозга в области угловой извилины доминантного полушария. Имеет отношение к функции речи. При поражении Д.ц. наблюдается алексия (словесная слепота). .

**Дезаггравация** (*лат. de*(*s*) *—* прекращение, удаление, устранение, отрицание какого-либо понятия, *aggravare —* отягощать, ухудшать). Сознательное или неосо­знаваемое преуменьшение больным тяжести его заболевания, сокрытие отдельных симптомов, утаивание болезненных поступков.

**Дезагрегация** (*дез + лат. aggregatio —* присоединение). [Суханов С.А., 1906]. Понятие, аналогичное интрапсихической атаксии [Stransky E., 1903] и расщеплению [Bleuler E., 1911].

**Дезадаптация** (*дез + новолат. adaptatio —* приспособление). Нарушение при­способления организмов к условиям существования. В психиатрии под Д. понимает­ся в первую очередь утрата приспособляемости к условиям социальной среды, яв­ляющаяся следствием психического заболевания.

Соответственно один из этапов реабилитации психически больных носит на­звание реадаптационного [Кабанов М.М., 1978, 1985].

**Дезадаптация школьная.** Стойкий отказ от посещения школы вследствие за­труднений усвоения программы обучения или в связи с нарушением взаимоотноше­ний и конфликтами со сверстниками и педагогами. Наблюдается у детей и под­ростков, страдающих невротическими расстройствами или обнаруживающих прояв­ления начинающегося психоза.

**Дезактуализация бреда** (*дез + лат. actualis —* действующий, действенный). Временное или длительное, стойкое уменьшение значимости бреда, переставшего существенно влиять на поступки больного. Нередко снижает социальную опасность психически больного. Понятие, близкое «инкапсуляции бреда». Наступает вслед­ствие ремиссии, спонтанной или лечебной.

**Дезанимация** (*дез + лат. anima —* душа). Чувство изменения собственной личности. Проявление деперсонализации.

**Дезинтеграция** (*дез + лат. integratio —* восстановление) [Гуревич М.О., 1949]. Расстройство интегративно образованных психических функций, временное их раз­ложение на компоненты, отдельно протекающие психические процессы, из которых функция составляется путем интеграции. Д. является следствием нарушения связей в мозгу (асинапсия). Эти изменения могут быть стойкими или обратимыми (см. *Реин­теграция*). Наблюдается при шизофрении (разорванность мышления, интрапсихи- ческая атаксия), экзогенно-органических психозах (состояния аменции и др.).

**Дезинтоксикация** (*дез + лат. in —* в, внутрь, *греч. toxikon —* яд). Метод лече­ния многих заболеваний, в том числе и некоторых психических, направленный на обезвреживание и выведение из организма токсических веществ. С этой целью при­меняется введение глюкозы, большого количества жидкости (физиологический раствор), препаратов серы (унитиол, сульфозин), плазмозаменителей (гемодез) и т.д.

**Дезориентировка** (*дез + лат. oriens* — восток). Нарушение ориентировки в месте, времени (*Д. аллопсихическая*)*,* собственной личности (*Д. аутопсихическая*)*.* Выделяют Д. амнестическую, связанную с нарушениями памяти и лежащую в основе фиксационной амнезии, и соматопсихическую, относящуюся к восприятию собствен­ного тела, его отдельных частей, органов и их положения в пространстве (например, при аутотопагнозии, аутоскопии и др.).

**Дейтероскопия** (*греч. deuteros —* второй, другой, *skopeo —* рассматриваю, наблюдаю). Видение своего двойника. Наблюдается при шизофрении, инфекцион­ных и интоксикационных психозах, в лихорадочных состояниях, при выраженном ис­тощении.

Син.: симптом двойника.

**Декомпенсация** (*де* + *лат. compensare —* уравновешивать, возмещать). Недостаточность механизмов восстановления функциональных нарушений и струк­турных дефектов организма, гомеостаза. В психиатрии понятие Д, часто употребля­ется в отношении прослеживающейся в процессе жизни пробанда динамики его бо­лезненного состояния, проявляющейся в дезадаптации (при личностной акцентуа­ции, психопатиях), происходящей в связи с факторами как социально-психологиче­скими, так и биологическими (соматические заболевания, возрастные кризы).

**Дексаметазоновая проба.** Биологический тест для диагностики эндогенной депрессии и оценки эффективности антидепрессивной терапии. В конце первого дня исследования больному дается дексаметазон (доза зависит от варианта методики) и на следующий день определяется уровень кортизола в плазме крови и моче. В нор­ме дексаметазон подавляет секрецию кортизола на протяжении суток, и уровень по­следнего оказывается ниже известного порога. Превышение уровнем кортизола это­го порога рассматривается как признак эндогенной депрессии. Недостаточность су­прессорного (подавляющего) действия дексаметазона на секрецию тропных гормо­нов передней доли гипофиза соответствует степени выраженности депрессии. По модификации Ю.Л. Нуллера и М.Н. Остроумовой [1978] основным критерием теста считается не содержание кортизола после введения дексаметазона, а процент по­давления его секреции.

**Декстрастресс** (*лат. dexter* — правый, *англ. stress —* напряжение) [Чуприков А.П., 1983] — состояние, возникающее при насильственном переучивании леворуких детей путем пространственного ограничения движений, провоцирует появление не­вротических и неврозоподобных нарушений. Обнаружение Д. послужило обоснова­нием повсеместного отказа от переучивания леворуких в славяноязычных странах.

**Декстрофобия** (*лат. dexter —* правый, *греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь предметов, расположенных справа от больного.

**Делея—Деникера синдром** [Delay G., Deniker P., 1961]. Осложнение при ле­чении нейролептиками. Развивается часто в начале терапии. Вариант экстрапира- мидного нейролептического синдрома. Характерны гиперкинетико-гипертонические изменения мышечного тонуса и явления акатизии, проявляющейся в неусидчивости, стремлении к перемене положения тела, и тасикинезии (непреодолимая потреб­ность в движении, ходьбе). Психические нарушения — замкнутость, отсутствие ин­тереса к окружающему, пониженное настроение, плохой сон, однообразие психиче­ских проявлений, брадифрения.

**Делея злокачественный гиперпирексический нейролептический синдром** [Delay G., 1959]. Наблюдается как осложнение терапии нейролептиками. Начинается экстрапирамидными явлениями, в дальнейшем протекает с гиперпирексией, высо­ким подъемом АД, бледностью кожных покровов, нарушениями функции сердечно­сосудистой и дыхательной систем, помрачением сознания по типу комы. Часто (бо­лее чем в 70% случаев) имеет летальный исход. Главной причиной развития кома­тозного состояния считают холинергическую гиперактивность ЦНС в связи с возбу­ждением центральных холинергических систем под влиянием нейролептиков.

**Деликвии психические** (*лат. deliquus* — недостающий, отсутствующий). Про­белы в памяти, воспоминаниях.

**Деликт инициальный** (*лат. delinquo —* проступок, правонарушение, *initialis —* начальный) [Stransky E., 1950]. Уголовное преступление, совершаемое психиче­ски больным и являющееся первым проявлением заболевания, чаще шизофрении (см. *Бжезицкого симптом*)*.*

**Делинквентность** (*лат. delinquentia —* проступок, прегрешение) [Bennet J., 1960]. Синдром патохарактерологической реакции у подростков, проявляющийся в совершении ими мелких правонарушений и проступков, не достигающих степени преступления (криминала), наказуемого в судебном порядке. Наиболее часто на­блюдается при психопатиях и личностных акцентуациях неустойчивого типа.

**Делирий** (*лат. delirium —* безумие, помешательство). Синдром помрачения сознания, характеризующийся выраженными зрительными истинными галлюцинаци­ями, иллюзиями и парейдолиями, сопровождающимися образным бредом и психо­моторным возбуждением, нарушениями ориентировки в месте и времени. Галлюци­нации преимущественно носят характер сценоподобных, подвижных, множествен­ных, часто зоологических.

Син.: синдром делириозный.

***Д. абортивный*** — неразвернутый, кратковременный Д. с фрагментарными обманами восприятия без нарушений ориентировки во времени и месте и явной амнезии болезненных переживаний.

Галлюцинации часто носят характер элементарных, возможны рудиментар­ные бредовые переживания (недоверие, подозрительность, опасения). Ориентиров­ка во времени может быть нарушена. Длится обычно не более суток.

***Д. абстинентный*** — возникает у лиц, страдающих наркоманией и токсико­манией, в период абстиненции. Явлением абстиненции придается важное значение и в генезе алкогольного делирия [Жислин С.Г., 1929].

***Д. алкогольный*** — острый алкогольный психоз, наблюдается во II-III стадиях алкоголизма. Клиника определяется делириозным синдромом, протекающим с аф­фектом растерянности, страха, выраженными соматовегетативными нарушениями (крупноразмашистый тремор, потливость, атаксия, тахикардия, колебания АД, суб­фебрильная температура, гиперрефлексия, мышечная гипотония). Наплыв галлюци­наций в вечерне-ночное время, особенно в неосвещенном помещении. К утру обыч­но симптоматика идет на убыль, однако к вечеру при отсутствии адекватного лече­ния она возобновляется. Больные дезориентированы или неполностью ориентиро­ваны в месте и времени. Наблюдается смена противоположных аффектов [Жислин С.Г., 1935]. Галлюцинации нередко носят характер дразнящих (см.). При углублении Д. появляются слуховые, обонятельные и термические галлюцинации. Больные воз­буждены, пытаются спрятаться, смахивают с себя что-то, ловят мнимых зверьков. Часты бредовые переживания (идеи преследования, физического уничтожения). Длительность Д.а. — до недели, но иногда течение может быть затяжным, с люцид- ными интервалами. По выходе из психоза возможны явления частичной амнезии, а также резидуальная бредовая симптоматика.

Син.: белая горячка пьяниц, delirium tremens.

***Д. атропиновый.*** Возникает в связи с интоксикацией алкалоидами группы атропина. Характерны тремор тела, тикообразные или атетоидные движения, атак­сия, дизартрия, другие признаки отравления (сухая покрасневшая кожа, широкие, не реагирующие на свет зрачки, ослабление зрения, сухость слизистых рта и носа, за­труднения глотания и дыхания, частый малый пульс, задержка мочи и стула, судоро­ги). Характерны микропсические, часто зоологические, галлюцинации: летающие перед самым лицом мухи, бабочки, стрекозы и др. Больной активно пытается их ло­вить.

***Д. аудитивный*** [Papadaki, 1904]. Вариант алкогольного делирия со значи­тельной выраженностью в клинической картине явлений вербального галлюциноза. Рассматривается как атипичный вариант алкогольного делирия.

***Д. без делирия*** [Dolken A., 1901] — атипичная форма белой горячки пьяниц, характеризующаяся отсутствием в клинической картине галлюцинаций и бреда. Основные расстройства заключаются в нарушении ориентировки во времени и про­странстве. Течение более кратковременное, заканчивается болезнь менее критиче­ски. Рассматривается как абортивный, редуцированный вариант алкогольного дели­рия.

***Д. бормочущий*** — см. *Д. мусситирующий.*

***Д. гипнагогический.*** Галлюцинаторные переживания, иллюзии, псевдогал­люцинации, сценоподобные, чувственно яркие, появляются в переходном состоянии между бодрствованием и сном. Страх выражен нерезко, чаще наблюдается аффект удивления и соматовегетативные расстройства. При открывании глаз или пробужде­нии критическое отношение восстанавливается не сразу. Длится одну-две ночи и может смениться другими, более тяжелыми, формами Д.

Возможен онирический вариант — Д.г. фантастического содержания, сопрово­ждающийся аффектом интереса, удивления, боязливого восхищения. Характерна выраженная дезориентировка в окружающем.

***Д. инициальный*** — развивается в начале инфекционного заболевания перед повышением температуры тела.

Син.: инициальный бред.

***Д. инфекционный*** — возникает при инфекционном заболевании, в начале его (см. *Д. инициальный*), на высоте лихорадочного состояния (см. *Д. лихорадочный*) и при разрешении (см. *Д. коллапса*)*.*

***Д. истерический*** — характерно острое, всегда психогенное начало. Созна­ние сужено. Галлюцинаторные переживания носят характер грезоподобных, часто включают переживания эротические. Мимика и пантомимика театральны, подчеркну­ты, нередко до гротеска. В переживаниях больного отражена, иногда в завуалиро­ванном, символическом виде, психогенно-травматическая ситуация.

***Д. кокаиновый*** — острый психоз, возникающий у злоупотребляющих приемом кокаина наркоманов. Типичны устрашающие зрительные галлюцинации, сочетающи­еся с тактильными галлюцинациями Маньяна. Бессонница. Последующая амнезия.

***Д. коллапса*** [Webers H., 1866] — разновидность Д. инфекционного, возникаю­щего при критическом падении температуры тела.

***Д. лекарственный*** — наблюдается при резком повышении доз психотропных средств, при присоединении корректоров или внезапной отмене лекарственных пре­паратов. Возникает чаще у детей и лиц пожилого возраста, а также при наличии ор­ганической церебральной патологии (атеросклеротическая или алкогольная энцефа­лопатия).

***Д. лихорадочный*** — форма Д. инфекционного, возникающего в период мак­симального подъема температуры тела.

***Д. люцидный*** — см. *Д. без делирия.*

***Д. мусситирующий*** — преобладает двигательное возбуждение в форме простых, стереотипно повторяемых движений (снимание или стряхивание мнимых предметов с одежды или постели, натягивание одеяла и т.п.). Речь тихая, невнят­ная, часто состоит из повторяющихся отдельных звуков, слогов, междометий (бор­мотание). Отсутствует реакция на внешние раздражители. Признак тяжелой психи­ческой патологии, при неблагоприятном течении заболевания — переход в аментив- ное и коматозное состояния. При выздоровлении — полная амнезия.

Син.: Д. бормочущий.

***Д. онейроидный*** — характеризуется сценоподобными галлюцинациями фан­тастического содержания, возникающими после предварительно наблюдающегося психотического состояния, протекающего с множественными фотопсиями, элемен­тарными зрительными галлюцинациями и эпизодами образного бреда. Развитие Д.о. идет по типу усложнения клинической картины на третьи-четвертые сутки, в ночное время. Часто — двойная ориентировка, симптом положительного двойника (см. *Кап- гра синдром*)*.* Периоды обездвиженности с сонливостью в дневное время. Сохране­на аутопсихическая ориентировка. Ощущение быстрого перемещения в про­странстве. Вначале — аффект страха, при сформировании картины Д.о. — удивле­ние, любопытство, иногда безразличие. Продолжительность — до 2-3 суток. Возмож­но образование резидуального бреда.

***Д. опиумный*** — понятие дискуссионное, так как большинство исследователей отрицает возможность психотических состояний при опийной наркомании [Борине- вич В.В., 1962; Пятницкая И.Н., 1975]. По мнению E. Kraepelin, судорожные припадки или психотические состояния возникают в том случае, если опийной наркомании предшествовал алкоголизм.

***Д. осады*** [Bilz] — алкогольный психоз, в котором сочетаются симптомы алко­гольного галлюциноза и белой горячки. Спасаясь от мнимых преследований, боль­ные баррикадируют двери.

***Д. острый*** — 1. Быстро развивающееся и протекающее делириозное состоя­ние, продолжающееся от нескольких часов до 2-3 суток. 2. Острое психотическое со­стояние с резким двигательным возбуждением и помрачением сознания, возникаю­щее при сильном повышении температуры тела и физическом истощении. Наблюда­ется при инфекционных и интоксикационных психозах, при галопирующей форме прогрессивного паралича, эпилепсии, при острых травматических и старческих пси­хозах [Bell L.V., 1849].

Син.: острый бред (delirium acutum), мания Белла.

***Д. при закрытых глазах*** [Суханов С.А., 1906] — абортивный Д., возникаю­щий в состоянии абстиненции у алкоголика. Психотическое состояние заключается в эпизодах гипнагогических зрительных галлюцинаций. В дальнейшем возможен пере­ход в развернутую клиническую картину белой горячки, поэтому он квалифицируется как предделирий [Л.В. Штерева, 1980].

***Д. протрагированный*** — характеризуется длительным течением, до нескольких недель и месяцев. Болезненные переживания отмечаются главным об­разом в ночное время. Характерны вербальные галлюцинации и симптомы психиче­ского автоматизма. Рассматривается как проявление замедленного обратного раз­вития некоторых форм Д. (систематизированного, онейроидного, с психическими ав­томатизмами). По клинике может быть отнесен к Д. гипнагогическому. В дневное время — астения, эмоциональная лабильность, гипотимия, слезливость. Ориенти­ровка не нарушена, сохраняется критическое отношение к болезненным пережива­ниям.

Син.: Д. пролонгированный.

***Д. профессиональный*** — характеризуется молчаливой автоматизированной деятельностью, в которой воспроизводятся двигательные акты, присущие профес­сии больного. Галлюцинаторно-бредовые переживания незначительны, чаще всего они наблюдаются до сформирования картины Д.п. (психоз в этих случаях начинает­ся картиной типичного делирия, и лишь затем она трансформируется — угасает воз­буждение, уменьшается интенсивность галлюцинаторно-бредовых переживаний). Течение почти без люцидных промежутков. В начале Д. возможны нарушения узна­вания. При обычном течении — сохранность аутопсихической ориентировки. При утяжелении состояния возможен переход в Д. мусситирующий. При выздоровлении — полная амнезия.

Син.: бред занятий.

***Д. резидуальный*** — разновидность Д. инфекционного, наступает после мино­вания острой стадии инфекционного заболевания и падении температуры тела.

***Д. систематизированный*** — типичны множественные сценоподобные зри­тельные галлюцинации с развивающимся сюжетом. Преобладает аффект страха. Бредовые переживания изменчивы, соответствуют галлюцинаторным и иллюзорным переживаниям, без глубокой (стойкой, истинной) систематизации. Течение может быть длительным. Выход из психоза литический, с явлениями резидуального бредо- образования. Амнезия неполная.

***Д. со смертельным исходом*** — сборная группа делириозных состояний, объединяемых по неблагоприятному типу течения и тяжести исхода. Особенно тяже­ло протекают Д. мусситирующий и профессиональный. Прогностическое значение имеют некоторые особенности анамнеза — высокая толерантность к алкоголю, тя­желый и длительный запой накануне острого алкогольного психоза. Часты эпилепти­формные припадки в начале Д. и при его развитии [Salum J., 1972]. О тяжелом тече­нии Д. свидетельствуют и такие симптомы, как быстрое появление признаков оглу­шения, выраженные нейровегетативные расстройства, высокая гипертермия, появ­ление подкожных гематом, недостаточность функции печени, ее значительное уве­личение.

***Д. сосудистый*** — состояния нарушенного сознания по делириозному типу, возникающие в ночное время. Наблюдается при сосудистых поражениях головного мозга (при выраженном церебральном атеросклерозе, после острых нарушений мозгового кровообращения, у больных гипертонической болезнью).

***Д. с психическими автоматизмами*** — психические автоматизмы возни­кают при усложнении типичного Д. или на высоте систематизированного Д. с выра­женными вербальными галлюцинациями, при делириозно-онейроидных состояниях. Они транзиторны, нестойки, колеблются в своей интенсивности. Чаще всего отмеча­ются идеаторные психические автоматизмы, все три варианта автоматизмов од­новременно не наблюдаются. Отмечается сосуществование зрительных истинных и ложных галлюцинаций, проецируемых вовне. Ощущение сделанности. Чувство овла­дения и открытости. Течение более длительное по сравнению с типичной формой — 1-2 недели.

***Д. старческий*** — наблюдается при старческом слабоумии, особенно проте­кающем на соматически неблагоприятной почве. Наблюдается в ночное время, ха­рактеризуется скудными, малоподвижными, лишенными чувственной яркости галлю­цинациями. По С.Г. Жислину [1960], в нарушении познавательной деятельности у больных играют роль не столько галлюцинации, сколько общая «дефектность вос­приятия и ориентировки». Амнестическая дезориентировка, сдвиг ситуации в про­шлое. Повышенная активность больных, их кажущаяся «деловитость», суетливость. Часты парамнезии.

Син.: острая пресбиофрения, Д. ложный.

***Д. тетраэтилсвинцовый*** — разновидность Д. токсического. Возникает в связи с отравлением тетраэтилсвинцом (этилированный бензин). Характерно на­личие обонятельных и вкусовых галлюцинаций, ощущение во рту посторонних пред­метов (волос, нитки, проволоки и др.). Резко выражены страх, психомоторное возбу­ждение. Соматическая триада — гипотония, гипотермия, брадикардия.

***Д. тофраниловый*** — разновидность Д. психофармакологического. Возникает при приеме больших доз тофранила (имипрамина), чаще всего у больных пожилого возраста.

***Д. травматический*** — возникает в остром периоде черепно-мозговой трав­мы. Характеризуется многообразием клинических картин и форм течения.

***Д. фурибундный*** (лат. furibundus — яростный, бешеный) — Д., протекающий с резким, неистовым психомоторным возбуждением и гневной агрессивностью.

***Д. шизофреноидный*** — делирий с шизофреноподобной симптоматикой.

***Д. эпилептический*** — острое психотическое состояние с преобладанием сценоподобных зрительных галлюцинаций. По H. Gastaut [1975], Д.э. является тер­мином устаревшим и нерекомендуемым, обозначающим делириозное состояние, со­провождающее острый или хронический эпилептический психоз. Чаще всего такие психотические состояния возникают при височной локализации эпилептогенного очага и при явлениях «насильственной нормализации» ЭЭГ. Характерны зритель­ные, ярко расцвеченные (с преобладанием красного цвета) галлюцинации, бредо­вые идеи преследования, физического уничтожения. Часты онейроидные пережива­ния. Аффект страха, иногда экстатический. Больные совершают агрессивные по­ступки, спасаются бегством от мнимых преследователей.

**Делириозная гипермнезия** (*греч. hyper —* над, сверх, *mnesis* — память). На­блюдаемое при делириозных состояниях оживление памяти, наплыв казалось бы давно забытых воспоминаний.

**Делирия алкогольного стадии** [Штерева Л.В., 1974]. I — стадия предвестни­ков психоза, предделирий; II — утяжеление психоза и нарастание соматоневрологи- ческих нарушений (делириозное помрачение сознания, выраженный аффект страха, психомоторное возбуждение); III — стадия, наступающая при неблагоприятном тече­нии и характеризующаяся утиханием психомоторного возбуждения, повышением температуры тела, адинамией, коматозным или сопорозным состоянием; IV — тер­минальная стадия (акинетическая кома). При выходе из психоза после III стадии — постделириозная астения. Терапевтическая тактика должна учитывать стадии алко­гольного делирия.

**Дельбрюка синдром.** См. *Псевдология фантастическая.*

**Дембо—Рубинштейн методика самооценки** [Dembo Т., 1962; Рубинштейн С.Я., 1968]. Экспериментально-психологическая методика для исследования свойств личности по самооценке. Разработан вариант, в котором характеристика личностных свойств дается по количественной шкале [Габриял Т.М., 1972].

**Деменция** (*лат. de —* прекращение, отрицание чего-либо, *mens, mentis —* ум, разум). Формы приобретенного слабоумия. Стойкое, малообратимое снижение уров­ня психической, в первую очередь интеллектуальной, деятельности. Снижение ин­теллектуальной деятельности является непременным компонентом Д., однако изме­нения психики им не ограничиваются, они захватывают всю психическую деятель­ность; в структуру Д. входят и необратимые изменения личности.

***Д. алкогольная*** — возникает вследствие интоксикационной алкогольной эн­цефалопатии. Характерны прогрессирующие явления психического дефекта, охва­тывающего память, внимание (то есть предпосылки интеллекта), сам интеллект, аф­фективно-личностную сферу, включая основные морально-этические свойства. Про­грессирование Д.а. усиливается при присоединении церебрального атеросклероза (см. *Синергизм патологический*)*.*

***Д. амнестическая*** — на первый план выходят грубые прогредиентные расстройства памяти (амнезия общая прогрессирующая, парамнезии). Характерна амнестическая дезориентировка. Наблюдается при органических поражениях голов­ного мозга, в первую очередь атрофического генеза (старческое слабоумие, болезнь Альцгеймера), реже — при выраженной сосудистой патологии.

***Д. амнестически-парамнестическая*** — характеризуется наличием корса- ковского синдрома. Наблюдается при церебральном атеросклерозе, в рамках прес- биофренной формы старческого слабоумия, на определенном этапе болезни Альц­геймера, при различных интоксикационных и инфекционных психозах.

***Д. апатическая*** — протекает при значительном снижении волевой активно­сти, редукции речи, оскудении эмоций. Наиболее часто наблюдается при органиче­ских поражениях головного мозга лобно-конвекситатной локализации, для которых характерны аспонтанность, пассивность, — например, при лобном варианте болезни Пика с указанным типом преимущественного поражения атрофическим процессом коры головного мозга.

***Д. апоплексическая*** — возникает в связи с острыми нарушениями мозгового кровообращения вследствие кровоизлияния или инфаркта головного мозга при це­ребральном атеросклерозе и гипертонической болезни. Мозговая катастрофа может обнаруживаться на фоне уже имевшейся деменции, но может приводить и к острому возникновению синдрома лакунарной Д. [Абашев-Константиновский А.Л., 1966]. Кли­ническая картина Д.а. во многом определяется величиной и локализацией очага по­ражения, но зависит также и от сохранности компенсаторных механизмов.

Син.: Д. постинсультная.

***Д. асемическая.*** [Рахальский Ю.Е., 1963; Блейхер В.М., 1967] — характеризу­ется очаговым поражением функций речи, гнозиса и праксиса. Наблюдается при це­ребральном атеросклерозе, болезни Пика, болезни Альцгеймера, на поздних этапах старческого слабоумия, при некоторых формах прогрессивного паралича.

***Д. атеросклеротическая*** — наблюдается при безынсультном течении ате­росклероза сосудов головного мозга. Течение прогредиентное с остановками и ре­миссиями в начальных стадиях. В динамике наблюдается переход от лакунарной Д. к глобарной. Клинически отмечается значительное многообразие (психопатоподоб­ные изменения личности, корсаковский синдром, выраженные галлюцинаторно-бре­довые включения, псевдопаралитические картины и другие).

***Д. аффективная*** — характеризуется преобладанием аффективной тупости. См. *Д. шизофреническая.*

***Д. боксеров*** — см. *Мартланда синдром.*

***Д. вторичная*** — историческое понятие, определение синдрома Д., наступаю­щего в процессе течения так называемого единого психоза (см. *Целлера—Гризинге- ра—Неймана концепция единого психоза*)*.*

***Д. галлюцинаторно-параноидная*** — наблюдается при церебральном ате­росклерозе, при бредовой форме старческого слабоумия, эпилепсии, сифилисе моз­га, на поздних этапах течения алкоголизма. Галлюцинации и бред не могут рассмат­риваться как чисто функциональные симптомы, они тесно связаны с особенностями течения деструктивного органического процесса и структурой синдрома слабоумия.

***Д. глобарная*** [Stertz G., 1928] — наблюдается при диффузных поражениях органическим процессом головного мозга (прогрессивный паралич, старческое сла­боумие, болезнь Альцгеймера). С самого начала поражаются наиболее сложные и дифференцированные интеллектуальные функции. Типичны поражения ядра лично­сти, ее распад, грубые расстройства самосознания.

Син.: Д. тотальная, Д. паралитическая, Д. диффузная.

***Д. дисмнестическая*** — см. *Д. лакунарная.*

***Д. диффузная*** — см. *Д. глобарная.*

***Д. инфантильная*** — см. *Геллера болезнь.*

***Д. концентрическая*** — характеризуется выраженным сосредоточением ин­тересов больного на собственной личности, личностным эгоцентризмом. Наблюда­ется главным образом при эпилепсии [Случевский И.Ф., 1959].

***Д. курабельная*** (*лат. curabilis —* излечимый, исцелимый) — синдромы острой Д., отличающейся быстрой регредиентностью симптоматики психической недостаточности, что обусловлено терапевтическим воздействием на их функцио­нальные компоненты. Понятие Д. условно (см. *Д. регредиентная*)*.*

***Д. лакунарная*** [Stertz G., 1928] — является результатом грубого очагового по­ражения головного мозга (церебральный атеросклероз, сифилис головного мозга, черепно-мозговая травма, некоторые разновидности опухолей). Характерно пораже­ние предпосылок интеллекта, неравномерность снижения различных психических функций, мерцание симптоматики, снижение уровня личности при сохранности ее ядра, основных морально-этических свойств.

***Д. миоклоническая*** — разновидность Д. эпилептической, наблюдающаяся при миоклонус-эпилепсии. Характерно преобладание личностных изменений поляр­ного типа: капризности, злобности, угрюмости или, наоборот, дурашливо-эйфориче­ского настроения.

***Д. органическая.*** Общее название синдромов Д., возникающих вследствие разнообразных органических поражений головного мозга, противопоставляемое по­нятию Д. шизофренической, аффективной.

***Д. паралитическая*** — см. *Д. глобарная.*

***Д. парциальная*** [Stertz G., 1928]. Наступает при поражении структур мозга, имеющих отношение к интеллектуальной деятельности. Нарушение интеллектуаль­ных процессов обусловлено, например, аспонтанностью или чрезмерной активно­стью протекания психической деятельности. Наблюдается при некоторых адинами- ческих формах энцефалитов (см. *Очаговоцеребральный психосиндром*), при эндо­кринных заболеваниях (см. *Эндокринный психосиндром*), при опухолях головного мозга лобно-конвекситатной локализации. В настоящее время термин Д.п. иногда используется как синоним Д. лакунарной, что является неправомерным.

***Д. подкорковая.*** Развивается при органических поражениях головного мозга с выраженной подкорковой, например экстрапирамидной, симптоматикой. Характерны назойливость больных, явления акайрии, расстройства жизни влечений, снижение уровня личности. Типична для постэнцефалитического паркинсонизма.

***Д. полисклеротическая.*** Наблюдается на поздних стадиях течения рассеян­ного склероза, клинически чаще всего оформляется как псевдопаралитический син­дром с многообразной симптоматикой вследствие множественной локализации оча­гов поражения.

***Д. постинсультная*** — см. Д. *апоплексическая.*

***Д. пресенильная*** [Binswanger O.L., 1898] — понятие, объединяющее психиче­ские заболевания органического генеза, возникающие преимущественно в пресе- нильном возрасте и протекающие с образованием слабоумия. В эту группу объеди­няются заболевания различной этиологии, характеризующиеся общностью патогене­тических механизмов, — Альцгеймера. Пика, Крепелина, Якоба—Крейцфельдта, Неймана—Кона болезни, Гентингтона хорея. Патоморфологический субстрат пресе- нильных Д. — атрофия головного мозга.

Характерно сочетание диффузной, глобарной Д. с асимболическими проявле­ниями (афазия, агнозия, апраксия).

***Д. прогредиентная*** — характеризуется неуклонной прогредиентностью тече­ния ослабоумливающего процесса. Чаще всего наблюдается при эндогенно-органи­ческих заболеваниях (болезни Пика, Альцгеймера, старческое слабоумие и др.).

***Д. простая*** — характеризуется преобладанием негативных, непродуктивных симптомов и наблюдается при различных заболеваниях — церебральном атеро­склерозе, старческом слабоумии, эпилепсии и других. Может быть как лакунарной, так и глобарной. В ряде случаев, особенно часто при церебральном атеросклерозе, наблюдается перерастание простой лакунарной Д. в простую глобарную Д.: происхо­дит распад ядра личности, а картина Д. по-прежнему характеризуется преимуще­ственно отсутствием продуктивной симптоматики.

***Д. простая Гиллеспи*** — см. *Гиллеспи деменция простая.*

***Д. псевдоорганическая*** [Гиляровский В.А., 1946] — вариант посттравматиче­ских изменений психики, характеризующийся выраженной интеллектуальной недо­статочностью с прослеживаемой в динамике обратимостью многих болезненных яв­лений, в том числе и создававших впечатление деменции. Обратное развитие части психопатологических симптомов связывается с восстановлением кровообращения в головном мозге и снятием торможения. Это свидетельствует о неправомерности диагностики травматического слабоумия по первоначально развивающейся клиниче­ской картине, во многом обусловленной наличием экзогенно-функциональных пато­генетических факторов.

***Д. псевдопаралитическая*** — клиническая картина напоминает прогрессив­ный паралич, хотя этиология заболевания иная. Наблюдается при самых различных эндогенно-органических заболеваниях. По А.В. Снежневскому [1940], структура Д.п. складывается из нарушений витальной аффективности и дефекта (временного или стойкого) высших интеллектуальных функций. Нередко взаимоотношения органиче- ски-деструктивных и функциональных моментов в структуре Д.п. оказываются очень сложными, ими обусловлены колебания степени выраженности и известная кура- бельность синдромов Д.п., особенно при инфекционной и интоксикационной этиоло­гии заболевания, когда особую роль играет астения. Этим определяется и различ­ное прогностическое значение синдромов псевдопаралича разной этиологии.

***Д. психомоторная.*** Состояния Д., возникающие при органических поражени­ях головного мозга, протекающих с психомоторным возбуждением, например при хо­рее Гентингтона. Термин неправомерен, так как симптоматика психомоторного воз­буждения не определяет клиническую сущность Д., является факультативной.

***Д. психопатоподобная*** — в клинической картине наряду с некоторым интел- лектуально-мнестическим снижением выражены психопатоподобные изменения лич­ности, происходит как заострение преморбидных личностных особенностей, так и появление новых аномальных свойств личности вследствие ее болезненной дефор­мации. Часто это один из этапов развития Д., например старческой.

***Д. регредиентная*** — Д., в течении которой можно уловить тенденцию к обратному развитию интеллектуальной несостоятельности. Термин недостаточно правомерен, так как эта регредиентность является результатом обратного развития функциональных компонентов структуры психического дефекта, она присуща лишь начальной стадии заболевания, следующей за острым состоянием, например, после черепно-мозговой травмы, инсульта (см. *Д. курабельная, Слабоумие псевдооргани- ческое Гиляровского*)*.*

Нередко вслед за регредиентной стадией наступает стабилизация органиче- ски-деструктивного ядра Д., а затем, часто в связи с присоединением возрастных факторов и церебрального атеросклероза или алкоголизма, наступает прогредиент­ная стадия. В этих случаях можно говорить о регредиентно-стабильно-прогредиент- ной Д.

***Д. семантическая*** (*греч. semantikos —* обозначающий) [Cleckley H., 1942] — не является Д. в собственном смысле этого слова. Речь идет об отсутствии у психо­патических личностей должного чувственного резонанса на определенные понятия. Психопат имеет представление о чувствах любви, гордости, стыда, но переживать эти чувства в действительности не может. Понятие, близкое к моральному помеша­тельству Причарда.

***Д. сенильноподобная*** — напоминает по клинической картине Д. сенильную, например, заострение преморбидных особенностей характера. Чаще всего наблю­дается в пожилом возрасте и обусловлена возрастным патопластическим фактором, хотя этиологически заболевания, протекающие с Д.с., к сенильной Д. не относятся; например, такие состояния наблюдаются при церебральном атеросклерозе, при со­матогенных и инфекционных психозах у стариков. Само слабоумие по своей сути в этих состояниях не является глобарным, нередко и расстройства памяти носят ха­рактер не амнестических, а дисмнестических.

***Д. с морией*** — наблюдается при органических поражениях головного мозга лобно-базальной локализации. При сравнительно нерезко выраженном и относи­тельно стабильном интеллектуально-мнестическом снижении отмечаются явления расторможенности, пустого веселья, склонность к плоским шуткам, повышенное на­строение, необоснованная эйфоричность (опухоли лобной области). При лобном ва­рианте болезни Пика Д.с.м. может характеризоваться другой структурой — глубоким и неуклонным прогрессирующим интеллектуальным снижением и редуцированными, непродолжительными в течении болезни явлениями мории.

***Д. стабильная*** — Д., остановившаяся в своем развитии на длительное время на сниженном уровне интеллектуального функционирования, что возможно либо при ремиттирующем, с остановками, течении болезни (церебральный атеросклероз, не­которые энцефалиты), либо после регредиентной стадии Д., возникшей вследствие острой мозговой катастрофы.

Син.: Д. стационарная.

***Д. табетическая*** — характеропатический вариант органического психосин­дрома с умеренным интеллектуально-мнестическим снижением при спинной сухотке (глубокого слабоумия, как правило, не бывает). Аффективные изменения характери­зуются как тенденция к дисфорически-подавленному или плоско-эйфорическому на­строению. Наличие выраженной Д. заставляет думать о сочетании сухотки спинного мозга с прогрессивным параличом (табопаралич).

***Д. таламическая*** [Grunthal E.] — наблюдается при органическом поражении дорзо-медиального ядра зрительного бугра. Характеризуется эмоциональной тупо­стью, утратой инициативы. Психопатологически неотличима от поражения конвекси- татной поверхности лобных отделов головного мозга.

***Д. терминальная, марантическая*** [Блейхер В.М., 1976] — является заклю­чительной стадией Д. прогредиентной. Характеризуется полным распадом психиче­ской деятельности, психическим маразмом.

***Д. тотальная*** — см. *Д. глобарная.*

***Д. травматическая*** — развивается после черепно-мозговой травмы, в ее резидуальной стадии, и имеет разные типы течения: регредиентное, прогредиент­ное (последующее, по Т.Н. Гордовой [1973]). М.О. Гуревич [1948] описал глубокую, глобарного типа Д., развивающуюся непосредственно после травмы, протекающую с признаками двустороннего поражения лобных и нижнетеменных областей: апатико- абулический синдром, отсутствие инициативы, значительное ослабление памяти, акалькулия, аграфия, алексия, явления амнестической афазии, аграмматизм, оску­дение речи. Развивается после тяжелых контузий. Такие псевдопиковские синдромы отличаются от болезни Пика остротой возникновения и стабильным (стационарным) течением.

***Д. травматическая пуэрильная*** [Busemann A., 1950] — синдром посттрав­матической деменции, протекающей с явлениями пуэрилизма, нарочитой детской наивности, беззаботности. Характерны нарушения логического строя мышления, на­рушения его цельности, последовательности. Отдельные суждения больных недо­статочно взаимосвязаны и не соответствуют воспринимаемой действительности.

***Д. транзиторная*** [Случевский И.Ф., 1959] — выделена при психических за­болеваниях, протекающих без грубой деструкции мозга (при шизофрении, затяжных инфекционных и поздних психозах). Автором характеризовалась как отличающаяся преходящей, колеблющейся выраженностью, наличием ремиссий. Такое понимание Д.т. противоречит основным общим критериям выделения Д. Правомерно понима­ние Д.т. как синонима Д. регредиентной, наступающей вследствие остро развиваю­щихся и в значительной мере обратимых за счет функциональных их компонентов психических расстройств.

***Д. хореатическая*** — наблюдается при хорее Гентингтона и отличается срав­нительно медленным прогрессированием, превалированием характеропатических изменений (эксплозивность, усиление жизни влечений, капризность), редукцией, оскудением речи, ее аспонтанностью. Как правило, отсутствуют асемические (асим- болические) проявления очагового характера, часто наблюдающиеся при пресе- нильных Д.

***Д. частичная*** — см. *Д. парциальная.*

***Д. шизофреническая*** — понятие спорное. Правомерность ее выделения не всеми признается. E. Bleuler [1911] понимал ее как Д. аффективную, при которой ин­теллектуальная недостаточность часто не соответствует степени трудности стоящей перед больным задачи (больной может разобраться в сложной философской статье, но не понимает, что для того, чтобы выписаться из больницы, следует соблюдать определенные нормы поведения).

В исходных состояниях шизофрении наблюдается Д. органического типа (псевдоорганическое снижение интеллекта по В.А. Внукову, [1937]; синдром руини- рования по А.О. Эдельштейну [1938].

Структура Д. оказывается особенно сложной в тех случаях шизофрении, когда эндогенный процесс оказывается как бы привитым на органически инсуффициент- ной почве (олигофрения, резидуальная органическая патология головного мозга).

***Д. эпилептическая*** — развивается при эпилепсии. Характерны снижение уровня обобщения и отвлечения, вязкость, инертность мышления, общая прогресси­рующая олигофазия, прогрессирующее снижение памяти. H. Gastaut [1975] отрицает правомерность выделения Д.э. на том основании, что ее развитие не всегда соот­ветствует частоте припадков, а само возникновение Д. считает неспецифическим, патогенетически связанным с явлением отека мозга и ишемических поражений. При­знавая роль этих факторов в генезе Д.э., следует учитывать ее специфическую кли­ническую картину и роль преморбидных эпилептоидных особенностей личности.

***Д. эретическая*** — характерны повышенная раздражительность, возбуди­мость, назойливость, часто — психомоторное возбуждение. Наблюдается при эпи­лепсии и некоторых формах энцефалитов.

**Демономания** (*греч. daimon* — божество, дух, *mania —* безумие, помешатель­ство, страсть). Разновидность архаического бреда одержимости, характеризующая­ся идеями о вселении в больного злого духа, демонов.

**Демонофобия** (*демон + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь дьявола, злого духа, нечистой силы. Как и архаический бред, наблюдается обычно у людей малокультурных, суеверных.

**Демофобия** (*греч. demos —* народ, толпа, *phobos* — страх). Навязчивый страх, боязнь скопления людей, толпы. Понятие, близкое к одному из вариантов по­нимания термина «агорафобия».

**Денлопа метод негативного воздействия** [Dunlop K., 1928]. Психотерапевти­ческий метод, применяемый при тике, энурезе, мастурбации и т.п. Принцип метода: от дурной привычки можно избавиться, если многократно сознательно повторять то привычное действие, от которого больной хочет освободиться.

См. *Франкля метод парадоксальной интенции, Танцюры метод.*

**Денни-Брауна синдром** [Denny-Brown D., 1948]. Комплекс нервно-мышечных расстройств при некоторых формах рака, особенно при мелкоклеточном бронхиаль­ном раке. Характерны корково-мозжечковые симптомы (атаксия, нистагм, дизартрия, интенционный тремор, головокружения, в некоторых случаях — развитие деменции), периферические нервные расстройства (глухота, парестезии, потеря глубинных ре­флексов), злокачественная астения. Эти явления могут длительное время скрывать истинную локализацию опухоли.

В развитии синдрома метастазирование роли не играет.

Син.: метакарциноматозная нейромиопатия Юлингера [Uhlinger E., 1957], кар­циноматозная нейромиопатия Брейна-Хенсона [Brain W.R., Hanson R.A., 1958].

**Деперсонализация** (*де + лат. persona —* особа, личность) [Dugas L., 1898]. Нарушение самосознания личности, сопровождающееся отчуждением ее психиче­ских свойств. Выраженность Д. колеблется от приглушенности, блеклости самосо­знания до полного отчуждения мыслей, чувств, представлений, воспоминаний и др., переживаемых больным как сделанные извне. В таком виде Д. близка к синдрому психического автоматизма Кандинского—Клерамбо. А.А. Меграбян [1972, 1975] ха­рактеризует Д. как синдром отчуждения и придает ей решающее значение в патоге­незе психических нарушений при шизофрении. Д. наблюдается в виде самостоя­тельного синдрома при различных психических заболеваниях: в частности, Ю.Л. Нуллер [1981] придает ей особое значение в формировании депрессивных фаз МДП, выделяя случаи, когда Д. оказывается единственным синдромом, полностью определяющим клиническую картину болезни. Входит она и в структуру других син­дромов, например, дисморфомании [Коркина М.В., 1985]. Ю.Л. Нуллер сближает Д. с понятием болезненной психической анестезии.

***Д. бредовая*** — Д. вследствие обусловленных бредом изменений самосозна­ния. Крайние полюса Д.б. — при мегаломаническом бреде величия или при бреде самоуничижения.

***Д. депрессивная*** — см. *Депрессия анестетическая.*

**Депо-препараты** (*фр. depot —* склад, хранилище, лат. *depositio —* вклад). Ле­карственные препараты (в психиатрии — психотропные средства) продленного дей­ствия. Показаны для амбулаторного поддерживающего лечения, так как больные ча­сто либо нерегулярно принимают лекарства, либо вовсе прекращают их прием. Способствуют установлению более стабильной концентрации препарата в организ­ме, облегчают организацию проведения поддерживающей терапии. Продленное действие обусловлено гидроксильным радикалом. Продолжительность эффекта за­висит от того, с какой карбоновой кислотой соединено действующее вещество, и со­ставляет от 10 до 28 суток. Широко используются модитен-депо (фторфеназина де­каноат), галоперидол-депо (галоперидола деканоат), пипортил, флушпирилен (ИМАП), пенфлюридол (семап).

Син.: дюрантные препараты, пролонгированные препараты.

**Деправация алкогольная** (*лат. depravatio—* искажение). См. *Деградация ал­когольная.*

**Депрессивные эквиваленты.** См. *Эквиваленты депрессивные.*

**Депрессия.** Синдром, характеризующийся пониженным настроением (гипоти- мией), торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением ви­тальных побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения в окру­жающей действительности, соматоневрологическими расстройствами (см. *Прото­попова триада*)*.* По А.В. Снежневскому [1983], Д. присущи такие когнитивные свой­ства, как отрицательная, уничтожающая оценка собственной личности, внешнего мира и будущего. Депрессивные состояния отличаются большим многообразием и распространенностью. Схематически выделяют девять основных клинических вари­антов Д., объединяемых в три группы [Kielholz P., 1970]:

1. *соматогенные* Д*. —* органическая и симптоматическая;
2. *эндогенные —* шизофреническая, циркулярная, периодическая, инволюци­онная;
3. *психогенные —* невротическая, истощения, реактивная.

Это деление в известной мере условно, так как существуют Д., промежуточ­ные между эндогенными и психогенными или психогенными и соматогенными. Не­редко Д., начинаясь психогенно или соматогенно, в дальнейшем витализируется, то есть приобретает свойства эндогенной.

***Д. абортивная*** — Д. состояния, при которых в структуре психопатологическо­го синдрома Д. не достигает большой выраженности. Наблюдается в клинике сома­тогенных психозов, неврозов, шизофрении, при латентных Д., циклотимии.

Син.: субдепрессия.

***Д. адинамическая*** — Д. с преобладанием вялости, апатии, безучастности (ослабления побуждений).

Син.: Д. апатическая, Д. энергическая.

***Д. ажитированная*** — сопровождается длительным речедвигательным возбу­ждением, вплоть до неистовства. Д. усложняется аффектом тревоги, страха. В таких случаях говорят о Д. тревожно-ажитированной или об ажитированной Д. со страхом. Часто возникают сложные формы депрессивного бреда (бред Котара).

***Д. алкогольная*** — наблюдается у больных алкоголизмом в состоянии абсти­ненции, включает в себя компоненты дисфории (эмоциональная неуравновешен­ность, слезливость).

***Д. «альтруистическая»*** — характерен феномен проекции Д. [Блейхер В.М., Крук И.В., 1986]. Не только себя, но и некоторых окружающих, особенно из числа близких и родственников, больной воспринимает как страдальцев, достойных сочув­ствия и жалости. Такая проекция наблюдается при самых различных степенях Д. — от легкой, циклотимической, до более тяжелой, параноидной, и может явиться од­ним из психологических факторов, способствующих расширенным суицидам.

***Д. амбивалентная*** [Minkowski E., 1930] — Д., протекающая с явлениями ам­бивалентности.

***Д. анаклитическая*** [Spitz R., 1946] — синдром, развивающийся у новоро­жденных и грудных младенцев в связи с их изоляцией от матери: например, в связи с помещением ребенка в больницу без матери или при направлении его в дом ре­бенка. Обычно Д. возникает после трех месяцев разлуки, ее причиной считают от­сутствие тех аффективно насыщенных взаимоотношений, которые возникают между матерью и ребенком после его рождения. Чаще наблюдается в возрасте после 6 ме­сяцев, когда привязанность ребенка к матери оказывается уже полностью сфор­мированной. Патогномоничными считаются такие признаки, как печальная внеш­ность ребенка, его аутичность, апатия, психомоторная заторможенность, отсутствие чувства удовольствия, повышенная раздражительность. Характерны широко раскры­тые глаза ребенка, безучастное выражение лица, трудность установления с ребен­ком контакта, ряд психосоматических признаков (нарушения суточного ритма сна и бодрствования, нарушения сосания, явления диспепсии, иногда эпизодическое по­вышение температуры тела). При восстановлении контакта с матерью отмечается обратимость симптомов Д.а.

***Д. ананкастическая*** [Lauter H., 1962] — эндогенная депрессия, характеризу­ющаяся смешением ананкастической и депрессивной симптоматики. Ананкастиче- ская симптоматика рассматривается как выявление и заострение преморбидных черт психастенического характера. Отличается относительно более длительным течением. Оживление навязчивых состояний при циркулярной депрессии у психасте­ников описывали, не выделяя эти случаи в качестве отдельной формы, С.А. Суханов и П.Б. Ганнушкин [1903]. Актуализация навязчивостей при депрессии рассматрива­ется как проявление смешанного состояния и характерного для него сочетания тре­вожности с отсутствием торможения [Bonhoeffer К., 1913; Озерецковский Д.С., 1950].

***Д. ангедоническая*** — Д., протекающая с ангедонией (потерей чувства радо­сти, наслаждения).

***Д. анестетическая*** — Д., протекающая с симптомами болезненной психиче­ской анестезии — мучительного бесчувствия, переживания внутренней опустошен­ности, утраты чувств к близким, исчезновения эмоционального резонанса.

***Д. анксиозная*** [Lopez-Ibor J.J., 1959] — Д., протекающая с выраженным чув­ством страха.

Син.: ангсттимопатия (*нем. Angst —* страх, *греч. thymos —* настроение, *pathos —* болезнь, страдание).

***Д. астеническая*** — Д., протекающая с выраженной астенией, явлениями психического и физического истощения, гиперестезии.

***Д. без депрессии*** — см. *Д. маскированная.*

***Д. биполярная*** — особая форма течения МДП, при которой депрессивная и маниакальная фазы чередуются одна с другой без светлого промежутка [Peters U.H., 1977]. Начало в возрасте 15-20 лет, главным образом у преморбидно циклотимных личностей. Фазы частые. Правильнее говорить о биполярной фазе.

***Д. бредовая*** [Peters U.H., 1967] — Д., маскируемая бредом. Характерно отсут­ствие галлюцинаций. Бредовые идеи преследования, отношения в сочетании с иде­ями самообвинения. Депрессивные симптомы: субъективное ощущение заторможен­ности мышления, расстройства сна, навязчивое мудрствование в утренние часы, чувство безнадежности и страха перед будущим, соматические признаки (похудение, потеря аппетита, чувство физической слабости, истощения и т.д.). Суточные колеба­ния настроения отсутствуют. Первая фаза обычно наблюдается в среднем возрасте. Длительность фазы от 3 до 6 месяцев. Выраженные суицидальные тенденции.

Син.: Д. параноидная.

***Д. брюзжащая*** — см. *Д. ворчливая.*

***Д. вегетативная*** [Lemke R., 1949] — вариант эндогенной Д., при котором ди­стимическое расстройство настроения отодвигается на второй план жалобами на вегетативные дисфункции. Характерны чувство давления в области груди и головы, удушье, головокружение, головная боль, бессонница, снижение потенции. Больные воспринимают свое состояние как соматическое заболевание, а не как депрессию. Одна из форм маскированной депрессии.

***Д. витальная*** [Schneider К.] — Д., протекающая с переживанием глубокой, предсердечной тоски, сочетающейся с подавлением жизненных инстинктов, явлени­ями болезненной психической анестезии. Термин используется также для обозначе­ния эндогенной Д. в общем смысле.

***Д. ворчливая*** — Д. с преобладанием чувства недовольства окружающими людьми и обстановкой, своим положением, с постоянным брюзжанием, угрюмым на­строением, чувством неприязни ко всему происходящему вокруг.

***Д. галлюцинаторно-параноидная*** — сопровождается вербальными галлю­цинациями, иллюзиями и бредовыми идеями обвинения, угрозы, преследования. Чаще наблюдается в пожилом возрасте.

***Д. дистимическая*** [Weitbrecht H.J., 1952] — своеобразные депрессивные со­стояния, возникающие в связи с психогенией или соматогенией (особенно часто в возрасте после 40 лет) и напоминающие по клинической картине эндогенные де­прессии. Они занимают как бы промежуточное положение между реактивными и эн­догенными депрессиями. Нозологическая принадлежность Д.д. представляется дис­куссионной.

В анамнезе — отсутствие настоящих маниакальных и депрессивных фаз, чер­ты повышенной эмоциональной лабильности.

Син.: эндореактивная дистимия Вайтбрехта, эндореактивная Д. Вайтбрехта.

***Д. дисфорическая*** — Д. со злобностью, мрачной раздражительностью и чув­ством неприязни к окружающему.

***Д. заторможенная*** — Д. с особенно выраженными двигательным торможени­ем, замедленным мышлением», при усилении которых может наблюдаться депрес­сивный ступор.

***Д. застывающая*** [Medow W., 1922] — эндогенная Д. инволюционного возрас­та с особой выраженностью в клинической картине чувства страха. Наклонность к хроническому течению. Часто возникает у конституциоально-депрессивных лично­стей. Основные симптомы — депрессия, страх, беспокойство, ипохондрические переживания, перерастающие в ипохондрический бред (см. *Заттеса ипохондриче­ские депрессии*) или бред самоуничижения.

При длительном течении — кататоноподобные симптомы (бездеятельность, мутизм, брадикинезия).

***Д. инволюционная.*** Психическое заболевание пожилого и престарелого воз­раста, включающее в себя ранее выделявшиеся раздельно Д. предстарческую и старческую. Характерны выраженная тревога, страх, бредовые идеи самообвине­ния, обвинения, самоуничижения, ущерба, обкрадывания, ипохондрические, бред Котара. Рассматривается как эндогенная депрессия инволюционного периода. Диф­ференцируется с атипичным монополярным течением МДП, дебютирующим в позднем возрасте, хотя некоторыми исследователями это разграничение считается условным и Д.и. трактуется как вариант циркулярной Д.

Син.: меланхолия инволюционная.

***Д. инициальная*** — начинающаяся эндогенная Д. Отличается нерезко выра­женной симптоматикой, главным образом бессонницей, утратой живости, неприят­ными ощущениями со стороны внутренних органов (сердца, желудка). Диагностика вначале трудна и облегчается лишь с течением заболевания и усилением выражен­ности признаков. Может наблюдаться и в качестве инициального симптома ши­зофрении.

***Д. ипохондрическая*** [Sattes H., 1955] — форма эндогенной депрессии с вы­раженным ипохондрическим симптомокомплексом. Тенденция к затяжному (больше года) течению. Ипохондрические идеи носят характер сверхценных или бредовых и доминируют в клинической картине. Чаще всего болеют женщины. В преморбиде от­сутствуют черты тревожной мнительности, в трети случаев — депрессивные фазы в прошлом. Преобладает локализация ощущений в желудке и голове. Заторможен­ность отсутствует. Наличие характерных для циклотимической депрессии соматиче­ских расстройств. Большинство больных отличается астеническим (а не пикниче­ским, как при циркулярных депрессиях) телосложением. Ипохондрические пережива­ния связываются с переработкой реальных ощущений, вызванных вегетативными нарушениями. По H.J. Weitbrecht [1951], ипохондрические симптомы при эндогенных депрессиях в позднем возрасте вообще обнаруживают тенденцию к учащению.

***Д. ироническая*** — Д., характеризующаяся скорбной улыбкой в сочетании с горькой иронией по отношению к своему состоянию при выраженной угнетенности настроения и чувстве полной безнадежности своего состояния. Часты суицидальные поступки.

Син.: Д. улыбающаяся.

***Д. истерическая*** [Eisenmann G., 1967; Spiegelberg H., 1968] — видоизмене­ние клинической картины эндогенной депрессии включением в нее выраженной истерической симптоматики, которая обусловлена преморбидными характерологи­ческими особенностями больного. Не является синонимом психогенно-истерической депрессии, так как истерическая симптоматика здесь выявляется в связи с эндоген­ными факторами.

***Д. истощения*** [Kielholz P., 1957] — своеобразная форма депрессивных раз­витии в связи с длительным эмоциональным перенапряжением или многократными психическими травмами (повторяющимися конфликтами в семье или на работе). Ха­рактерно печально-боязливое или мрачно-апатическое настроение в сочетании с проявлениями декомпенсации симпатико-адреналовой системы. Д. предшествуют продромальные стадии — гиперстенически-астеническая и психосоматическая с многочисленными вегетодистоническими проявлениями и жалобами на нарушения функции внутренних органов [Beck D., 1962]. Тенденция к витализации и развитию тревожно-ипохондрической симптоматики. Чаще заболевают женщины сенситивно­астенического склада, с чертами инфантильности и лептосомной конституцией, в возрасте от 30 до 50 лет. Больные мужчины преморбидно характеризуются как пе­дантичные, самолюбивые, эгоцентричные. Понятие, близкое к Д. астенической.

Син.: Д. эксгаустивная (*лат. ех —* удаление, лишение чего-либо, отсутствие чего-либо, *haustio —* черпать).

***Д. климактерическая.*** Одно из определений Д. инволюционной. Термин не­правомерен, так как в нем преувеличена роль климакса, являющегося одним из со­ставных компонентов и симптомов процесса инволюции.

***Д. конституциональная.*** Склонность к длительным состояниям пониженно­го настроения со спадом жизненной активности, наблюдаемым у акцентуированных и психопатических личностей гипотимического склада, у конституциональных асте­ников.

***Д. латентная*** [Lange J., 1928]. Разновидность эндогенного депрессивного со­стояния, при котором гипотимия маскируется преобладающими в клинической карти­не соматическими и вегетативными симптомами, а также психопатологическими признаками другого, не депрессивного регистра (навязчивости, наркоманические приступы). Собственно аффективные депрессивные симптомы при этом оттесняют­ся на второй план, что создает значительные трудности в диагностике ларвирован- ных депрессий.

Основные синдромы Д.л. [Десятников В.Ф., Сорокина Т.Т., 1978]: алгически- сенестопатический, абдоминальный, кардиалгический, цефалгический, паналгиче- ский, агрипнический, диэнцефальный (вегетовисцеральный, вазомоторно-аллерги­ческий, псевдоастматический), обсессивно-фобический, наркоманический.

Понятие, близкое к циклосомии.

Син.: Д. ларвированная, Д. маскированная, Д. соматизированная.

***Д. «лишенных корней»*** — реактивная Д., наблюдающаяся у военнопленных, заключенных, узников концлагерей. Характерно длительное течение с депрессивно­фобическими переживаниями, астенией, снижением побуждений, утратой трудо­способности. Один из факторов повышенной смертности среди этих контингентов людей.

Ср.: KZ-синдром.

***Д. маскированная*** *— см. Д. латентная.*

***Д. матовая*** — Д. с нерезкой выраженностью основных симптомов, отмечает­ся лишь легкая подавленность настроения. Понятие, близкое к Д. циклотимической.

Син.: Д. мягкая.

***Д. монополярная*** — периодически наступающие эндогенные депрессивные состояния, разделенные «светлыми промежутками». Маниакальные или гипоманиа- кальные проявления отсутствуют. Относится к атипично протекающему МДП, однако K. Leonhard [1954] выделялась как самостоятельный аффективный психоз — фазо­вая Д. Характерны длительные и одинаковые интервалы между фазами: например, фазы могут повторяться каждые 10 лет.

Син.: Д. периодическая, Д. ремиттирующая.

***Д. монофазная*** — эндогенная Д., наблюдающаяся лишь один раз в жизни больного.

***Д. мотивированная*** — см. *Д. реактивная.*

***Д. мягкая*** — см. *Д. матовая.*

***Д. невротическая*** [Foelkel H., 1959] — Д., протекающая на невротическом, а не на психотическом уровне. В отечественной литературе рассматривается как этап невротического развития [Лакосина Н.Д., 1971] либо как неврастеническая депрес­сия [Свядощ А.М., 1971].

Требует дифференциальной диагностики с затяжными циклотимическими Д.

***Д. нейролептическая*** — одно из осложнений при лечении нейролептиками. В генезе Д.н. играют роль такие факторы, как депрессогенный эффект самих нейро­лептиков [Авруцкий Г.Я., 1962], усиление имевшего место до проведения лечения депрессивного компонента в клинической картине [Невзорова Т.А., 1959; Жислин С.Г., 1962], расщепление, «расслоение» депрессивно-параноидных синдромов — редуцируется галлюцинаторно-бредовая симптоматика, но остается и усиливается сопутствующая ей депрессивная симптоматика [Снежневский А.В., 1961; Морозова Т.Н., 1961]. Д.н. возникает на фоне экстрапирамидных расстройств, акатизии, носит витальный характер, протекает с идеями самообвинения. Часты суицидальные по­пытки, в генезе которых играет роль и психологический фактор — страх перед по­вторением психотического состояния. Длительность Д.н. — от нескольких месяцев до 1,5 лет. Особенно часты Д.н. при лечении аминазином и резерпином.

***Д. освобождения*** [Burger-Prinz H., 1950] — возникает после прекращения длительного психического напряжения, тяжелых переживаний, волнений. Депрес­сивное состояние типа эндореактивной Д. (дистимии) Вайтбрехта.

***Д. отчуждения*** — Д. с особой выраженностью в клинической картине депер- сонализационно-дереализационного синдрома. Состояние, близкое к Д. анестетиче­ской. Депрессивно-деперсонализационные фазы отличаются затяжным течением [Барштейн Е.И., Нуллер Ю.Л., 1975].

***Д. пантофобическая*** — понятие, близкое к Д. ананкастической. Характерно многообразие фобических переживаний.

***Д. параноидная.*** См. *Д. бредовая.*

***Д. паралитическая*** — наблюдается при относительно редкой депрессивной форме прогрессивного паралича. Протекает с заторможенностью, депрессивными бредовыми идеями, суицидальными попытками. Наблюдаются депрессивно-ипохон­дрические состояния, нигилистически-ипохондрический бред Котара. Суицидальные тенденции и состояния тревожного возбуждения особенно часты при тревожных Д.п. [Штернберг Э.Я., 1983]. В ряде случаев, при эндогенном предрасположении, Д.п. протекает циклически [Bostroem A., 1930].

***Д. перенапряжения*** — см. *Д. истощения.*

***Д. периодическая*** — см. *Д. монополярная.*

***Д. почвы*** [Schneider К., 1949, 1955] — депрессивные состояния, характеризу­ющиеся грустно-подавленным настроением, беспричинно возникающие из «почвы», «подосновы» и не служащие проявлением циклотимии или циркулярного психоза. В содержании депрессий не играют роли провоцирующие переживания. Речь идет о чисто аффективных расстройствах, о колебаниях настроения, возникающих на неиз­вестной нам биологической почве, хотя иногда и спровоцированных психогенно. Чаще всего они наблюдаются в амбулаторной психиатрической практике, не требу­ют стационарного лечения. Такого рода Д. не являются предметом переживаний, от­мечаются главным образом у нормальных людей и, особенно, у психопатических личностей. Понятие Д.п. близко к выделенным П.Б. Ганнушкиным [1933] конституци­онально-депрессивным психопатиям и дистимически-депрессивному типу акцентуа­ции личности по K. Leonhard [1968].

***Д. пресенильная*** — см. *Д. инволюционная.*

***Д. пресенильная злокачественная*** [Kraepelin E., 1912] — начинается пре­имущественно в предстарческом возрасте, однако известны случаи заболевания по­сле 30 лет. Характеризуется сочетанием атипичной, злокачественно протекающей депрессии с кататоническими симптомами (без негативизма) и органическим психо­синдромом, нарастающим слабоумием. Тревожно-ажитированная меланхолия со­провождается растерянностью, речевой бессвязностью и онейроидным помрачени­ем сознания. Смерть в течение года (по Э.Я. Штернбергу, при применении нейро­лептиков отмечается более благоприятный прогноз). Морфологически — атрофия нервных клеток верхних трех слоев коры большого мозга, часто оказываются пора­женными полосатые и миндалевидные тела, зубчатые ядра. Относится к пресениль- ным деменциям. Этиология неизвестна.

Син.: болезнь Крепелина.

***Д. провоцированная*** — эндогенная Д., возникающая в связи с психогенно- травмирующими факторами со скорым проявлением витализации. В анамнезе этих больных можно установить наличие редуцированных аффективных фаз, склонности к колебаниям настроения. У части больных впоследствии наблюдается типичная картина МДП.

***Д. простая*** — типичный и наиболее частый вариант эндогенной циркулярной Д., по своей выраженности занимает промежуточное положение между Д. циклоти­мической и бредовой [Пападопулос Т.Ф., 1971]. Основное проявление — гипотимия, сочетающаяся с угнетением витальных побуждений. Депрессивный бред отсутству­ет. Отмечаются суточные колебания настроения.

***Д. психогенная*** — см. *Д. реактивная.*

***Д. реактивная*** — характерны психогенное происхождение, депрессивный синдром с аффектом тоски и общей психомоторной заторможенностью [Иммерман К.Л., 1988]. Возможны астенические, истерические и параноидные включения. Су­точные колебания настроения отсутствуют, тоска не носит характера витальной. В переживаниях больных звучит психогенно-травмирующая ситуация. Благоприятный прогноз, но возможны затяжное течение и витализация.

***Д. с возбуждением*** [Kraepelin E., 1896] — разновидность смешанных состоя­ний (см.). Пониженное настроение и угнетение мыслительных процессов сочетается с повышенной деятельностью.

***Д. сенильная*** — см. *Ц. инволюционная.*

Син.: Д. старческая.

***Д. симптоматическая*** — Д., возникающая при органических поражениях го­ловного мозга и различных заболеваниях внутренних органов. В более широком по­нимании — все Д., за исключением эндогенных.

***Д. слезливая*** — Д., сочетающаяся со слабодушием, слезливостью. Часто на­блюдается при сосудистых заболеваниях головного мозга.

***Д. «смены места проживания»*** — Д., наблюдающаяся главным образом в геронтопсихиатрической практике при перемене пациентами привычных квартиры, места проживания (квартала, улицы). Особенно легко возникает у одиноких стари­ков, которые не в состоянии перенести ломку стереотипов.

***Д. соматогенная*** — Д., возникающая в связи с каким-либо заболеванием внутренних органов. В большинстве случаев Д. сочетается с астенией. В ее генезе могут играть роль реактивные моменты (реакция личности на соматическую болезнь и вносимые ею изменения в социальный статус больного). Иногда Д.с. в дальней­шем углубляется, витализируется, однако чаще всего она протекает на непсихотиче­ском уровне, в рамках неврозоподобных состояний.

***Д. со скачкой идей*** [Kraepelin E., 1896] — разновидность смешанных состоя­ний (см.). Депрессивный аффект и двигательная заторможенность сочетаются с ускоренным мышлением, скачкой идей.

***Д. сосудистая.*** К депрессивным состояниям сосудистого генеза Э.Я. Штерн­берг [1983] относит реактивно или астенически окрашенные депрессивные состоя­ния начального периода церебрального атеросклероза, а также неглубокие, нечетко очерченные, со склонностью к протрагированному течению и колебаниям в интен- сивности-депрессивные состояния на более поздних этапах заболевания. Для них характерны эмоциональная лабильность, наклонность к дисфориям, слезливое на­строение, обилие соматических и ипохондрических жалоб, головные боли, голово­кружения, снижение памяти. При гипертонической болезни отмечаются острые тре­вожно-депрессивные состояния со страхом [Озерецкйй Н.И., 1958].

***Д. страха*** — Д. с преобладанием в клинической картине немотивированного чувства страха, постоянного беспокойства, необъяснимого ощущения угрозы, опас­ности для больного и его близких.

Син.: анксиозная Д.

***Д. ступорозная*** — Д. с выраженной мыслительной и двигательной затормо­женностью, достигающей степени ступора.

***Д. тревожная*** — Д., в клинической картине которой преобладает симптома­тика тревоги. Характерно постоянное тягостное ожидание несчастья, которое, по убеждению больного, совершенно неотвратимо ждет его. Часто сочетается с идеями виновности, греховности, но иногда воспринимается больными как незаслуженная беда, проявление присущей больному невезучести, рокового стечения обстоя­тельств. Явления двигательного и речевого возбуждения, ламентации, при углубле­нии тревоги — ажитация.

***Д. улыбающаяся*** — см. *Д. ироническая.*

***Д. фона*** [Schneider К., 1949] — реактивные по своему происхождению депрес­сивные состояния, возникающие на соматически неблагоприятном фоне (в период менструаций, во время климакса, при наличии соматогенной астении и т.п.). На­личие такого рода фона биологических и других соматических изменений придает Д. особую выраженность. Рассматривается как одна из форм Д., занимающих проме­жуточное положение между эндогенными, реактивными и соматогенными.

***Д. циклотимическая*** — 1. Самая легкая форма Д. циркулярной. 2. Субде­прессивное состояние, фаза циклотимии, понимаемой как облегченный вариант течения МДП. 3. В зарубежной, особенно немецкоязычной, психиатрической литера­туре — понятие, эквивалентное, тождественное депрессивной фазе МДП.

Ю.В. Каннабих [1914], представлявший циклотимию как рудиментарную фор­му МДП, в течении ее депрессивной фазы различал следующие синдромы: 1) гипо- тимический, в котором основную роль играет пониженное настроение, выступающее в чистом виде, лишенное интеллектуального содержания («непродуктивная депрес­сия»); 2) апатический — бездеятельность, снижение интереса к окружающему, вя­лость, апатия; 3) астенический — на первый план выступают переживания астениче­ского характера, определяющие самочувствие больного; 4) ипохондрический; 5) пси­хастенический; 6) наркоманический синдром, для которого характерны дипсоманиче- ские приступы.

***Д. циркулярная*** — Д., представляющая собой депрессивную фазу МДП. По степени выраженности Д.ц. разделяется [Пападопулос Т.Ф., 1970] на циклотимиче­ские, неглубокие (субдепрессии); простые (наиболее частые и типичные); бредовые, особенно часто наблюдающиеся в пожилом возрасте; меланхолическую парафре- нию, наблюдающуюся преимущественно в пожилом возрасте и отличающуюся фан­тастическим характером бредовых идей вплоть до синдрома Котара.

***Д. «эгоистическая»*** — Д., которой не присущ феномен проекции. Окружаю­щие представляются больному людьми чрезмерно благополучными, что по контрас­ту способствует усилению у него интенсивности депрессивных переживаний.

Ср.: Д. «альтруистическая».

***Д. экзистенциальная*** [Haufner H., 1954] — депрессивные состояния, в кото­рых при типичной клинической картине эндогенной витальной депрессии отмечают­ся компоненты, выступающие как проявления реактивной депрессии, своеобразное «отчаяние по поводу самовыпадения» из нормальных межличностных взаимоотно­шений. Это переживание нарушенных межличностных отношений является суще­ственным фактором часто наблюдающегося при эндогенных депрессиях чувства ви­новности.

***Д. эндогенная*** — термин для обозначения депрессивных состояний, наблю­дающихся при эндогенных психических заболеваниях — МДП, шизофрении, в рам­ках инволюционных функциональных психозов (инволюционная депрессия).

***Д. эндореактивная*** — см. *Д. дистимическая.*

**Депривация** (*англ. deprivation —* лишение, утрата). В медицине: недоста­точность удовлетворения каких-либо потребностей организма.

***Д. двигательная*** — недостаточность двигательной активности в связи с ограничением пространства, образом жизни и т.п.

***Д. материнская*** — недостаточность контактов с матерью, особенно в раннем детстве. Приводит к аффективным невротическим и психотическим расстройствам — анаклитической депрессии [Spitz R., 1946]; является одним из важных факторов этиологии ранней детской шизофрении [Leonhard K., 1986].

***Д. половая*** — см. *Абстиненция половая.*

***Д. сенсорная*** — лишение необходимой для жизнедеятельности информации, часто играющее важную роль в патогенезе психических расстройств, например, гал­люциноза типа Шарля Бонне.

***Д. социальная*** — недостаточность контактов с окружающей средой, наклады­вающая отпечаток на психическое развитие (синдромы Каспара Хаузера, Маугли) или нарушающая сложившиеся ранее механизмы социальной адаптации: например, экзистенциальная депрессия [Haufner H., 1954], тяжелые невротические состояния в связи с уходом на пенсию, потерей близких и т.п.

**Депривация сна.** Терапия лишением сна. Применяется главным образом при депрессивных состояниях — в начальных стадиях эндогенных депрессий и при терапевтически резистентных депрессиях. Д.с. может быть тотальной (36-40 часов бодрствования) и частичной (18-20 часов без сна в течение суток). Менее курабель- ны тревожно-депрессивные состояния, сенестопатически-ипохондрические и депер- сонализационные расстройства, лучший терапевтический эффект отмечается при наличии в структуре депрессии вялости, апатии, заторможенности.

**Депсихопатизация** (*де + греч. psyche —* душа, *pathos —* страдание). Устране­ние склонности к формам психопатического реагирования, форма компенсации пси­хопатической личности с известным восстановлением гармоничности личностной структуры. Наблюдается в подростковом возрасте при наличии положительных ми- кросоциальных условий или появлении новых компенсаторных возможностей [Кер- биков О.В., 1962; Личко А.Е., 1983] и в пожилом возрасте, также в связи с благопри­ятными социально-психологическими условиями и из-за «растворения» прежних па- тохарактерологических свойств личности нерезко выраженными сосудистыми изме­нениями [Семке В.Я., 1965, 1980].

**Дереализация** (*де* + *лат. realis —* вещественный). Психопатологическое со­стояние, характеризующееся тягостным переживанием утраты реальности с окружа­ющим миром. Часто сочетается с деперсонализацией (деперсонализационно-дереа- лизационный синдром).

**Дереизм** (*де + фр. realite —* реальность). Склонность к мечтательности, фан­тазированию, отрыв от реальности.

Син.: аутизм.

**Деркума болезнь** [Dercum F.X., 1888]. Патологическое ожирение с неравно­мерным развитием и болезненностью подкожной жировой клетчатки. Наступает чаще у лиц среднего и пожилого возраста, преимущественно у женщин. В клинике — нейроэндокринные, вегетососудистые и нейротрофические расстройства, наруше­ния сна и бодрствования, астения, депрессия, ухудшение памяти. Иногда развивает­ся деменция. В редких случаях отмечаются параноид, психомоторное возбуждение. Часты неврозоподобные проявления. В патогенезе основное значение придается поражению высших отделов ЦНС с изменением периферических нервных образова­ний и вторичным нарушением функции ряда эндокринных желез, особенно щитовид­ной и гипофиза. Имеются указания на исключительное значение в патогенезе син­дрома диэнцефальных расстройств, проявляющихся в сочетании дезинтеграции восходящих и нисходящих влияний ретикулярной формации ствола головного мозга и гипоталаморетикулярных связей [Эмануэль В.Я., Скорынина И.Я., 1973]. Известна этиологическая роль нейроинфекционных и интоксикационных факторов, наслед­ственной предрасположенности (предположительно аутосомно-доминантный тип передачи).

Течение длительное, прогредиентное, возможны кратковременные ремиссии.

Син.: адипозалгия, липалгия, болезненный липоматоз, болезненное ожире­ние, Деркума синдром.

**Дерматомания** (*греч. derma —* кожа, *mania —* страсть, помешательство, без­умие). Непреодолимое влечение к самоповреждению кожных покровов, выдергива­нию волос, кусанию ногтей.

**Дерматопатофобия** (*дерма* (*то*) + *греч. pathos —* болезнь, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь заболеть кожной болезнью.

Син.: дерматофобия.

**Дерматотлазия** (*дерма* (*то*) *+ греч. thlasis —* раздавливание, разминание, дробление). Навязчивое стремление вызывать у себя раздражение кожи, разминая, растирая, расчесывая или расщипывая ее.

**Дермографизм** (*дерма + греч. grapho—* писать, изображать). Феномен, про­являющийся изменением окраски кожи вследствие нанесения механического штри­хового раздражения. По характеру Д. можно судить о некоторых особенностях дея­тельности вегетативной нервной системы. Так, Д. белый появляется вследствие спазма капилляров в ответ на раздражение; возвышенный возникает при повышен­ной проницаемости стенок капилляров (возвышающиеся над кожным рельефом красные полосы); красный свидетельствует о расширении капилляров; местный или разлитой различаются по соответствию зоны Д. месту нанесения раздражения; в основе Д. рефлекторного (он представлен широкой полосой чередующихся белых и красных пятен с неровными краями) лежит спинальный вазомоторный рефлекс; ур­тикарный (или эксфолиативный) проявляется волдырями и обусловлен повышенной проницаемостью стенок сосудов.

**Десоматизация** (*де + греч. soma —* тело). Вариант деперсонализации, близ­кий к нарушениям схемы тела. Тело субъективно воспринимается как бесплотное. Личность как бы существует только в психическом смысле, лишенном физического, телесного субстрата. Переживания эти крайне тягостно воспринимаются больным, часто депрессивно окрашены.

**Деструдо** (*фр. destructif —* разрушительный, губительный) [Weiss Е.]. Психо­аналитический термин, созданный по аналогии с либидо и обозначающий присущую человеку тенденцию, влечение к смерти.

**Детериорация эмоциональная** (*фр. deterioration —* ухудшение, упадок). Вид психического дефекта, качественное ухудшение психической деятельности, главным образом снижение эмоциональной сферы, остающееся после психотических присту­пов. Утрачивается эмоциональная живость, появляется вялость, безучастность, безынициативность. Д.э., наступающая после энцефалитов, нередко характеризует­ся потерей моральных свойств.

**Детерминизм** (*лат. determinare —* определять). Философская концепция об объективной закономерной взаимосвязи и причинной обусловленности всех процес­сов и явлений природы. Д. противостоит индетерминизму, отрицающему всеобщий характер причинности. В психологии и психиатрии причинно-следственные отноше­ния нередко оказываются сложными, опосредованными. Принцип Д. неотделим от деятельностного подхода к изучению психики. В советской психологии разработаны трактовки Д. как следствия «действия внешних причин через внутренние условия» [Рубинштейн С.Л.] и «внутреннего через внешнее» [Леонтьев А.Н.].

**Детоксикация экстракорпоральная.** В психиатрии: метод общебиологиче­ского воздействия. Использует принцип сорбционной детоксикации — очищение биологических жидкостей путем экстракорпоральной перфузии через активирован­ные угли и синтетические сорбенты. Наиболее распространена гемосорбция, приме­няемая главным образом при психозах, в патогенезе которых важную роль играет интоксикация. Получены положительные результаты при фебрильной шизофрении, злокачественном нейролептическом синдроме.

**Детоубийство.** Чаще всего речь идет об убийстве матерью ребенка во время родов или сразу после рождения. При умышленном Д., доказанном судебно-меди­цинской экспертизой, мать чаще всего подвергается судебно-психиатрической экс­пертизе для определения ее вменяемости на момент совершения преступления. При предположении о наличии психической патологии назначается комплексная су­дебная психолого-психиатрическая экспертиза.

**Детронирование** (*де + греч. thronos —* трон, престол). Термин введен психо­аналитиками для обозначения переживаний ребенка в связи с рождением младшего брата или сестры. Болезненно переживаемая утрата роли кумира семьи сравнива­ется с изгнанием с престола и рассматривается в аспекте ортодоксального психо­анализа как одна из ранних психогенных травм, являющихся причиной развития дет­ских неврозов.

**Дефект** (*лат. defectus —* отпадение, убывание, недостаток). Резидуальные психические изменения, в первую очередь личностные, вследствие перенесенного психотического состояния. Возникает при шизофрении, органических поражениях го­ловного мозга, носит специфические для ряда психических заболеваний черты; например, при шизофрении характеризуется апатико-аутистическими изменениями с диссоциативными проявлениями в мышлении, после травм головного мозга Д. определяется церебрастеническим или церебропатическим синдромом с различной степени выраженности интеллектуально-мнестическими и характеропатическими проявлениями. Нередко особенности Д. зависят от формы течения психического за­болевания: так, например, он значительно быстрее развивается и носит более гру­бый характер при приступообразно-прогредиентном, чем при рекуррентном, течении шизофрении.

**Дефектконституция комбинированная** [Mauz F., 1937]. Относящаяся к икта- финной конституции типологическая группа, характеризующаяся помимо личностных эпилептоидных черт слабостью отдельных телесных систем (различные дисплазии, незаращение костных швов) и анатомической недостаточностью сосудистой систе­мы.

См. *Конституция иктафинная.*

**Дефектология** (*дефект + греч. logos —* наука, учение). Педагогическая нау­ка, изучающая особенности развития, обучения и воспитания детей с физическими и (или) психическими недостатками, разрабатывающая методы их лечения и социаль­но-трудовой адаптации. Использует данные психоневрологичеких и психологических исследований.

**Дефектсиндром органический** [Wieck Н.Н., 1961]. Понятие, аналогичное ор­ганическому психосиндрому E. Bleuler. Определяется наличием необратимого де­фекта психических функций, в первую очередь деменций, и характерологическими личностными изменениями.

**Дефектсиндром терминальный экстрапирамидный** [Haddenbrock S., 1964]. Вариант синдрома нейролептического. Наблюдается при длительном применении нейролептиков. Обусловлен нарушением дофаминергических рецепторов. Экстрапи- рамидные гиперкинезы не проходят при отмене препарата. Иногда они впервые об­наруживаются при уменьшении дозировок. Характерны хореиформные гиперкинезы — высовывание языка, жевательные или чавкающие движения, гримасы, киватель- ные судороги, раскачивание верхней части туловища, ритмические движения таза, атетоидные судороги пальцев рук. Движения больных стереотипно повторяются.

**Дефицитарный тип формирования личности** [Ковалев В.В., 1976]. Вариант патологического формирования личности у детей с различными физическими де­фектами (недостаточность зрения, слуха, порок сердца и т.д.). Ведущими в психоге­незе являются реакция личности на осознание дефекта и явления социальной де­привации, то есть изоляции от общества сверстников на фоне патологически изме­ненной почвы — резидуальной органической патологии головного мозга, нарушений физического и полового созревания, сенсорных дефектов. Наиболее част тормози­мый вариант личности с преобладанием астенических и псевдоаутистических черт характера, реже встречаются истероидный и ипохондрический варианты.

**Джеймса—Ланге периферическая теория эмоций** [James W., 1884; Lange С., 1885]. Психофизиологическая теория, связывающая появление эмоций с пери­ферическими изменениями, возникающими сугубо рефлекторно, без непосредствен­ной реакции высших центров на внешние впечатления. Эмоция рассматривается как результат осознания периферических органических изменений — висцеральных, со­судистых, мышечных. Д.—Л.п.т.э. была, по сути своей, умозрительной, она не вы­держала проверки экспериментальными исследованиями, однако правильно показа­ла значение в генезе эмоций периферических изменений, вегетативных и висце­ральных реакций; кроме того, она стимулировала возникновение ряда других нейро­физиологических теорий эмоций.

**Джекобсона метод прогрессирующей мышечной релаксации** [Jacobson E., 1928]. Психотерапевтический метод, основанный на произвольном расслаблении по­перечнополосатых мышц в состоянии покоя. Релаксация достигается специальными гимнастическими упражнениями, чем этот метод и отличается от метода аутогенной тренировки Шульца, при котором релаксация является результатом самовнушения и основой для последующего самовнушения.

**Джексона зрительные галлюцинации** [Jackson J.H., 1876]. Отмечаются при эпилептической ауре или ее эквиваленте в форме сумеречных состояний.

**Джексона методика семейных отношений** [Jackson L., 1952]. Проективная личностная методика, предназначенная для исследования детей в возрасте от 5 до 12 лет. Обследуемому последовательно предъявляют 8 картинок, на которых пред­ставлены несложные семейные ситуации. Анализируются интерпретации ребенком этих картинок. При этом выявляются особенности восприятия обследуемым интер­персональных взаимоотношений в семье.

**Джексона Теория** [Jackson J.H., 1864]. Концепция локализации функции в нервной системе соответственно уровням — «низшему» (спинальному или стволо­вому), «среднему», определяющемуся деятельностью двигательных или сенсорных отделов коры большого мозга, и «высшему» (лобные отделы головного мозга).

Анатомо-физиологические уровни и соответствующие им функции ЦНС рассматриваются в связи с процессом эволюции. При заболеваниях нервной систе­мы происходит распад ее интегративной деятельности — диссолюция. В результате этого психическая функция возвращается на более низкий уровень развития. В симптоматике, возникающей вследствие поражения головного мозга, различаются симптомы негативные (симптомы выпадения) и позитивные, обусловленные высво­бождением низших отделов головного мозга из-под контроля высших. Д.т. сыграла важную роль в развитии представлений о динамической локализации функций в го­ловном мозге, хотя отдельные ее положения, например об уровневой организации функций, считаются устаревшими и не признаются в современной нейропсихологии.

**Джексона эпилепсия.** См. *Браве—Джексона эпилепсия.*

**Джелифа синдром** [Joliffe N., 1930]. Энцефалопатия при дефиците никотино­вой кислоты: нарушение сознания (сонливость, дезориентировка), феномен зубчато­го колеса в конечностях, гиперкинезы, пеллагроидные симптомы на коже и слизи­стых оболочках. При назначении никотиновой кислоты — быстрая редукция.

**Джонсона индекс** [Johnson W., 1944]. Показатель персеверации в речевой продукции, характеризующийся отношением количества разных слов речи обследуе­мого к общему числу слов. Низкий индекс свидетельствует о склонности к персеве­рации (например, при шизофрении).

**Диагноз** (*греч. diagnosis —* распознавание). Констатация изучаемого процес­са, состояния, явления. В медицине — заключение о наличии заболевания, его при­чинах, степени выраженности, форме течения и сохранности защитных механизмов. Проводится на уровнях симптоматологическом, синдромологическом и нозологиче­ском (см. *Корсакова—Щербака* и *Снежневского концепции нозологической специ­фичности психопатологических синдромов*)*.*

***Д. гипотетический.*** См. *Д. предположительный.*

***Д. гистопатологический*** — составная часть Д. анатомического, уточняемо­го гистологическим исследованием аутопсийного или биопсийного материала.

***Д. дифференциальный*** — диагностический этап, на котором выдвигается предположение о ряде возможных диагностических суждений и путем сопоставле­ния клинических и лабораторных данных отсеиваются гипотезы о внешне сходных по клинической картине заболеваниях.

***Д. нозологический*** — сводится к определению болезни в рамках принятой нозологической классификации. Д.н. — это Д. болезни.

***Д. окончательный*** — формулируется при окончании обследования, а также в связи с выпиской больного из стационара или летальным исходом.

***Д. патологоанатомический*** — выставляется при смертельном исходе на основе материалов вскрытия и гистологического исследования.

***Д. предварительный*** — формулируется еще до завершения обследования, намечает диагностическую тактику врача.

***Д. предположительный*** — содержит первые диагностические предположе­ния и проходит проверку в дальнейшем ходе диагностического процесса.

Син.: Д. гипотетический.

***Д. ретроспективный*** — основан на дальнейших наблюдениях над больным, на изучении данных катамнеза.

***Д. судебно-психиатрический*** — устанавливается специальной судебно-пси­хиатрической экспертной комиссией по материалам изучения дела, данным клини­ческого и лабораторного исследования больного; ориентирован на решение вопро­сов, поставленных следствием и судом, например, о дееспособности, вменяемости испытуемого и др.

***Д. функциональный*** — помимо нозологического и этиологического критериев включает определение функции отдельных органов и систем (в психиатрии — психи­ки), возможности их компенсации в процессе социально-трудовой реабилитации. Д.ф. — это Д. больного.

***Д. этиологический*** — является составной частью Д. нозологического и отра­жает степень разработки роли этиологических факторов в нозологической система­тике.

***Д. ex juvantibus*** (*лат.*) — основан на оценке эффективности лечения, прово­дившегося на основе Д. предположительного.

**Диагностика** (*греч. diagnostikos —* способный распознавать). Диагностиче­ский процесс. Учитываются особенности диагностического мышления врача и значи­мость клинических признаков болезни, данных лабораторных исследований (биохи­мических, серологических, рентгенологических, электрофизиологических, патопсихо­логических и др.), роль социально-психологических, средовых и микросредовых фак­торов. Для последующего лечения и социально-трудовой реабилитации больного большое значение приобретает ранняя психиатрическая диагностика.

**Диазепамовый тест** [Нуллер Ю.Л., Точилов В.А., 1979, 1981]. Применяется для разграничения эндогенной депрессии, протекающей с тревогой, и «эндогенной» тревоги, сочетающейся с депрессивным настроением. Психотропное действие бен­зодиазепиновых транквилизаторов исчерпывается противотревожным эффектом, и если какие-либо симптомы редуцируются после введения диазепама, то, следова­тельно, они обусловлены тревогой.

Син.: седуксеновый тест.

**Диалоголалия** (*греч. dialogos —* разговор между двумя или несколькими ли­цами, *lalia —* речь) [Spoerri Th., 1965]. При беседе нескольких больных создается ви­димость диалога в связи с относительной сохранностью речевой мелодии, живости мимики и жестов. На самом деле речь больных совершенно не выполняет функции общения, лишена какой бы то ни было смысловой нагрузки, содержания. Чаще всего наблюдается при сенильной деменции, может быть и при шизофрении.

**Диапазон приемлемости** [Консторум С.И.]. Совокупность форм сексуального поведения при интимной близости, не порождающего у партнеров негативной эмо­циональной реакции.

**Диасхизм.** См. *Диашиз.*

**Диашиз** (*греч. diaschisis —* раскалывание, разделение) [Monakov С., 1914]. Явление выпадения функции отделов головного мозга, непосредственно не повре­жденных, но связанных с участками поражения системой проводящих путей. Причи­на Д. — нарушение функции нервных клеток вследствие прекращения притока к ним обычных физиологических раздражений. Таким образом, возникает локальная симп­томатика, не соответствующая месту очага поражения: например, при инсульте, по­ражающем определенный отдел одного полушария, страдает функция связанных с ним комиссуральными волокнами отделов другого полушария. Обратимость этого вторичного поражения зависит от течения патологического процесса в основном очаге, от состояния кровоснабжения головного мозга, общего состояния организма, возраста больного и т.д. При неблагоприятном течении заболевания наблюдается необратимость. Концепция Д. исключительно важна для решения вопросов топиче­ской диагностики.

Син.: диасхиз, феномен Монакова.

**Дида—Боткассо синдром** [Dide M., Botcazo, 1902]. Характеризуется фиксаци­онной амнезией, конфабуляциями, потерей способности ориентироваться во време­ни и пространстве, афатическими расстройствами. Наблюдается при двусторонних очагах поражения в затылочных долях головного мозга.

**Дидактогения** (*греч. didasko —* учить, *genesis —* происхождение). Разновид­ность психогении, при которой травмирующим психику учащихся фактором является поведение педагога. Это может проявиться в особенностях личностного контакта (неуважительное отношение к ученику, студенту, подавление его инициативы, при­людное вышучивание его ответов) и в том, как преподносятся знания (подчеркива­ние отрицательных моментов того или иного явления, с которым может столкнуться в своей жизни ученик, утверждение о недоступности для него изучаемого материала и т.д.). Важное значение имеют и особенности личности учащегося, его повышенная сенситивность, незрелость суждений, их несамостоятельность.

Понятие введено К.И. Платоновым [1937, 1946].

Син.: дидаскогения [Катков Е.С., 1938].

**Диетотерапия** (*греч. diaiata —* режим питания, *therapeia —* лечение). Назна­чение с лечебной целью специально подбираемой диеты, учитывающей патогенез заболевания и характер обменных процессов при нем. В психиатрии назначается при дисметаболических олигофрениях, например при фенилпировиноградной оли­гофрении, эпилепсии, соматогенных нервно-психических заболеваниях, церебраль­ном атеросклерозе.

**Дизартрия** (*греч. dys* — приставка, обозначающая разделение, отделение, отрицание, *arthroo —* членораздельно произносить). Нарушение речи, ее артикуля­ции, проявляющееся в затруднении произношения, особенно согласных звуков, бра- дифазии, прерывистости речи. Обнаруживается часто в спонтанной речи, иногда с помощью специальных приемов (повторение за врачом труднопроизносимых слов и скороговорок). По характеру Д. можно судить о локализации поражения. Так, при по­ражении мозжечка речь носит скандированный характер, нарушена ее модуляция, меняется громкость; при паркинсонизме речь замедлена, монотонна, нарушены мо­дуляции голоса и т.д.

**Дизафия** (*диз + греч. haphe —* чувство, осязание). Расстройство тактильной чувствительности, нарушение восприятия наносимых на кожу раздражений.

**Дизергазия** (*диз + греч. ergon —* работа, действие) [Meyer A., 1908]. Наруше­ния поведения, психической деятельности вследствие органических поражений го­ловного мозга. См. *Майера эргазиология.*

**Дизлексия** (*диз + греч. lexis —* слово, выражение, оборот речи) [Morgan W.P., 1896]. Синдром, характеризующийся избирательным нарушением письменной речи и обнаруживающийся в виде затруднений при обучении чтению и письму, часто при­водящих к школьной дезадаптации. Понятие недостаточно однородное. Выделены синдромы Д. на оптическом гностико-праксическом уровне и в связи с расстрой­ством звуковых символов языка при своеобразных нарушениях понятийного мышле­ния [Глезерман Т.Б., Дмитриева Е.Д., 1989]. В первом случае мышление совершенно интактно. Происхождение генетическое или обусловлено экзогенно-органической па­тологией.

**Дизнойя** (*диз + греч. noeo —* воспринимать, мыслить) [Корсаков С.С., 1891]. Острый психоз, характеризующийся нарушением единства психических функций. Описание С.С. Корсаковым дизнойи предшествовало выделению E. Kraepelin ранне­го слабоумия. Большинством исследователей рассматривается как шизофрения с острым течением.

Син.: Корсакова дизнойя.

**Дизонтогенез психический** (*диз + греч. on —* сущее, существо, *genesis —* происхождение). См. *Ковалева концепция психического дизонтогенеза.*

**Дизорексия** (*диз + греч. orexis —* аппетит). Нарушение аппетита.

**Дизосмия** (*диз + греч. osme —* обоняние). Нарушение обоняния, извращен­ное восприятие запахов. Вместо одного запаха воспринимается другой.

Син.: дизосфрезия (*греч. osphresis —* запах).

**Динамическое опустошение.** Син.: редукция энергетического потенциала.

**Динофобия** (*греч. dine —* круговое движение, водоворот, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь головокружения. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний, психастении, часто сочетаясь с агорафобией.

**Диогена синдром.** Описан M. McMillan [1966] у лиц старческого возраста. Речь идет об одиноких, чрезвычайно неряшливых стариках, обитающих в грязном, запущенном жилище и ведущих нищенский образ жизни, несмотря на то, что впо­следствии у них нередко находят припрятанными большие суммы денег. Часто эти больные собирают всякий ненужный хлам, мусор (силлогомания). Для больных с Д.с. характерны подозрительность, эмоциональная лабильность, даже агрессивность, отказ от какой бы то ни было помощи. Больные не открывают двери посетителям. Питаются чаем, хлебом (нередко заплесневелыми объедками), консервами. При со­матических заболеваниях в остром периоде у них отмечается особенно высокая смертность [Clark A.N.G., Manicar G.D., Grau G., 1975].

Назван по имени древнегреческого философа *Диогена* (404-323 гг. до н.э.), ученика Антисфена, который был основателем школы киников. Диоген отличался крайней неприхотливостью в быту и устроил себе жилье в глиняной бочке при хра­ме.

**Диппольдизм.** Разновидность садизма, наблюдающаяся у учителей и воспи­тателей и проявляющаяся в истязании ими учеников. Назван по имени студента- юриста, выполнявшего обязанности домашнего учителя, Андреаса Диппольда, от истязаний которого, совершаемых с целью получения сексуального наслаждения, умер его ученик Хайнц Кох. В художественной литературе описан Ф. Сологубом (Передонов в романе «Мелкий бес»).

**Дипсомания** (*греч. dipsa —* жажда, *mania —* страсть, безумие). Периодически возникающие состояния запойного пьянства. В продроме — пониженное настрое­ние, тревожность, дисфорические проявления, нарушения сна, потеря аппетита, го­ловные боли. Влечение к алкоголю носит импульсивный характер. Продолжитель­ность Д. — до 2-3 недель. Во время Д. могут отмечаться явления дромомании. Окон­чание запоя внезапное, часто с абсолютным исчезновением влечения к алкоголю или даже с чувством отвращения к нему. В этиопатогенезе придается значение пре- морбидным конституциональным особенностям, часто Д. наблюдается у психопати­ческих личностей эпилептоидного круга [Ганнушкин П.Б., 1933]. Нередко дипсомани- ческие состояния вызваны аффективными колебаниями у больных МДП и циклоти­мией, скрытой эпилепсией [Kraepelin E., 1912; Осипов В.П., 1931], реже они наблю­даются при эндокринном психосиндроме [Bleuler M., 1955]. От истинной Д. отличает­ся ложная — запойные состояния, возникающие только на заключительных этапах алкоголизма. Их важное различие и в том, что при истинной Д. происходит прогрес­сирующее снижение толерантности к алкоголю, тогда как при ложной толерантность сохраняется, а сама периодичность запоев связана с внешними причинами. Истин­ная Д. заканчивается палимпсестами, амнезией.

По современным представлениям применение термина «дипсомания» в каче­стве самостоятельного понятия не оправдано [Кондрашенко В.Т., Скугаревский А.Ф., 1983], употребление алкоголя при других психических заболеваниях рассматривает­ся как симптоматический алкоголизм [Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1973].

**Дисамнезия** (*дис + а + греч. mnesis —* память). Отсутствие амнезии. Неприят­ное переживание долго хранится в памяти, легко воспроизводится.

**Дисанагнозия** (*греч. dys —* нарушение функции, рассогласование, *а* (*an*) *—* не, *gnosis —* познание). Разновидность дислексии. Нарушено чтение и понимание отдельных фраз, которые больные замещают выдуманными.

**Дисантиграфия** (*дис + греч. antigrapho —* копирую). Проявление аграфии — нарушение копирования, переписывания текста.

**Дисбазия** (*дис + греч. basis —* ходьба, шаг). Нарушения ходьбы, походки.

**Дисбулия** (*дис + греч. bule —* воля). Неспецифический симптом расстройств воли, в основе которых лежат нарушения мотивации, когнитивной деятельности, ди­стимии, патология сознания. В дисбулию включается гипер-, гипо-, пара- и абулия.

**Дисгамия** (*дис + греч. gamete —* супруга) [Свядощ A.M., 1984]. Дисгармония половых отношений между супругами, вызванная тем, что половой акт совершается не в связи с потребностью женщины, порождая половую неудовлетворенность. Д. тяжело переживается женщиной, часто ведет к семейному разладу и может явиться причиной невроза.

**Дисгармония психическая** (*дис* + *греч. harmonia —* согласованность, сораз­мерность, *psyche —* душа). Отсутствие соразмерности между различными сторона­ми личности — способностями, влечениями, аффектами и др. Наличие внутренних противоречий лишает личность ее цельности, единства и препятствует полноценно­му развитию, адаптации к окружающей действительности. Нередко преувеличенное развитие одних сторон личности сочетается с недоразвитием других (например, фе­номенальная память, способности к счету, частичная одаренность могут наблюдать­ся у олигофренов-дебилов). Иногда Д.п., характеризующаяся частичными задержка­ми моральных чувств и волевых качеств, создает картину психического инфантилиз­ма, являющегося условием некоторых болезненных формирований личности [Kraepelin E.]. Примерами Д.п. являются описанные E. Kretschmer [1927] ее экспан­сивные (стеническое жало астенических психопатов) и сенситивные (стенические компоненты будоражат астеническую личность) формы.

**Дисгевзия** (*дис + греч. geusis —* вкус). Нарушение вкуса, его полная утрата или искажение вкусовых восприятий.

**Дисдипсия** (*дис + греч. dipsa —* жажда). Нарушение питьевого режима вслед­ствие усиления или отсутствия жажды. Наблюдается при заболеваниях, протекаю­щих с нарушением водно-солевого обмена (некоторые болезни желез внутренней секреции, лихорадочные состояния, органические поражения ЦНС), при истерии.

**Дискинезии поздние** (*дис + греч. kinesis —* движение). Дискинезии — расстройства координированных двигательных актов. Д.п. — форма нейролептиче­ских экстрапирамидных нарушений. Возникают как осложнение через несколько ме­сяцев после отмены нейролептиков, как правило, у больных, годами получавших эти препараты. Чаще всего носят характер оральных Д., реже — гиперкинезов в виде хо- реоатетоза, миоклонии, тиков, спастической кривошеи, блефароспазма и др.

**Дискоимезия** (*дис + греч. coimao —* засыпать). Нарушение засыпания, тяже­ло наступающего после многих часов мучительного возбуждения. Наблюдается при гиперстенической форме неврастении.

**Дискордантное помешательство** (*лат. discordare —* не соответствовать) [Chaslin P.H., 1912]. Понятие, соответствующее расщеплению E. Bleuler и интрапси- хической атаксии E. Stransky.

Понятие P.H. Chaslin «словесное дискордантное помешательство» соответ­ствует понятию шизофрении.

**Дискурия** (*дис + лат. curiose —* заботливо) [Conrad К., 1949]. Чувство безза­ботности, самоуверенности, отсутствия сомнения. Один из симптомов мании.

**Дисмегалопсия** (*дис + греч. megas —* большой, *opsis —* зрение). Разновид­ность метаморфопсии, при которой искаженно воспринимается величина предме­тов.

**Дисметрия** (*дис + греч. metron —* мера, размер). Нарушение координации движений вследствие утраты чувства расстояния, соразмерности и точности двига­тельных актов. Движения больных становятся размашистыми, увеличиваются в объеме, недостаточно точны, появляются промахивания, нарушается почерк. На­блюдается при поражениях мозжечка.

**Дисмнезия** (*дис + греч. mnesis —* память). Нарушение памяти, отличающееся от гипомнезии некоторой диспропорциональностью в степени выраженности отдель­ных проявлений ее механизмов либо колебаниями в глубине мнестических расстройств в сравнительно небольшом промежутке времени.

**Дисморфомания** (*дис + греч. morphe —* форма, *mania —* страсть, безумие, помешательство). Дисморфофобия на уровне бреда. См. *Дисморфофобия.*

**Дисморфопсия** (*дис + греч. morphe —* форма, *opsis —* зрение). [Schneider C*.*, 1931]. Обманы зрения (нарушения зрительного восприятия), при которых искажен­ными оказываются форма, размеры или отдельные детали предметов. Наблюдает­ся при патологии зрения (аномалия рефракции глаза) или ЦНС.

**Дисморфофобия** (*дис + греч. morphe —* форма, *phobos —* страх) [Morselli E., 1886]. Представления о мнимом внешнем уродстве, страх телесных изменений. Пер­воначально рассматривалась как специфическая форма нозофобии с наличием на­вязчивых идей телесной деформации в рамках рудиментарной паранойи. Типичны частое сочетание идей физического недостатка с идеями отношения и депримиро- ванностью (вплоть до суицидальных идей и попыток), а также тенденции к диссиму- ляции, стремление к «исправлению», «коррекции» своего мнимого недостатка [Кор­кина М.В., 1959, 1961].

По современным представлениям, Д. может носить характер навязчивых, сверхценных и бредовых идей. В последнем случае говорят о дисморфомании [Кор­кина М.В., 1965]. Чаще всего наблюдается в пубертатном возрасте, сочетаясь с пре- морбидно обнаруживаемыми патологическими чертами характера, явлениями де­персонализации и дереализации, нервной анорексией [Коркина М.В., Цивилько М.А., Карева М.А., 1969]. В.П. Морозовым [1976, 1977] выделены основные формы син- дромогенеза Д. при юношеской шизофрении и отмечено их катамнестическое значе­ние.

См. *Симптом зеркала. Симптом фотографии, Бред физического недо­статка, неприятного для окружающих.*

**Диснистаксия** (*дис + греч. nystaxis* — сон) [Lechner K., 1909]. Состояния полу­сна, неполного, неглубокого сна. У больного, слышащего в таком неглубоком сне различные звуки (например, бой часов), создается впечатление, что он вовсе не спал, хотя в действительности продолжительность его сна была удовлетворитель­ной. Ср.: гипнагнозия.

**Диспансер психоневрологический.** Основная форма внебольничной психиа­трической службы в районе, городе, области. В структуру Д.п. входят поликлиниче­ское отделение, стационар для лечения пограничных нервно-психических расстройств, дневные и ночные стационары, лечебно-трудовые мастерские. На базе Д.п. осуществляется деятельность врачебно-консультативной комиссии (ВКК), каби­нетов психогигиены, психопрофилактики, психотерапии, социальной помощи боль­ным. Выделяются специальные кабинеты для оказания психоневрологической помо­щи детям и подросткам.

**Диспареуния** (*дис + греч. pareunos —* спящий с кем-либо на одной постели, сожитель). Нарушение полового влечения у женщин или отвращение к половому акту с аноргазмией. Иногда употребляется как син. фригидности.

**Диспинксия** (*дис + греч. pinax —* картина) [Kielak L., 1960]. Особенности ри­сунков при психических заболеваниях органического генеза, истерии и т.д. Оценива­ется как качественно измененный, патологический способ творчества. Истерическая Д. отличается от органической большой оригинальностью средств экспрессии и многообразием замыслов.

**Дисплазия** (*дис + греч. plasis —* формирование, образование). Неправильное развитие органов и тканей. Д. включает в себя врожденные уродства и случаи не­правильного роста и развития в постэмбриональном периоде. В некоторых случаях Д. обусловлены лишь проявлением действия внутриутробных диспластически дей­ствующих факторов в постэмбриональной жизни, в других — эти патогенетические моменты возникают только в послеутробной жизни, влияя на рост и развитие уже сформировавшегося организма. Д., проявляющиеся в неправильном строении орга­нов и систем, часты при олигофрении, эпилепсии. В ряде случаев они определяют телесную конституцию (диспластическая конституция).

Син.: дисгенезия.

**Диспраксия амнестическая** (*дис + греч. praxis —* деятельность, *а —* не, *mnesis —* память) [Domarus E., 1923]. Расстройство праксиса при сенильной демен­ции, протекающей без грубоочаговой симптоматики. Внешне напоминает идеатор- ную апраксию, но отличается тем, что больной не делает неправильных движений.

**Диспросодия** (*дис* + *греч. prosodia —* тонический акцент, система произноше­ния ударных и неударных долгих и кратких слогов речи). [Monrad-Krohn G.H., 1947]. Нарушение мелодии речи, ее ритмики и акцентов у афатиков при относительно сохранном запасе слов. В связи с изменившейся манерой произношения больной напоминает иностранца, говорящего на чужом языке. Чаще всего наблюдается при патологии лобных отделов головного мозга.

**Диссолюция** (*дис* + *лат. solutio —* разложение, ослабление). Понятие, вве­денное J.H. Jackson (см. *Джексона теория*) для обозначения идущего в последова­тельности, обратной развитию в онто- и филогенезе, распада психических функций. Это приводит к образованию негативных симптомов («минус-симптомов»), рассмат­ривающихся как признаки выпадения более высоко расположенных в иерархии моз­га его отделов.

**Диссомния** (*дис + греч. somnos —* сон). Нарушение сна, бессонница. См. *Бессонница.*

**Дистимия** (*дис + греч. thymos —* настроение, чувство). 1. Кратковременные, длящиеся несколько часов, иногда дней расстройства настроения (гневливость, не­довольство, анксиозно-депрессивное или тревожно-гневливое настроение). Наблю­дается при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга [Fleming К., 1814]. 2. Термин H.J. Eysenck для обозначения личностного синдрома, характеризу­ющегося высокими показателями нейротизма и интроверсии. См. *Айзенка личност­ный опросник.*

**Дистрофия адипозогенитальная** (*дис + греч. trophe —* питание) [Babinski J., 1900; Frolich A., 1901]. Нейроэндокринное заболевание. Характеризуется ожирением (особенно в области бедер, живота, лобка, ягодиц, плеч, молочных желез), гипогени- тализмом, малым ростом, склонностью к низкой температуре тела. Характерные не­врологические симптомы: головная боль, эпилептиформные судороги, явления ча­стичной гемианопсии. Иногда выделяется несахарный диабет. Рентгенологически — патология турецкого седла. Является эндокринно-церебральным заболеванием. Ча­сто наблюдается в связи с аденомой гипофиза, при краниофарингеоме.

Син.: гипофизарное ожирение, гипофизарный синдром, гипофизоталамиче­ский синдром, Бабинского—Фрёлиха болезнь.

**Дистрофия алиментарная.** Заболевание, возникающее в связи с длитель­ным голоданием (количественным и качественным). Нарушаются все виды обмен­ных процессов, прогрессирует гиповитаминоз. В острой стадии — психотические со­стояния по типу острых экзогенных реакций, астения, апатические проявления. Ча­сты тяжелые неврозоподобные состояния, астения может приобретать хроническое течение.

**Дистрофия гепатоцеребральная** [Westphal С., 1883; Strumpell А., 1898; Wilson S., 1912; Коновалов Н.В., 1948]. Тяжелое прогрессирующее семейно-наслед­ственное заболевание, характеризующееся сочетанием цирроза печени и вторичных деструктивных изменений в головном мозге, главным образом в подкорковых ядрах. В патогенезе важная роль принадлежит нарушениям обмена меди. В психике широ­кая шкала расстройств — от астенических до делириозных. При экстрапирамидно- корковой форме — грубая деменция, характерологические изменения, эпилепти­формные припадки. Расстройства речи — дизартрия, скандирование. Эмоциональ­ная неуравновешенность. Неврологически — пирамидные и экстрапирамидные расстройства, атетоидные и хореоформные гиперкинезы.

Син.: гепатолентикулярная дегенерация, псевдосклероз головного мозга, про­грессирующая лентикулярная дегенерация, Вестфаля—Штрюмпеля—Вильсона—Ко- новалова болезнь.

**Дистрофия церебральная** [Schulte W.]. Органический психосиндром в связи с длительным голоданием, главным образом белковым. Происходит атрофия голов­ного мозга с увеличением его полостей, особенно III желудочка. Признаки: хрониче­ские дисфории, бездеятельность, угасание влечений, нивелирование индивидуаль­ных личностных свойств. На ЭЭГ — неспецифические общие изменения.

**Дисфория** (*греч. dysphoria —* раздражение, досада). Расстройство настрое­ния. Преобладает мрачное, угрюмое, злобно-раздражительное настроение. Эмоцио­нальное состояние больного часто характеризуется предметной неопределенно­стью. Часты аффективные вспышки, легкость проявления агрессии. Д. наблюдается при многих психических заболеваниях, функциональных и органических, особенно типичны для эпилепсии, при которой они могут предшествовать припадку, завер­шать его или выступают в роли эквивалента.

**Дисхронизм** (*дис* + *греч. chronos —* время). Нарушение восприятия времени, способности сопоставлять последовательность событий. При этом часто страдают биологические ритмы организма, чередование сна и бодрствования, регулярность приема пищи в течение определенных периодов суток.

**Диэтиламид лизергиновой кислоты.** См. *ЛСД-25.*

**Донжуанизм.** Форма перверсий, при которой субъект испытывает непреодо­лимое влечение к женщинам, но первые же сексуальные контакты с ними вызывают у него не удовлетворение, а чувство отвращения, поэтому больной часто меняет партнерш, в которых его привлекает лишь принадлежность к женскому полу и совер­шенно не интересуют личностные особенности. Назван по имени дон Хуана Тенорио из Севильи — легендарного покорителя женских сердец, персонажа многих литера­турных произведений. Наблюдается и у женщин.

**Донкихотизм.** Термин, употребляемый для обозначения поведения больных, внешне напоминающего образ жизни героя одноименного романа М. Сервантеса *Дон Кихота* (борьба с несуществующими врагами, защита несуществующих «жертв» и т.п.). Наблюдается при психопатиях, параноических развитиях.

**Дорки—Амен методика исследования реакций тревоги** [Dorkey M., Amen E., 1947]. Проективный личностный тест для выявления особенностей эмоциональ­ного реагирования. В оригинальном варианте предназначен для детей 8-11 лет и за­ключается в том, что испытуемому предлагают 12 картинок, на которых изображены эмоционально-нейтральные ситуации, сюжетно незавершенные, по ним ребенок должен составить рассказ. По количеству «грустных» картинок, то есть картинок, на которых испытуемый выбирает для изображенного на них ребенка определение вы­ражения лица как грустное, устанавливают уровень тревожности и в целом и в отдельных конкретных ситуациях в соответствии с тремя областями взаимоотноше­ний (дом, школа, улица). Методика Л.А. Калининой [1980] модифицирована для ис­следования подростков, соответственно заменены картинки, число их увеличено до 30, уделено особое внимание многозначности стимульного материала.

**Доромания** (*греч. doron —* подарок, *mania —* страсть, безумие). Непреодоли­мое влечение делать подарки, даже без реальных материальных возможностей. На­блюдается при мании, органических заболеваниях головного мозга, протекающих с расторможенностью влечений и деменцией.

**Дорофобия** (*дорон + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь полу­чать или делать подарки.

**Драматогеничность.** Термин, предложенный J.L. Moreno [1947] для обозначе­ния людей, особенно подверженных вовлечению в драматические ситуации (по ана­логии с фотогеничностью).

**Дромололепсия** (*греч. dromos —* бег, *lepsis —* схватывание). Форма эпи­лепсии, протекающая с прокурсивными припадками.

**Дромомания** (*дромо + греч. mania —* страсть, безумие). Син.: вагабондаж.

**Дубини синдром** [Dubini А., 1846]. Миоклоническая форма описанного позже Экономо эпидемического энцефалита.

Син.: молниеносная хорея.

**Дубровского метод директивного группового внушения наяву** [Дубровский К.М., 1966]. Психотерапевтический метод, предложенный для одномоментного сня­тия заикания. Достигнутые результаты закрепляются в последующих 3-4 встречах с психотерапевтом, логопедом. Не может рассматриваться как самостоятельный ме­тод, так как направлен на ликвидацию одного лишь симптома спазматической речи и не учитывает сложных изменений структуры личности у страдающего заиканием. Ис­пользование сеанса императивного внушения рекомендуется на определенном эта­пе комплексного психотерапевтического лечения при заикании как одного из прие­мов суггестивного воздействия [Шкловский В.М., 1979].

**Дурашливость.** Немотивированное веселое, возбужденное настроение, напускные ребячливые выходки, несоответствие между внутренними переживания­ми больного и его внешним поведением. Наиболее частый симптом гебефрениче­ской шизофрении, входит в структуру синдрома мории.

**Дыхание биотовское** [Biot С.]. Периодическое, редкое Д. с паузами между дыхательными движениями до 0,5 мин. Наблюдается при органических поражениях головного мозга (нейроинфекции, острые и декомпенсированные хронические нару­шения мозгового кровообращения), интоксикациях, шоке. Устар. название — менин- гитическое Д.

**Дыхание Куссмауля** [Kussmaul А., 1874]. Наблюдается обычно при наруше­нии сознания и свидетельствует о тяжелом поражении головного мозга. Впервые описано при диабетической коме, отмечается также при уремии, эклампсии, при гру­бой экзогенно-органической патологии головного мозга (черепно-мозговая травма, опухоли, инсульт, нейроинфекции, интоксикации). Характерны урежение дыхатель­ных циклов, глубокий шумный вдох и усиленный выдох с участием экспираторных мышц. Инспираторная фаза часто удлинена. Увеличена продолжительность паузы между двумя дыхательными актами.

В патогенезе значительная роль принадлежит ацидозу, накоплению в организ­ме токсических веществ, гипоксии, что приводит к изменению функционирования ды­хательного центра.

**Дыхание саккадированное** (*фр. saccade —* неровный). Характерен прерыви­стый (ступенчатый) вдох, иногда такой же выдох. Наблюдается при поражениях ор­ганов дыхания, может быть при истерии.

**Дыхание стерторозное** (*лат. stertorosus* — храпящий, хрипящий). Шумное, клокочущее, «стонущее» Д. Наблюдается при скоплении слизи в трахее и крупных бронхах, при параличе мягкого нёба.

**Дыхание Чейна—Стокса** [Cheine J., Stokes W.] Характеризуется постепен­ным нарастанием частоты и глубины, а затем их спадом до полной остановки Д. На­блюдается при повышении внутричерепного давления, сердечной недостаточности, геморрагическом инсульте, некоторых интоксикациях.

**Дюбуа рациональная психотерапия** [Dubois P., 1905]. основана на воздей­ствии на больного логическим убеждением в бодрствующем состоянии. Проводится в форме диалога между больным и врачом, в течение которого последний выявляет и демонстрирует больному ошибки в его рассуждениях, приводит основанные на специальных знаниях аргументы с целью изменить взгляды больного на вопросы, связанные с его заболеванием.

**Дюпре симптом** [Dupre E., 1895]. Менингизм при различных лихорадочных со­стояниях, преходящие тошнота, рвота, ригидность шеи, головная боль, часто — по­вышенное давление спинно-мозговой жидкости.

Син.: псевдоменингит.

**Дюпюитрена делирий.** Психические расстройства, наблюдающиеся после ранений или хирургических операций. Назван по имени известного парижского хи­рурга G. Dupuytren [1777-1835].

**Дюсса—Деспера тест историй** [Duss L., 1940; Despert L.J., 1946]. Одна из проективных психологических методик для исследования личности. Применяется в детской медицинской психологии. Испытуемому читают 10 коротких историй, сюже­ты которых отражают актуальные для ребенка проблемы. Назначение историй — выявить специфическую для испытуемого зону эмоционального конфликта: напри­мер, страх перед возможностью разлуки с родителями. Интерпретация психоанали­тическая.

\_Е\_

**Евгеника** (*греч. eugenes —* породистый). Система взглядов о возможности улучшения наследственных качеств человека путем отбора и контроля над переда­чей наследственных факторов. Долгое время Е. была ареной деятельности мрако­бесов и реакционеров, прикрывавших псевдонаучными формулировками проведе­ние геноцида (массовые уничтожения представителей других рас и больных в на­цистской Германии). Возможно, однако, и гуманное, прогрессивное применение идей Е. В частности, неоспорима позитивная роль медицинской генетики и генетических консультаций.

**Евнухоидизм** (*греч. eunuchos —* скопец, евнух, *eidos —* вид, подобие). Болез­ненное состояние, обусловленное недоразвитием, врожденным или приобретенным, половых желез и вторичных половых признаков. Проявляется диспропорцией костного аппарата (короткое туловище при длинных конечностях), гипо- или аплази­ей половых признаков и нередко элективным ожирением, преимущественно в обла­сти грудей, живота, бедер. Пубертатный Е. характеризуется появлением в пубертат­ном периоде преходящих явлений элективного ожирения или диспропорционального гигантизма; поздний Е. характеризуется регрессивным развитием полового аппарата и ожирением.

В психике — эпилептоидные черты характера, упрямство, замкнутость, за­стенчивость, иногда умственное недоразвитие, часто — эпилептиформные припад­ки.

**Единица действия** (ЕД). Доза биологически активного вещества или лекар­ственного средства, способная дать объективно регистрируемый физиологический или терапевтический эффект. Принимается в качестве единицы измерения при до­зировании такого рода препаратов, как, например, инсулин.

**Еллинека симптом** [Jellinek E.M., 1960]. Симптом начального алкоголизма, характеризующийся утратой способности контролировать количество употребляе­мых спиртных напитков уже после приема первой порции алкоголя. Проявление уси­ления влечения к спиртному.

**Естественный эксперимент** [Лазурский А.Ф., 1918]. Метод психологического исследования, занимающий промежуточное положение между объективным наблю­дением и лабораторным экспериментом. Характеризуется естественностью условий наблюдения с точностью и научностью эксперимента. Автор по методу Е.э. прово­дил педагогический анализ занятий школьника в психологических критериях и тер­минах, с позиций психологического эксперимента изучались все виды занятий: игры, гимнастические упражнения и др.

\_Ж\_

**Жане концепция психологического автоматизма** [Janet P., 1899]. Рассмот­рение автоматизма в психической деятельности как феномена, выступающего в из­вестных соотношениях с сознанием и служащего проявлением подсознательной де­ятельности. В сознании P. Janet различал два «этажа»: I — высшую структуру, функ­ционирование которой обусловлено волевыми, сознательными моментами и являет­ся индетерминированным извне; II — низшую структуру — подсознательную, авто­матическую. Взаимосвязь между этими этажами сознания рассматривалась чисто внешне. В случаях психической патологии автоматизм, по P. Janet, захватывает либо часть личности (парциальный автоматизм, примером которого являются навяз­чивые и фиксированные идеи), либо личность в целом (тотальный автоматизм, например каталепсия). Концепция эклектична, в ней чисто механически соединены этажи сознания структуры личности при явной тенденции исключить из высших со­знательных волевых процессов принцип детерминизма [Меграбян А.А., 1959].

Хотя P. Janet, выдвинув положение об «отщеплении» от сознания комплекса переживаний (например, навязчивых), предвосхитил некоторые положения S. Freud, к психоанализу, в целом, он относился отрицательно.

**Жане тест анестезии** [P. Janet]. Прием для дифференциации функциональ­ных и органических нарушений кожной чувствительности. Больной должен сооб­щать, чувствует ли он прикосновение к коже, словом «да» или «нет». Больные с функциональными расстройствами постоянно говорят «нет», при органической пато­логии нервной системы — «да».

**Жаргонафазия** (*фр. jargon —* жаргон, *греч. aphasia —* утрата речи, немота). Один из симптомов выраженной, кортикальной, сенсорной афазии, характеризую­щийся логорреей и множественными вербальными и литеральными парафазиями. В связи с парафатическими искажениями речь больного становится непонятной. Сле­дует отличать от шизофазии (см.).

**Желино болезнь.** См. *Нарколепсия.*

**Жиля де ла Туретта синдром** [Gilles de la Tourette G.E.A.B., 1885]. Симптомо- комплекс, характеризующийся полиморфными гиперкинезами, миоклоноподобными движениями с постепенным присоединением вокализации, эхолалии и копролалии. Типичны тики, особенно мышц лица и верхней части туловища (вращение глазных яблок, сморщивание носа, круговые движения головой, щелкание, покашливание, выплевывание, подергивание плечами и т.д.). Копролалия и эхолалия носят харак­тер насильственных импульсивных симптомов. Формирование развернутого синдро­ма длится несколько лет. Выделение в качестве нозологической формы необосно­ванно. Вопрос об органической или функциональной природе Ж.Т.с. остается дис­куссионным. Большинство современных исследователей видят причину в органиче­ской патологии головного мозга, особенно в области полосатых тел. Имеются дан­ные о возникновении Ж.Т.с. вследствие лечения препаратом L-ДОФА, нейролепти­ками (см. *Симптом психотической брани*)*.* В патогенезе Ж.Т.с. большое внимание придается нарушениям обмена веществ (согласно одной теории — пуринового, со­гласно другой — катехоламинового). Роль нарушений обмена и особенности клини­ческой картины сближают Ж.Т.с. с Леша—Нейхена синдромом. Обнаружение нару­шений обмена катехоламинов используется в ранней диагностике Ж.Т.с. [Мельничук П.В., Хохлов А.П., Хайлова И.М., 1980].

Имеются указания относительно роли наследственных факторов в возникно­вении Ж.Т.с., в большинстве случаев предполагается аутосомно-рецессивный меха­низм наследования [Шанько Г.Г., 1979].

**Жиля синдром** [Gilles А., 1934]. Психопатологические проявления, наблюдаю­щиеся у некоторых больных легочным туберкулезом и характеризующиеся непра­вильным поведением по отношению к своему заболеванию. Проявляется, в первую очередь, игнорированием своей болезни и пренебрежением связанными с ней мера­ми ограничительного и лечебного характера, вплоть до полного отказа соблюдать их. Проявления Ж.с. протекают на фоне гипоманиакального возбуждения, с весе­лым, но неустойчивым настроением, часто беспричинным смехом, противоречивыми поступками [Porot M., 1975].

**Жоффруа симптом** [Joffroy А.]. Ранний признак деменции при прогрессивном параличе. Больные допускают грубые ошибки в простых задачах на сложение и вы­читание. Аналогичен нарушениям счета, обнаруживаемым при отсчитывании по Кре­пелину.

\_З\_

**Заболеваемость.** Распространенность болезней среди населения и его отдельных групп.

**Заболеваемость общая.** Показатель заболеваемости. Статистический пока­затель, вычисляемый из количества общего числа первично обнаруженных, зареги­стрированных за определенный период времени больных, приходящихся на 1000, 10 000 или 100 000 человек населения (изучаемого контингента).

**Заболевания демиелинизирующие.** Группа болезней различной, недоста­точно ещё изученной этиологии, объединяемых по сходству морфологической карти­ны (поражение преимущественно белого вещества полушарий головного мозга, рас­пад миелина с последующим разрастанием глин). Осевые цилиндры страдают мень­ше, гибель их происходит на поздних стадиях. К З.д. относятся рассеянный склероз, Бело болезнь, Шильдера болезнь, ван Богарта лейкоэнцефалит.

Син.: прогрессирующие лейкоэнцефалиты.

**Завилянского симптом алкоголизма** [Завилянский И.Я., 1956]. Заключается в том, что в ответ на вопрос, какие спиртные напитки приходилось употреблять больному, у него оживляется мимика, лицо озаряется улыбкой и часто, еще до сло­весного ответа, он облизывается, Своеобразный следовой мимико-вкусовой ре­флекс. Встречается при алкоголизме в 50-60% случаев наряду с тенденцией к опо­хмелению и употреблению суррогатов алкогольных напитков.

**Завилянской методики контрастной психотерапии** [Завилянская Л.И., 1968]. Основаны на учете патогенной роли патологически измененных ассоциаций в формировании психопатологических структур. Характер вызываемых ассоциаций ви­доизменяется в зависимости от клинической картины, динамики заболевания и лич­ностных особенностей больного. Методика положительных ассоциаций использует­ся при лечении неврастении, циклотимической депрессии, церебрастенических симптомокомплексов. При алкоголизме используется методика отрицательных ассо­циаций, способствующая корригированию характерологических особенностей боль­ного и вызыванию негативной эмоциональной реакции на дальнейшее проявление болезненного состояния.

**Задержка мочи истерическая.** Обусловлена спазмом сфинктеров, в некото­рых случаях — утратой позывов на мочеиспускание, возможно, в связи с анестезией слизистой оболочки мочевыводящих путей. Длится до нескольких суток, устраняется внушением в гипнозе или косвенным в бодрственном состоянии.

**Задержки психические** (*нем. Sperrungen*) [Kraepelin E.]. В современном пони­мании, по E. Bleuler, остановки, обрывы мыслей у больных шизофренией. Нередко больные интерпретируют их бредовым образом.

Первоначально З.п. были отмечены E. Kraepelin при кататонической шизофре­нии, термин применялся главным образом для обозначения расстройства моторики. K. Jaspers [1913] определял З.п. как перерыв в способности фиксировать впечатле­ния и реагировать на них. Больные внезапно перестают реагировать на окружаю­щее, не отвечают на обращенную к ним речь, застывают в неподвижной позе, хотя сознание при этом не нарушается. З.п. длится несколько секунд или минут, но через некоторое время появляется снова. От кататонического ступора З.п. отличается сво­ей кратковременностью, эпизодичностью, вне их темп течения ассоциативных про­цессов может быть не замедлен. E. Bleuler применял этот термин для квалификации главным образом расстройств мышления.

**Заззо тест животных** [Zazzo R., 1960]. Проективная личностная методика для исследования детей в возрасте от 5 до 12 лет. Состоит из набора вопросов, уста­навливающих, каким животным ребенок хотел бы стать, если бы он мог в него превратиться, и почему. Используется для выявления личностных тенденций и ценностей ребенка, его эмоциональной реактивности и позиции.

**Заикание.** Нарушение речи, основой которого является преходящее выключе­ние голосообразования [Куршев В.А., 1973]. В связи с этим феноменом возникают судорогоподобные симптомы, непроизвольные запинки, повторение отдельных звуков и слогов. Нередки фобические явления, способствующие фиксированности механизмов 3. по механизмам невроза ожидания. По В.А. Куршеву, основным факто­ром в патогенезе 3. является психическая травма, другие вредные факторы действу­ют опосредованно, через нее.

Различают 3. невротическое (логоневроз) и неврозоподобное, возникающее в связи с резидуальной органической патологией головного мозга.

**Закон Клерамбо** [Clerambault G., 1927]. Устанавливает зависимость тяжести исхода психического заболевания от возраста к началу его и массивности пораже­ния головного мозга: чем раньше возникло поражение головного мозга и чем оно массивнее, тем тяжелее последствия. Подтверждается исследованиями М.Я. Цу- цульковской [1967], В.М. Лупандина [1967], М.С. Вроно [1971]. См. *Вроно концепция возрастного патоморфоза.*

**Закон Питра** [Pitres A., 1897]. При афазиях у полиглотов может сохраниться возможность говорить на одном из языков, известных им до болезни. Чаще всего это язык детства или язык, наиболее связанный с ситуацией. Эта же закономерность на­блюдается при восстановлении речи после афазии у полиглотов: прежде всего появ­ляется способность говорить на одном из указанных языков.

Син.: правило Питра.

**Закон Рибо** [Ribot Th., 1881]. Закон регрессии (возвращения) памяти при про­грессирующей амнезии. Вначале ослабляется память на недавние события, затем ухудшается репродукция и старого багажа памяти, и постепенно амнезия охватыва­ет весь умственный запас, не распространяясь лишь на чувства и аффекты. После поражения аффективной памяти некоторое время сохранными остаются лишь авто­матизированные двигательные акты.

Не является универсальным.

**Закса—Витебского реакция** [Sachs H., Witebsky E., 1928]. Ускоренная реак­ция преципитации для серодиагностики сифилиса.

Син.: цитохолевая реакция.

**Закса—Георги реакция** [Sachs H., Georgy W.]. Реакция, использовавшаяся для серодиагностики сифилиса. Цитохолевый антиген, прибавляемый к сыворотке крови, не был концентрированным и реакция протекала медленно, что послужило основанием для замены ее реакцией Закса—Витебского.

**Замкнутость.** Особенность личности, наблюдаемая как в норме (у акцентуи­рованных личностей), так и у психопатических личностей (шизоидная психопатия) и при некоторых психозах (в структуре аутизма).

**Зангвилла синдром.** См. *Апрактоагнозия.*

**Запоминание.** Один из механизмов памяти, запечатление в ней образов предметов, явлений, мыслей. Различают 3. произвольное, служащее результатом активного намерения, целенаправленной мнестической деятельности, и непроиз­вольное, осуществляемое без специального намерения, часто неосознанно. Состоя­ние 3. служит одним из объективных показателей, характеризующих сохранность па­мяти в психологическом эксперименте (например, в пробе на 3. десяти слов).

**Застойный сосок зрительного нерва** (*лат. papilla oedematosa n. optici*)*.* Оф­тальмологический симптом, основной причиной которого является повышение вну­тричерепного давления. Наблюдается чаще всего при опухолях головного мозга, но также и при наличии в мозгу гумм, солитарных туберкулом, при опухолях мозговых оболочек и костей черепа, некоторых формах менингитов, псевдоступорозных состо­яниях различной этиологии и др. Характеризуется отеком соска с выпячиванием его над уровнем сетчатки. Границы соска расплывчаты, цвет серовато-красный, цен­тральные вены расширены, артерии сужены, извиты. В возникновении симптома иг­рает роль не столько характер опухоли и ее величина, сколько локализация и темп ее роста. Особенно рано З.с. проявляется при быстро растущих опухолях мозжечка, в области четверохолмия, IV желудочка.

**Заторможенность психическая.** Особенность протекания психических про­цессов. Различают З.п. двигательную (моторную) и в мышлении (идеаторную). На­блюдается при различных психических заболеваниях (при депрессивной фазе МДП, в структуре брадипсихизма у больных эпилепсией, при некоторых видах паркинсони- ческого синдрома и других).

**Зейгарник методика соотношения пословиц, метафор и фраз** [Зейгарник Б.В., 1934]. Патопсихологическая методика для исследования особенностей мышле­ния. Выявляет такие расстройства мышления, как соскальзывания, разноплано­вость, нарушения целенаправленности, непродуктивность. Состоит из набора посло­виц и метафор, к каждой из которых обследуемый должен подобрать соответствую­щую ей по переносному смыслу фразу из другого набора. Последний содержит так­же фразы, лишь внешне сходные с пословицами и метафорами. Важна для диагно­стики шизофренических расстройств мышления.

**Зейгарник феномен** [Зейгарник Б.В., 1927]. Лучшее воспроизведение в памя­ти незавершенных действий по сравнению с завершенными. Свидетельствует о роли личностно-мотивационного компонента в структуре мнестической деятельно­сти. Эффект лучшего воспроизведения незавершенных действий не обнаруживается у больных шизофренией с выраженными эмоционально-волевыми изменениями.

**Зона биологического действия.** Один из показателей (количественных), сви­детельствующий о возможности хронической интоксикации. Устанавливается диапа­зоном между дозами, определяющими начало, порог хронического токсического дей­ствия и средней летальной дозой. Знание З.б.д. важно при лечении нейролептика­ми, учет ее позволяет избежать возникновения хронического нейролептического синдрома.

**Зоопатия внутренняя** (*греч. zoon —* живое существо, *pathos* — страдание, болезнь) [Dupre E., Levy, 1903]. Один из вариантов бреда одержимости, ипохондри­ческого бреда. Больные говорят о наличии у них в теле какого-либо животного, ис­пытывают ощущения, соответствующие движениям заключенного в них живого су­щества. По мнению Е.Н. Каменевой [1957], правильнее говорить о бреде «внутрен­него существа», так как иногда речь идет не о животном, а о каком-либо другом су­ществе, заключенном в теле больного (например, о нечистой силе, двойнике, о ре­бенке при бреде ложной беременности).

Ср.: архаический бред.

**Зоопсии** (*зоо + греч. opsis —* зрение). Зрительные галлюцинации, содержани­ем которых являются животные, чаще всего наблюдаются при делириозных состоя­ниях.

Син.: галлюцинации зоологические.

**Зоосадизм** (*зоо* + *садизм*)*.* Вид перверсии, садизма, при котором чувство по­лового удовлетворения достигается путем издевательства над какими-либо живот­ными.

**Зоофилия эротическая** (зоо + *греч. philia —* влечение, любовь) [Krafft-Ebing R., 1886]. Вид перверсии, при которой больные испытывают наслаждение при рассматривании животных или общении с ними, например при верховой езде, дрес­сировке. При этом отсутствует стремление к совокуплению с животными. Рассматри­валась автором как проявление фетишизма.

Син.: бестиализм, скотоложество, содомия, зооэрастия.

**Зоофобия** (*зоо* + *греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь животных, чаще определенного вида (кошек, куриц и других).

**Зурабашвили словесно-семантический эксперимент** [Зурабашвили А.Д., 1955]. Модификация ассоциативного эксперимента, учитывающая онтогенетическое развитие речевой сигнализации. Включает следующие варианты ассоциативного эксперимента, отражающие различные эволюционно-динамические ступени второй сигнальной системы: 1) непосредственное раздражение предметами — словесный ответ; 2) словесное раздражение (существительные) — словесный ответ; 3) словес­ное раздражение (глаголы) — словесный ответ; 4) словесное раздражение (отгла­гольные существительные) — словесный ответ; 5) словесное раздражение (прилага­тельные) — словесный ответ; 6) словесное раздражение (название предметов или действий) — ответ письменной речью; 7) раздражение письменной речью (название предметов или действий) — словесный ответ; 8) раздражение письменной речью (названия предметов или действий) — ответ письменной речью.

\_И, Й\_

**Иванова метод активирующей психотерапии** [Иванов Н.В., 1963]. Заключа­ется в обучении больного проведению мотивированного самовнушения в целях про­тиводействия определенным симптомам болезни.

**Иванова методика коллективной психотерапии** [Иванов Н.В., 1958]. Психо­терапевтическая методика для лечения больных неврозами. Предполагает три эта­па: на первом происходит индивидуальное обследование больного, условий его жиз­ни, отношения к болезни. Цель — преодоление неправильного отношения к болезни. Второй этап характеризуется выявлением с каждым больным неблагоприятных влияний и травмирующих моментов, играющих роль в патогенезе невроза. Происхо­дит эмоциональная перестройка больного, укрепляются новые динамические стереотипы. На заключительном этапе пропагандируется активное участие в обще­ственной и производственной работе. Больные обучаются приемам противодей­ствия некоторым невротическим симптомам. Коллективная психотерапия сочетается с индивидуальной работой с каждым больным группы.

**Иванова структурно-ассоциативный эксперимент** [Иванов В., 1965]. Вари­ант ассоциативного эксперимента, цель которого — исследование грамматического и логического «структурирования» речи (мыслительной деятельности). В качестве словесного раздражителя используются незаконченные предложения, отличающие­ся синтаксической структурой и отсутствием определенных частей речи. Позволяет обнаружить латентные проявления разорванности мышления, резонерства и начи­нающегося распада речи в тех случаях, когда клинически они еще мало заметны.

**Иванова-Смоленского симптом** [Иванов-Смоленский А.Г., 1934]. Находя­щийся в кататоническом ступоре больной может на устно задаваемые ему вопросы отвечать письменно.

**Ивановой методика обучающего эксперимента** [Иванова А.Я., 1965, 1969, 1976]. Экспериментально-психологическая методика для оценки умственного разви­тия детей. В основе — идея Л.С. Выготского о необходимости при изучении интел­лектуального уровня детей учитывать зону ближайшего развития. Определяются степень и виды нарушения обучаемости. Помощь исследующего при этом дозирует­ся количеством уроков-подсказок. Используются приемы классификации геометри­ческих фигур, кубики Кооса. Методика позволяет дифференцировать различные формы аномалий умственного развития детей.

**Иглоукалывание.** Один из методов рефлексотерапии, основанный на воздей­ствии на физиологически активные точки поверхности тела, соответствующие проек­ции различных внутренних органов и систем организма.

Син.: акупунктура, иглотерапия, чжень-цзю-терапия.

**Игровая психотерапия.** Метод психотерапии, использующий естественную потребность ребенка в игре, являющуюся важной составной частью гармонического его развития (навыков, воображения, самостоятельности). Применяется как само­стоятельная методика и в комплексе с другими психотерапевтическими мероприяти­ями. Игровые методы включаются и в структуру патопсихолотического эксперимен­та, максимально приближая его к естественному [по А.Ф. Лазурскому, 1918].

**Идеи аутохтоные** (*греч. idea —* понятие, представление). См. *Аутохтонный.*

**Идеи бредовые.** Болезненные идеи, искаженно отражающие реальную дей­ствительность, полностью овладевающие сознанием больного и не поддающиеся коррекции. См. *Бред.*

**Идеи бредоподобные.** См. *Фантазии бредоподобные.*

**Идеи доминирующие. См.** *Идеи сверхценные.*

**Идеи кататимные.** Идеи, вытекающие из аффективно окрашенного комплек­са представлений, не определяющиеся логическим мышлением.

**Идеи навязчивые.** Один из видов навязчивых состояний. Характеризуются непроизвольным, и даже вопреки воле, возникновением, отсутствием видимой связи с содержанием мышления. Они воспринимаются больным как чуждые, но не могут быть устранены волевым усилием. Оставаясь чуждыми мышлению в целом, И.н. приводят к нарушениям логического хода мышления. Болезненный характер И.н. осознается больным, к ним существует критическое отношение.

К И.н. относятся навязчивые сомнения, навязчивое мудрствование, контраст­ные навязчивые мысли.

**Идеи сверхценные** [Wernicke С., 1892]. Суждения или группы суждений, отли­чающиеся аффективной насыщенностью и носящие стойкий, фиксированный харак­тер. Могут наблюдаться и у психически здоровых (преданность человека какой-либо научной идее, ради торжества которой он готов пренебречь всем остальным) — до­минирующие идеи [Аменицкий Д.А., 1942; Гуревич М.О., 1949]. Принадлежность по­следних к И.с. оспаривается. И.с. являются патологическими, служат выражением дисгармонической психики и связаны с паралогическим мышлением. Однако доми­нирующая идея может претерпеть развитие и превратиться в истинную И.с. Послед­няя не осознается больным в качестве ложной, по мере развития она все менее под­дается коррекции. И.с. занимают как бы промежуточное положение между навязчи­выми и бредовыми.

**Идентификация** (*лат. identifico —* отождествлять). Один из механизмов пси­хологической защиты. Играет важную роль в процессе нормального развития ребен­ка, который усваивает особенности личности значимых для него в эмоциональном отношении людей. Вначале происходит усвоение наследуемых черт характера, за­тем — личностных черт ненаследуемых (интернализация). В первую очередь усваи­ваются личностные особенности родителей, позже — ровесников, воспитателей. И. позволяет человеку испытывать удовольствие от успехов членов группы, с которыми объект отождествляет себя (феномен футбольных болельщиков). По E. Fromm, ме­ханизм И. лежит в основе конформизма, якобы позволяющего человеку избегать чувства одиночества.

**Идеомоторный акт** (*греч. idea —* понятие, представление, *motor —* приводя­щий в движение). Непроизвольное изменение тонуса мышц, участвующих в каком- либо движении при мысленном представлении об этом движении. На данном прин­ципе основаны демонстрирующиеся на эстраде опыты «чтения мыслей», требую­щие от артиста большой сенсорной чуткости для улавливания заторможенного дви­гательного акта.

**Идеорея** (*идео* + *греч. rhoia —* истечение). См. *Ментизм.*

**Идеофрения** (*идео + греч. phren —* ум, разум) [Кандинский В.Х., 1890]. Выде­ленная автором нозологическая единица. Подразделялась на простую, кататониче­скую, периодическую, острую, хронически галлюцинаторную, вяло протекающую формы. Выделялось состояние слабоумия после идеофрении. Описанием идеофре- нии В.Х. Кандинский предвосхитил последующие работы E. Kraepelin и E. Bleuler. Особенно полно были им охарактеризованы бредовой и галлюцинаторный варианты заболевания.

**Идиоглоссия** (*греч. idios —* собственный, свой, *glossa* — язык) [Perry R.G.]. 1. Неспособность к изданию горловых и нёбных звуков при отсутствии органических и функциональных повреждений речевого аппарата. 2. Нарушение речи, при котором некоторые обычные слова заменяются особыми, лишенными смысла, звуками (на­блюдается у детей и при олигофрении).

**Идиолатрия** (*идио + греч. latreia —* служение, поклонение). Самообожание, самопоклонение.

**Идиопатический** (*идио + греч. pathos —* болезнь, страдание). Определение, употребляемое для обозначения явлений, которые возникают как бы сами по себе, без видимой причины, характеризуются неясным происхождением.

**Идиосомнамбулизм** (*идио + лат. somnus —* сон, *ambulare —* прогуливаться, ходить). Сомнамбулизм спонтанный, возникающий вне гипнотизирования. Наблюда­ется при эпилепсии, неврозах.

**Идиотия** (*греч. idioteia —* невежество). Наиболее тяжелая форма умственного недоразвития, олигофрении. Практически совершенно отсутствуют речь, психиче­ские реакции, не вырабатываются элементарные навыки. Больные издают отдель­ные звуки, ходьба развивается очень поздно и носит грубодефектный характер. Дви­жения неуклюжи, некоординированы. Частые двигательные стереотипии. Больные не в состоянии обслуживать себя, нуждаются в присмотре и уходе.

**Идиотия амавротическая.** Семейные, генетически обусловленные болезни (аутосомно-рецессивный тип наследования), связанные с нарушением обмена ган­глиозидов. Для всех форм характерны: падение зрения вплоть до полной слепоты, амавроза, параличи конечностей, прогрессирующее слабоумие, маразм в исходной стадии. Гистопатологическая картина при всех формах И.а. сходна — генерализо­ванный распад ганглиозных клеток, увеличение размера нейронов, их набухание, баллонообразное вздутие нервных клеток и их отростков. Дегенерация глии. Смор­щивание ядер клеток.

***И.а. врожденная, форма Нормана—Вуда*** [Norman R.N., Wood N., 1941] — проявляется вскоре после рождения прогрессирующей гидроцефалией, мышечной гипотонией, параличами конечностей, судорогами, остановкой нервно-психического развития. Летальный исход в первые месяцы жизни.

***И.а. детская ранняя*** [Тау W., Sachs В., 1881]. Раннее снижение зрения вследствие атрофии зрительных нервов, приводящее к полной слепоте. Исчезают ориентировочные и защитные реакции. Повышается реакция на слуховые раздраже­ния. Нарастает обездвиженность. Развивается слабоумие степени идиотии. Смерть при явлениях кахексии и децеребрационной ригидности. Начало заболевания обна­руживается во второй половине первого года жизни. Длительность течения — до 2 лет.

Син.: болезнь Тея—Закса.

***И.а. детская ранняя, форма Сандхоффа*** [Sandhoff К., 1968] — отличается более злокачественным течением. Начальные проявления — в первом полугодии жизни. Характерны кукольное лицо, микроцефалия. На глазном дне — окруженное серовато-белым ободком вишнево-красное пятно в центре макулы (симптом «виш­невой косточки»).

***И.а., форма Зейтельбергера*** [Seitelberger F., 1952] — обнаруживается в воз­расте между 1 и 3 годами жизни и, неуклонно прогрессируя, приводит к смерти в де­сятилетнем возрасте.

***И.а. детская поздняя*** [Bielschowsky M., 1914; Jansky J., 1910] — первые про­явления в 3-4 года. Нарастает деменция. Характерны судорожные припадки, атак­сия, экстрапирамидные расстройства, атрофия зрительных нервов. Психическая де­градация происходит медленнее, чем при болезни Тея—Закса, в течении заболева­ния возможны временные остановки. Летальный исход в конце первого десятилетия жизни.

***И.а. юношеская, форма Баттена—Шпильмейера—Фогта*** [Batten F.E., 1903; Spielmeyer W., 1908; Vogt H., 1905] - первые проявления в 6-10 лет. Медленно прогрессирующее течение. Пигментный ретинит. Постепенное нарушение зрения и нарастание деменции. Нередко — эпилептиформный синдром. Нарастают вялость, апатия, оскудевает речь. Снижается память и интеллект. В исходном состоянии — выраженная органическая деменция. Длительность жизни 20-30 лет. Тип наследова­ния — аутосомно-рецессивный.

Син.: болезнь Шпильмейера—Штока [Stock], болезнь Штока— Шпильмайера— Фогта, болезнь Баттена—Мейо [Mayon], болезнь Оттмене [Oatman].

***И.а. поздняя*** [Kufs H., 1925] — проявляется в зрелом возрасте. Течение вя­лое. Пигментный ретинит с атрофией зрительных нервов, органический психосин­дром, прогрессирующая деменция. Исход — параличи, эпилептиформные припадки, эйфория, апатия, утрата навыков самообслуживания. Иногда — бред и кататониче­ская симптоматика.

***И.а. предстарческая*** [van Bogaert L., Borremans P., 1937] — поздняя (пред- старческая) форма амавротической идиотии, по симптоматике напоминает Куфса болезнь. Начало в возрасте 35-41 года, иногда несколько раньше. Неуклонно про­гредиентное течение и смерть в возрасте 37-62 лет.

Син.: предстарческая форма семейного идиотизма со слепотой.

**Идиотия гидроцефальная.** Идиотия при врожденной водянке головного моз­га, протекающей с атрофией мозгового вещества.

**Идиотия микседематозная.** Идиотия, обусловленная врожденной дисфунк­цией щитовидной железы (микседемой).

**Идиотия тимическая.** Идиотия, обусловленная врожденной дисфункцией ви­лочковой железы.

**Иерофобия** (*греч. hieros —* священный, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь встречи с предметами религиозного культа.

**Извращение вкуса.** См. *Дисгевзия.*

**Извращение инстинктов** (*лат. perversio instinctum*)*.* Патологическое, проти­воречащее норме нарушение инстинктивных потребностей человека (инстинкта самосохранения, полового, пищевого и других), сопровождающееся противоесте­ственными формами их удовлетворения.

**Извращение сна.** Нарушение нормального ритма сна и бодрствования, бессонница в ночное время и дневной сон (сонливость).

Син.: инверсия сна.

**Изолофобия** (*фр. isolement —* одиночество, *греч. phobos —* страх). Навязчи­вый страх, боязнь одиночества в жизни.

**Икономания** (*греч. eikos —* образ, *mania —* страсть, безумие). Болезненное влечение к собирательству, объектом которого являются иконы, гравюры и др.

**Икота.** Непроизвольный, обычно стереотипно повторяющийся сильный и ко­роткий вдох при закрытой или резко суженной голосовой щели, обусловленный вне­запными судорожными сокращениями диафрагмы, частота которых иногда достига­ет 80 в 1 мин. Наблюдается при интоксикациях, органических поражениях головного мозга (эпидемическая И. при энцефалите), истерии. В средние века наблюдались истерические эпидемии, при которых основным симптомом была И.

**Иксофрения** (*лат. ictus —* удар, припадок, *греч. phren —* ум, рассудок) [Stromgren E., 1936]. Эпилептоидная конституция. В более легких случаях обознача­лась как иксотимия, иксоидия. Понятие, аналогичное вязкому темпераменту, икта- финной конституции, глишроидии.

**Иктальный** (*лат. ictus —* удар, припадок, приступ). Вызванный или обуслов­ленный припадком, связанный с припадком.

Син.: припадочный.

**Иктафинность** (*греч. ictus —* удар, припадок, *лат. affinitas —* средство). Склонность к возникновению судорог, судорожная готовность. Особенно выражена в детском возрасте, когда судорожные проявления возникают при воздействии экзо­генных вредностей — перегрева, инсоляции, повышенной температуры тела. При отсутствии клинических проявлений судорожных пароксизмов И. обнаруживается при ЭЭГ исследовании, особенно в гипервентиляционной пробе.

**Иллюзии** (*греч. illusio —* ошибка, заблуждение). Искаженное восприятие ре­ально существующих предметов и явлений. У здоровых людей бывают И. физиоло­гические и физические, патогенетически не связанные с нарушениями мышления или сознания. Пример физической иллюзии: ложка, частично погруженная в стакан с водой, воспринимается как надломленная; физиологическая иллюзия: из двух рав­ных линий, снабженных на концах острыми углами, направленными внутрь или кна­ружи, первая кажется более короткой.

***И. аффективные*** — возникают под влиянием аффекта — страха, тревоги, при депрессии.

***И. вербальные*** — содержат отдельные слова или фразы.

***И. органические*** — см. *Дисморфопсии, Метаморфопсии.*

***И. Пика*** — входят в Пика синдром (см.).

***И. сознаваемости*** [K. Jaspers, 1923] — ощущение больного, свидетельствую­щее о том, что рядом якобы кто-то находится. По мнению автора, эти И. являются признаком формирования галлюцинаций и бреда.

Син.: И. воплощенной сознаваемости.

***И. установки*** [Узнадзе Д.Н., 1930] — форма физиологических иллюзий. Один из видов иллюзий восприятия массы, объема, величины. Возникает при многократ­ном сравнении пар предметов, при этом в предварительной серии опытов создают­ся предпосылки для возникновения иллюзии, выявляемой в основной (контрольной) серии опытов. Например, если несколько раз поднять одновременно обеими руками пару различных по массе предметов, а затем другую пару — одинаковой массы, то предмет, оказавшийся в руке, в которой до того был более легкий, покажется более тяжелым, чем в другой руке (контрастная иллюзия). Механизмы И.у. объясняются с позиций теории установки Д.Н. Узнадзе образованием у человека внутренних неосо­знаваемых состояний (установок), которые подготавливают его к восприятию даль­нейших событий и являются фактором, направляющим сознательную деятельность. И.у. используются как один из методических приемов для исследования установки.

***И. функциональные*** — см. *Парейдолии.*

***И. эпилептические*** — нарушения восприятия, представляющие собой суще­ственные, иногда и единственные клинические проявления некоторых фокальных эпилептических припадков, возникающих при локализации эпилептогенного очага в коре височной доли, смежной с сенсорной областью. Различают И.э. перцептивные, когда наблюдаемый объект воспринимается искаженно и не узнается, и аппер­цептивные, при которых объект узнается, но извращенно сопоставляется с предыду­щим опытом (феномены «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого» или, наоборот, «никогда не виденного», «никогда не слышанного», «никогда не пере­житого»). К этой группе относятся И.э. бессвязности, нереальности, наблюдающиеся при эпилептических сноподобных состояниях.

**Имаготерапия** (*лат. imago —* образ, подобие). См. *Вольперта имаго- терапия.*

**Имбецильность** (*лат. imbecillus —* слабый, немощный). Степень олигофре­нии, промежуточная между дебильностью и идиотией. Характеризуется недоразви­тием и дефектностью речи, скудным словарным запасом, чаще всего ограничиваю­щимся названиями окружающих предметов и наиболее распространенными слова­ми. Лишь при умеренно выраженной И. больным доступно составление несложных Представлений. Запас сведений и знаний ничтожен, образование отвлеченных поня­тий имбецилам недоступно. При настойчивом обучении имбецилам можно привить элементарные навыки самообслуживания. В зависимости от особенностей аффек­тивно-волевой сферы различают добродушных, мягких, ласковых, с преимуществен­но хорошим настроением и, наоборот, злобных, возбудимых, мстительных имбеци­лов.

**Импотенция** (*лат. im —* отрицание, *potentia —* сила). Невозможность совер­шения полового акта вследствие сексуальной несостоятельности мужчины (сниже­ние или отсутствие либидо, недостаточная эрекция или ее отсутствие, преждевре­менная эйякуляция). Среди различных форм И. выделяют нейрорецепторную, обу­словленную нарушением деятельности рецепторов в головке полового члена, пред­стательной железе и семенных пузырьках, спинальную, обусловленную поражением ядер спинного мозга, являющихся центрами эйякуляции и эрекции, психогенную (психическую, корковую), возникающую по невротическим механизмам.

**Импринтинг** (*англ. imprint —* запечатлевать, оставлять след). Фиксирование в памяти новорожденного особенностей воздействующих на него жизненно важных объектов.

**Импульсивное действие.** Одно из проявлений импульсивности. Действие со­вершается мгновенно, без обдумывания, под влиянием аффекта, без борьбы моти­вов, оно кратковременно и нередко вовсе немотивированно. Наблюдается при ши­зофрении, особенно кататонической, у больных эпилепсией с выраженными харак­терологическими изменениями, при психопатии возбудимого круга и др.

**Импульсивное поджигательство.** См. *Пиромания.*

**Импульсивность.** Болезненная форма поведения, при которой действия больного совершаются в связи с непреодолимыми влечениями, побуждениями, про­текают насильственно, автоматизированно, не контролируются сознанием (см. *Ко­роткие замыкания*)*.*

**Инадекватность** (*лат. in* — отрицание, без, не, *adaequatus —* приравненный). См. *Неадекватность.*

**Инапетенция** (*ин + лат. appeto —* стремление к чему-либо). Отсутствие аппе­тита. См. *Анорексия.*

**Инбредный брак** (*англ. in —* в, внутри, *breeding —* разведение). См. *Родственный брак.*

**Инвалидность** (*лат. invalidus —* бессильный, слабый). Стойкая утрата трудо­способности — полная или частичная, постоянная или временная, длительная. На­личие инвалидности и степень утраты трудоспособности на определенный срок вре­мени устанавливается специальными врачебно-трудовыми экспертными комиссия­ми (ВТЭК).

**Инволюнтарность** (*ин + лат. voluntarius —* добровольный, необязательный). Независимость от волевых побуждений, невольность, бессознательность (примени­тельно к какой-либо деятельности).

**Инволюционный** (*лат. involutio —* свертывание). Связанный с процессом обратного развития, характерный для инволюционного периода.

**Инволюционный период.** Этап онтогенеза, характеризующийся прогрессиру­ющим обратным развитием органов и тканей. В психиатрии под И.п. принято пони­мать возраст от 45 до 55 (60) лет, хотя по геронтологической терминологии ВОЗ воз­раст 45-59 лет считается средним, 60-74 — пожилым и только 75-90 лет — старче­ским [Штернберг Э.Я., 1967].

**Инволюция.** Обратное развитие каких-либо органов и систем организма, их уменьшение, упрощение физиологических и морфологических характеристик, редук­ция в процессе онтогенеза или филогенеза. И. возрастная наблюдается в онтогене­зе, ей присущи специфические заболевания психики, проявляющиеся только в инво­люционном периоде. Различают также И. отдельных органов и систем, например сексуальную, характеризующуюся снижением половой активности.

**Ингибиторы моноаминооксидазы (МАО).** Группа антидепрессантов, тормо­зящих активность фермента моноаминооксидазы и тем самым препятствующих раз­рушению биогенных аминов (катехоламинов, серотонина и др.). К И.м. относится ни- аламид (нуредал).

**Индекс протромбиновый.** Показатель свертываемости крови — отношение протромбинового времени здорового человека к протромбиновому времени иссле­дуемого, выраженное в процентах (в норме 95-105%). Учитывается при назначении терапии нейролептиками.

**Индивидуальная карта амбулаторного больного.** Основной учетно-опера­тивный медицинский документ, заполненяемый на амбулаторного больного в поли­клинических отделениях психоневрологических диспансеров и психиатрами, работа­ющими в поликлиниках центральных районных больниц для регистрации данных врачебного наблюдения и обследования, проводимого лечения и мероприятий по социально-трудовой реабилитации.

**Индифферентность** (*лат. indifferens —* безразличный). Эмоциональное без­различие к каким-либо событиям, ситуациям. Наблюдается при шизофрении, де­прессивных состояниях.

**Индоленция** (*ин + лат. dolor —* боль.) 1. Нарушение восприятия боли, отсут­ствие болевой реакции. Наблюдается при некоторых психических заболеваниях (например, при кататоническом ступоре) и органических поражениях нервной систе­мы. 2. Безразличие, инертность.

**Инертность психическая.** Личностная особенность: замедленная сменяе­мость психических процессов, их торпидность.

**Инициальный** (*лат. initialis —* исходный, начальный). Начальный, первичный.

Термин применяется главным образом в отношении первичных психопатологических проявлений, для обозначения начального периода заболевания.

**Инкапсуляция бреда** (*лат. in* — в, внутри, *capsula —* ящичек, оболочка). Остановка развития бреда, утрата им актуальности, влияния на поведение больно­го. См. *Дезактуализация бреда.*

**Инклюденция** (*лат. inclusio —* включение, вкрапление) [Tellenbach H., 1960]. Психогенная провокация эндогенной депрессии. Психогенным фактором, в первую очередь, оказывается изменение привычного образа жизни: например, переезд из квартиры, в которой человек прожил большую часть жизни, в новую. В отличие от витализации психогенной депрессии, речь идет не о перерастании сформировав­шейся психогенной депрессии в эндогенную, а лишь о провоцирующем возникнове­нии последней, преципитирующем (*лат. praecipio —* ускорять) психогенном факторе.

**Инкогерентность** (*лат. in —* отрицание, *cohaerentia —* сцепление, связь). Бессвязность. Наблюдается в мышлении и речи, не является единым в этиопатоге- нетическом отношении симптомом (ср.: И. при спутанности сознания и при шизофре­нии).

**Инкурабельность** (*лат. incurabilis —* неизлечимый). Состояние терапевтиче­ской резистентности. Доступными методами лечения добиться выздоровления боль­ного или спасения его жизни оказывается невозможным.

**Инстинкт** (*лат. instinctus —* побуждение). Врожденные формы поведения и психики, характеризующиеся видовой общностью. По И.П. Павлову, И. — сложные безусловные рефлексы, обеспечивающие осуществление жизненно важных для ор­ганизма физиологических функций, необходимых для выживания вида и продления рода. Раздражителями, пускающими в ход инстинктивные реакции, являются про­стые физические и химические признаки значимых для организма животных, расте­ний, объектов неживой природы — их форма, величина, цвет, запах, вкус, окраска и т.д.

В психоанализе [Freud S., 1920] И. половому и И. смерти придается важное значение в психической жизни человека: И. половой проявляется в постоянном дви­жении к возрождению, И. смерти — в стремлении живого существа к смерти. Даже некоторые последователи S. Freud [Jones E., 1957] писали о невозможности выведе­ния И. смерти из каких-либо биологических наблюдений. И. смерти нельзя смеши­вать с И. агрессии, разрушения, поскольку первый направлен субъектом на самого себя, последний же проявляется желанием убивать других [Rycroft Ch., 1979]. S. Freud, утверждая подчиненность поведения примитивным неосознаваемым влече­ниям и якобы присущему человеку И. смерти, пришел к выводу о неотвратимости войн и человеческого насилия, о пагубном влиянии цивилизации на психическое здоровье [Бассин Ф.В., Ярошевский М.Г., 1989].

**Инсулин** (*лат. insulae pancreaticae —* панкреатические островки). Белково- пептидный гормон, продуцируемый бета-клетками островков Лангерганса. Регулиру­ет уровень глюкозы в организме и его средах (утилизация глюкозы, образование гли­когена, подавление глюконеогенеза). Препараты И. используются для лечения са­харного диабета и некоторых других заболеваний, протекающих с нарушениями уг­леводного обмена веществ: в психиатрии они применяются для инсулинокоматозной терапии.

**Инсулинокоматозная терапия** [Sakel M., 1935]. Один из основных методов активной терапии шизофрении. Ранее, в 1932 г., этот метод был предложен для ле­чения морфинизма. Несмотря на широкое распространение в последние годы ней­ролептиков, инсулинокоматозная терапия сохраняет свое значение в лечении ши­зофрении.

Лечение начинается после исследования углеводного обмена (сахарная на­грузка) введением парентерально повышающихся доз инсулина, начиная с 2-4 ЕД до коматозных доз. Купирование проводится вначале перорально с помощью сахарного сиропа, а затем — внутривенным введением раствора глюкозы. Курс лечения со­ставляет 15-20 (до 40) коматозных состояний в зависимости от эффективности.

В последние годы пользуются методом форсированной И.т., при котором инсулин вводится внутривенно капельно со скоростью 1,5 ЕД/мин. [Авруцкий Г.Я., Недува А.А. и соавт., 1984].

**Инсулинома.** Гормонально-активная опухоль, развивающаяся из бета-клеток островков Лангерганса, разновидность инсуломы, поражающей островки Лангерган­са в целом. Характерна гиперпродукция инсулина, что клинически проявляется пери­одически возникающими состояниями гипогликемии, приводящими к коматозным на­рушениям сознания.

**Инсульт** (*лат. insultus —* приступ). Острое нарушение мозгового кровооб­ращения с развитием стойких симптомов поражения ЦНС, характер которых зависит от локализации И. В зависимости от патогенетических особенностей и клинической картины различают И. геморрагический (апоплексический), ишемический, тромботи­ческий и эмболический.

**Интеграция психическая.** Целостное функционирование различных психиче­ских процессов.

**Интеллект** (*лат. intellectus —* понимание, познание). Основа функционирова­ния мышления, способность к мыслительной деятельности, рациональному позна­нию. При таком понимании мышление рассматривается как И. в действии. Различа­ют собственно И. и его предпосылки (память, внимание, активность познавательных процессов, упражняемость, утомляемость).

**Интеллектуализация** (*лат. intellectualis —* умственный). Один из механизмов психологической защиты, проявляющийся подменой сугубо аффективных пережива­ний их рассмотрением, трактовкой с интеллектуальных позиций.

**Интеллектуальный возраст.** Принятое в психологии некоторых стран обозначение степени снижения интеллекта, интеллектуального коэффициента, при­менительно к соответствующему возрасту психического развития. Ведет начало с применения теста Бине. При этом игнорируется различие структуры психики в про­цессе развития и болезни.

**Интеллектуальный коэффициент (IQ).** Попытка выразить уровень развития интеллекта, мыслительной деятельности в усредненных статистических показателях с помощью специальных психологических тестов (Векслера, Равена). Различают И.к. по вербальным и невербальным методикам. В отечественной психологии понятие И.к. подвергается критике, так как оно не учитывает упражняемости ряда свойств, характеризующих этот показатель. Понятие И.к. не отражает структуру психического дефекта. По A. Anastasi, И.к. — это только условный способ выражать оценку в неко­торых видах тестов.

**Интенция** (*лат. intentio —* стремление). Направленность сознания, мышления на какой-нибудь объект.

**Интенция парадоксальная** (*греч. paradoxos* — невероятный, странный). См. *Франкля метод парадоксальной интенции.*

**Интеракционизм** (*лат. inter —* между, *actio —* действие, деятельность). Одно из ведущих направлений в современной социальной психологии ряда западных стран. Воздействие людей друг на друга в обществе, которое понимается как систе­ма непосредственных коммуникаций, рассматривается как основной источник фор­мирования личности. Сущность интерперсональных отношений сводится к «обмену символами» в процессе общения. Ролевое поведение человека понимается исходя из того, насколько оно соответствует социальным нормам. Исключительное значе­ние придается способности человека представлять, как его понимает партнер по об­щению или группа; соответственно этому объект интерпретирует ситуацию и консти­туирует собственные действия. Основной недостаток И. — сведение общественных отношений к непосредственной коммуникации при игнорировании социально-истори­ческих факторов и эмоционального аспекта взаимодействия людей. Широко исполь­зуется в психотерапевтической практике (см. *Келли ролевая психотерапия*)*.*

**Интериктальный** (*лат. inter —* между, среди, *ictus —* припадок, приступ). Межприступный.

**Интериоризация** (*лат. interior —* внутренний). 1. В психиатрии — пережива­ние психически больным волнующих его обстоятельств скрытно для окружающих. 2. В психологии — формирование внутренних структур психики путем усвоения струк­тур внешней социальной деятельности. В психоанализе понятие И. привлекается для объяснения роли интерперсональных отношений в формировании бессозна­тельного, которое, в свою очередь, влияет на структуру сознания. В отечественной психологии И. понимается как преобразование структуры предметной деятельности в структуру внутреннего плана сознания. По С.Л. Рубинштейну [1957], внутренние условия формируются в результате внешних воздействий.

**Интермиссия** (*лат. intermissio —* задержка, прекращение, промежуток). Со­стояние между двумя психотическими приступами, характеризующееся полным восстановлением психической деятельности.

**Интермиттирующий** (*лат. intermittens —* перемежающийся, прерывающийся). Тип течения болезни, характеризующийся интермиссиями.

**Интернатура** (*лат. internus —* внутренний). Первичная специализация выпуск­ников медицинских институтов по одной из врачебных профессий, проводимая по­сле сдачи государственных экзаменов, на базе лечебно-профилактических учрежде­ний под наблюдением и руководством соответствующей кафедры вуза.

**Интероцептор** (*лат. interior —* внутренний, *capio —* брать, принимать). Рецеп­торы, воспринимающие раздражение во внутренних органах, полостях тела, крове­носных сосудах.

Син.: интерорецептор.

**Интероцепция** (*лат. interior —* внутренний, *capio —* брать, принимать). Физио­логический процесс возникновения, проведения и переработки в ЦНС импульсов, поступающих от интероцепторов.

Син.: интерорецепция.

**Интерсекс** (*лат. inter —* между, среди, взаимно, *sexus —* пол). Организм, ли­шенный четких признаков какого-либо одного пола, занимающий промежуточное по­ложение между мужским и женским типами полового развития.

**Интерсексуализм.** См. *Гермафродитизм.*

**Интоксикация** (*лат. in —* в, внутрь, *греч. toxicon —* яд). Отравление организ­ма в связи с накоплением в нем ядовитых веществ экзогенного или эндогенного происхождения.

***И. метафизическая*** [Ziehen Th., 1924] — наблюдающиеся в юношеском воз­расте состояния, характеризующиеся чрезмерной, оторванной от реальной действи­тельности, абстрактной интеллектуальной деятельностью, доминирующей в психи­ческой жизни больного, и наличием гипертрофированного одностороннего интереса к познавательной деятельности.

Болезненные переживания могут носить характер сверхценных идей, перерас­тающих в бредовые (сверхценный бред). Часто сопровождается навязчивым мудрствованием, резонерством, явлениями аутизма. Наблюдается главным образом при шизофрении юношеского возраста и, реже, при шизоидной психопатии.

Син.: И. философическая.

**Интолерантность** (*лат. intolerantia* — непереносимость, нетерпимость). Не- выносливость, непереносимость.

**Интракраниальный** (*лат. intra —* внутри, в, *греч. kranion —* череп). Внутриче­репной.

**Интранатальный** (*интра + лат. natus —* рождение). Относящийся к периоду родов.

**Интрапсихический** (*интра + греч. psyche —* душа). Внутрипсихический, воз­никающий внутри психики. См. *Атаксия интрапсихическая.*

**Интровертированность** (*лат. intro —* движение внутрь, *verto —* обращать, поворачивать). Особенность личности, характеризующаяся внутренней направлен­ностью переживаний, склонностью к погружению в мир собственных чувств и мыс­лей, малой зависимостью содержания психики от контактов с окружающими, пассив­ностью в общении. См. *Юнга типы личности.*

Син.: интроверсия.

**Интроекция** (*интро + лат. jacio —* бросать). В психиатрии — отождествление себя с образом другого человека (например, отца, идеального героя и т.п.). Термин используется психоаналитиками для объяснения механизмов невроза. По C. Jung, И. является процессом ассимиляции, тогда как проекция — процессом диссимиля­ции.

**Интроспекция** (*лат. introspecto —* смотреть внутрь). В психиатрии — изуче­ние психопатологической картины методом самонаблюдения, анализа самим боль­ным своих ощущений, переживаний, рассуждений и их описания.

**Интуиция** (*лат. intueri —* пристально, внимательно смотреть). Способность непосредственно, как бы «внезапно», не прибегая к развернутому логическому умо­заключению, постигать истину; внутреннее «озарение», просветление мысли. В дей­ствительности И. представляет собой такой скачок на пути к познанию действитель­ности, в основе которого лежат уже накопленные знания, предшествующий опыт. И. возникает лишь на базе прежнего чувственного опыта. Появившаяся интуитивно мысль требует логической проверки путем сопоставления с другими мыслями отно­сительно изучаемого явления и может быть передана, если она будет сформулиро­вана, то есть построена по правилам логики [Кондаков Н.И., 1975].

**Интуиция бредовая.** Возникающие внезапно, без улавливаемой связи с пред­шествующими переживаниями бредовые идеи (бред интуиции).

По K. Jaspers [1913], это бредовые представления, характеризующиеся ретро­спективным переосмыслением реальных воспоминаний или внезапными наитиями, «озарениями», не вытекающими из предшествующих размышлений и возникающими совершенно неожиданно. Такое интуитивное мышление часто наблюдается при ши­зофрении и связывается с расщеплением личности [Bleuler M., 1972].

**Инфантилизм** (*лат. infantilis —* детский, младенческий). Патологическое со­стояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением присущих детскому или подростковому возрасту особенностей орга­низма, личности.

**Инфантилизм двигательный** [Homburger А., 1926]. Проявление недоста­точности развития двигательных функций, идущей параллельно с запаздыванием умственного развития, проявлениями психического инфантилизма. При этом отсут­ствуют признаки органических изменений в головном мозге, пирамидные или экс- трапирамидные симптомы, чем двигательный инфантилизм отличается от дебиль­ности двигательной.

**Инфантилизм психический** [Lasegue E.Ch., 1864; Anton G., 1906]. Особый вид остановки развития личности на ювенильной ступени. Отмечается в первую оче­редь эмоциональными характерологическими особенностями, неустойчивостью на­строения, плохо контролируемыми влечениями, недостаточностью сознательной и целевой активности, в ряде случаев — поверхностными, незрелыми суждениями. G. Anton выделял так называемый «парциальный» психический инфантилизм, характе­ризующийся отсутствием какого бы то ни было интеллектуального дефекта и прояв­ляющийся лишь нарушениями поведения. По Г.Е. Сухаревой [1959], различаются органический, дисгармонический и гармонический варианты психического инфанти­лизма в зависимости от того, к чему примыкают его симптомы — к олигофрении, к психопатиям или норме. Нередко психический инфантилизм сочетается с физиче­ским.

**Инцест** (*лат. in —* отрицание, *eastus —* чистый, непорочный). Кровосмеше­ние, половые сношения между близкими родственниками (родителями и детьми, братьями и сестрами).

**Ио синдром.** Описан В. Йончевым [1979] как разновидность хронической та- сикинезии, то есть состояния повышенной двигательной активности, Наблюдается при органических поражениях головного мозга с диэнцефально-эндокринными и под­корковыми (экстрапирамидными) расстройствами, как осложнение терапии нейро­лептиками и реже при паркинсонизме. Тасикинезия при этом не ограничивается пре­делами помещения: больные, испытывающие мучительные внутренние побуждения к движению, проходят в день десятки километров.

Назван именем Ио, ставшей, согласно древнегреческому мифу, причиной раздора между Зевсом и его женой Герой. По настоянию ревнующей Геры, Ио была обращена Зевсом в белоснежную корову и обречена на длительные скитания, гони­мая насланным на нее Герой оводом. История Ио описана Овидием в «Метаморфо­зах».

**Иоанна Святого болезнь.** Одно из старинных названий эпилепсии.

**Иофобия** (*греч. ios —* яд, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь ядов, возможности случайного отравления.

**Ипохондрическая фиксация** (*греч. hypochondrion —* подреберье, где, по мнению древних, локализовался болезненный источник этого состояния). Чрезмер­ная сосредоточенность, застревание интересов человека на вопросах своего здоро­вья, стремление регистрировать малейшие, по представлению больного, его откло­нения от нормы. Частый признак невротических состояний и развитии, в происхо­ждении которого важную роль могут играть преморбидные особенности личности (например, наличие тревожно-мнительных черт характера).

**Ипохондрические тревожные опасения.** Тревожные опасения нозофобиче- ского характера. Частый признак психастении. Способствуют возникновению ипохон­дрической фиксации, ипохондрического невроза.

**Ипохондрическое развитие.** Патологическое развитие личности, характери­зующееся преобладанием в клинической картине ипохондрического синдрома, при­водящее к социальной дезадаптации больного. Прослеживается динамика от ипо­хондрических опасений до ипохондрически-параноического синдрома.

**Ипохондрия** (*греч. hypochondrion*)*.* Необоснованное беспокойство по поводу мнимого тяжелого или неизлечимого заболевания. Нередко ипохондрическое симп- томообразование тесно связано с сенестопатиями. И. представляют собой психопа­тологический синдром, отличающийся многообразием клинических проявлений и различной нозологической принадлежностью. И. может протекать на уровне невро­тическом, сверхценных и бредовых идей.

***И. персекуторная.*** Сочетание ипохондрического синдрома с бредом воздей­ствия и отношения, сенестопатиями, галлюцинациями. Такие больные представляют опасность в плане суицидальных и гомицидальных, направленных на медицинских работников, тенденций («преследуемый» становится «преследователем»).

***И. ятрогенная*** [Higier H., 1928]. Ипохондрические состояния, возникающие в связи с неправильной врачебной тактикой, неосторожно сказанным словом меди­цинского работника, коммерческими тенденциями в фармации и т.д. Различают И.я. псевдосифилитическую, псевдотуберкулезную, диэтетическую, рентгенографиче­скую и т.д.

**Ипсация** (*лат. ipse —* сам). См. *Онанизм.*

**Иррадиация аффекта** (*лат. irradiare —* сиять, испускать лучи, *affectus —* ду­шевное волнение, страсть). Последовательное, внешне беспричинное перемещение отрицательного или положительного аффекта больным с одного лица на другое.

**Иррелевантные раздражители** (*фр. irrelevant —* не относящийся к делу). Слова, которые, будучи включенными в ассоциативный эксперимент в качестве раз­дражителей, не вызывают аффективных реакций. В отличие от них неиндифферент­ные раздражители являются стимулами для такого рода реакций, отражающих их значимость для обследуемого. Аффективная реакция обычно проявляется в увели­чении латентного периода ответной речевой реакции, ее многословии, смысловом соответствии болезненным переживаниям.

**Исключительные состояния.** Группа острых кратковременных психотических расстройств, различных по этиологии, но обладающих сходством по ряду суще­ственных клинических признаков (внезапное начало, всегда в связи с внешней ситу­ацией; непродолжительность; протекание с нарушенным сознанием; по выходе — полная или частичная амнезия). К И.с. относятся опьянение патологическое, аффект патологический, психогенно обусловленные сумеречные состояния сознания, пато­логическое просоночное состояние, реакция «короткого замыкания». В преморбиде важное значение имеют нерезко выраженные резидуально-органические изменения головного мозга [Морозов Г.В., 1979], конституциональное, особенно эпилептоидное, предрасположение, факторы, приводящие к временному изменению реагирующей почвы, то есть к временно приобретенному предрасположению [Осипов В.П., 1941], — астения, истощение в связи с предшествующим перевозбуждением, напряжени­ем, бессонница. Диагностика И.с. опирается на их психопатологическую структуру, она чаще всего является предметом судебно-психиатрической экспертизы. В от­личие от других форм И.с. сумеречные состояния могут неоднократно возникать у одного и того же лица.

Лица, совершившие общественно опасные действия в И.с., признаются не­вменяемыми.

**Искусственное питание.** Применяется при отказах от еды, обусловленных психическим состоянием больного (при кататоническом ступоре с негативизмом, вследствие бредовых переживаний). Осуществляется с помощью зонда, вводимого в желудок через нос. Вначале необходимо убедиться в том, что зонд попал в желу­док и исключить возможность его нахождения в дыхательных путях. С этой целью пользуются несложными пробами: например, к воронке зонда подносят горящую спичку. Если зонд в желудке, спичка не гаснет. Затем через зонд вводится питатель­ная смесь, тщательно измельченная, чтобы избежать закупорки зонда. Смесь долж­на содержать необходимые для жизнедеятельности количества жиров, белков и уг­леводов, витамины. Чаще всего для приготовления смеси используются сырые яйца, сливки, молоко, масло, сахар.

**Испуг.** Один из вариантов реакции ЦНС на возможную опасность, может но­сить характер физиологического рефлекторного акта, но иногда проявляется психо­патологической симптоматикой (паническое бегство, эмоциональный ступор). Выра­жены вегетативные проявления — тахикардия или брадикардия, побледнение лица, обмороки, похолодание конечностей, сухость во рту и другие. Иногда переживание страха носит отставленный характер, проявляется с опозданием.

При значительной силе психической травмы или наличии неполноценной поч­вы (психопатия, астенизация, резидуальные проявления органической патологии) возможны состояния нарушенного сознания импульсивные поступки, развитие реак­тивных психозов.

**Истериформные расстройства** (*греч. hystera —* матка, *formis* — подобный, похожий). Истероподобные психические (двигательные, сенсорные и вегетативные) расстройства. При внешнем сходстве с истерией И.р. обусловлены другими этиоло­гическими факторами и наблюдаются при неврозоподобных состояниях эндогенного и экзогенно-органического генеза.

**Истерическая дуга** (*лат. arcus hystericus*)*.* Поза тела, обусловленная присту­пом общих тонических судорог. Тело выгибается дугой и опирается на затылок и пятки. В настоящее время в связи с патоморфозом истерии встречается крайне ред­ко.

Син.: Шарко дуга истерическая.

**Истерический комок** (*лат. globus hystericus*)*.* Чувство комка в горле (клубка, спазма, шара), возникающего в начале истерического припадка. В несколько редуци­рованном виде возникает при других неврозах, протекающих с истерическими вклю­чениями.

**Истерия** (*греч. hystera —* матка; в Древней Греции И. связывали с нарушения­ми функции матки). Психопатологический симптокомплекс, включающий полиморф­ные функциональные психические, соматические и неврологические расстройства, характеризующиеся высокой внушаемостью больных и склонностью их к самовнуше­нию, стремлением привлечь к себе внимание. В настоящее время пониманию И. как нозологической формы противостоит выделение истерического невроза и психопа­тии истероидного круга (см.).

**Истерия алкогольная.** Один из вариантов изменений личности при алкого­лизме. Истерические реакции наблюдаются как в трезвом состоянии, так и в опьяне­нии. Характерны подчеркнутая театральность поведения, стремление привлечь к себе внимание окружающих, своеобразное бахвальство, склонность к преувеличени­ям, позерству, лживость вплоть до фантастической псевдологии.

**Истерия командная.** Одна из форм истерических реактивных психозов, воз­никающих в ситуации боевых действий. Характерно суженное сознание; уже будучи эвакуированными в тыловые лечебные учреждения, больные остаются в состоянии возбуждения и громким, часто сорванным голосом продолжают выкрикивать ко­манды.

**Истерия тюремная** [Kraepelin E., 1915]. Одно из первых определений наблю­дающихся в судебно-психиатрической практике реактивных истерических психозов, возникающих в ситуации ареста и заключения. См. *Психозы тюремные.*

**Истерогенные зоны** (*истеро* + *греч. genes —* порождающий, вызывающий). Болезненные точки на теле больного истерией (на затылке, руках, под ключицей, грудными железами, на нижней части живота и т.д.), надавливание на которые мо­жет вызвать истерический припадок. В механизме такого припадка большое, если не исключительное, значение имеют явления внушения и самовнушения.

**Истероид** (*истеро + греч. eides —* подобный, похожий). Обозначение истери- формных состояний, внешне по клиническим проявлениям напоминающих истерию, но обусловленных другим заболеванием. Так, Я.П. Фрумкин [1946] писал о психопа­тологических состояниях, истерических по форме, но органических по существу.

**Истероид органический** [Mayer-Gross W., 1930] — истериформные проявле­ния при органических поражениях головного мозга. За грубой картиной псевдоде­менции стоит истинная деменция.

**Истерокаталепсия** (*истеро* + *греч. katalepsia —* схватывание). Истерический припадок, протекающий с каталептической обездвиженностью.

**Истероневрастения.** Невротическое состояние, в клинической картине кото­рого сочетаются симптомы неврастении и истерии. Более правильно определять не­вроз по ведущим этиопатогенетическим и клиническим особенностям и говорить о включениях симптоматики другого невроза.

**Истероэпилепсия.** Термин, по H. Gastaut [1975], неправильный и нерекомен­дуемый, под которым понимают: 1) сочетание эпилептических припадков и истери­ческих приступов у одного и того же больного, что, хотя и возможно, не служит осно­ванием выделять такое сочетание в отдельную нозологическую единицу; 2) припад­ки, напоминающие эпилептические, однако вызываемые или прекращаемые внуше­нием, то есть по сути истерические; 3) истериформные эпилептические припадки.

**История болезни.** Основной учетно-оперативный документ, составляемый на больного в стационаре. Психиатрическая И.б. имеет свои особенности; в ней обяза­тельно должны быть представлены объективный анамнез, подробное описание, на­ряду с сомато-неврологическим, психического состояния в динамике; регистрируют­ся сведения о диагнозе, течении и исходе болезни, проводившиеся лечебно-профи­лактические мероприятия. При выписке больного эпикриз из И.б. направляются в учреждения внебольничной психиатрической помощи для проведения лечебно-реа­билитационных мероприятий и динамического наблюдения.

**История психиатрии.** Раздел истории медицины, предметом исследования которого является психиатрия, ее научное и организационно-методическое разви­тие, периодизация, изучение основных теорий, концепций и их роли в развитии пси­хиатрических знаний и организации помощи психически больным — лечебно-профи­лактической, реабилитационной. И.п. за рубежом и в России отражена в трудах Ю.В. Каннабиха [1936], Т.И. Юдина [1951], Д.Д. Федотова [1957], В.Ф. Круглянского [1979].

**Исходные состояния.** Стойкие состояния глубокой психической деградации как заключительная стадия патологического процесса. Это понятие наиболее разра­ботано применительно к шизофрении, при которой И.с. сменяют стадию психическо­го дефекта. Если при дефекте возможна клиническая динамика как в сторону даль­нейшего его углубления, так и, при известных условиях, в сторону ослабления, то для И.с. характерна стабильность декомпенсации [Амбрумова А.Г., 1962].

А.О. Эдельштейном [1938] разработана типология И.с. шизофрении в соответ­ствии с деструкцией личности: 1) синдром апатического слабоумия (деменции побу­ждений), при котором на первый план выступают нарушений функционирования экс- траинтеллектуальных факторов; 2) «органический» тип исходного слабоумия, харак­теризующийся расстройствами критики, банальностью и примитивностью суждений, бедностью мышления, истощаемостью психических процессов; 3) синдром руиниро- вания — тотальный распад интеллекта и личности, когда остаются сохранными лишь низшие психические функции. Случаи шизофренического исходного состояния, в которых особую роль играла глубокая личностная дезинтеграция, выделялись как синдром личностной дезинтеграции.

А.Г Амбрумова в качестве И.с. шизофрении рассматривает лишь стабилизи­рованные резидуально-дефектные состояния, характеризующиеся полной де­компенсацией, к которым она относит синдром руинирования, по А.О. Эдельштейну.

**Итерация (***лат. iteratio —* повторение). Эпизодическое ритмическое повторе­ние одного и того же двигательного акта, слова, части фразы. Эти явления носят ха­рактер спонтанных, регулярных, бессмысленных в данной ситуации, лишены эмоци­ональной окраски, ограничены во времени. Различают И. двигательную, памяти (не­произвольное возникновение одних и тех же воспоминаний), речевую. Наблюдается при кататонических синдромах, постэнцефалитических состояниях, особенно при стриарных гиперкинезах, при глубоком слабоумии, эпилептических сумеречных со­стояниях, в процессе обратного развития коматозного состояния посттравматиче­ского или интоксикационного генеза.

Помимо двигательных и речевых, выделяют также И. памяти, характеризую­щиеся непроизвольным возникновением одних и тех же воспоминаний.

При слабоумии старческом и Альцгеймера болезни (см.) наблюдается итера­тивная суетливость [Kleist K., 1928] — симптом, проявляющийся в бессмысленной занятости, бесцельных поисках чего-то. Больные постоянно копаются в своих вещах, одежде, постели, вяжут их в узлы. Часто сочетается с апрактическими расстройства­ми.

К И. могут быть отнесены психомоторные стереотипии, палилалия, палигра- фия, персеверации, паликинез.

**Иценко—Кушинга болезнь** [Иценко Н.М., 1925; Cushing H., 1932]. Заболева­ние, обусловленное поражением диэнцефальной области и гипофиза, вследствие которого происходит избыточное выделение адренотропного гормона гипофиза и стимуляция функции коры надпочечников. Болезненные нарушения проявляются ар­териальной гипертензией, эндокринно-обменными расстройствами (обезображен­ное, «луноподобное» лицо, ожирение, вирилизм и гирсутизм у женщин), психогенны­ми и неврозоподобными симптомами. Возможны психотические шизофреноподоб- ные эпизоды. Характерны астения, аффективная лабильность, апатические измене­ния. Чаще всего И.—К.б. является следствием аденомы гипофиза.

Син.: базофоилизм гипофизарный, болезнь Кушинга.

**Иценко—Кушинга синдром** [Иценко Н.М., Cushing H.]. Симптомокомплекс, ха­рактерный для Иценко—Кушинга болезни, обусловленный гиперфункцией коры над­почечников (чаще при наличии гормонально-активной опухоли), а также при дли­тельном применении препаратов адренокортикотропного или кортикостероидных гормонов.

Син.: Кушинга синдром.

**Ишемия** (*греч. ischo —* задерживать, препятствовать, *haima —* кровь). Нару­шение (уменьшение) кровоснабжения участка тела, органа, ткани в связи с ослабле­нием или прекращением притока крови. В психиатрии приобретает важное значение И. головного мозга (см. *Инсульт ишемический*).

**Йирасека тест школьной зрелости** [Jirasek J., 1968]. Используется для опре­деления готовности ребенка к обучению в школе. Содержит три задания: рисование фигуры человека, подражание письменным буквам и срисовывание группы точек. Оценка каждого задания производится по пятибалльной системе. Исследуются тон­кая моторика, сочетанное функционирование зрительного анализатора и системы, обеспечивающей движения правой руки, умение подражать образцам. Ориентиро­вочно оценивается и общее умственное развитие. Применяется для исследования детей в возрасте 6 лет. Модификация аналогичного по задачам теста Керна [Kern А., 1963].

**Йорданова шкала клинической оценки психостимуляторов** [Йорданов Й., 1984]. Включает 6 разделов: соматические и невротические нарушения, психические расстройства, диссомнии, чувство дискомфорта, понижение работоспособности, по­бочные явления. Оценка симптомов производится в баллах. Позволяет сравнивать препараты психостимулирующего действия и давать количественную оценку их эф­фективности.

\_К\_

**Каган—Лемкин рисуночный тест** [Kagan J., Lemkin J., 1960]. Одна из проек­тивных психологических методик, предназначенная для исследования детей. Обсле­дуемому предъявляют серию из 10 рисунков, на каждом из которых изображен ребе­нок, завязывающий контакты с кем-то невидимым или видимым лишь частично: например, чья-то рука удерживает ребенка, помогает ему что-то сделать, дает ему подарок или, например, мороженое. При расспросе выясняют, кого усматривает об­следуемый в невидимом персонаже рисунка — мать, отца или кого-нибудь другого. Интерпретация ставит целью уяснение особенностей взаимоотношений ребенка с окружающими.

**Кагана симптомы детского аутизма** [Каган В.Е., 1976].

1. Симптом мимической атонии — своеобразная мимика лица ребенка, не вы­ражающая каких-либо эмоций, постоянное сонно-задумчивое, с оттенком недоуме­ния выражение лица, которое меняется только при сильных, в высокой мере эмоци­онально значимых стимулах.
2. Симптом отсутствия звукоизобразительных и звукоподражательных об­разных слов, свидетельствующий о выпадении одного из этапов нормального рече­вого развития, характерно для детей раннего возраста.

См. *Аутизм детский.*

**Кайзера — Флейшера кольцо** [Kayser В., 1902; Fleischer R., 1903]. Прояв­ляется красно-бурой окраской у наружного края роговицы шириной 1-2 мм. Обуслов­лен высокой концентрацией медьсодержащего пигмента. Симптом, характерный для гепато-церебральной дистрофии.

**Кайрофобия** (*греч. kairos —* определенный период времени, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь новых ситуаций, связанных с переменой места, по­явлением незнакомых людей, в обстановке, требующей повышенного внимания, предъявляющей повышенные требования. К К. В.С. Гуськов [1965] относит и клау­строфобию, агорафобию, никтофобию.

**Какергазия** (*греч. kakos —* плохой, *ergasia —* работа, действие, деятельность) [Meyer А., 1908]. См. *Мерергазия, Майера эргазиология.*

**Какогейзия** (*како + греч. geusis —* вкус). Притупление вкуса, субъективно ощущаемая гипогейзия (см.). Наблюдается, главным образом, при органических по­ражениях ЦНС и истерии.

**Какосмия** (*како* + *греч. osme —* запах, обоняние). Субъективно ощущаемое ослабление обоняния.

**Калантор** (*фр. calanture* от *лат. caleo —* быть теплым, горячим). Лихорадоч­ный делирий, наблюдающийся у мореплавателей в тропических зонах. Характеризу­ется двигательным возбуждением, зрительными галлюцинациями и непреодолимым желанием броситься в море. Рассматривается как следствие, проявление солнечно­го или теплового удара [Стоименов И., Рачев И., 1988].

**Кальбаума везания** (*лат. vesania —* безумие, помешательство). Термин, имеющий историческое значение. Введен K.L. Kahlbaum в 1879 г. для обозначения психозов, характеризующихся видоизменяющимися, чередующимися симптомо- комплексами, представляющими тотальные нарушения психической деятельности и ведущими к заключительному слабоумию. Везаниям противопоставлялись векордии (*лат. vecordia —* неразумие, безрассудство), характеризующиеся неподвижной, ста­ционарной, симтоматикой и не ведущие к распаду личности, слабоумию. Психиче­ские расстройства при векордиях не носят тотального характера, им присуща из­вестная направленность, они захватывают преимущественно какую-либо одну сферу психики (эмоциональную, мышления).

С современной точки зрения описание К.в. соответствует представлениям о едином психозе (см.: *Целера—Гризингерга—Неймана концепция единого психоза*) с присущей ему психопатологической динамикой (депрессия, возбуждение, бред, сла­боумие).

**Кальбаума векордия.** См. *Кальбаума везания.*

**Кальбаума кататония.** (*греч. katateino* — стягивать, напрягать) [Kahlbaum K.L., 1863]. Описание кататонии как стадии единого психоза, протекающего с типич­ной сменой психопатологических симптомокомплексов: простая меланхолия, мания, атоническая меланхолия (собственно кататония), вторичное слабоумие. Кататония рассматривалась K.L. Kahlbaum как наиболее интенсивное проявление сочетания психических расстройств с поражением двигательной сферы. К.к. (или кататониче­ская везания) была включена E. Kraepelin в его систематику раннего слабоумия, а затем Е. Bleuler рассматривалась как форма шизофрении.

**Кальбаума неофрения** (*греч. neos —* новый, молодой, *phren —* ум, рассудок) [Kahlbaum K.L., 1879]. Общее название психозов детского возраста, врожденных или приобретенных в самые первые годы жизни и выражающихся симптомами дефек­тивности или недоразвития.

**Камерона концепция «сверхвключения»** [Cameron N., 1938]. Психологиче­ская теория, объясняющая характер расстройств познавательной деятельности при шизофрении невозможностью удержаться в заданных смысловых границах, своеоб­разным нарушением селективности привлекаемой информации, результатом расши­рения условий мыслительной задачи. Причины сверхвключения видят в нарушениях гипотетического механизма фильтрации, в нарушениях тормозящих установок, в аутистической личностной позиции больных шизофренией, их неконформности. Во­просы нарушения избирательности информации в познавательной деятельности больных шизофренией Ю.Ф. Поляковым [1961, 1969, 1972, 1974] рассматриваются в другом аспекте, в связи с присущими больным шизофренией особенностями актуа­лизации знаний на основе прошлого опыта. И.М. Фейгенберг [1963, 1977] обнаружил у больных шизофренией дезорганизацию вероятностной возможности привлечения элементов прошлого опыта и использования их для прогнозирования будущего. Так, например, рыхлость ассоциаций объясняется тем, что больному шизофренией рав­но легко извлечь из памяти высоко- или маловероятную ассоциацию.

В.М. Блейхер [1981, 1983] рассматривает сверхвключение как результат сни­жения уровня мотивации у больных шизофренией, которое приводит к нарушениям личностного смысла, а затем уже к нарушениям селективности информации. В чи­стом виде амотивационное мышление представлено при простой форме шизофре­нии.

**Камптокормия** (*греч. kampto —* гнуть, сгибать, *kormos —* туловище) [Brodie, 1837]. Симптом истерии. Заключается в придании туловищу на длительное время неестественной позы, например в сгибании его вперед почти под прямым углом или в наклоне в сторону. Для К. характерны невозможность выпрямиться, сопротивление при попытке извне придать туловищу нормальную позу, сохранение такого положе­ния при любых движениях, в том числе и при ходьбе, сильная приступообразная боль в спине и конечностях, свисание рук вдоль боков, расстройство походки, соче­таемость с другими истерическими симптомами. В положении лежа такое сгибание туловища исчезает и позвоночник приобретает правильную конфигурацию. Наблю­дается главным образом в военное время у солдат и призывников, у женщин — крайне редко.

**Кана пойкилотомическая психопатия.** См. *Психопатия реактивно-лабиль­ная.*

**Кана реакция** [Kahn R., 1922]. Серологическая реакция преципитации для диагностики сифилиса. При смешивании ликвора или сыворотки крови больного си­филисом с холестеринизированным антигеном выпадают хлопья.

**Кандинского—Клерамбо синдром** [Кандинский В.Х., 1880; Clerambault G., 1920]. Синдром психического автоматизма, включающий в себя псевдогаллюцина­ции, бредовые идеи преследования, психического и физического воздействия, явле­ния психического автоматизма. Мысли больного как бы текут помимо его воли, ка­жутся ему чужими. Характерно убеждение в отчужденности мыслей, поступков. От­мечаются явления «насильственного» мышления, проявляющиеся в жалобах боль­ных на то, что их мысли становятся известными другим, читаются на расстоянии (симптом открытости), «отнимаются» или, наоборот, «вкладываются» в них. Отмеча­ется насильственный наплыв мыслей — ментизм. Различают такие компоненты син­дрома: 1) идеаторный — «открытость» мысли; 2) сенсорный — «сделанность» ощу­щений и 3) моторный — «сделанность» движений. Соответственно различают идеа- торные, сенсорные и моторные автоматизмы.

Наблюдается главным образом при шизофрении, значительно реже — при ор­ганических психозах.

Син.: синдром влияния Селье—Кронфельда [Ceilier, Kronfeld A.], синдром от­чуждения Леви-Валанси [Levi-Valensi J.], полисиндром внешнего воздействия [Claude H.], патологический автоматизм [Nayrak], церебральный автоматизм [Mignard].

**Кандинского симптом** [Кандинский В.Х., 1880]. Описанные автором при идеофрении (см. *Идеофрения*) приступы особого рода головокружений с изменени­ем чувства почвы под ногами, ощущением невесомости своего тела, изменением его положения в пространстве, протекающие с остановками мышления (см. *Крепелина шперрунги*)*.* В генезе этих приступов существенную роль, по В.Х. Кандинскому, игра­ют вестибулярные нарушения. Симптом характерен для начальной и острой ши­зофрении [Снежневский А.В., 1952].

Син.: Клооса припадки [Kloos G., 1935].

**Каннабиха—Лиознера симптом** [Каннабих Ю.В., Лиознер С.А., 1934]. Псев­догаллюцинации в виде беззвучных окликов, принадлежащих совершенно незнако­мым лицам, и обращений к больным по уменьшительному имени. Характерны для начальной или рудиментарно протекающей шизофрении. Рассматривались как спе­цифическое для шизофрении проявление психического автоматизма, разыгрываю­щегося в одной из сенсорных областей (слуховой).

**Каннера синдром.** См. *Аутизм детский.*

**Каннера феномен тождества** [Kanner L., 1943]. Симптом детского аутизма, проявляющийся стремлением поддерживать неизменной окружающую обстановку. Наиболее ярко проявляется в раннем возрасте. Ребенок, кажущийся отгороженным от действительности и не воспринимающим ничего вокруг, реагирует бурным проте­стом на мельчайшие изменения обстановки. В основе развивающегося состояния возбуждения лежит страх — от беспокойства до реакции типа паники.

**Канцерофобия** (*лат. cancer —* рак, *греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь заболеть злокачественной опухолью. Разновидность нозофобии. Наблюдает­ся при неврозах навязчивых состояний, ипохондрическом, при психастении.

**Капгра синдром** [Capgras M.J., 1923]. Характеризуется нарушениями узнава­ния, идентификации людей. Больной не узнает родственников и знакомых, принима­ет их за двойников, близнецов или загримированных под них подставных лиц (симп­том отрицательного двойника [Vie J., 1930]). В других случаях незнакомые лица вос­принимаются как знакомые (симптом положительного двойника [Vie J., 1930]). Часто сочетается с бредовыми трактовками, с феноменами «уже виденного» и «никогда не виденного», явлениями психического автоматизма. Различаются [Шумский Н.Г., 1979] четыре формы К.с.: 1) иллюзорная форма ложного узнавания; 2) иллюзорно­бредовая; 3) бредовая форма (к ней относят бред двойника и Фреголи симптом); 4) ложные узнавания с бредом и сенсорными расстройствами (к ним относится бред интерметаморфозы).

Наблюдается при многих психических заболеваниях и в целом рассматрива­ется как нозологически мало специфичный [Scheid K.F., 1937]. Отмечается нозологи­ческая специфичность отдельных форм К.с. [Шумский Н.Г., 1979]: например, иллю­зорная форма характерна для астенических состояний, бредовая — для инволюци­онной меланхолии и циркулярной депрессии, при шизофрении встречаются все формы, за исключением иллюзорной, и т.д.

Син.: иллюзия Капгра, синдром нераспознания, фантомный синдром двойни­ка, иллюзия двойников, синдром ошибочного узнавания и неузнавания.

**Карандаева фотометрический метод определения алкоголя** [Карандаев С.И., 1964]. Применяется для количественного определения алкоголя в крови и моче. Основан на том, что при окислительно-восстановительной реакции между ал­коголем и гидрохроматом калия хром из шестивалентного переходит в трехвалент­ное состояние и в присутствии серной кислоты образует синего цвета сульфат хро­ма. Количественное содержание алкоголя определяется по градации переходных от­тенков окраски раствора, в котором произошла реакция.

**Кардиазоловый тест.** Метод выявления судорожной готовности путем прово­кации припадков введением внутривенно 2 мл раствора кардиазола, являющегося сильным стимулятором деятельности ЦНС, в первую очередь дыхательного и сосу­додвигательного центров. Используется как в клиническом варианте (при судорож­ной готовности возникают генерализованные припадки), так и при ЭЭГ исследова­нии.

**Кардиазолосудорожная терапия.** Метод активной терапии психических забо­леваний [Meduna L.J., 1934]. Быстрым введением внутривенно 3-4 мл 10 %-ного раствора кардиазола вызывается развернутый судорожный припадок, наступающий примерно через 5-10 с после инъекции. По своему действию и эффективности близ­ка к ЭСТ. Показания те же: резистентные к лечению инсулином и нейролептикамии формы шизофрении и безуспешно леченные антидепрессантами и принимающие затяжное течение депрессивные состояния. Метод опасен и в настоящее время в психиатрии не применяется.

**Кардиофобия** (*греч. kardia —* сердце, *phobos —* страх) [Kullenkampf С., Bauer A., 1960]. Приступообразно возникающее чувство страха, относящееся к деятельно­сти сердца. Больные испытывают страх остановки сердца, смерти. При объективном исследовании, в том числе и на ЭКГ, признаки нарушения функции сердца не обна­руживаются. Часто наблюдается при невротических ипохондрических развитиях, эн­догенной депрессии, реже — при височной эпилепсии.

**Карликовость** (*лат. nanismus*)*.* Следствие значительной задержки роста ко­стей при сохранении полной или частичной пропорциональности их строения. При­чины К. — недостаточность передней доли гипофиза (гипофизарный нанизм), желез внутренней секреции (нанизм гипотиреоидный, надпочечниковый). К. может быть следствием ряда заболеваний (нанизм почечный, митральный, рахитический и др.). Карликовым считается рост до 130-140 см в зрелом возрасте.

Син.: нанизм, микросомия, наносомия.

**Карпентера синдром** [Carpenter G., 1909]. Характеризуется сочетанием оли­гофрении, ожирения и признаков внутриутробной стигматизации. Умственное недо­развитие выражено значительно. Характерно ожирение лица, тела, проксимальных отделов конечностей. Типичны акроцефалия, асимметричность черепа, плоская переносица, гипертелоризм, «антимонголоидный» разрез глаз, латерально смещен­ный внутренний угол глаза, эпикант, гиперплазия нижней челюсти, синдактилия III-V пальцев кистей, брахимезофалангия, преаксиальная полидактилия, синдактилия пальцев стоп. Имеются предположения о наследственном характере заболевания, обусловленного редким аутосомно-рецессивным мутантным геном. Клиническая кар­тина сходна с Лоренса—Муна—Бидля синдромом (ожирение, гипогенитализм, поли­дактилия) и с Апера синдромом (акроцефалия, синдактилия), что послужило основа­нием для гипотезы об их генетическом сходстве [Tamtamy S.A.].

**Карстен методика исследования психического пресыщения** [Karsten A., 1928]. Экспериментально-психологическая методика для исследования личности в процессе деятельности. Изучаются присущие обследуемому особенности целеоб- разования, возможность удержания и восстановления побуждения. Обследуемому предлагают выполнять длительное, монотонное задание: например, рисовать чер­точки или кружочки. Окончание деятельности не регламентируется условиями зада­ния. При этом могут отмечаться появления вариаций деятельности обследуемого, уход от выполнения задания, различные аффективные реакции, появление новых мотивов деятельности и т.д. В нашей стране применяются также модификации ме­тодики И.М. Соловьева-Элпидинского [1935], Л.С. Славиной [1960].

**Карфология** (*греч. karphologia —* собирание клочков). Прогностически важ­ный преагональный симптом. Характерны автоматизированные движения рук, как бы хватающих пролетающие снежинки или мелкие предметы. При этом отмечаются тяжелые расстройства сознания и нерезко выраженное возбуждение в пределах по­стели. Наблюдается при мусситирующем делирии, в терминальной стадии тяжелых соматических заболеваний.

**«Каска неврастеника»** [Charcot J.M.]. Чувство сдавления головы в виде опоя­сывающей ее повязки, обруча. Обусловлено повышенной чувствительностью рецеп­торов при астенических состояниях и мышечным напряжением.

**Каспера синдром** [Casper, 1846]. Навязчивый страх покраснеть в присутствии посторонних, опасение, что это будет замечено.

Син.: эрейтофобия [Бехтерев В.М., 1896; Pitres A., Regis E., 1897].

**Кассирера синдром** [Cassirer R., 1912]. Вегетоневроз с акроцианозом, акро- асфиксией, усиленным потоотделением, головокружениями, сердцебиениями. В па­тогенезе подчеркивается роль внешних и внутренних раздражителей при известной конституциональной предрасположенности.

**Кастена—Удара—Бюжа синдром** [Castaigne, Houdart, Buge, 1952]. Сочета­ние эпилепсии с сахарным диабетом.

**Катагенез** (*греч. kata —* движение сверху вниз, *genesis —* происхождение) [Lopez-Ibor J.J., Spiegelberg W., 1965]. Начало соматического заболевания в связи с серьезными конфликтными переживаниями. Катагенетическое начало описано при торсионной дистонии, рассеянном склерозе, язвенном колите.

**Каталепсия** (*греч. katalepsia —* схватывание). Симптом двигательных расстройств, характеризующийся застыванием больного в принятой им позе, даже и очень неудобной, требующей значительного мышечного напряжения. Наблюдается при кататонической шизофрении.

Син.: восковая (восковидная) гибкость.

***К. мозжечковая*** [Babinski J., 1899] — патологическая способность долго удер­живать конечность в приданном ей положении, обусловленная поражением мозжеч­ка.

**Каталептокататония** (*греч. katalepsia —* схватывание, *katateino* — стягивать, напрягать). Сочетание ступора и каталепсии при лихорадочных состояниях, одно из проявлений острых реакций экзогенного типа.

**Катамнез** (*греч. kata —* движение сверху вниз, полное завершение действия, *mnesis —* память). Комплекс сведений о состоянии больного и динамике у него бо­лезни после установления диагноза, проведения лечения и выписки из стационара. Позволяет уточнить правомерность диагностики, эффективность лечения в стацио­наре и последующего амбулаторного, вопросы социально-трудовой адаптации.

**Катаплексия** (*греч. kataplexis —* поражение) [Gelineau J.B.E., 1880]. Приступо­образные состояния, характеризующиеся внезапной потерей мышечного тонуса, за­хватывающего всю поперечнополосатую мускулатуру либо отдельные группы мышц. При генерализованных приступах наступает полная обездвиженность, больные па­дают, лишаются речи, при парциальных — наступает слабость отдельных мышц или групп мышц (подгибаются колени, выпадают из рук предметы). Пароксизмы наступа­ют обычно при сильных эмоциях, сознание не нарушается. Симптом нарколепсии. Различают К. засыпания (прегипноплегия, по Л.Я. Немлихеру) и пробуждения (пост- гипноплегия).

**Катарсис** (*греч. katharsis —* очищение, освобождение от чего-либо). Концеп­ция, лежащая в основе некоторых методов психоаналитического лечения. Согласно ей у человека, перенесшего психическую травму и не отреагировавшего на нее вспышкой аффекта, остаются комплексные переживания, подвергающиеся вытесне­нию из сознания. Такого рода аффективно-насыщенные неосознаваемые комплекс­ные переживания, находясь в сфере подсознания, являются причиной болезненных отражений в сознании и соматике. Их символами становятся симптомы невроза, психосоматического заболевания. По мнению J. Breuer и S. Freud [1909], путь лече­ния таких состояний — оживление в памяти, осознание всех вытесненных пережива­ний, освобождение и отреагирование «ущемленного» аффекта.

С этой целью были разработаны специальные методы психокатартической терапии (см. *Брейера метод гипнокатарзиса*), S. Freud применял метод свободных ассоциаций.

Современные психотерапевты, даже не принимающие психоаналитических концепций, используют в своей практике отдельные методики и приемы психокатар­тического лечения.

**Кататимия** (*греч. katathymeo —* падать духом, унывать) [Maier H.W., 1912]. По­нятие, отражающее влияние эмоциональных факторов (аффектов) и амбивалентных тенденций (чувств, желаний, опасений) на мыслительную деятельность человека. При этом ассоциативные процессы, идущие в соответствии с аффективно заряжен­ными комплексами, усиливаются в своих проявлениях, а противоречащие им тормо­зятся. Кататимический аффект присущ определенным группам представлений, каж­дая из которых в связи с такой аффективной насыщенностью спаивается в единый аффективно-окрашенный комплекс [Ziehen Th.].

Силой аффекта объясняется утрата мышлением логичности в отношении комплексных переживаний. Аффект оказывается сильнее очевидности, здравого смысла.

К. клинически проявляется особенностями протекания мыслительных процес­сов, возникновением бреда, в первую очередь параноического.

К. придается важная роль в формировании примитивною (архаического, «ма­гического») мышления [Kretschmer E., 1927].

К. противостоит голотимия [Bleuler E., 1906] — общее влияние обусловливаю­щего настроение аффекта на характер представлений, например, при депрессивных состояниях.

**Кататония.** См. *Кальбаума кататония.*

***К. люцидная*** (лат. *lucidus —* ясный, светлый) — кататонический синдром, про­текающий без расстройств сознания.

***К. малая*** [Lambert P.N., Mindenet M., 1972] — редуцированный вариант катато­нического синдрома, характеризующийся лишь наличием отдельных его проявлений (манерность, избегание взгляда собеседника, уклонение от рукопожатия, беспричин­ные улыбки, отгороженность, появление иногда внезапных, неожиданных движений, эпизодическая эхолалия, кратковременные несистематические остановки в движе­ниях и речи). Наблюдается чаще всего при начальной шизофрении, манифестирую­щей неврозо- и психопатоподобными проявлениями.

Син.: кататонизм малый.

***К. манерная*** — по K. Leonhard [1957], рассматривается как форма системной шизофрении и характеризуется наличием ритуалов застывшей манерности. При на­рушении этих ритуалов не проявляются другие движения, наступает полное бездей­ствие, однако при попытке помешать совершению манерного ритуала возможны проявления агрессии. Проявлением манерности может быть отказ говорить, при ко­тором больной отвечает письменно. Прогрессирует обеднение непроизвольной мо­торики, развивается застывшая осанка. Движения носят стереотипный характер.

Син.: К. стереотипная [K. Kleist].

***К. мягкая*** — вариант, характеризующийся отдельными кататоническими включениями в клиническую картину психотического состояния: ступор и обездви­женность не достигают значительной выраженности и носят кратковременный, эпи­зодический характер.

***К. онейроидная*** (*греч. oneiros —* сновидение, *eidos —* вид) — кататонический синдром, протекающий на фоне онейроидного расстройства сознания.

***К. периодическая*** — по K. Leonhard [1957], форма системной шизофрении. Характеризуется сочетанием гиперкинезов и акинезов. Больной неподвижно лежит в постели, но одной кистью стереотипно ритмично отбивает такт. Возбуждение может сменяться акинезом. Течение приступообразное, биполярное. По R. Gjessing [1953], в периоды кататонического возбуждения или ступора определяются характерные из­менения азотистого обмена.

***К. поздняя*** — кататонический синдром, манифестирующий в пожилом воз­расте. Нозологическая принадлежность спорна. Одними исследователями относится к поздней шизофрении, другими — к инволюционным психозам.

***К. проскинетическая*** — по K. Leonhard [1957], характеризуется наличием симптома проскинезии (см.), относится к системной шизофрении. Проскинезия — го­товность к соучастию, пассивное следование импульсу извне. Характерно стерео­типное манипулирование предметами, которое при значительной выраженности на­поминает двигательные итерации.

***К. смертельная*** [Stauder К., 1936] — атипичная форма шизофрении с острым началом, характеризующимся кататоническим возбуждением, наличием кожных ге­моррагии, высокой температуры тела, патологическими изменениями в кроветвор­ной системе. Течение и прогноз неблагоприятны. При относительно благоприятном исходе в дальнейшем наблюдается шизофреническая процессуальная симптомати­ка. Рассматривается как злокачественно текущая форма шизофрении фебрильной [Scheid K.F., 1937; Тиганов А.С., 1970, 1982].

Особенности течения К.с. связываются либо с явлениями токсикоза, вызван­ного шизофреническим процессом, при явлениях известной неполноценности цен­тральной нервной системы, либо с присоединением интеркуррентной инфекции, об­остряющей течение шизофрении.

**Катафазия** (*греч. kataphasis —* утверждение). Речевая стереотипия, много­кратное повторение ответа на заданный вопрос. Может рассматриваться как ауто- эхолалия. Наблюдается при кататонической шизофрении.

**Катексис** (*англ. cathexis*)*.* Неологизм, предложенный S. Freud для обозначе­ния в английском языке понятия *Besetzung* (*нем.* захват, инвестирование). Под К. по­нималось количество энергии, затрачиваемой на представление объекта в психиче­ской структуре. К. — как бы подвижный заряд, перемещаемый с одной структуры на другую. Эта энергия затрачивается на формирование, сознательное или бессозна­тельное, таких представлений, как понятие, идея, образ или символ. В зависимости от «локализации» в психике различаются Эго-К., К.-фантазия (Ид-К.) и К.-объект. Эго-К. представляет собой концентрацию психической энергии на сознательном чле­нении либидо; К.-фантазия питает процессы формирования желаний, влечений; К.- объект представляет собой энергию, направленную на предметы окружающего мира или их образы в сознании. Понятия Контр-К. и Анти-К. должны обозначать психиче­скую энергию, необходимую для подавления К. Понятие К. в психоанализе применя­ется и для обозначения ряда гипотетических психических процессов, связанных с перемещением психической энергии, — катектирования, декатектирования, гиперка- тектирования (последнее применительно к психологической защите). Гипер-К. — перенасыщение объекта психической энергией, тогда как ее недостаточность обозначается как гипо-К. Существуют понятия аффективного, либидонозного, эроти­ческого, инстинктивного К., а также К.-слово, К.-мысль, К.-вещь. Многие понятия, включающие термин К., в психоанализе могут быть расшифрованы через понятия «интерес», «значение», «реальность» [Rycroft Ch., 1979].

**Кауфмана—Керера метод лечения истерии** [Kaufmann F., 1916; Kehrer F., 1916]. Один из репрессивных методов лечения истерических параличей, получив­ший распространение в годы первой мировой войны. Внушение, носившее характер обвинений в симуляции и угроз репрессивными мерами, сочеталось с воздействием на парализованную конечность больного фарадическим током и «перевоспитанием» путем применения комплекса мучительных строевых упражнений. В основе метода лежал взгляд на истерические симптомы как на проявление «злой воли», «бегства в болезнь».

**Кафар** (*фр. cafard —* тоска, хандра, сплин). Термин, многие годы назад вве­денный в обиход военнослужащими французского Иностранного легиона для обозначения аффективных расстройств, наступающих вдали от родины, в условиях неблагоприятного климата и тяжелой службы. В психиатрии понятие К. было при­менено в конце первой мировой войны Huot и Voivenel, вкладывавшими в него при­знаки нравственной депрессии, вызванной отторжением от дома, лишением привыч­ной деятельности, изоляцией, трудными условиями жизни. Состояние К. может при­вести к тяжелым приступам депрессии, реакциям тоскливого ожесточения. В настоя­щее время термин используется во французской психиатрии для обозначения де­прессивных состояний, ностальгии [Porot А., 1975].

**Кахексия** (*греч. kakos —* плохой, *hexis —* состояние). Состояние крайнего телесного истощения, идущего с упадком жизненно важных физиологических функ­ций, прогрессирующим исхуданием (иногда даже при булимии), нарастающей асте­нией, сменяющейся на заключительном этапе апатией. Наблюдается обычно при неблагоприятном течении ряда соматических заболеваний, эндокринной патологии, при длительном голодании, лучевой болезни. В психиатрической практике наблюда­ется чаще всего в марантической стадии старческих психозов, прогрессивного пара­лича.

***К. гипофизарная*** [Simmonds M., 1914; Glinski J.K., 1913]. Результат пораже­ний промежуточно-гипофизарной области с выпадением функции передней доли ги­пофиза. Возникает в связи с инфекционными и опухолевыми процессами, травмами головного мозга. Впервые описана при послеродовом сепсисе с «эмболическими ме­тастазами» в гипофиз и при метастазировании злокачественных опухолей. Наблю­дается и при локализации в области гипофиза сифилитической гуммы. Типичны вы­раженная астения, вялость, апатия, анорексия, отвращение к пище, выпадение во­лос, особенно в подмышечных ямках и на лобке, кахексия. В тяжелых состояниях — депрессии, нарушения сознания. Больные выглядят старше своих лет, у них отмеча­ется атрофия половых органов, аменорея (чаще заболевают женщины). Рентгеноло­гически — нередко увеличение и деструкция турецкого седла.

Син.: болезнь Симмондса—Глинского, болезнь Глинского—Симмондса, бо­лезнь Симмондса, гипофизарная кахексия, преждевременный сениум.

**Кашель истерический** [Oppenheim H., 1902]. Сухой, грубый, напоминающий собачий лай, кашель, возникающий по истерически-психогенным механизмам и ис­чезающий в ночное время.

**Квазимодо синдром.** Совокупность личностных изменений у лиц с физиче­скими недостатками, чаще всего врожденными, влекущими за собой внешнее уродство, что приводит к эмоциональному конфликту и их социальной изоляции. Квазимодо — герой романа В. Гюго «Собор Парижской богоматери», отличавшийся исключительным телесным уродством, человек богатых душевных переживаний, озлобленный издевательским отношением к нему окружающих.

Син.: комплекс Квазимодо.

**Кверулянтство** (*лат. querulus —* постоянно жалующийся). Непреодолимая сутяжническая деятельность, борьба за свои попранные, по мнению больного, пра­ва, ущемленные интересы путем представления бесконечных жалоб во всевозмож­ные инстанции, подания исков в суд, оспаривания любых принятых по этим искам решений. Характерно для психопатических личностей параноического склада. На­блюдается при параноических развитиях и паранойяльном варианте параноидной шизофрении.

**Кейроспазм** (*греч. keirein —* стричь, подстригать, *spasma —* судорога). Про­фессиональный невроз, наблюдающийся у парикмахеров и проявляющийся спазма­ми мышц рук и плечевого пояса.

**Кейрофобия** (*кейро + греч. phobos —* страх) [Oppenheim H.]. Навязчивый страх, наблюдающийся у парикмахеров, боязнь при бритье порезать клиента.

**Кейф** (*араб.* «отдых», приятное безделье). Состояние эйфории, довольства, комфорта, прилива сил, приятного самоощущения, большой легкости, сопровождаю­щейся приятными иллюзорными переживаниями и фантазиями. Отмечается в пер­вой стадии гашишного опьянения.

**Келли метод ролевой психотерапии** [Kelly G.A., 1955]. Форма психотерапии, основанная на психологической концепции ролевого поведения. Психотерапевт дает больному эскиз специфических индивидуальных личностных свойств, характерных для избранной им и оптимальной, по его мнению, для пациента социальной роли. Пациент должен научиться играть роль, характерную для фигурирующей в эскизе воображаемой личности. В течение нескольких дней пациент в домашних условиях проводит кратковременные эксперименты демонстрации новых личностных свойств. При этом подчеркивается, что занятие носит характер эксперимента, что больной не должен стать таким, как описанный в эскизе персонаж, он только должен проде­монстрировать свое умение вести себя аналогично моделируемой психотерапевтом социальной роли. Одна из разновидностей тренинговой психотерапии.

**Кемпбелла симптом** [Campbell D., 1909]. Отсутствие сознания болезни при патологии лобных отделов головного мозга (опухоли лобной локализации).

Ср.: анозогнозия паралича или слепоты при Антона—Бабинского синдроме.

**Кемпинского симптом заколдованного круга** [Kepinski A., 1972]. Один из основных, осевых, симптомов неврозов. Состоит в замыкании невротической цепи — причины и следствия. Например, невротический страх вызывает ряд вегетатив­ных нарушений, а те, в свою очередь, увеличивают чувство страха. Связь причинных факторов в патогенезе неврозов отражает гипертрофический характер каждого по­следующего звена: усиление одного фактора влечет за собой таковое же последую­щего, что играет известную роль в механизмах невротического развития.

Одна из важнейших задач в лечении неврозов, по A. Kepinski, разрыв заколдо­ванного круга.

**Кемпинского теория информационного метаболизма** [Kepinski A.]. Рассмотрение психической деятельности человека в норме и патологии с позиций теории информации. Раздражители внешнего мира воздействуют на «Я» через гра­ницу, отделяющую внутренний мир от внешнего, этот процесс протекает по законам селекции, предполагающим две основные тенденции — ассимиляция и отклонения, элиминации. Ассимиляция внешних раздражений приводит к возникновению соот­ветствующих функциональных структур, обусловливающих те или иные психологи­ческие реакции. Такая организация поступающих извне раздражений носит характер отрицательной энтропии. Взаимоотношения между селективными тенденциями определяются потребностями организма, то есть потребности определяют характер основополагающей тенденции и возникновение функциональной системы. Ассими­лятивная тенденция достигает максимальной выраженности в плане сексуальной деятельности, направленной на продолжение рода. Тенденция отклонения рассмат­ривается как выражение чувства агрессии и может иметь значение не только инди­видуальное, но и социальное.

Психические расстройства рассматриваются как патология границы, через ко­торую осуществляются информативные связи организма с внешним миром. Так по­нимается генез аутизма, расщепления, депрессии, эмоциональных нарушений при неврозах.

**Кенко симптом** [Quinquaud Ch.E., 1841]. Тремор пальцев вытянутых рук. Симптом алкоголизма.

**Кеннеди синдром** [Kennedy F., 1911]. Наблюдается при опухолях основания лобной доли. Характеризуется застойным диском зрительного нерва на противопо­ложной опухоли стороне и первичной атрофией зрительного нерва на стороне опу­холи. Развитие постепенное: в начале появляется застойный диск зрительного нер­ва, а затем, в другом глазу, центральная скотома, наблюдается побледнение диска и его первичная атрофия в связи с непосредственным давлением опухоли на зри­тельный нерв.

**Кеннона таламическая теория эмоций** [Cannon W.B., 1927]. Основное значе­ние в происхождении эмоций придается центральным нервным механизмам, и в первую очередь таламусу и подкорковым центрам. Основой эмоционального пере­живания и поведения считается освобождение от коркового торможения возникаю­щих в таламусе нервных импульсов. Разрядка нейронов в таламусе ведет к распро­странению возникающих при этом импульсов, распространяющихся по афферент­ным и эфферентным путям. Изменения в организме рассматриваются как следствие эмоций, имеющих важное приспособительное значение. Таким образом, подчерки­вается мобилизующая роль эмоций в восстановлении нарушенного гомеостаза.

**Кенофобия** (*греч. kenos —* пустой, *phobos —* страх). Навязчивый страх, бо­язнь больших незаполненных пространств, например пустого зала и безлюдной пло­щади. Понятие, близкое агорафобии.

**Кента—Розаноффа тест** [Kent G.H., Rosanoff J.]. Психологическая методика для исследования свободных ассоциаций. В качестве раздражителей используется набор из 100 слов, речевые реакции на которые стандартизированы на большом ко­личестве психически здоровых лиц. Определяется удельный вес нестандартных ре­чевых реакций. Используется для выявления эксцентричности, необычности мышле­ния. Вариант словесного эксперимента.

**Кентомания** (*греч. kenteo —* колоть, *mania —* страсть, влечение) [Morel- Lavallee, 1911]. Патологическое пристрастие к инъекциям. При этом больному совер­шенно безразлично, какой медикамент ему вводится.

Син.: болезнь Мореля-Лавайе.

**Керауноневроз** (*греч. keraunos —* молния, *neuron —* нерв). Невротическое со­стояние, возникающее в связи с разрядом грома и молнии.

**Кераунопаралич** (*керауно + греч. paralyo —* развязывать, расслаблять) [Charcot J.M.]. Истерический паралич, наступающий после разряда грома и молнии.

**Кераунофобия** (*керауно + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь грома и молнии. Часто возникновение К. связано с рассказами окружающих о такого рода событий и их последствиях. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и психастении, особенно у детей.

**Кербикова клиническая типология психопатий** [Кербиков О.В., 1955]. Наи­более принятая в отечественной психиатрии. Построена по клинико-патофизиологи­ческому принципу. Различают следующие группы психопатий: 1) возбудимые; 2) неу­стойчивые; 3) тормозимые (астенические); 4) психастенических личностей; 5) шизои­дов; 6) мозаичные (смешанные, полиморфные формы). Отличается теоретической стройностью и удовлетворяет запросы практического здравоохранения. Правомер­ность выделения указанных типов психопатий подтверждается большим клинико­статистическим материалом [Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980].

См. *Психопатии.*

**Кербикова триада гебефренического синдрома** [Кербиков О.В., 1949]: 1) «гимнастические» сокращения лицевой мускулатуры, гримасничание; 2) безмотив­ные действия, поступки, не являющиеся ни импульсивными, ни обусловленными па-

тологическими мотивами (феномен бездействия мысли [Levi-Valensi J., 1926]; 3) не­продуктивная эйфория, бессодержательно-веселое настроение. Сочетание этих признаков рассматривается как психопатологическая основа гебефренной шизофре­нии.

**Кербикова—Фелинской генетическая систематика психопатий** [Кербиков О.В., 1961, 1963, 1971; Фелинская Н.И., 1965, 1971]. Построена на принципе непра­вомерности сведения психопатий только к одной причине и альтернативного проти­вопоставления конституционально-наследственных и отрицательно внешних (психо­генных, социально-психологических, экзогенно-органических) и эндогенных факто­ров. Различают две основные группы психопатий: ядерные (конституциональные, ис­тинные) и приобретенные. Последние дифференцируются на постпроцессуальные (при условии остановки патологического процесса), органические (например, харак­теропатический вариант органического психосиндрома) и краевые. К краевым психо­патиям относят патохарактерологические и психогенные развития. К психогенным развитиям относятся невротические (типичная динамика: невротическая реакция — невроз — невротическая депрессия — невротическое развитие — краевая психопа­тия, в дальнейшем возможно перерастание в патологическое развитие личности) и постреактивные (типичная динамика: реактивное состояние — усложнение и углуб­ление доминирующих отрицательно окрашенных представлений, формирование комплекса сверхценных переживаний, психопатоподобное реагирование — появле­ние психопатических особенностей личности).

См. *Психопатии.*

**Кеттелла опросник** [Cattell R.B., 1950]. Психологическая методика для иссле­дования личностных особенностей. Направлена на выявление 16 факторов лично­сти, характеризующих ее структуру. Разработаны две основные параллельные фор­мы, каждая из которых содержит 187 вопросов. Факторы личности биполярны, например: циклотимия — шизотимия, беспечность — озабоченность и т.д. Выделя­ются также факторы второго порядка (экстра, интроверсия, тревожность). К.о. суще­ствует в вариантах, предназначенных для исследования взрослых, подростков, де­тей.

**Кеттелла тест персеверации** [Cattell R.B., 1946]. психологическая методика, направленная на выявление персеверации, состоит из семи субтестов (написание слов в обычном и обратном порядке, написание фраз строчными и прописными бук­вами, чтение текстов, написанных в прямом и обратном порядке, прохождение лаби­ринта в соответствии с указателями и вопреки им, написание собственного имени в прямом и обратном порядке, написание цифр обычным способом и в перевернутом виде, произведение серии умножений в соответствии с таблицей умножения и с на­рочито заданными неправильными промежуточными звеньями). В каждом субтесте сравниваются две оценки — числа правильных и неправильных действий в минуту. Отмечаются высокие показатели фактора персеверации у больных эпилепсией [Delay J., Pichot P., Perse G., Jubert M., 1953].

**Кинантропия** (*греч. kyon, kynos —* составная часть некоторых слов, обознача­ющая «относящийся к собаке», anthropos — человек). Бредовые идеи превращения в собаку. Вариант бреда метаморфозы.

**Кинестезия** (*греч. kinesis —* движение, *aisthesis —* ощущение, чувство). Вос­приятие положения и перемещения в пространстве тела и его частей, направления и объема движений в различных положениях, сопротивления и тяжести предметов окружающей обстановки. Осуществляется через импульсы, поступающие от про­приоцепторов. Играет важную роль в сохранении телом равновесия в различных по­ложениях.

Син.: чувство мышечное, чувство мышечно-суставное.

**Кипридофобия** (*греч. Kypris —* одно из имён богини любви Афродиты, *phohos —* страх). Навязчивый страх, боязнь заразиться венерическим заболевани­ем.

**Клагеса таламическая триада** (*анат. thalamus opticus* — зрительный бугор) [Klages W., 1965]. Комплекс появляющихся почти одновременно расстройств воспри­ятия своего тела, феноменов деперсонализации и обонятельных галлюцинаций у больных шизофренией. Аналогичные симптомы наблюдаются при органических за­болеваниях головного мозга с локализацией поражения в области таламуса, что, по мнению исследователей, сближает их с шизофренией.

**Клазомания** (*греч. klazo —* кричать, *mania —* страсть, влечение). Приступы насильственно наступающих крика и громкого пения при ясном сознании. Наблюда­ется при поражении органическим процессом базальных ядер головного мозга.

**Клайнфельтера болезнь** [Klinefelter H.G., 1942]. Наследственное заболева­ние хромосомной природы (добавочная Х-хромосома). Заболевают мужчины (один из 700 родившихся мальчиков). Типичны высокий рост, признаки гипогенитализма, евнухоидное строение тела, гинекомастия, азооспермия, бесплодие. Со стороны психики часты случаи умственного недоразвития степени дебильности, реже — им­бецильности, характерологические изменения, апатия. При незначительной ум­ственной отсталости нередко наблюдаются невротические реакции в связи с на­личием у этих больных сознания своей неполноценности.

Син.: Клайнфельтера синдром.

**Клапареда метод** [Claparede E., 1916]. Экспериментально-психологическая методика для определения врожденных способностей ребенка, учитывающая раз­личные стороны его личности (память, комбинаторика, речь, житейская осведомлен­ность, скорость письма и т.д.). Оценка предусматривает 4 степени. Высшая степень одаренности оценивается в 100% и соответствует реальному паспортному возрасту ребенка. В основе К.м. лежит концепция интеллектуального возраста. К.м. близок к тесту Бине. В соответствии со своей концепцией интеллекта E. Claparede в интел­лектуальной деятельности различал замысел (создание новой идеи) и понимание (перегруппирование).

**Кластомания** (*греч. klastos —* поломанный, *mania —* страсть). Неодолимое влечение ломать предметы, разрушать окружающую обстановку. Наблюдается у психопатических личностей, особенно в состоянии опьянения, при психопатоподоб­ных изменениях личности органического генеза, при шизофрении.

**Клаустрация** (*лат. claustrum —* засов, замок, заточение). Симптом патологи­ческого затворничества, отличного от добровольного разрыва контактов с окружаю­щим миром, например при заточении в монастыре. Отшельничество может быть и проявлением личностных особенностей лиц, не являющихся психически больными (путешественники-одиночки; спелеологи-любители, подолгу живущие в пещерах; мизантропы, ищущие одиночества из-за ненависти к себе подобным).

Истинная К. является симптомом психического заболевания, это стремление уйти от мира, при котором затворничество, будучи патологической, антисоциальной реакцией, больным воспринимается как нечто совершенно естественное. К. либо служит проявлением резко выраженного аутизма при шизоидных состояниях и ши­зофрении, либо входит в структуру персекуторного бреда в качестве меры защиты от преследователей [Gayral L., Carrie J., Bonnet J., 1953]. К. может также наблюдать­ся в рамках обсессивно-фобического синдрома в связи с мизофобией, боязнью острых предметов, фобической боязнью контактов [Porot A., 1975]. По A. Porot, К. на­блюдается также при сенильных бредовых психозах с идеями ущерба, обкрадыва­ния. См. *Анахоретство.*

**Клаустромания** (*клаустро + греч. mania —* страсть, помешательство). Страх перед выходом из закрытого помещения, нежелание выходить наружу.

**Клаустрофилия** (*клаустро* + *греч. philia —* любовь, влечение). Навязчивое влечение закрывать окна и двери из страха оказаться одному в незапертом помеще­нии.

**Клаустрофобия** (*клаустро + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, бо­язнь закрытых помещений.

**Клезастения** (*греч. klesis —* зов, оклик, *asthenes —* слабый). Ослабление силы голоса в связи с чрезмерным его повышением во время речи. Наблюдается при маниакальной фазе МДП.

**Клейна симптом** [Klein R., 1930]. Наблюдается при органических поражениях нервной системы с расстройством дискриминативной чувствительности на одной по­ловине тела. Больная нога субъективно воспринимается увеличившейся в объеме, большей по сравнению с другой.

**Клейне—Левина синдром** [Kleine W., 1925; Levin M., 1936]. Приступооб­разные состояния возникающего во внеурочное время сна, по своим проявлениям и электроэнцефалографически не отличающегося от физиологического. Эти состоя­ния длятся несколько часов или дней. По выходе из сна больные чувствуют себя бо­дрыми, испытывают сильный голод. Во время светлых промежутков отсутствуют ка­кие бы то ни было болезненные проявления. Этиология не установлена. Одни ис­следователи видят причину в нарушении обмена веществ, другие — в нейроинфек- ционном процессе с локализацией поражения в лобных долях или диэнцефальной области. Некоторые относят К.—Л.с. к эпилепсии, нарколепсии.

Син.: периодическая гиперсомния с булимией, периодическая гипергрипния.

**Клейнзорге—Клюмбиса методика направленной ориентировки** [Kleinsorge N., Klumbies G., 1959]. Психотерапевтическая методика, вариант Шульца аутогенной тренировки, сочетающая принципы внушения, самовнушения, коллективно-группо­вой психотерапии и обучения, тренировки и управления своим организмом. Приме­няются развернутые аутосуггестивные формулы. Больные делятся по степени под­готовки и вовлеченности в психотерапевтический процесс на три класса, а также на группы в соответствии с направленностью психотерапии на определенные внутрен­ние органы.

**Клейста симптом** [Kleist К., 1908]. Мутичный кататоник отвечает на вопрос уже после того, как задавший его удалился.

Син.: симптом последнего слова.

**Клейста систематика психопатологических симптомов, синдромов** [Kleist К.]. 1) Гомономные симптомы, отличающиеся от проявлений психической жизни в норме лишь степенью выраженности, например печаль депрессивного больного; 2) гетерономные — не имеющие аналогов в нормальных психических проявлениях, например разорванность мышления у больных шизофренией; 3) интермедиарные — в тех случаях, когда четкую грань провести невозможно, например, навязчивые со­стояния, конфабуляции.

**Клептолагния** (*греч. klepto* — красть, *lagneia —* похоть, сладострастие) [Kiernan G.C.]. Термин, предложенный для обозначения кражи, связанной с сексу­альными переживаниями. Ранее La Cassaque [1896] и Slekel [1908] указывали, что клептомания может служить формой восполнения сексуальной неудовлетворенно­сти. H. Ellis считал, что кража является средством вызывать у себя чувство страха и тревоги, стимулирующее усиление до того недостаточных сексуальных импульсов с последующим достижением удовлетворения.

**Клептомания** (*клепто + греч. mania —* страсть, безумие). Патологическое им­пульсивно возникающее влечение к воровству с непреодолимой потребностью удовлетворить это стремление. Характерны неожиданность появления влечения, чрезвычайная аффективная напряженность, отсутствие признаков нарушенного со­знания, каких-либо психических задержек. Клептоманические импульсы возникают на фоне тяжелой дисфории; по выполнении желаемого действия больной испытыва­ет чувство удовлетворения, облегчения.

По Н.П. Бруханскому [1930] истинная К. наблюдается у лиц психопатического склада с расстройствами настроения и жизни влечений. Отмечается связь с сексу­альными переживаниями (См. *Клептолагния*)*.* Характерна направленность деятель­ности не на какой-либо определенный предмет, а на сам акт кражи, которая часто не соответствует социальному и материальному положению больного.

**Клептофобия** (*клепто + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь во­ров. Часто наблюдается в пожилом возрасте, нередко — в сочетании с бредовыми идеями обкрадывания, ущерба.

**Клерамбо закон** [Clerambault G., 1927]. Устанавливает зависимость тяжести исхода психического заболевания от возраста его начала, массивности поражения головного мозга и латентности: чем раньше возникло поражение головного мозга, чем оно массивнее и чем короче латентный период, тем чаще возникающий психоз протекает по типу экзогенных реакций (делирий, аменция и др.); чем старше про­банд к началу болезни, чем слабее этиологический фактор, чем длительнее латент­ный период, тем проще структура психического заболевания (в наиболее легких слу­чаях наблюдаются аффективные и бредовые расстройства). Подтвержден исследо­ваниями М.Я. Цуцульковской [1967], В.М. Лупандина [1967], М.С. Вроно [1971] (См. *Вроно концепция возрастного патоморфоза*)*.*

**Клерамбо симптом** [Clerambault G., 1925]. «Эхо собственных мыслей». Вхо­дит в состав Кандинского—Клерамбо синдрома.

**Кликушество.** Разновидность истерии, проявляющаяся в быту в виде единич­ных, спорадических случаев, но иногда приобретающая характер психических эпиде­мий. Характеризуется идеями бесоодержимости. Наиболее типичный признак — истерические припадки, возникающие чаще всего во время религиозных отправле­ний. При этом отмечается сужение сознания, возможны галлюцинаторные индуциру­емые переживания. В настоящее время — большая редкость.

**Климакофобия** (*греч. klimax* — лестница, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь ходьбы по лестницам. Наблюдается при неврозе навязчивых состоя­ний, психастении (особенно при зафиксировавшейся неудаче).

**Климактерический период** (*греч. klimakter —* ступень, переломный период). Период жизни, характеризующийся прекращением генеративной функции. В ряде случаев протекает с эндокринными, вегетативно-сосудистыми и психическими нару­шениями (К.п. патологический, климактерический синдром). При наступлении К.п. до 45 лет у женщин или до 50 лет у мужчин говорят о раннем климаксе. У женщин ча­стой причиной раннего климакса являются операции на матке и яичниках, облучение женских половых органов. В К.п. часты неврозоподобные соматически обусловлен­ные состояния.

Син.: климакс, климактерий.

**Клиника** (*греч. kline —* кровать, постель). 1. Лечебно-профилактическое спе­циализированное учреждение высокого профессионального уровня, являющееся ба­зой для научно-педагогического процесса (соответствующей кафедры медицинского вуза или института усовершенствования врачей) или научно-исследовательской ра­боты. 2. Синоним понятия «клиническая картина болезни».

**Клиномания** (*клино* + *греч. mania —* страсть). Болезненная склонность к ле­жанию в постели или в кресле, шезлонге без объективных для того причин. Наблю­дается у больных неврозами (неврастения), психастенических психопатов, при ипо­хондрических состояниях.

Помимо этого К. может наблюдаться как редкая форма навязчивости [J.-M. Sutter, 1975], причем трактуется она с точки зрения психоанализа как проявление ре­грессии вплоть до поведения ребенка в колыбели или даже стремление вернуться в чрево матери.

**Клинофилия** (*клино* + *греч. philia —* любовь). Склонность к времяпровожде­нию в постели с увеличением времени сна. Будучи особым видом поведения боль­ного, служит проявлением либо утраты интереса к жизни (апатические изменения при шизофрении, абулия больных меланхолией), либо страха перед столкновением с жизнью (например, утренняя астения невротиков) [J.-C. Scotto, 1975].

**Клинотерапия** (*клино + греч. therapeia —* лечение). Начало лечения с назна­чения постельного режима.

**Клиппеля синдром I** [Clippel M., 1892]. Сосудистый атеросклеротический псевдопаралич.

Син.: болезнь Клиппеля, «артритический псевдопаралич».

**Клиппеля синдром II** [Clippel M.]. Полиневрит и Корсакова амнестический синдром сочетаются с картиной цирроза печени, кахексией, асцитом. Наблюдается при хроническом алкоголизме.

**Клода—Луайез—Лермитта синдром** [Claude H., Loyeses, 1912; Lhermitte J., 1922]. Наблюдается при поражении одной из педункулярных артерий и характеризу­ется односторонним параличом III пары черепных нервов, поражением содруже­ственного взгляда в противоположную очагу поражения сторону, вверх и вниз, лег­ким мозжечковым синдромом с противоположной стороны и зрительными галлюци­нациями (См. *Лермитта галлюцинации*)*.*

**Клоноид** (*греч. kloneo —* качаться, *eidos —* подобие). Движения, напоминаю­щие клонус, однако отличающиеся нерезкой выраженностью, непостоянством и бы­стрым истощением.

**Клонус** (*греч. klonos —* беспорядочные движения). Ритмические сокращения равной амплитуды пассивно растянутой мышцы. Сохраняются, в отличие от клонои- да, все время, пока эта мышца находится в растянутом положении. Наблюдается при поражениях пирамидного пути.

***К. функциональный.*** Наблюдается в отличие от истинного К. при невротиче­ских состояниях. Легко вызывается при исследовании сухожильных рефлексов, про­является с обеих сторон, отличается аритмичностью, колебаниями амплитуды дви­жений. При отвлечении внимания больного исчезает.

***К. эпилептический.*** Клоническая фаза большого судорожного припадка. Следует отличать от миоклонус-эпилепсии.

**Клопемания** (*греч. klope —* кража, *mania —* страсть). См. *Клептомания.*

**Клоунизм.** Симптом, характеризующийся поведением, напоминающим клоун­ское, стремлением подражать окружающим, гримасничанием. Наблюдается при гру­бой органической патологии детского и юношеского возраста и при юношеской ши­зофрении [Peters U.H., 1977]. Известно другое [Гуськов B.C., 1965] понимание терми­на — для обозначения истерических припадков, протекающих с выраженными ги­перкинезами (богатой мимикой, жестикуляцией, театральными позами, выгибанием тела дугой).

**Клубы анонимных алкоголиков (АА).** Один из методов коллективной психо­терапии алкоголизма. Первый К.а.а. был создан в 1935 г. в Нью-Йорке бывшими больными — врачом и разорившимся бизнесменом с целью социальной реабилита­ции лиц, страдающих алкоголизмом. В настоящее время Общество АА представляет международное движение, основные принципы которого заключаются в вере в бога или естественные законы, честности в самооценке, готовности признать свою вину в причиненных окружающим неприятностях, в вере в человечество и стремление по­святить себя людям, которые сознательно решили излечиться от алкоголизма. В та­кой форме движение бывших АА в известной мере отражает миссионерские тенден­ции. В СССР первый К.а.а. возник в Риге [Канеп В.В., 1973]. К 1977 г. в мире К.а.а. насчитывали около 500 тыс. членов [Peters U.H.]. По мнению Н.Я. Копыта и П.И. Си­дорова [1986], клубный метод расширяет и дополняет существующие методы лече­ния алкоголизма, он удачно сочетает психотерапию, продолжительный тесный кон­такт с больными, поддерживающийся и в последующее за выпиской из лечебного учреждения время, влияет на длительность ремиссии, привлекает к проведению со­циальной реабилитации семью и общество.

**Клювера— Бьюси синдром** [Kluver H., Bucy Р., 1937]. Симптомокомплекс психических нарушений, наступающих вследствие двусторонней височной лобэкто­мии у резус-макак. Характерны гностические расстройства типа психической слепо­ты, общая расторможенность, эйфория, извращение эмоциональных реакций, гипер­сексуальность, утрата чувства стыда и страха, неутолимый голод. Нередко наблюда­ются акинетический мутизм, аффективные колебания, вегетативные кризы. У людей после оперативного удаления обеих височных долей описана неполная картина К.— Б.с., преобладают проявления слабоумия [Tertian H., 1955].

Син.: Клювера—Бьюси—Тертьена синдром.

**Ключевые переживания** [Kretschmer Е., 1922]. Переживания, специфичные для определенной личности и потому вызывающие у нее характерные, особенно сильные реакции. Можно сказать, что ключевые переживания и характер подходят друг к другу, как ключ к замку. Так, переживание незначительного сексуально-этиче­ского поражения может оказаться специфическим для личности сенситивного скла­да, а для человека кверулянтского склада может остаться незамеченным, пройти бесследно. По Е. Kretschmer, К.п. играют важную роль в сенситивном бредообразо- вании.

**Ковалёва концепция психического дизонтогенеза** [Ковалёв В.В., 1976]. Психический дизонтогенез выделяется как один из важнейших компонентов общего дизонтогенеза, проявляющийся в нарушениях психического развития и обусловлен­ный как биологическими (генетическими, экзогенно-органическими и др.) патогенны­ми факторами, так и длительно неблагоприятно воздействующими микросоциально- средовыми моментами, а также их разнообразными сочетаниями. Основные типы психического дизонтогенеза следующие: 1) ретардация — запаздывание или при­остановка всех сторон или преимущественно отдельных компонентов психики; 2) асинхрония — диспропорциональное, искаженное психическое развитие при выра­женном опережении развития одних психических функций и отставании темпа и сро­ков развития других функций и свойств; 3) дисфункция созревания — дисфункция, связанная с морфофункциональной возрастной незрелостью центральной нервной системы и взаимодействием незрелых структур и функций головного мозга с не­благоприятными факторами внешней среды. Психический дизонтогенез играет важ­ную роль в развитии многообразных форм психической патологии, связанных с нару­шением развития, — от состояний общего психического недоразвития, то есть син­дромов умственной отсталости, до патологических феноменов, возникающих вслед­ствие дисфункции созревания, — моторных и речевых стереотипии, страхов, пато­логического фантазирования и др.

**Когана синдром** [Cogan D., 1952]. Совокупность офтальмологических призна­ков при некоторых формах врожденной органической патологии головного мозга. Ха­рактерна неспособность к произвольным боковым движениям глазных яблок. При попытке компенсаторного поворота головы глаза насильственно поворачиваются в противоположном направлении. Все движения глаз по вертикали остаются неизмен­ными. Первые проявления в возрасте 3-5 лет.

Син.: врожденная частичная глазодвигательная апраксия.

**Когнитивного диссонанса теория** (*лат. cognitio —* знание). Распространен­ная в западной социальной психологии теория, рассматривающая межличностные конфликты как неизбежность, неотъемлемую часть социального бытия, взаимодей­ствия индивидов и групп. Считается, что конфликт становится реальным только то­гда, когда он осознается участниками. Состояние диссонанса переживается как дис­комфорт, от которого человек стремится избавиться. Диссонанс возникает в ситуа­ции, когда человек об одном объекте располагает двумя взаимно исключающими «знаниями». Поэтому, чтобы ликвидировать К.д., индивид должен либо изменить один из элементов диссонансных «знаний», либо ввести какой-нибудь новый позна­вательный элемент. В отечественной психологии отмечается недостаточная разра­ботка и изучение когнитивной психологией высших социализированных форм дея­тельности субъекта.

**Кодеинизм.** Разновидность опийных наркомании. Кодеин — наркотический аналгетик; уже однократное применение его сопровождается развитием эйфории, являющейся основной причиной формирования быстрого болезненного пристра­стия. При прекращении приема кодеина наступает тяжелая абстиненция. При прие­ме больших доз препарата — картина делирия (кодеинового).

**Кожевникова эпилепсия** [Кожевников А.Я., 1894]. Форма кортикальной эпи­лепсии. Характерны клонические судороги, наблюдающиеся вне припадка, постоян­ные или с короткими перерывами, в ограниченных участках или в половине тела. Временами они усиливаются и заканчиваются эпилептическим судорожным припад­ком, развивающимся по типу джексоновского. Чаще всего является следствием ви­русного клещевого энцефалита.

Син.: кортикальная частичная постоянная падучая.

**Козинса—Дюре синдром** [Cosins, Duret, 1955]. Больные наносят себе телес­ные повреждения для того, чтобы стать объектом сочувствия окружающих. С той же целью сочиняются разного рода трогательные истории. Является разновидностью мифомании.

**Коинофобия** (*греч. koinos —* общий, *phobos—* страх). Навязчивый страх, бо­язнь заходить в помещение, где собралось много людей.

**Коитус** (*лат. coitus —* совокупление). Половой акт, совершаемый для получе­ния сексуального удовлетворения и продолжения рода. Различают такие варианты К., как вестибулярный (половой член остается в преддверии влагалища), гетеросек­суальный (между разнополыми партнерами), гомосексуальный (между однополыми партнерами), прерванный (эякуляция происходит после выведения полового члена из влагалища), пролонгированный (искусственно затянутый с помощью специальных приемов).

**Кокаинизм.** Вид наркомании. Кокаин — алкалоид, добываемый из растения Erythroxylon coca. При однократном его приеме отмечается эйфория, приводящая к быстрому привыканию к препарату. Характерна глубокая личностная деградация уже в первые годы употребления кокаина — черствость, эгоистичность, раздражи­тельность. Заметное соматическое одряхление. При длительном К. наблюдаются выраженные психические расстройства (зрительные и тактильные галлюцинации, бредовые переживания). Абстиненция выражена нерезко.

Син.: кокаиномания, наркомания кокаиновая.

**Кокошкаровой опросник** [Кокошкарова А., 1976]. Личностный опросник, пред­назначенный для выявления неврозов. Содержит 83 вопроса, оценка ответов на них производится соответственно восьми шкалам — вегетативных расстройств, нев­растении, психастении, истерии, ипохондрии, депрессии, деперсонализации и дере­ализации. По количественным показателям от нормы отличают нерезко выражен­ные и выраженные невротические состояния и неврозоподобные тенденции. Валид­ность в выявлении невротических расстройств соответствует таковой в Хёка— Хес­са опроснике.

**Коктейль литический** [Laborit H., Huguenar P., 1951]. Смесь из 25 мг лигафе- на (хлорпромазина), 25 мг прометазина (атозила) и 50 мг долантина (петидина). По­мимо этой первоначальной прописи в настоящее время существует много других, предложенных и апробированных позже. Используется во внутримышечных инъек­циях или на 500 мл глюкозы для капельного внутривенного введения. Применяется при выраженном психомоторном возбуждении или при лечении сном.

**Кокцигодиния** (*анат. coccyx —* копчик, *греч. odine —* боль). Боль в области копчика. Возникает или усиливается в положении сидя, при ходьбе, при дефекации, половом акте. Часто впервые возникает после травмы крестцово-копчиковой обла­сти, после родов. Преимущественно наблюдается у женщин. Нередко является исте­рическим симптомом.

**Коллапс** (*лат. collapsus —* ослабевший, упавший). Патологическое состоя­ние, характеризующееся угнетением ЦНС с резким снижением артериального и ве­нозного давления, уменьшением массы циркулирующей крови. Сознание вначале иногда сохраняется, утрачивается на более поздних этапах. Отмечаются снижение тонуса мышц, бледность кожных покровов, синюшность губ, гипергидроз, снижение температуры тела, глухость сердечных тонов, учащенный пульс слабого наполне­ния, вплоть до нитевидного, ослабленное дыхание, иногда по типу Чейна— Стокса. Наблюдается при кровопотере, шоке, интоксикации наркотическими средствами, ин­фекциях и т.д. К. ортостатический наступает при резком изменении положения тела — из горизонтального в вертикальное. Является одним из возможных осложнений психофармакотерапии (нейролептиками).

**Коллекциомания** (*лат. collectio —* собирание, *греч. mania —* страсть). Болез­ненное собирательство, коллекционирование разного рода предметов, независимо от их материальной или художественной ценности, главным образом ради удоволь­ствия, которое доставляют их обнаружение и приобретение. Отличается от коллек­ционирования психически здоровых, соответствующего их духовным запросам. Ти­пичный пример — библиомания. Наблюдается у психопатических личностей, иногда у психически больных (при этом часто носит нелепый характер).

**Кома** (*греч. koma -* глубокий сон). Состояние глубокого нарушения сознания, характеризующееся угнетением функций ЦНС, нарушением регуляции жизненно важных центров в головном мозгу, отсутствием реакции на внешние раздражители, рефлексов, чувствительности, активных движений. По тяжести различают три ста­дии К.

Легкое коматозное состояние отличается сохранностью некоторых рефлексов (сухожильных, корнеальных) и реакций. Глотание затруднено, но сохранено. Расстройства дыхания и сердечной деятельности незначительны. Преимущественно нарушена деятельность корково-подкорковых отделов.

При выраженной К. отсутствуют реакции на внешние раздражители, рефлексы не вызываются, нарушено глотание. Отмечаются патологические рефлексы. Нару­шена функция тазовых органов. Патологические формы дыхания. Аритмия, слабый пульс, снижение АД. К снижению корковых и подкорковых функций присоединяется угнетение стволовых и снижение спинальных функций.

Глубокая кома характеризуется симптомами поражения корково-подкорковых, бульбарных и спинальных функций. Грубые нарушения дыхания и сердечной дея­тельности, глотания. В соответствии с этиологией различают К. апоплексическую, ацетонемическую, диабетическую, гипогликемическую, малярийную, печеночную, уремическую, хлоропривную (хлорпеническую), холерную, травматическую, интокси­кационную (при отравлении алкоголем, окисью углерода и т.п.), эпилептическую (главным образом при эпилептическом статусе), экламптическую и др.

***К. бодрствующая*** (*лат. coma vigile*) *—* см. *Синдром апалический Кречмера.*

***К. запредельная*** (*фр. coma depasse*) [Molaret P., Gonlon M., 1959] — продле­ние соматических функций после наступления «мозговой смерти». Достигается ис­кусственной вентиляцией легких, медикаментозным стимулированием кровообраще­ния. При этом полностью нарушены перцепция, гностические функции, отмечаются арефлексия, мидриаз, отсутствуют зрачковые реакции, на ЭЭГ — прямая линия.

***К. отсроченная*** — осложнение при инсулинокоматозной терапии, повторная гипогликемическая кома, развивающаяся через несколько часов после купирования коматозного состояния, возникшего непосредственно в связи с введением инсулина.

***К. сомнолентная*** (*лат. somnolentia —* патологическая сонливость) — разно­видность коматозного состояния, характеризующаяся наличием перерывов в помра­чении сознания, транзиторными эпизодами частичного его восстановления. Легкая степень К., характеризующаяся повышенной сонливостью.

**Коммаскуляция** (*лат. сот —* вместе, *masculus —* мужской). Мужской гомо­сексуализм.

**Коммоция мозга** (*лат. commotio cerebri*)*.* Сотрясение мозга, следствие череп­но-мозговой травмы. Протекает с нарушенным сознанием (от оглушения до полного выключения), мнестическими нарушениями, астенией.

В остром периоде возможны психотические расстройства по типу острых экзо­генных реакций. После К. часто наблюдается стойкий церебрастенический синдром.

**Компенсация** (*лат. compensare —* уравновешивать, возмещать). 1. Восста­новление в полном или частичном объеме ущерба деятельности нарушенных функ­ций определенных органов, тканей или систем организма за счет компенсаторных механизмов. В психиатрии механизмы К. оказываются различными в зависимости от форм психической патологии. Так, при органических поражениях головного мозга К. наступает вследствие уменьшения выраженности функциональных, обратимых, расстройств, иногда за счет викарной деятельности непораженных отделов головно­го мозга; К. при шизофрении достигают антипсихотическим действием нейролепти­ков и проведением социально-трудовых реабилитационных мероприятий; при психо­патиях К. — результат социальной адаптации, наступающей вследствие нивелиро­вания патогенных средовых факторов и нередко минования возрастного криза. 2. Один из механизмов психологической защиты, позволяющий сознательно или бессо­знательно уменьшать напряжение, возникающее при невозможности достижения ка­кой-либо цели, путем замены ее другой (субстанция цели). Активность в замещении одного вида деятельности другой освобождает человека от признания своей непол­ноценности, несостоятельности. Результативность в другой области деятельности, например, приносит инвалиду не только положительную динамику самооценки, но и одобрение, признание со стороны окружающих.

**Комплекс** (*лат. complexus —* связь, сочетание). 1. Группа соотносимых или ассоциируемых факторов. Например, группа симптомов, объединяемых понятием симптомокомплекса, синдрома; 2. В психологии памяти — группа тесно связанных воспоминаний [Muller G.E.]; 3. Синоним понятия «чувственно окрашенный комплекс представлений» [Ziehen Th.] 4. В психоанализе: группа ассоциированных эмоцио­нально значимых идей и импульсов, подавляемых или вытесняемых сознанием, так как они находятся в конфликте с Эго и (или) Супер-Эго. Понятие впервые введено S. Freud и E. Breuer [1895] в работе об истерии, затем разрабатывалось как в ортодок­сальном психоанализе, так и, особенно, в школе C. Jung.

***К. Антигоны*** — проявляется в неосознаваемом сексуальном влечении де­вочки к отцу. Согласно древнегреческой мифологии, осознавший все свои преступ­ления и ослепивший себя Эдип был изгнан фиванцами на чужбину и, будучи слепым и дряхлым, погиб бы, не выдержав невзгод, если бы не любовь его дочери Антигоны, добровольно отправившейся в изгнание с отцом. Рассматривается как причина не­которых форм неврозов и перверсий.

***К. Гризельды*** — проявляется в желании отца сохранить дочь для себя и в обусловленном этим отказе всем претендентам на ее руку. Такого рода инцестное влечение отца к дочери рассматривается как поздняя форма комплекса Эдипа, сме­няющая влечение мужчины к собственной матери. Гризельда — героиня Д. Боккаччо («Декамерон»), являющаяся олицетворением женской добродетели и бесконечного долготерпения.

***К. деда*** — присущ мужчинам и заключается в мечтаниях быть собственным дедом. Связывается с замечаемым человеком обстоятельством, что его родители, старея, становятся все меньше. Отсюда — желание стать над отцом. Интерпретиру­ется различно: указывается на зависимость между К.д. и геронтофилией; по E. Jones связан с инцестными желаниями.

***К. Дианы*** — возникает в развитии либидо у девочек, будто бы характеризует регрессивное желание женщин быть мужчиной. Обнаружив у себя отсутствие пени­са, девочка якобы воспринимает это как наказание за что-то, и у нее возникает за­висть к мальчику. Рассматривается как причина невротических состояний и некото­рых видов перверсий.

Диана (древнеримское имя древнегреческой богини Артемиды) — богиня- охотница, которой, согласно некоторым мифологическим представлениям, были присущи мужские увлечения и отсутствие интереса к противоположному полу.

***К. Йокасты*** [De Sansurre R., 1920] — заключается в патологическом влечении матери к сыну. Основой послужил образ Йокасты, героини древнегреческой мифоло­гии, полюбившей своего сына Эдипа. См. *К. Эдипа.*

***К. Каина*** — основан на зависти брата к брату. Каин, по Библии, старший сын Адама и Евы, убивший своего брата Авеля из зависти. К.К. рассматривается как ре­зультат обделенности одного из детей, в отличие от других, родительской любовью. Интерпретируется психоаналитиками как причина возникновения неврозов.

***К. кастрационный*** [Freud S., 1908] — связывается с детскими кастрационны- ми фантазиями. Мальчик испытывает страх, что отец в наказание за сексуальную ак­тивность отрежет ему пенис. Девочка замечает у себя отсутствие пениса и мечтает восстановить его. Фантазии эти возникают с открытием ребенком различия полов и тесно связаны с К. Эдипа.

***К. Медеи.*** Характеризуется стремлением матери убить собственных детей, чтобы отомстить мужу. Медея, согласно древнегреческой мифологии колхидская ца­ревна, помогла Ясону и аргонавтам овладеть золотым руном. Страшась мести отца, она бежала с Ясоном в Грецию, но Ясон обманул ее и взял в жены другую. Не огра­ничившись отравлением соперницы, Медея убила и своих детей от Ясона.

***К. неполноценности — К. превосходства.*** Два сопряженных альтернатив­ных понятия Адлера индивидуальной психологии (см.). Оба они являются устойчи­выми и неадекватными способами преодоления якобы свойственного каждому чело­веку чувства неполноценности. При К.н., присущем больным неврозами, субъект уходит от необходимости преодоления жизненных трудностей и стремится избежать самих переживаний чувства неполноценности. При этом у больного доминируют мысли о своей ничтожности, несостоятельности, которые не скрываются им от окру­жающих. К.п. определяется иной, но также неадекватной позицией больного, кото­рый также уходит от решения сложных для него проблем, но при этом демонстриру­ет свою исключительность в других областях деятельности. При этом подчеркивает­ся «никчемность» игнорируемых невротиками проблем. Это механизм своеобразной гиперкомпенсации.

По A. Adler [1920], чувство неполноценности присуще всему периоду развития ребенка, ощущающего свою инадекватность в отношении родителей и окружающего мира. Способ, избранный невротиком для определения К.н., определяет весь его «стиль жизни».

К.н. и К.п. рассматриваются в отечественной психологии как проявление зани­женной или завышенной неадекватной самооценки.

***К. Ореста*** — проявляется в подавляемом или неосознанном желании убить собственную мать. См. *К. Электры.*

***К. Федры*** — проявляется в кровосмесительном сексуальном влечении матери к сыну. Рассматривается как причина некоторых невротических расстройств и пер­версий.

Федра — жена афинского царя Тесея, испытывавшая преступную страсть к своему пасынку Ипполиту. Древнегреческий миф о Федре различно интерпретиро­вался в одноименных драмах Еврипида, Сенеки и Расина.

***К. Эдипа*** — характеризуется влечением сына к матери и недоброжелатель­ным отношением к отцу. Психоаналитики рассматривают ситуацию Эдипа («семей­ный роман») как неизбежную стадию сексуального развития личности, когда в перио­де позднего детства ребенок переносит часть своей энергии в половое влечение к родителям. S. Freud рассматривал К.Э. как основную идею неврозов, кульминацион­ный пункт детской сексуальности. Невроз трактуется как регрессия либидо на одну из стадий инфантильной сексуальности. Понятие К.Э. распространяется на все пси­хические заболевания: например, проявлением его считается утверждение больного шизофренией того, что он не сын своих родителей, а его мать — его жена, его бра­тья и сестры — его дети и т.д. К.Э., как и другие комплексы, является типичным при­мером пансексуалистского подхода психоаналитиков к интерпретации клиники пси­хических расстройств. Эдип — герой древнегреческой мифологии — убил фиванско­го царя Лая, не зная, что это его отец, женился на своей матери Йокасте и завладел фиванским престолом.

***К. Электры*** — якобы возникает на одной из стадий либидинозного развития девочек и характеризуется ненавистью к матери и сексуальным влечением к отцу. Электра — в древней мифологии дочь царя Агамемнона и царицы Клитемнестры. Она убедила своего брата Ореста, вернувшегося в Микены после длительного от­сутствия, отомстить их матери и ее новому мужу, прежде любовнику, за то, что они совместно убили Агамемнона.

Син.: женский комплекс Эдипа.

**Компульсии** (лат. *compello —* принуждаю). 1. Навязчивые влечения, разно­видность навязчивых явлений (обсессий). Характерны непреодолимые влечения, возникающие вопреки разуму, воле, чувствам. Нередко они оказываются неприем­лемыми для больного, противоречат его морально-этическим свойствам. В отличие от импульсивных влечений К. не реализуются. Эти влечения осознаются больным как неправильные и тягостно им переживаются, тем более что само возникновение их в силу своей непонятности часто порождает у больного чувство страха. 2. Термин К. используется и и более широком смысле для обозначения любых навязчивостей в двигательной сфере, в том числе и навязчивых ритуалов.

**Комфорт** (*англ. comfort*)*.* Комплекс максимально благоприятных для субъекта условий внешней и внутренней среды, включающий и факторы психологические. В состоянии К. отмечается отсутствие напряжения психических и физиологических функций организма. В значительной мере чувство К. зависит от состояния гомеоста­за. О субъективных ощущениях, присущих состоянию К., говорят как о чувстве К.

**Конвекситальный** (*лат. convexitas —* выпуклость). Имеющий отношение к своду черепа, обращенный к нему: например, конвекситальная поверхность лобных долей.

Син.: конвекситатный.

**Конверсия** (*лат. conversio —* изменение) [Freud S., 1895]. Отщепление аф­фективной реакции от содержания психической травмы и направление ее по друго­му руслу. По A. Jakubik [1979], возможны три варианта К.: 1. К. служит средством за­щиты от страха, является механизмом психологической защиты; 2. При К. осуще­ствляется преобразование «психической энергии» (либидо) в соматический синдром или симптом; 3. К. проявляется в символизации соматических синдромов или симп­томов, отражая лежащий в их основе внутренний конфликт. Учитывая широкий диапазон, а также метафоричность понимания К. психоаналитиками, A. Jakubik предлагает вместо этого термина пользоваться понятием «истерические расстрой­ства чувствительно-двигательной сферы», хотя можно думать, последний термин чрезмерно суживает понятие К.

Син.: конверсивная реакция, истерическая конверсия, конверсивная истерия, истерический невроз конверсивного типа.

**Конвульсант** (*лат. convulsus —* судорожный). Препарат, который при введе­нии в организм вызывает судороги, в основном эпилептические (пентетразол, беме- грид, стрихнин).

**Конвульсия** (*лат. convellere —* потрясать, колотить). Клоническая судорога, захватывающая большие группы мышц, например, при эпилептическом или электро­судорожном припадке.

**Кондаша методика** [Kondas О., 1973]. Экспериментально-психологическая методика для измерения степени субъективной неприятности различных конкретных ситуаций. Обследуемому предъявляют серию из 31 рисунка, на которых изображены разного рода ситуации и объекты, вызывающие у него отрицательную эмоциональ­ную реакцию. По специальной шкале обследуемый определяет степень неприятно­сти эмоций страха, которые у него возникают при их восприятии.

Син.: шкала социальной ситуационной тревоги и страха.

**Кондиционализм** (*лат. conditionalis —* условный). Получившее распростране­ние в биологии и медицине ряда стран философское позитивистское течение, со­гласно которому понятие причины подменяется понятием комплекса равноценных по значению условий, стечения обстоятельств. Этим самым нивелируется значение объективных причинно-следственных отношений. Ставится под вопрос сама необхо­димость поиска объективных причин болезней, вместо этиологических факторов изучаются комплексы условий. В значительной мере К. приводит к отказу от призна­ния роли этиологических, особенно эндогенных, моментов, к антинозологическим тенденциям. Понятие нозологической формы с позиций К. утрачивает свою опреде­ленность, так как в каждом случае болезнь рассматривается как результат неповто­римой комбинации множества условий, факторов внешней и внутренней среды. Кон­цепция К. близка и к так называемой полидименсиональной диагностике.

**Конолли реформы** [Conolly J., 1794-1839]. Введение в психиатрических боль­ницах системы нестеснения, в частности запрет применения таких мер механическо­го стеснения душевнобольных, как смирительные рубашки, привязывание больных к кровати.

**Консилиум** (*лат. consilium*)*.* Совещание квалифицированных специалистов одной или разных специальностей для уточнения диагноза, назначения оптимально­го лечения и определения прогностических возможностей. К. учитывает данные кли­нического и лабораторного исследований, намечает методы необходимого дообсле­дования. В психиатрии К. решает вопросы о правомерности принудительной госпи­тализации больных, помещенных в стационар как социально опасных, а также во­просы о возможности выписки их из больницы после проведенного лечения.

**Констелляция** (*лат. con —* вместе с, *stella —* звезда, в астрологии *—* взаим­ное расположение звезд на небосводе). Взаимодействие сосуществующих факто­ров, стечение обстоятельств, влияющих на характер течения представлений. Автор концепции психической К. Th. Ziehen считал, что течение представлений обусловле­но степенью их ассоциативной связи с предшествующими (апперцепция) представ­лениями, их интенсивностью и, наконец, констелляцией. Реакция на раздражение зависит не только от силы раздражения, но и от состояния субъекта. Проявлению определенной ассоциации содействуют добавочные ассоциации. Одно и то же раз­дражение может вызвать различные реакции в зависимости от предшествующего или настоящего состояния организма, от К. ассоциативных тенденций. В этом суще­ственную роль играют как недавние, так и отдаленные по времени ассоциации.

**Конституционализм** (*лат. constitutio —* установление, устройство, организа­ция). Направление в медицине, придающее основное значение в возникновении и течении болезни факторам, обусловленным конституцией организма, ее особенно­стями. Болезнь рассматривается как результат неполноценности генотипа, передаю­щейся по наследству. Оценивая значение конституционального предрасположения, К. не учитывает роли окружающей среды, биологической и социальной, в возникно­вении и течении болезни.

**Конституциональная глупость** [Ганнушкин П.Б., 1933]. Врожденная ограни­ченность психики, при которой интеллектуальный уровень находится на границе нормы и психической патологии. Иногда хорошо учась и обладая хорошей памятью, эти люди, «от рождения неумные», столкнувшись с жизнью, оказываются несостоя­тельными. Они приспосабливаются лишь в рамках привычного домашнего обихода и забот о материальном благополучии. Иногда конституционально-глупые обладают хорошим умением, легко овладевают трудовыми навыками — умеют больше, чем знают.

Понятие, близкое физиологической глупости [Bilikiewicz Т., 1960; Lemke R., 1960], салонному слабоумию [Hoche A.].

**Конституциональная типология Кречмера** [Kretschmer E., 1921]. Основана на корреляции между выделенными автором типами телосложения (пикнический, лептосомный, атлетический и диспластический) и психологической конституцией (шизоидной и циклоидной). Разница между шизотимными и циклотимными варианта­ми в норме, шизоидной и циклоидной формами психопатий и шизофренией и цирку­лярным психозом определялась E. Kretschmer при помощи количественных критери­ев. В дальнейшем двучленная систематика психопатий, по E. Kretschmer, была до­полнена выделением эпилептоидной психопатии, глишроидии [Minkowska F., 1923, 1925].

**Конституциональная типология Пенде** [Pende N., 1912]. Построена на осно­ве попытки вывести корреляцию между преобладающим типом телосложения, эндо­кринной формулой и особенностями нервно-психической реактивности. По психиче­ским свойствам выделенные автором четыре конституциональных типа обладают следующими характеристиками: 1) возбудимый, аффективный, быстрый, подвиж­ный, интеллектуально одаренный; 2) флегматично-депрессивный; 3) активный, им­пульсивный, хорошо одаренный; 4) медленный, иногда импульсивный, интеллект средний. Содержит ряд ошибочных и принципиально неверных положений (напри­мер, попытка связать уровень интеллекта с конституцией, одаренность с гипотире- зом и т.д.) [Лебединский М.С., Мясищев В.Н., 1966].

**Конституциональная типология Шелдона** [Sheldon W., 1940]. Основана на антропометрических исследованиях. Конституциональная типология соотносится с эмбриогенезом. Является дальнейшим развитием идей E. Kretschmer. Конституцио­нальные типы, по W. Sheldon, соответствуют выделенным E. Kretschmer: эндоморф­ный — пикнику, мезоморфный — атлетику, эктоморфный — астенику. Корреляция между соматическим типом и темпераментом до сих пор не признается убедитель­ной [Лебединский М.С., Мясищев В.Н. 1966].

**Конституция человека** (*лат. constitutio —* построение, организация). Сово­купность морфологических и функциональных особенностей организма, сложившая­ся на основе наследственности и вследствие длительного влияния среды. Типологи­ческие варианты К. разрабатываются на основе формы телосложения и ряда функ­циональных признаков, в том числе психических. Вопрос о корреляции между осо­бенностями телосложения и чертами психики до сих пор недостаточно изучен, равно как и отсутствует исчерпывающая систематика форм К.ч., основанная на нескольких существенных признаках.

***К. астеническая.*** Астеническое телосложение в сочетании с повышенной возбудимостью и слабостью психики, неуверенностью в себе.

***К. атлетическая.*** Син.: К. нормостеническая.

***К. генетическая.*** — см. *Генотип.*

***К. гиперстеническая*** — характерны пикнические телосложение, гипертим- ность, чрезмерная синтонность и энергичность.

Син.: К. пикническая.

***К. гипоапараноическая*** [Kleist К., 1913] — предрасположенность к бредовым психозам. Вначале понималась более узко — как предрасположенность к одной лишь инволюционной паранойе. Характерны такие преморбидные черты личности, как обидчивость, раздражительность, недоверчивость.

***К. иктафинная*** [Mauz F., 1937] — эпилептоидная конституция, рассматривае­мая как проявление предрасположенности к эпилептическим припадкам. Вариант ик- тафинной конституции, характеризующийся доминированием среди личностных черт прилипчивости и персеверации, выделялся как конституция энехетическая. Пред­расположенность к припадкам — иктафинный диатез.

Сочетается с атлетическим телосложением.

Син.: К. эпилептическая, К. эпилептоидная, К. иксофреническая, глишроидия.

***К. кушингоидная*** — характерны повышенное развитие подкожной жировой клетчатки и внешний облик, напоминающий вид больных с болезнью (синдромом) Иценко—Кушинга.

***К. невропатическая*** — характерны легкость возникновения вегетативных расстройств, невротических астенических состояний, истерических реакций, повы­шенная сенситивность.

***К. нормостеническая —*** атлетическое телосложение в сочетании с психиче­ской уравновешенностью, адекватными реакциями на окружающее, уверенностью в себе, своих возможностях, достаточно стабильным настроением.

***К. пикническая*** —см. *К. гиперстеническая.*

***К. пищеварительная*** — см. *К. гиперстеническая.*

Син.: К. дигестивная.

***К. психастеническая*** — характеризуется склонностью к тревожной мнитель­ности, патологическим сомнениям, нерешительностью, слабоволием, чувством соб­ственной неполноценности.

***К. психопатическая*** — конституциональные особенности, лежащие в основе различных вариантов психопатий.

***К. статотимическая*** (*греч. statos —* остановленный, неподвижный, *thymos —* настроение, чувство) — характерны серьезность, трудолюбие, педантичность. Присуща склонность к эндогенными монополярным депрессиям (см. *Меланхоличе­ский тип личности*)*.*

***К. циклоидная*** — сочетание пикнического телосложения с тенденциями к ко­лебаниям настроения. Присуща больным, страдающим циклотимией и МДП.

***К. шизоидная*** — характерны аутистическая направленность личности, склонность к рационализированию, эмоциональная монотонность. Телосложение по лептосомному или диспластическому типу. При значительной выраженности К.ш. го­ворят о шизопатии [Bleuler E.].

***К. эмотивная*** [Dupre E., 1910] — выделена по признаку выраженной эмоцио­нальной лабильности. Соответствует понятиям эмотивной (реактивно-лабильной) психопатии [Ганнушкин П.Б., 1933], эмотивного (аффективно-лабильного) типа ак­центуации личности [Leonhard К., 1968]. Характерные признаки: усиление сухожиль­ных, зрачковых и кожных рефлексов, их мгновенное наступление и высокая амплиту­да; наличие диффузной и изменчивой сенсорной гиперстезии; неуравновешенность двигательных и секреторных реакций; тенденции к спазмам внутренних органов и сосудов; дрожание тела, вытянутых рук; ненормальная интенсивность и распростра­ненность психических аффектов, эмоций.

***К. энехетическая*** (*греч. enecho —* держать изнутри, задерживать) [Mauz F., 1937] — разновидность К. иктафинной, при которой на первый план выступают явле­ния вязкости и персеверации.

***К. эпилептоидная*** — см. *К. иктафинная.*

**Консторума метод активирующей психотерапии** [Консторум С.И., 1930]. Со­вокупность мероприятий, направленных на устранение болезненных явлений путем активирования деятельности больного. В процессе трудовой деятельности больной приобретает новый опыт, способствующий компенсации психических нарушений. В преодолении болезненных реакций уделяется внимание корригированию мироотно- шения больного, что в свою очередь влияет на его интеллект и эмоциональную сфе­ру, то есть на его мировоззрение и мироощущение. Исходя из концепции активности познания, можно утверждать, что, тренируя и воспитывая моторно-установочную сферу, психотерапевт тем самым влияет на сознание.

**Контаминация** (*лат. contaminatio —* смешение). Сплавление частей несколь­ких слов в одно. Наблюдается в норме, при смысловой и фонетической близости этих слов, и в патологии — при шизофренических неологизмах и в рамках парафати- ческих расстройств у афатиков.

**Континуум** (*лат. continuum —* непрерывное, сплошное). Непрерывность, не­разрывность процессов, непрерывная совокупность.

**Континуумы шизофренических расстройств** [Koehler G., 1979]. Три группы симптомов шизофрении, представляющие собой модификацию феноменологии Шнейдера симптомов первого ранга (внутри континуумов симптомы располагаются в соответствии с характером их развития, динамики):

***К. бредовой*** — 1) бредовое настроение; 2) бредовые представления, связан­ные с восприятиями или провоцируемые ими; 3) бредовые восприятия.

***К. воздействия, отчуждения, овладения:*** 1) чувство овладения; 2) общее чувство воздействия; 3) специфическое чувство воздействия; 4) ощущение соб­ственной измененности под влиянием воздействия извне; 5) переживание воздей­ствия на себя с чувством замены собственных мыслей чужими; 6) переживание воз­действия на себя с утратой собственных мыслей и чувств (воздействие извне как бы лишает больного его психических функций); 7) аналогичные вышеперечисленным переживания внешнего воздействия с переживанием растворения мыслей и чувств больного во внешнем мире.

***К. обманов восприятия*** — 1) псевдогаллюцинаторные «голоса» и звучание собственных мыслей; 2) истинные слуховые галлюцинации, включающие и «голоса», повторяющие собственные мысли больного.

**Конторсия** (*лат. contorqueo —* вращать, вертеть, скручивать). Извивающиеся движения в разных направлениях при большом истерическом припадке.

**Контрактура** (*лат. contractura —* сужение, сокращение). Снижение подвижно­сти в суставе вследствие изменений окружающих его мягких тканей и нервно-мы­шечного аппарата. Наблюдается при различных заболеваниях самих суставов, орга­нических поражениях нервной системы, а также при истерических реактивных пси­хозах.

**Контрапунктирность бредовых идей** (*лат. contra —* против, *pinctum —* точ­ка, пункт, аргумент, довод). Разнонаправленность, противоположность содержания бредовых идей у одного и того же больного. Например, идеи величия сочетаются с идеями преследования. Наблюдается при паранойяльном и парафренном бреде, при параноидной шизофрении.

**Контрафобия** (*контра + греч. phobos —* страх). Стремление к противостоя­нию с ситуацией, вызывающей страх, цель которого — обретение возможности полу­чать определенные, обычно острые, переживания, не испытывая при этом чувства страха. В психоанализе К. рассматривается как способ либидинизации тревоги, при­водящей к выздоровлению от невроза. Контрафобическое поведение часто наблю­дается при навязчивых состояниях: так, например, лица, страдающие навязчивым страхом высоты (акрофобия) стремятся стать летчиками, стюардессами; не исклю­чена и тенденция получать особенно сильные впечатления [Ташев Т., 1989].

**Контузия мозга** (*лат. contusio cerebri*)*.* Ушиб мозга, следствие черепно-мозго­вой травмы. Правильнее говорить о сочетании коммоции и контузии (коммоциональ- но-контузионный синдром). Помимо симптоматики острого периода, характерной для коммоции, отмечаются очаговые неврологические признаки. Характерны кровоизли­яния в оболочки и ткань мозга. В остром периоде возможны психотические состоя­ния по типу острых экзогенных реакций. В резидуальном периоде — явления пост­травматической энцелофалопатии, часто стойкое интеллектуально-мнестическое снижение.

**Конфабулёз** (*лат. confabulari —* болтать, рассказывать) [Bayer W., 1943]. По­нятие, предложенное для обозначения своеобразных состояний, возникающих в пе­риод обратного развития симптоматических психозов разной этиологии. Один из ва­риантов переходных синдромов. К. характеризует в этих случаях этап между обрати­мыми синдромами помрачения сознания и формированием необратимых изменений психики по типу органического психосиндрома (См. *Психосиндром органический*)*.* Характерно обилие систематических конфабуляций без грубых расстройств памяти, ее пробелов, при достаточной ориентировке в месте, времени и собственной лично­сти. Конфабуляции не заполняют пробелов в памяти, не сочетаются с амнезией, что отличает К. от корсаковского синдрома. Иногда при этом наблюдаются конфабуля- торные идеи величия.

Характерно отсутствие расстройств сознания и существенных нарушений па­мяти. Различают К. острый (кратковременный, монотематический по содержанию) и хронический, протекающий с тенденцией расширения и видоизменения содержания.

**Конфабуляции** (*лат. confabulari —* болтать, рассказывать) [Kahlbaum K.L., 1866]. Разновидность ложных воспоминаний, «галлюцинации воспоминания». Боль­ные сообщают о вымышленных событиях, в действительности не имевших места в период, о котором идет речь.

***К. бредовые*** — обусловлены бредовыми идеями, возникают вне связи с нару­шениями памяти или сознания.

***К. внушенные*** — возникают не спонтанно, а будучи спровоцированными подсказкой, наводящими вопросами.

Син.: К. непродуктивные (например, при болезни Альцгеймера).

***К. замещающие*** — син.: К. мнестические.

***К. мнемонические*** — см. *К. мнестические.*

***К. мнестические*** [Bonhoeffer K., 1901; Regis E., 1909] — служат для замеще­ния провалов памяти. По А.В. Снежневскому [1949], делятся на экмнестические, при которых ложные воспоминания локализуются в прошлом, и мнемонические, при ко­торых вымышленные события относятся к текущему времени.

**К., обусловленные расстройствами сознания продуктивного типа** [Bonhoeffer K., 1901; Regis E., 1909] — к ним относятся и К. онирические (*греч. oneiros —* сон, сновидение), отражающие в своем содержании тематику перенесен­ного онейроида. Наблюдается при интоксикационных, инфекционных и некоторых органических психозах, после эпилептических расстройств сознания, при острой ши­зофрении (онирические).

***К. памяти*** — син.: К. мнестические.

***К. фантастические*** — содержат сведения о разного рода неправдоподоб­ных событиях. Наблюдаются чаще всего при парафренных синдромах.

***К. экмнестические*** — см. *К. мнестические.*

***К. экспансивные*** — бредовые или фантастические К. мегаломанического ха­рактера.

**Конфликт внутрипсихический.** Разновидность конфликта психического, столкновение приблизительно равных по силе, но противоположно направленных мотивов, потребностей, влечений и т.д.

**Конфликт психический.** Существование одновременно противоположно направленных и несовместимых друг с другом тенденций в сознании отдельно взя­того индивида (конфликт внутрипсихический) или между людьми, в структуре меж­личностных отношений отдельных индивидов или групп. Протекает с острыми отри­цательно окрашенными эмоциональными переживаниями и может стать источником психической травматизации.

**Конфликт ситуационный.** Конфликт индивидуума с внешней обстановкой или окружающими людьми (К. межличностный). Может оказаться этиологическим фактором в возникновении разного рода психогенных состояний.

**Конфликт—реакция.** Личностная реакция, возникающая вследствие К. ситуа­ционного или психического. Одна из форм реактивных состояний, может протекать с симптомами возбуждения, нарушенного сознания, параноида, депрессии.

**Конфликты невротические** [Мясищев В.Н., 1960]. Выделяются три основных типа невротических конфликтов, соответствующих определенным формам неврозов: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический. Истерический ха­рактеризуется завышенным уровнем притязаний при недооценке реальных условий и неспособности тормозить не соответствующие этим условиям желания, обсессив- но-психастеиический — противоречиями между желанием и долгом, неврастениче­ский — несоответствием между возможностями, стремлениями личности и завышен­ными требованиями к себе. Клинические формы неврозов могут рассматриваться как зафиксированные особенности отдельных механизмов болезненного восприятия и переработки жизненных трудностей [Карвасарский Б.Д., 1980].

**Конформность** (*лат. conformis —* подобный, соответствующий). Понятие со­циальной психологии, обозначающее присущую человеку тенденцию изменять свое поведение в зависимости от влияния других людей, с тем чтобы оно соответствова­ло мнению окружающих. К. — явление не общеобязательное существуют личности малоконформные. В известной мере неконформность является качеством врожден­ным, но существенную роль в ее формировании могут играть и элементы жизненно­го опыта человека. В отечественной психологии различают три способа реагирова­ния индивида на «давление» группы, общества: 1) бесконфликтное и бессознатель­ное восприятие мнения группы (внушаемость); 2) осознанное внешнее согласие при внутреннем неприятии (К.); 3) сознательная солидарность индивида с коллективом, активное принятие его позиций, борьба за них (коллективистическое самоопределе­ние).

**Концентрационных лагерей синдром.** Психические нарушения, возникаю­щие у узников концентрационных лагерей вследствие длительной психической трав- матизации, постоянного недоедания и других лишений. Характерны депрессия, ипо­хондрические проявления, повышенная возбудимость, слабость, утомляемость, го­ловная боль и головокружение, снижение памяти, затруднение концентрации внима­ния, утрата инициативы, затруднения в межличностных контактах, нарушение сна — устрашающие сновидения, в которых репродуцируется пережитое, чувство тревоги, плаксивость, боязнь высоты, непереносимость по отношению к громким звукам, по­вышенная потливость, неустойчивость к алкоголизму. Вариантами К.л.с. являются Минковского синдром, Траутмана синдрома лагерей уничтожения, Вишера болезнь колючей проволоки.

Син.: KZ-синдром.

**Кооса методика** [Kohs S.C., 1923]. Психологическая методика, направленная на исследование конструктивного праксиса, пространственной ориентировки, внима­ния, комбинаторики. Используется в нейропсихологии для выявления места очага поражения. Применяется также для исследования личностных особенностей по ха­рактеру эмоциональных реакций в эксперименте с прерванным действием [Рубин­штейн С.Я., 1970]. Заключается в воспроизведении орнаментов нарастающей степе­ни сложности из специально раскрашенных кубиков. Учитывается возможный для обследуемого уровень достижений. Производится качественная квалификация до­пускаемых ошибок. В упрощенном виде входит во многие психометрические тесты, например Векслера тест. При этом регламентируется и время выполнения заданий.

**Копофобия** (*греч. kopos —* усталость, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь переутомиться. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний, неврасте­нии.

**Копролагния** (*греч. kopros —* кал, грязь, *lagneia —* похоть, сладострастие). Вид полового извращения, при котором эротическое возбуждение достигается путем различных манипуляций с экскрементами партнера, при вдыхании их запаха, рассматривании, вплоть до поедания. Проявление мазохизма.

**Копролалия** (*копро + греч. lalia —* речь). Болезненное, иногда непреодоли­мое импульсивное влечение к произношению без всякого повода циничных, бранных слов. Особой выраженности достигает при болезни Жиля де ла Туретта, однако на­блюдается и при других заболеваниях — при шизофрении, прогрессивном параличе, реже — маниакальных состояниях.

**Копромания** (*копро + греч. mania —* страсть, помешательство). См. *Скато- мания.*

**Копропраксия** (*копро + греч. praxis —* действие). Разновидность сексуальной перверсии (эксгибиционизма), стремление публично совершать акт дефекации.

**Копрофагия** (*копро + гречь. phagein —* есть, пожирать). Поедание экскремен­тов, чаще всего собственных. Наблюдается обычно в состояниях психического ма­разма, иногда — при состояниях нарушенного сознания и у больных кататонической шизофренией.

**Копрофемия** (*копро + греч. phemi —* говорить). Вид сексуальной перверсии, при которой половое удовлетворение не достигается без произнесения бранных слов, нецензурных ругательств в присутствии лиц противоположного пола.

**Копрофилия** (*копро + греч. philia —* влечение, склонность). См. *Скатомания.*

**Корректоры психофармакотерапии** (*лат. correctio —* исправление, поправ­ка). Препараты, применяемые для купирования или смягчения экстрапирамидных расстройств, развивающихся вследствие приема нейролептиков. Наиболее часто употребляются циклодол (паркопан, ромпаркин), мидокалм, тропацин, акинетон, тремблекс и др.

**Короткие замыкания** [Kretschmer E., 1922]. Внезапные действия, аффективно обусловленные, внешне упорядоченные, как бы отщепленные от личности. Наруше­ния сознания не обязательны. Аффективные переживания, избегая «фильтра» це­лостной личности, непосредственно воздействуют на психомоторную сферу и вызы­вают действие, бессмысленное для данной личности, например поджог дома хозяи­на служанкой, увезенной из родной деревни и испытывающей тоску по родине. От патологического аффекта реакции по типу К.з. отличаются наличием подготовитель­ной стадии длительного аффективного накопления, после чего даже незначитель­ный повод приводит к психогенному взрыву. По Н.И. Фелинской [1968], для реакций К.з. характерны неосознанное разрешение аффекта и восстановление психической деятельности с явлениями постреактивной астении.

В судебной психиатрии реакции типа К.з. рассматриваются как исключитель­ные состояния, причем понятие это сужено — к таким состояниям относят патологи­ческие реакции, возникающие в связи с психотравмирующей ситуацией и в ре­зультате разрядки длительного интенсивного аффективного напряжения, сопрово­ждающегося тревожными опасениями, ожиданием неприятностей [Морозов Г.В., 1988]. Клиническая картина при этом определяется либо расстроенным сознанием, либо резко выраженными и неадекватными поводу аффективными нарушениями.

**Корофилия** (*греч. kore* — девушка, *philia —* влечение, любовь). Разновид­ность сексуальной перверсии, форма женского гомосексуализма, характеризующая­ся влечением к девочкам.

**Корругатор—феномен** (*анат. m.corrugator supercilii —* мышца, сморщиваю­щая бровь) [Frankl V.E., 1935]. Один из симптомов парамимии у больных шизофре­нией. Обусловлен мышечными подергиваниями в области лба, главным образом со­кращением мышцы, сморщивающей брови. Особенно явственно обнаруживается во время речи. Внешне имитирует мимику, характерную для состояний повышенного внимания.

**Корсакова болезнь** [Корсаков С.С., 1887]. Вариант острой алкогольной энце­фалопатии, развивающейся обычно после атипичного алкогольного делирия. Харак­теризуется сочетанием полиневрита с различно выраженной атрофией мышц конеч­ности, ослаблением или отсутствием сухожильных рефлексов и психическими изме­нениями (амнезия, чаще антероретроградная, ретроградная и фиксационная, дез­ориентировка, конфабуляции и псевдореминисценции). Патологоанатомически — диффузные изменения в нервных клетках острого или хронического характера, их гибель (особенно в III корковом слое), мелкие кровоизлияния в коре, стволе мозга, вокруг III желудочка, в спинном мозге и периферических нервах. Течение в легких случаях может быть регредиентным, с относительным улучшением психического со­стояния в течение года; иногда даже возможно выздоровление. В более тяжелых случаях формируется слабоумие. В наиболее злокачественно протекающих случаях возможен летальный исход вследствие геморрагических изменений, приводящий к обширным размягчениям в полушариях большого мозга.

**Корсакова—Павлова двухзональная концепция индивидуального созна­ния** [Корсаков С.С., Павлов И.П.]. Понятие сформулировано А.А. Меграбяном [1959, 1962, 1972]. Разрабатываемая в советской психологии и психиатрии теория, рассматривающая сознательные и неосознаваемые формы психической деятельно­сти как две динамические зоны, находящиеся в постоянном единстве, деятельность которых взаимосвязана (в отличие от представлений психоаналитиков о постоянном их антагонизме). Внутренняя связь, взаимопереход и единство оптимальной зоны ясного сознания и зоны бессознательного, психического автоматизма обеспечивают развитие действительного процесса познания. Зона автоматизированных подпорого­вых психических процессов в онтогенетическом развитии личности прошла и офор­милась через зону ясного оптимального сознания [Меграбян А.А., 1972].

**Корсакова синдром** [Корсаков С.С., 1887]. Симптомокомплекс расстройства памяти, описанный впервые при остром алкогольном психозе (См. *Корсакова бо­лезнь*)*.* Наблюдается при заболеваниях экзогенно-органического генеза. Течение определяется нозологической принадлежностью амнестического синдрома.

Син.: синдром амнестически-парамнестический.

**Корсакова—Щербака концепция симптомокомплексов в психиатрии** [Кор­саков С.С., 1893; Щербак А.Е., 1901]. В историческом аспекте предшествовала ис­следованиям A.E. Hoche [1906, 1912], K. Bonhoeffer [1908, 1910]. E. Kraepelin [1920]. Симптомокомплексы рассматривались С.С. Корсаковым и А.Е. Щербаком примени­тельно к клинико-нозологической систематике и не противопоставлялись нозологи­ческим формам. Симптомокомплексы понимались как стереотипно повторяющиеся сравнительно немногочисленные сочетания определенных психопатологических симптомов, как типовые формы психического реагирования. Разным психическим за­болеваниям присущи различные сочетания симптомокомплексов и различная их по­следовательность. Хотя основные черты того или иного симптомокомплекса при различных психических заболеваниях остаются постоянными, тем не менее отмеча­лось, что в соответствии с психозом Симптомокомплексы приобретают «своеоб­разный оттенок (нюанс) клинической картины».

В отечественной психиатрии указывалось на четкость и правильность поста­новки проблемы диагностической значимости синдромов в работах С.С. Корсакова и А.Е. Щербака, являющихся отправным пунктом и для современной разработки уче­ния о синдромах [Кербиков О.В., 1949].

**Коса—Бирмана методика «заколдованная семья»** [Kos M., Biermann G., 1973]. Проективная методика для исследования детей и подростков. Инструкция: «Вообрази, что пришел чародей и заколдовал всю семью, взрослых и детей. Нари­суй, что произошло». Затем следуют расспросы об истории заколдованной семьи, просьба написать рассказ. Интересуются причиной колдовства и тем, что, по пред­ставлению пациента, произошло дальше. Раскрываются внутрисемейные конфлик­ты ребенка, ключевая ситуация. Методика обнаруживает высокую корреляцию с па­тогенной семейной ситуацией, помогает в диагностике детских неврозов, особенно истерических [Sulestrowska H., 1984].

**Космические переживания** (*греч. kosmos* — вселенная). Острые онейроид- ные состояния с бредовыми и галлюцинаторными переживаниями, отличающиеся грандиозностью происходящих вокруг больного событий, мировых катастроф.

**Косноязычие.** Расстройство речи, характеризующееся неправильным произ­ношением отдельных звуков (пропуском, заменой другим звуком).

Син.: дислалия.

**Котара синдром.** См*. Бред Котара.*

**Кофеинизм.** Разновидность токсикомании, связанной с длительным злоупо­треблением кофеином в чистом виде или в составе некоторых продуктов (кофе, чая). Кофеин — алкалоид кофейного боба Coffea arabica. Характерны нарушения де­ятельности сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, головные боли, нарушения сна, невралгии, мелкий тремор рук и языка, гиперрефлексия, боле­вая гиперестезия. Сниженное, пессимистическое настроение. У мужчин — импотен­ция.

Син.: кофеиномания, кофеинофагия, теизм.

**Коха тест дерева** [Koch К., 1949]. Экспериментально-психологическая мето­дика для исследования аффективных личностных свойств. Применяется в детской психологии. Обследуемому предлагают нарисовать фруктовое дерево. В основе ин­терпретации рисунка лежит гипотетическая аналогия между тенденцией к росту де­рева и психическим развитием. Детали рисунка рассматриваются в плане графоло­гическом, *с* точки зрения пространственной символики (так, придается значение преобладанию левого и правого, верха и низа и т.д.). Оценка производится по фак­торам интро-, экстраверсии, статики — динамики, банальности — оригинальности. Способствует определению степени личностной дифференцированности обследуе­мого, его типологических особенностей, выявлению личностной дисгармоничности, инфантилизма, подавляемых влечений.

**Кошмар** (*фр. cauchemar*)*.* Крайне тягостные, мучительные, отрицательно эмо­ционально окрашенные сновидения, при которых больные как бы участвуют в непри­ятных для них событиях, становятся жертвами преследования, совершают морально неприемлемые поступки. Часто наблюдаются при тяжелых невротических состояни­ях, после тяжелых психогений. В детском возрасте приводят к страху и плачу после пробуждения, ребенок не сразу начинает четко ориентироваться во времени и ме­сте, затрудненно устанавливает границу между сновидением и действительностью.

***К. ночной эпилептический*** — по H. Gastaut [1975], является термином не­правомерным, так как ночные К. не могут быть эпилептического генеза. Однако 1) внезапное пробуждение после ночного (обычно височного) припадка может сопрово­ждаться чувством тревоги, страха, гипотимией, воспоминаниями об устрашающих зрительных галлюцинациях во время припадка, которые и принимаются за ночной кошмар; 2) ночной кошмар может служить пусковым механизмом для эпилептическо­го припадка.

**Краббе болезнь** [Krabbe К.Н., 1916]. Форма лейкодистрофии, наследственное заболевание. Тип передачи аутосомно-рецессивный. Начинается в детском воз­расте. Клиническая картина характеризуется судорогами, спастическими паралича­ми, деменцией, слепотой, снижением слуха. В терминальной стадии — децеребра­ционная ригидность. В основе патогенеза — генетически обусловленные нарушения обмена веществ с нарушением синтеза цереброзидов и с дисмиелинизацией нерв­ных волокон в головном мозге.

Син.: диффузный инфантильный склероз Краббе, глобоидно-клеточная лейко­дистрофия Краббе, болезнь Краббе—Бенеке, диффузный инфантильный склероз.

**Краммера—Поллнова болезнь** [Krammer Т., Pollnow H., 1930]. Психическое заболевание неясной этиологии. Предположительна роль инфекционно-токсических факторов. Начинается чаще всего в возрасте 3-4 лет после лихорадочного состоя­ния или эпилептиформного припадка.

Припадки учащаются, носят характер больших и малых. Характерно двига­тельное беспокойство с гиперкинезами. Движения быстрые, бесцельные. Ребенок не может хотя бы на миг остаться в покое. Характерны речевое возбуждение с персеве­рациями, эмоциональная лабильность, раздражительность, приступы гнева. Задерж­ка умственного развития, картина психомоторной умственной отсталости. Замедля­ется или останавливается развитие речи. Нарастание симптоматики достигает мак­симума к 6 годам, а затем в течение приблизительно 1 года происходит ее уменьше­ние. Возможно полное клиническое выздоровление, иногда остается резидуальный органический дефект (снижение интеллекта, эпилептиформные припадки).

**Крампи** (*англ. cramp —* судорога, спазм). Периодически возникающие крат­ковременные тонические болезненные судороги, чаще всего в икроножных мышцах. Наблюдаются главным образом при патологии капиллярного кровообращения, нару­шениях кальциевого обмена, сахарном диабете, мышечном утомлении, интоксикаци­ях, атеросклерозе. В психиатрии к К. близки описанные под названием психастени­ческих судорог [Oppenheim Н., 1906] отдельные судорожные припадки, возникающие у лиц фобически-обсессивного склада характера и сопровождающиеся чувством страха. Впоследствии К. относили к реактивной или функциональной эпилепсии. В настоящее время такие состояния не рассматриваются как проявления эпилепсии, относятся к эпилептическим реакциям [Болдырев А.И., 1971].

**Краниостеноз** (*греч. kranion —* череп, *stenosis —* сужение). Деформация че­репа в связи с преждевременным окостенением его швов. Внешне проявляется в виде башенного, ладьевидного черепа и т.п. Характеризуется неврологической и психопатологической симптоматикой (косоглазие, нистагм, экзофтальм, головные боли, эпилептиформные припадки, эмоциональная лабильность и т.д.).

Син.: краниоостоз, ранний краниальный синостоз.

**Краснушкина смесь** [Краснушкин Е.К.]. Предназначена для купирования пси­хомоторного возбуждения. Включает в себя натрия бромид, хлоралгидрат, настойку валерианы, адонилен, омнопон, фенобарбитал. Вводится per os или в клизме.

**Крепелина болезнь.** См. *Депрессия пресенильная злокачественная.*

Крепелина концепция регистров синдромов [Kraepelin E., 1920]. Концепция, согласно которой регистры психопатологических синдромов (клинических картин) от­ражают глубину дефекта центральной нервной системы. Сами синдромы рассматри­ваются как предуготованные и лишь высвобождающиеся или включающиеся в связи с теми или другими вредностями, как проявление механизмов примитивной психиче­ской жизни, пройденных в фило- и онтогенезе. Концепция регистров синдромов Кре­пелина перекликается с положениями J.H. Jackson [Кербиков О.В., 1956]. Различа­ются следующие регистры синдромов: невротический, аффективный, галлюцинатор­ный, бредовой, дискинетический и энцефалопатический. Эти регистры отражают шкалу глубины поражения центральной нервной системы — от функциональной к органической патологии.

**Крепелина пробы** [Kraepelin Е., 1895]. Экспериментально-психологические методики:

1. Счет по Крепелину — складывание в уме столбцов однозначных чисел.
2. Отсчитывание в уме от 100 или 200 одного и того же числа — 7, или 13, или 17.

Используются для исследования активного внимания, работоспособности, для выявления повышенной истощаемости.

**Крепелина синдром** [Kraepelin E., 1915]. Посттравматический ипохондриче­ский синдром. Характерны депрессивные настроение и признаки посттравматиче­ской энцефалопатии, на фоне которых выделяется выраженный ипохондрический симптомокомплекс.

**Крестникова репродуктивный метод** [Крестников Н., 1929]. Разновидность психокатарсиса, психотерапевтический метод лечения неврозов, при котором избе­гают гипнотического воздействия и директивных внушений. Сеансы репродукции производятся в условиях относительной сенсорной депривации и протекают в 3 ста­дии: органо-телесных ощущений (тепла, холода, сердцебиений, дрожи), аффектив­но-эмоционального отреагирования (мучений, страха, тревоги) и представляемого содержания (изживание конкретного содержания переживаний). Цель — добиться целостного воспроизведения психической травмы и освобождения от ее болезне­творного влияния. Иногда во время сеансов больные преднамеренно впадают в со­стояние гипнотического сна, но в целом метод направлен на отреагирование в со­стоянии бодрствования.

**Кретинизм** (*фр. cretinisme*)*.* Врожденная недостаточность функций щитовид­ной железы, протекающая со значительным отставанием в физическом и психиче­ском развитии. Характерны карликовый рост, диспластическое строение тела, недо­развитие половых органов, неправильная форма черепа. Психически: апатические проявления, слабоумие вплоть до идиотии. Часто сопровождается глухонемотой. Бледность кожных покровов (отсюда название). Наблюдается спорадически и энде­мически (чаще в горных областях и отличается большей выраженностью болезнен­ной симптоматики).

**Кретиноид** (*фр. cretin + греч. eidos —* вид, подобие). Человек с внешними признаками кретинизма, но без явных признаков психического недоразвития.

**Кречмера апаллический синдром** (*лат. pallium —* плащ) [Kretschmer Е., 1940]. Симптомокомплекс, возникающий при нарушении связей между плащом го­ловного мозга, стволом мозга и другими центрами. Характерны особый вид наруше­ния сознания (больные бодрствуют и в то же время совершенно недоступны кон­такту), нарушения нормального ритма сна, отсутствие эмоциональных реакций, экс­тензия конечностей и туловища, спонтанные маятникообразные движения глазных яблок и нарушения их координации, примитивные моторные автоматизмы, наруше­ния регуляции вегетативных функций. Больные аспонтанны, проводят время лежа, не реагируют на речь, прикосновение. Взгляд блуждающий, ни на чем не фиксирует­ся. Проявляются филогенетически древние рефлексы (хватательный, сосательный). Наблюдается при тяжелых черепно-мозговых травмах, резко выраженном цере­бральном атеросклерозе с нарушениями мозгового кровообращения и со значитель­ными очагами размягчения, при панэнцефалитах (в этих случаях отмечается острое возникновение К.а.с.) и в терминальной стадии атрофических психозов (постепенное возникновение и прогредиентное течение). Течение К.а.с. может быть длительным, он часто является переходной стадией перед летальным исходом, но может быть и обратимым, особенно у детей.

Син.: бодрствующая кома, парасомния, акинетический мутизм, тяжелая пост­травматическая энцефалопатия, децеребрационная ригидность, пролонгированная травматическая кома.

**Кречмера методика активного ступенчатого гипноза.** См. *Гипноз активный ступенчатый.*

**Кречмера пропорции темперамента** [Kretschmer E., 1922]. Психологические признаки циклотимической и шизотимической конституции. Циклотимикам присуща диатетическая пропорция — от приподнятости (веселья) к подавленности (печали). Шизотимикам присуща психастеническая пропорция — между гиперстезией (повы­шенной чувствительностью) и анестезией (холодностью).

**Кречмера психобиограмма** [Kretschmer E., 1922]. Шкала для исследования личностных свойств больного. Анкета содержит два раздела: в первый включаются данные о семье больного, второй характеризует его интеллект, темперамент, соци­альное положение, биографические данные, телосложение и соматическое состоя­ние.

**Кречмера синдром церебровазальной слабости** [Kretschmer Е., 1932]. Про­явление местной недостаточности сосудов головного мозга, неспособности их к бы­строму реагированию на резко возникающее повышение требований к их функции. Характерен феномен избирательной чувствительности к наклонам тела, жаре, сни­жение устойчивости к алкоголю. В психической сфере отмечаются недержание аф­фектов, общее снижение уровня психического функционирования, явления депрес­сии, повышенная раздражительность. Наблюдается при раннем церебральном ате­росклерозе, при травматической энцефалопатии.

**Кречмера синтетическая психотерапия** [Kretschmer E., 1958, 1963]. Комплекс психотерапевтических методов, включающий: 1) воздействие, не связан­ное с разъяснением и анализом (суггестивная терапия и тренировочные методики); 2) методы, обращенные к мышлению и сознанию пациента, — разъяснение, позна­ние перспектив, ценностей, смысла жизни; 3) творчество и связанные с искусством положительные переживания, духовное развитие. Культура включается в психо­терапию как лечебное средство. Метод развивает психотерапевтическую концепцию E. Kretschmer [1934], делавшего упор на необходимости в процессе лечения привле­кать факторы, влияющие на обретение больным собственной ценности, обусловлен­ную этим силу, требуемую для осмысления жизненных задач.

**Криз** (*греч. krisis —* внезапная перемена в течении болезни). Остро возникаю­щее относительно непродолжительное состояние, характеризующееся появлением новых или резким утяжелением уже имевшихся симптомов.

***К. аффективный*** — бурное психомоторное возбуждение после длительного застойного напряжения аффекта.

***К. ваготонический*** — характеризуется резкой брадикардией, одышкой, тошнотой, бледностью, обильным потоотделением, слабостью, болями в сердце. Часты психогенные, особенно кардиофобические, реакции.

***К. вегетативный*** — наступает при поражениях вегетативной нервной систе­мы и характеризуется различными (ваготоническими, симпатико-тоническими и ваго- симпатико-тоническими) симптомокомплексами.

***К. возрастной*** — преходящие психические нарушения, возникающие в пере­ходных возрастных периодах. Так, для детских возрастных кризов характерны явле­ния реакции протеста в возрасте 3-4 лет и в препубертатном периоде, трудности адаптации в первые школьные годы (синдром школьной дезадаптации).

***К. гипертонический*** — наступает при гипертонической болезни или симпто­матической артериальной гипертонии, характеризуется высоким подъемом АД. Длится от нескольких часов до нескольких дней.

***К. гипоталамический*** — разновидность К. вегетативного, обусловлен пора­жением гипоталамуса.

***К. глазодвигательный*** — тонический спазм глазодвигательных мышц, вызы­вающий сочетанное отклонение глаз. Наблюдается при энцефалитах, болезни Пар­кинсона, паркинсонизме вследствие лечения нейролептиками. Следует отличать от эпилептических глазодвигательных припадков [Gastaut H., 1975].

***К. истериформный*** (Delay G., 1957} — разновидность эксцитомоторного син­дрома Мари—Леви, наблюдаемая в рамках экстрапирамидных расстройств при ле­чении нейролептиками. Рассматривается как проявление «экспериментального не­вроза» в связи с органическим поражением головного мозга, при этом придается значение и наличию публики, якобы предрасполагающей к истериформным реакци­ям. Включает в себя тризм, явления постуральной дуги, повышенную внушаемость, демонстративность, инфантильные реакции, подражательные действия, сужение поля сознания. Ср.: истероид органический.

***К. психолептический*** (*греч. psyche —* душа, *leptikos —* способный взять, воспринять) [Janet P.] — приступообразно возникающие у психопатических лично­стей дисфорические состояния, характеризующиеся изменением мировосприятия, навязчивыми мыслями и нередко сопровождающиеся субъективными переживания­ми страха («умственный упадок»).

***К. пубертатный*** — возникает в возрасте наступления половой зрелости, в 13-15 лет, и характеризуется психической неуравновешенностью, аффективной ла­бильностью, гипотимическими проявлениями, повышенной конфликтностью в связи с пробуждающейся сексуальностью, несогласием со взрослыми (родителями, педа­гогами) и т.д. В этом периоде часты психогенные реакции и так называемые эндоре- активные дистимии [Личко А.Е., 1979], к которым относят и нервную (психическую) анорексию.

***К. церебральный*** — характеризуется острыми нарушениями каких-либо функций головного мозга.

***К. церебральный сосудистый*** — характеризуется острыми преходящими нарушениями мозгового кровообращения.

***К. эксцитомоторный*** (*лат. excitare —* возбуждать, *motor —* приводящий в движение) — пароксизмальное возникновение ряда двигательных расстройств (тре­мора, хореоатетоидных движений, истероформных гиперкинезов) в сочетании с эмо­циональным оживлением и вегетативными нарушениями. Разновидность эксцитомо- торного синдрома Мари—Леви. Понятие, близкое к истериформным кризам Делея, наблюдается как осложнение терапии нейролептиками.

***К. эмоциональный Монахова—Мурга*** [v. Monakov С., Mourgne R., 1930] — наблюдается иногда в начальной стадии различных органических заболеваний цен­тральной нервной системы и характеризуется испытываемым больными тягостным чувством, мыслями об угрозе какого-то несчастья или близкой смерти. При этом от­мечаются дрожание всего тела, озноб, ускоренное дыхание, профузный пот и другие вегетативные проявления. Не смешивать с К. аффективным (ср.).

**Крик эпилептический** — непроизвольный крик, обусловленный прохождени­ем воздуха через верхние дыхательные пути в начале тонической фазы тонико-кло­нического эпилептического припадка. Длится несколько секунд. Ему может предше­ствовать звучная икота, икающий крик.

**Криминология** (*лат. crimen —* преступление, *греч. logos —* слово, понятие, учение). Наука о преступности, ее причинах, личности преступника и жертвы, профи­лактике преступлений.

**Криминофобия** (*лат. crimen —* преступление, *греч. phobos —* страх) [Frankl

V.E.]. Навязчивый страх совершить преступление.

**Криптогенный** (*греч. kryptos —* скрытый, тайный, *genos —* род, происхожде­ние). Неизвестного происхождения. Употребляется в том же смысле, что и «генуин- ный», «идиопатический», эссенциальный: например, криптогенная эпилепсия.

**Криптография** (*крипто + греч. grapho —* пишу). Создание психически боль­ными нового символического письменного кода. Отражение в письменной речи крип- толалии. Наблюдается при шизофрении.

**Криптолалия** (*крипто+ греч. lalia —* речь). Создание больными новой, неле­пой «речи», сплошь состоящей из неологизмов и не могущей служить средством коммуникации между людьми. Наблюдается при шизофрении.

Син.: неоглоссия (*греч. neos —* новый, *glossa —* язык).

**Криптомнезия** (*крипто* + *греч. mnesis —* воспоминание). Симптом расстрой­ства памяти, при котором как бы стирается грань между имевшим место в действи­тельности, реальными событиями и событиями, о которых больной слышал от окру­жающих, читал или увиденными во сне. При этом возможны ассоциированные воспоминания (увиденное во сне, услышанное от других, прочитанное воспринима­ется как пережитое самим больным) либо отчужденные воспоминания (события ре­альной действительности воспринимаются как услышанное, прочитанное, увиден­ное во сне). Нередко К. является причиной поступков больных, трактуемых как пла­гиат. К. близка к иллюзиям памяти, двойным ощущениям.

**Кристаллизация бреда.** См. *Бреда кристаллизация.*

**Кристаллофобия** (*греч. krystallos* — лед, горный хрусталь, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь прикосновения к стеклянным предметам.

**Крисчена—Хенда— Шюллера болезнь** [Christian H.A., 1919; Hand M. 1893; Schuller A., 1915]. Наследственное заболевание (тип передачи аутосомно-рецессив­ный). В основе — нарушение холестеринового обмена и инфильтрация лимфоидны­ми и плазматическими клетками плоских костей, твердой мозговой оболочки, сосу­дов, кожи. Основные симптомы — поражение плоских костей, экзофтальм, несахар­ный диабет, отставание в физическом и умственном развитии. Развивается в дет­ском возрасте.

**Критичность** (*греч. kritike —* искусство разбирать, судить). 1. Одно из свойств нормальной психической деятельности, способность осознавать свои ошибки, уме­ние оценивать свои мысли, взвешивать доводы за и против выдвигающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке [Рубинштейн С.Л., 1958; Теплов Б.М., 1946]. По Б.В. Зейгарник [1986], К. состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с условиями реальности. Не- критичность мышления в ситуации патопсихологического эксперимента характеризу­ется утратой контроля над интеллектуальными процессами (См. *Блейхера—Худика методика исследования критичности мышления*)*.* 2. Критичность (вернее, некри- тичностъ) в отношении своих болезненных переживаний — бреда, галлюцинаций. Такая некритичность наблюдается и при грубых органических поражениях лобных отделов головного мозга. Некритичность проявляется и в отсутствии рассудительно­го отношения к своему состоянию у психически больных, анозогнозии.

**Кричтон-Брауна симптом** [Crichton-Browne J.]. Легкий тремор наружных углов рта и глаз. Признак наблюдается в начальной стадии прогрессивного паралича.

**Кронфельда интерпароксизмальный синдром** [Кронфельд А.С., 1938]. Со­вокупность психических расстройств, наблюдающихся у больных эпилепсией в меж­припадочных состояниях. Включает в себя явления эпилептической деградации ха­рактера и деменции. Имеет более важное нозологически-специфическое значение, чем пароксизмальные, транзиторные симптомы.

**Кроцидизм** (*греч. krokydismos —* ощипывание шерсти). Симптом двигательно­го автоматизма: движения пальцев рук напоминают манипулирование мелкими предметами. Наблюдается при паркинсонизме.

Син.: «счет монет».

**Крузона синдром** [Crouzon L.E.O., 1912]. Форма олигофрении, характеризую­щаяся сочетанием умственной отсталости различной степени выраженности с поро­ками развития костей (дизостеозом). В патогенезе заболевания существенную роль играют нарушения кровообращения головы, возникающие на ранних этапах эмбрио­нального развития. Характерны деформация черепа, гипертелоризм, экзофтальм, дисплазии лица.

Гидроцефалия. Офтальмологически — косоглазие, снижение остроты зрения, застой и атрофия дисков зрительных нервов. Психически — умственное недоразви­тие, явления органического психосиндрома. Наследственное заболевание (аутосо­мно-доминантный или аутосомно-рецессивный тип наследования).

Син.: черепно-лицевой дизостеоз, дискефалия, наследственная черепно-ли­цевая дисплазия.

**Круомания** (*греч. kruo —* биться, *mania —* стремление, влечение). Импульсив­ное стремление наносить себе удары по голове, чаще всего биться головой о стену. Наблюдается при олигофрении, кататонической шизофрении, тяжелых депрессив­ных состояниях.

**Ксантопсия** (*греч. xanthos —* желтый, *opsis —* зрение). Нарушение цветового зрения: все предметы представляются окрашенными в желтый цвет. Наблюдается при некоторых интоксикациях (пикриновая кислота, амилнитрит, сантонин), желтухе, сотрясении мозга, как эпизодическое явление — при эпилепсии.

**Ксенолалия** (*греч. xenos —* чужой, *lalia —* речь). Нарушение речи с изменени­ем структуры ее звуков, в связи с чем она становится похожей на иноязычную. На­блюдается при экстрапирамидной патологии, при сенсорной афазии.

**Ктиномания** (*греч. ktino —* убивать, *mania —* безумие, страсть). Непреодоли­мое влечение к мучительству животных, убийству. Наблюдается при олигофрении, некоторых формах психопатии.

**Кубомания** (*греч. kubos —* позвонок, в смысле — игральная кость, кубик для игры в кости, *mania —* безумие, страсть, влечение). Непреодолимое влечение к азартным играм. Наблюдается у психопатических личностей.

**Куимова—Керера феномен** [Куимов Д.Т., Kehrer А., 1937]. Неврологические симптомы, наблюдающиеся при хроническом алкоголизме: резкая болезненность при надавливании на ветви тройничного нерва в точках выхода из полости черепа и на глазные яблоки, повышение при этом давления ликвора. Проявляется особенно­стями поведения больного, стремящегося избавиться от причиняемой ему боли: об­следуемый уклоняется от рук врача, отталкивает его руку. Характерны отрицатель­ные эмоциональные реакции больного.

**Кулленкампфа—Тарнова синдром** [Kullenkampf С., Tarnov G., 1956]. Ослож­нение при лечении нейролептиками, особенно трифтазином и производными бути­рофенона (галоперидол). Один из вариантов пароксизмального экстрапирамидного синдрома. Характерно приступообразное напряжение мышц лица, глотки, насиль­ственное высовывание языка, затруднение глотания, дыхания и речи, насильствен­ный поворот головы в сторону или запрокидывание ее назад. Обычно наблюдается в начале курса лечения нейролептиками и не совпадает с явлениями паркинсониз­ма.

Син.: оральный синдром

**Культтерапия.** Разновидность социореабилитационной терапии, основой ко­торой является психотерапевтическое влияние развлекательно-познавательных ме­роприятий с тщательно продуманной программой. При этом необходимо учитывать индивидуально-личностные особенности больного, его интересы, уровень психиче­ского развития, характер психопатологической симптоматики [Красик Е.Д., Петров М.И., Потапов А.И., 1983]. Группы больных образуют по признакам сходства в пове­дении и активности.

**Куннилингус** (*лат. cunnus —* женские наружные половые органы, *lingo —* лижу). Вид перверсии, при которой половое возбуждение у женщины вызывается раздражением ее наружных половых органов языком и губами партнера (партнерши). Наблюдается при гетеросексуальных отношениях и женском гомосек­суализме.

Син.: кумбитмака, куннилинкцио, куннилинктус.

**Куссмауля симптом** [Kussmaul A., 1876]. Спотыкание на слогах, заключающе­еся в пропускании или удвоении слогов в речи. Особенно легко выявляется при по­вторении трудных слов и скороговорок. Типичный признак прогрессивного паралича.

**Кутанина синдром многописательства** [Кутанин М.П., 1964]. Неудержимое стремление писать письма, содержащие однообразные жалобы, претензии, заявле­ния, отражающие болезненную позицию больного. Иногда по письмам можно уста­новить наличие бредовых идей величия, преследования, переоценку своей лично­сти. Характерны многоречивость, претенциозность, витиеватость стиля.

Является разновидность графомании и наблюдается при паранойяльных со­стояниях. Отличается по характеру от чрезмерной письменной продукции больных шизофренией, отражающей явления разорванности мышления, стереотипии, иногда вербигерации.

**Кучеры синдром** [Kucera О., 1970]. «Легкая детская энцелофалопатия». По­нятие, аналогичное Пейна синдрому незначительного хронического поражения го­ловного мозга.

**Куэ метод психотерапии** [Coue E.]. Совокупность психотерапевтических при­емов «сознательного (преднамеренного) самовнушения». Вначале пациент убежда­ется в силе собственного самовнушения, затем использует индивидуально подо­бранные формулы самовнушения. Наиболее эффективно самовнушение в момент пробуждения или засыпания, при этом физиологически его можно представить как самогипноз. Метод используется как самостоятельно, так и в комплексе с другими психотерапевтическими методами. Самовнушение является основой и Шульца ме­тода аутогенной тренировки.

\_Л\_

**Лабильность** (*лат. labilis —* подвижный, нестойкий). Нестабильность функци­онирования, непостоянство, значительные колебания в амплитуде тех или иных про­явлений.

**Лабильность аффекта.** Нестойкость настроения, склонность к его колебани­ям, перепадам, частым сменам эмоций.

Син.: лабильность эмоциональная.

**Лабильность симптоматическая** [Kleist К., 1920]. Конституциональная пред­расположенность к соматогенным психозам, склонность реагировать на соматоген­ные вредности психическими расстройствами экзогенного типа. У этих же лиц отме­чается тенденция к повторению психозов при последующих соматических заболева­ниях.

**Лактотерапия** (*лат. lac —* молоко, *греч. therapeia —* лечение). Метод неспе­цифической биологической терапии, разновидность протеинотерапии. Проводится для изменения реактивности организма при резистентности к инсулину, нейролепти­кам. Заключается в подкожном или внутримышечном введении стерилизованного молока.

**Лакунарный** (*лат. lacuna —* углубление, лакуна). Характеризующийся нерав­номерностью (как бы углублениями, западениями), например, лакунарное слабо­умие в противоположность диффузному.

**Лалоневроз** (*греч. lalia —* речь, *neuron —* нерв, *-osis —* суффикс, обозначаю­щий заболевание) [Kussmaul A., 1876]. Невротическое расстройство речи. См. *Лого- невроз.*

**Лалофобия** (*лало + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь гово­рить из-за опасения возникновения заикания.

**Ламбдацизм** (*греч.* буква *ламбда,* обозначающая звук «Л»). Врожденный де­фект речи, нечеткое произношение буквы «Л».

**де Ланге синдром** [de Lange С., 1933]. Форма умственного недоразвития. Ха­рактерны преждевременные роды, малая масса при рождении, низкий рост, микро­цефалия, уродливое строение лица (сросшиеся брови, глубоко сидящие ушные ра­ковины), короткие руки и ноги, синдактилия стоп. Умственное недоразвитие разной степени — от легкого до очень глубокого. Дети редко плачут или смеются, не прояв­ляют эмоциональных реакций, лицо маскообразное.

Л.с. нередко обнаруживается в определенных семьях, у нескольких их членов. Возможны аутосомно-рецессивный или доминантный тип передачи.

Син.: амстердамский тип вырождения, синдром Брахмана—де Ланге [Brachman W., 1916].

**Ларингоспазм** (*греч. larynx —* гортань, *spasmos —* мышечное сокращение, су­дорога). Внезапно наступающий судорожный спазм мышц гортани и голосовых свя­зок. Иногда сочетается с кратковременным выключением сознания, непроизвольны­ми мочеиспусканием и дефекацией. Наблюдается при спазмофилии, тетании, эк­лампсии, эпилепсии, истерии.

Син.: ларингизм.

**Ласега симптом.** [Lasegue E.Ch.]. Потеря способности движения конечности при закрытых глазах. Симптом истерии. Нередко сочетается с нарушениями чув­ствительности и односторонними функциональными параличами конечностей.

**Ласега синдром.** [Lasegue E.Ch.]. Невозможность совершать движения конеч­ностями без участия зрения, при закрытых глазах, тогда как эти же движения произ­водятся без контроля зрения под влиянием гипнотического внушения. Наблюдается при истерии. Нередко сочетается с нарушениями чувствительности и односторонни­ми функциональными параличами конечностей.

**Ласега—Фальре—Гризингера персекуторный бред** [Lasegue E.Ch., 1852; Falret J.P., 1854; Griesinger W., 1872]. Группа бредовых синдромов, для которых ха­рактерна убежденность больного в том, что он подвергается воздействию извне. Чаще всего это бред преследования, воздействия, иногда — ипохондрический, эро­тический. Больные с персекуторным бредом представляют известную опасность для окружающих, так как в ряде случаев из «преследуемых» превращаются в преследо­вателей. В динамике персекуторного бреда выделялись такие периоды, как инкуба­ции, интерпретации сенсорных расстройств и стабилизации («стереотипизирован- ное и систематизированное сумасшествие»).

Син.: болезнь Фальре, бред преследования у дегенерантов Фальре, бред Ла­сега, болезнь Ласега, систематизированный бред преследования, хронический бред с систематическим развитием, систематизированный прогрессирующий психоз.

**Ласки заключительные.** Заключительная стадия полового акта — сексуаль­ные действия, выражающие удовлетворенность и благодарность партнеру.

Син.: нахшпиль (*нем. Nachspiel*)*.*

**Ласки подготовительные.** Стадия, предшествующая половому акту. Включа­ет сексуальные действия (объятия, поцелуи) и слова, подготавливающие психологи­ческую готовность партнеров к физической близости. Играет важную роль в гармо­ническом осуществлении полового акта; ей придается значение в психотерапии не­которых форм сексуальных расстройств, в частности — женской аноргазмии.

Син.: ласки предварительные, форшпиль (*нем. Vorspiel*)*.*

**Лата** (*малайск. lata —* боящийся щекотки). Острое транзиторное психотиче­ское состояние, обычно возникающее вследствие внезапного испуга. Проявляется двигательным возбуждением с совершением циничных жестов и действий, копрола- лии или в форме имитации двигательных актов окружающих (эхопраксия), их речи (эхолалия), автоматической подчиняемости. Чаще всего встречается у молодых женщин. Некоторыми исследователями сближается с мерячением (см.). Л. рассмат­ривается либо как острая форма кататонической шизофрении, либо в качестве исте­рической реакции при наличии повышенной внушаемости, у больных эпилепсией она наблюдается при состояниях сумеречного нарушения сознания, проявляющего­ся в автоматизированных действиях. По Й. Стоименову и И. Рачеву [1988], Л. следу­ет расценивать как синдром, наблюдающийся при различных психических заболева­ниях, а не в качестве отдельной нозологической формы. У коренных жителей Ма­лайских островов Л. считается скорее проявлением необычного поведения, чем бо­лезнью.

**Латентность** (*лат. latens —* скрытый, тайный). В психиатрии: скрытое, без ви­димых симптомов, протекание психического заболевания, чаще всего — его началь­ного периода. Например, латентная шизофрения, латентный период прогрессивного паралича (время между заражением сифилисом и астеническими манифестными проявлениями болезни).

Латентными могут быть наследственные признаки — они проявляются не сра­зу после рождения, а с возрастом получают свое развитие.

**Латеропульсия** (*лат. lateralis —* боковой, *pulsus —* толчок). Непроизвольное отклонение тела в сторону после незначительного, легкого толчка с противополож­ной стороны.

**Латерофобия** (*латеро + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь лежать на одном боку, чаще — на левом (при кардиофобии).

**Лафора синдром** [Lafora G.R.]. Одна из форм миоклонус-эпилепсии, характе­ризующаяся поражением сетчатки с наступлением слепоты. Наряду с типичными эпилептическими припадками с тоническими и клоническими судорогами отмечают­ся миоклонические подергивания в различных частях тела. Миоклонические судоро­ги наблюдаются как во время эпилептических припадков, так и в межприпадочные периоды. Изменения личности — аспонтанность, пассивность, нарастание апатии.

Патологоанатомически — дегенеративные изменения в мозжечке, экстрапира- мидной системе, осевых цилиндрах периферических нервов, в клетках печени и сердца, в исчерченной мускулатуре, в сетчатке. Нарушения метаболизма (повыше­ние уровня содержания мукополисахаридов в моче, наличие мукополисахаридных включений в цитоплазме клеток печени (тельца Лафора)).

Заболевание наследственное, тип передачи аутосомно-рецессивный.

Син.: прогрессирующая злокачественная эпилепсия с миоклонией.

**Лебединского—Бортник методика психотерапии** [Лебединский М.С., Борт­ник Т.Л., 1965]. Модификация метода аутогенной тренировки, при которой сокраща­ется срок курса лечения. Некоторые формулы аутогенной тренировки, направлен­ные на предотвращение или снятие отдельных симптомов болезни, используются больным уже в начале лечения, до достижения общего расслабления. Аутогенная тренировка сочетается с функциональной, аутосуггестия с гетеросуггестией. Расши­рена формула покоя.

**Лебединского методика** [Лебединский М.С., 1966]. Экспериментально-психо­логическая методика исследования речи и мышления. Заключается в попеременном назывании пар одушевленных и неодушевленных предметов. Получаемые данные позволяют судить о механизмах патологических нарушений речемыслительных про­цессов, о характере и уровне их.

**Леворукость.** Генетически обусловленное пользование преимущественно ле­вой рукой при выполнении целенаправленных действий, выполняемых обычно пра­вой рукой, например, письма, рисования, пользования ложкой, молотком и др. Л. мо­жет быть скрытой, в процессе онтогенеза у индивидуума вырабатываются навыки по выполнению этих действий правой рукой. Скрытая Л. определяется спонтанно, при некоторых аффективно обусловленных состояниях и с помощью несложных пове­денческих тестов. Л. свидетельствует о локализации высших корковых функций (речи, чтения, письма и др.) в правом полушарии головного мозга.

**Левятова смесь** [Левятов В.М., 1965]. Предназначена для лечения больных эпилепсией, особенно с полиморфным характером припадков. Включает в себя фе­нобарбитал, калия бромид, натрия борат, кофеин, дифенин и триметин. Различные дозы и комбинации входящих в смесь ингредиентов подбираются индивидуально в зависимости от формы эпилепсии, частоты и характера припадков, выраженности психических изменений, массы тела и возраста больного, его чувствительности к противосудорожным средствам.

**Легастения** (*лат. lego —* читать, *а —* не, *sthenos —* сила). Проявление пато­логии психического созревания — при нормальном развитии интеллекта .у детей об­наруживаются затруднения при овладении навыками чтения и письма.

Син.: дизлексия.

**Легран дю Солля триада** [Legrand du Saulle, 1886]. Совокупность симптомов, характерных для ревматических психозов, — депрессивное настроение, ступор и галлюциноз. Степень выраженности этих симптомов в клинической картине различ­на, чем определяется и известное разнообразие клинических проявлений [Knauer A., 1914]. Клиника острых ревматических психозов не ограничивается Л.С.т., в ней пред­ставлены фрагментарные нарушения сознания, психосенсорные расстройства, бре­довые идеи преследования, явления психического автоматизма [Скворцова Е.К., 1958; Дворкина Н.Я., 1975].

**Лейкодистрофия** (*греч. leukos —* белый, *dys —* нарушение функции, рассо­гласование, *trophe —* питание). Тип наследственных заболеваний, характеризую­щихся недостаточностью процесса миэлинизации в белом веществе головного и спинного мозга. См. *Александера болезнь, Краббе болезнь, Пелицеуса*—*Мерцбахе­ра болезнь.*

**Лейкотомия** (*греч. leukos —* белый, *thome —* разрез). Хирургическая опера­ция — рассечение белого вещества головного мозга. В соответствии с выбором ме­тода различают Л.: закрытую, осуществляемую через небольшое отверстие в костях черепа, образованное фрезой; открытую, осуществляемую через трепанационное отверстие с последующей костной пластикой, и трансорбитальную, осуществляемую через верхнюю стенку орбиты.

В настоящее время Л. применяется главным образом при тяжелых болевых синдромах, не поддающихся лечению другими методами.

В 1935 г. A.C. Moniz предложил метод префронтальной (фронтальной) Л. для лечения шизофрении. С этой целью производилось хирургическое рассечение бело­го вещества лобных долей головного мозга с одной или обеих сторон, отделение коры лобной области от нижележащих отделов мозга. Катамнестические исследова­ния показали малую эффективность метода и значительную частоту вызываемых им нежелательных побочных явлений, возникновение грубых органических поражений головного мозга. В нашей стране применение лейкотомии для лечения шизофрении запрещено. После периода интенсивного и широкого распространения (особенно в США. где показаниями к Л. являлись не только шизофрения, но и тяжелый невроз навязчивых состояний, плохо поддающиеся медикаментозной терапии болевые син­дромы) в настоящее время и за рубежом отмечается спад интереса к этому методу.

**Лейкоэнцефалиты** (*греч. leukos —* белый, *enkephalon —* головной мозг, *-itis —* суффикс, обозначающий воспалительную природу заболевания). Энцефалит с преимущественным поражением белого вещества головного мозга. К Л. относят ряд демиэлинизирующих заболеваний головного мозга (см.), а также Л. геморрагический острый — редко встречающееся остро протекающее поражение головного мозга не­выясненной этиологии, для которого характерны множественные мелкоточечные кровоизлияния в белом веществе больших полушарий и мозолистом теле, сливаю­щиеся в поля, очаговая и периваскулярная демиэлинизация, фибринозная дегенера­ция стенок сосудов. В большинстве случаев — летальный исход.

**Лекарственная зависимость.** Синдром нарко- или токсикомании, характери­зующийся непреодолимой, патологической потребностью в приеме того или иного наркотика, психотропного препарата. При прекращении приема этого средства у больного наступают явления абстиненции или психические и физиологические нару­шения, чувство дискомфорта.

Синдром Л.з. включает в себя синдромы психической и физической зависимо­сти. Л.з. психическая проявляется психическим влечением к наркотику и способно­стью достижения состояния психического комфорта в интоксикации. Это психиче­ское влечение носит характер обсессивного, выражается в постоянных мыслях о приеме наркотика, в предвкушении связанной с этим эйфории, в борьбе мотивов [Портнов А.А., 1959]. Обсессивное влечение определяет аффективный фон, прису­щий состоянию нарко- или токсикомана. Состояние комфорта после приема нарко­тика обозначает не только уход от дискомфорта в периоде вынужденной или добро­вольной трезвости, но и восстановление нарушенных психических функций. Л.з. пси­хическая при прекращении приема наркотика или психотропного препарата не со­провождается абстиненцией, как это бывает при Л.з. физической. Влечение к нарко­тику при Л.з. физической всегда носит компульсивный характер, оно детерминирует поведение больного, подавляет противоречащие мотивы и контроль над своими по­ступками. Физическое влечение всегда сопровождается вегетативными расстрой­ствами. Входящий в структуру Л.з. физический абстинентный синдром является до­стоверным признаком наркомании.

**Лекарственная непереносимость.** Повышенная чувствительность к некото­рым лекарственным веществам, которые, будучи введены в организм даже в мини­мальных лечебных дозах, вызывают нежелательные побочные реакции. Должна учитываться при назначении лечения во избежание осложнений лекарственной терапии. При этом принимаются во внимание как анамнестические сведения о пере­носимости больным того или иного психотропного препарата в процессе уже прово­дившегося раньше лечения, так и ряд наблюдений, относящихся к факторам па- топластическим, например, наличие резидуальной органической патологии головно­го мозга способствует раннему появлению и тяжелому течению нейролептических синдромов.

**ван Леннепа тест четырех изображений** [van Lennep D.J., 1948]. Проектив­ная психологическая методика. Обследуемому предлагают четыре смутно очерчен­ные картинки (цветные рисунки, репродукции с акварелей), по которым он должен составить историю, обьединившую бы все рисунки. Каждый рисунок изображает раз­личную жизненную ситуацию. Интерпретация рассказа качественная, анализируются присущие обследуемому и выявляемые при исследовании особенности отношений в жизни.

**Леннокса-Гасто синдром** [Lennox W.G., Gastaut H.]. Органическое поражение головного мозга, развивающееся главным образом у детей (от 2 до 8 лет) и характе­ризующееся наличием эпилептических припадков (тонических и атонических, ати­пичных абсансов), диффузных медленных комплексов «пик-волна» в межприпадоч­ном периоде, умственной отсталости. Рентгенологически — признаки атрофии го­ловного мозга.

Син.: эпилептическая энцефалопатия с разрядами диффузных медленных «пик-волн».

**Леннокса триада petit mal** [Lennox W.G., 1945]. Три типа малых эпилептиче­ских припадков с характерными для них изменениями на ЭЭГ:

1. Абсансы — наиболее легкая форма. Длительность припадка — 1-2 с. Без каких-либо предварительных симптомов происходит кратковременная утрата созна­ния. Тонус мышц существенно не изменен. На ЭЭГ отмечаются комплексы «волна- пик» (3 в 1 с).
2. Припадок акинетического типа, при котором вследствие резкого падения то­нуса мышц больной может упастъ. На ЭЭГ — комплексы «волна-пик» или «пик-вол­на».
3. Припадок миоклонического типа — у детей. На ЭЭГ множественные комплексы «пик-волна» (1-3 в 1 с).

**Лента Казаля.** См. *Галстук Казаля.*

**Ленца нарушения схемы тела** [Lenz H.]. Особый тип нарушений схемы тела, отличающийся от аутотопагнозии и анозогнозии. Характерно сочетание нарушений собственно схемы тела и расстройства пространственного восприятия, например, чувство удвоения правой половины тела и увеличенное, искаженное восприятие всего, что находится справа. Наблюдаются при травмах головного мозга, при нару­шениях мозгового кровообращения, при лизергиновых психозах, шизофрении, в ка­честве ауры при эпилепсии. Механизм связывается с расстройствами интегративной деятельности теменной области головного мозга.

**Леонгарда концепция акцентуированных личностей.** см. *Акцентуация лич­ности.*

**Леонтьева методика опосредованного запоминания** [Леонтьев А.Н., 1928]. Экспериментально-психологическая методика для исследования памяти. Использу­ется также для характеристики особенностей мышления психически больных. Об­следуемому дается набор изображений предметов и предлагается выбирать из них те, которые облегчат ему запоминание называемых исследующим слов. При ши­зофрении обнаруживаются непродуктивность, выхолощенность ассоциаций, явле­ния соскальзывания, ассоциации по случайным элементам.

**Лепрофобия** (*греч. lepros —* чешуйчатый, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь заразиться лепрой (проказой).

**Лептоменингит** (*греч. leptos —* тонкий, нежный, *анат. meninx —* мозговая, *греч. -its —* суффикс, обозначающий воспалительный процесс). Воспаление мягкой и паутинной мозговых оболочек. Характерны появления менингеальных знаков, вос­палительная картина при исследовании цереброспинальной жидкости. Различные формы Л. определяются локализацией процесса (базальный, задней черепной ямки и др.), морфологическим характером (адгезивный, гнойный, геморрагический и др.), этиологией (гриппозный, травматический, туберкулезный). Психические нарушения протекают по типу острых экзогенных реакций.

**Лептосом** (*греч. leptos —* тонкий, нежный, *soma —* тело). Субъект лептосо- много телосложения [Kretschmer E., 1921]. Грацильное телосложение с преоблада­нием размеров в длину над поперечными, тонкими костями, недостаточно развиты­ми мышцами, незначительным жировым слоем. Высокий рост, узкое лицо, тонкий нос.

Син.: астеническое телосложение.

**Лермитта—Мак Алпина синдром** [Lhermitte J., McAlpine D., 1926]. Органиче­ское поражение головного мозга, при котором, наряду с неврологической пирамид­ной и экстрапирамидной симптоматикой, наблюдаются психические расстройства — маниакальные и депрессивные состояния, к которым присоединяются галлюцина-

ции, негативизм, бред. Возможен смертельный исход в течение года. Патологоана­томически — множественные очаги поражения головного мозга, особенно лобных и височных его отделов, пирамидных путей. В случаях, описанных E.J. Herman [1978], такая шизоформная симптоматика была обусловлена энцефалитом.

**Лесбийская любовь** (на острове *Лесбос* в Эгейском море жила в конце VII в. до нашей эры древнегреческая поэтесса Sappho). Женский гомосексуализм.

Син.: лесбиянство, сапфизм, трибадия.

**Летальность** (*лат. letalis —* смертельный). Статистический показатель, сви­детельствующий о количественном соотношении (в процентах) числа умерших от ка­кого-либо заболевания и числа больных им за определенный период времени. Л. вычисляется в лечебно-профилактических стационарах и в контингентах больных, получающих амбулаторное лечение, является показателем опасности того или ино­го заболевания для жизни, а также постановки лечебного процесса в стационаре. Выделяют Л. больничную и внебольничную. Отдельно вычисляется Л., учитывающая смерть больных в течение первых суток госпитализации, свидетельствующая о каче­стве организации ургентной помощи (Л. досуточная).

**Летаргия** (*греч. lete* — забвенье, *argia —* бездействие). Форма перманентной гиперсомнии, по А.М. Вейну [1974], протекающая со снижением уровня всех жизнен­ных функций — обездвиженность, понижение обмена веществ, ослабление или от­сутствие реакций на внешние раздражители. Наблюдается при органических пора­жениях ЦНС (эпидемический летаргический энцефалит) и при функциональных расстройствах психики (истерия). Может длиться от нескольких часов до нескольких суток, недель. При отграничении Л. функциональной от эпидемического энцефалита играют роль сочетание гиперсомнии с лихорадкой и глазодвигательными расстрой­ствами (триада C. Economo, присущая клинике энцефалита).

**Лечебно-производственные мастерские.** Предприятия, организуемые при психиатрических больницах и диспансерах и предназначенные для трудовой терапии и трудового обучения психически больных. В штат Л.п.м. входят врачи-пси­хиатры, мастера-производственники, трудинструкторы.

**Лечебно-профилактические учреждения.** Медицинские учреждения для ока­зания лечебно-профилактической помощи населению. К психиатрическим, нарколо­гическим Л.п.у. относятся больницы, диспансеры, полустационары (дневные и ноч­ные), специализированные бригады скорой помощи.

**Лечение занятостью** (*англ. occupational therapy*)*.* Метод ресоциализации пси­хически больных, включающий групповую работу в лечебных мастерских, правиль­ную организацию психической и физической деятельности больного в труде и отды­хе.

**Лечение принудительное.** Проводится психически больным, совершившим общественно опасные действия и судебно-психиатрической экспертизой признан­ным невменяемыми. Назначается судом и осуществляется по месту жительства в психиатрической больнице. Назначается медикаментозное лечение, при необходи­мости устанавливается степень утраты трудоспособности, организуются социально­реабилитационные мероприятия. Больной не реже одного раза в шесть месяцев проходит повторное освидетельствование судебно-психиатрической комиссией и, если он будет признан не представляющим более общественной опасности, состав­ляется акт об отмене Л.п. После отмены Л.п. судом больной переводится на лече­ние на общих основаниях и при отсутствии противопоказаний может быть выписан в общем порядке.

**Леша—Нейхана синдром** [Lesh M., Nyhan W.L., 1964]. Наследственное забо­левание. Болеют преимущественно мужчины, тип передачи рецессивный. Характер­на триада симптомов: энцефалопатия (умственное недоразвитие, двигательное бес­покойство, хореатические или атетонические гиперкинезы), нарушения пуринового обмена (гиперурикемия, гиперурикурия, почечнокаменная болезнь), нарушения по­ведения (агрессивные или аутоагрессивные тенденции). Аутоагрессивное поведение проявляется кусанием губ, вырыванием у себя ногтей и откусыванием фаланг. Пси­хические нарушения связываются с возникающей вследствие нарушения пуринового метаболизма патологией обмена биогенных аминов в тканях мозга [Шапошников A.M., Александрова Л.А., 1979].

**Лёвенфельд—Бюлер тест миросозидания** [Lowenfeld М., Buhler Ch., 1955]. Проективная методика для исследования детей. Ребенку предлагают набор фигурок людей, зверюшек, различных предметов, с которыми он сталкивается в повседнев­ной жизни. Из этого материала ребенок строит свой «мир», свой город, сцены вой­ны, обыденной жизни. Учитывается возраст ребенка, его индивидуальные личност­ные особенности. Методика имеет психотерапевтическое значение, так как она не только способствует раскрытию присущих ребенку психологических конфликтов, но и их разрешению. Отечественными психотерапевтами подчеркивается диагностиче­ская ценность процесса такой игры, а также возможность терапевтической перера­ботки душевного конфликта у ребенка [Рожнов В.Е., Драпкин В.З., 1974].

**Лёвенфельд мозаичный тест** [Lowenfeld М., 1930]. Направлен на изучение интеллектуального развития и отдельных личностных свойств детей, начиная с трех­летнего возраста. Представлен набором из 456 фигурок пяти геометрических форм и шести цветов. Задание не ограничивается во времени. Применяется только для индивидуальных исследований. Используется в сочетании с Роршаха тестом и Векслера шкалой интеллекта для исследований детей-невротиков и при диагностике отставания в умственном развитии.

**Лёвенфельд—Хенненберга синдром** [Lowenfeld, Hennenberg, 1902]. Разно­видность каталепсии. Характерно внезапное падение мышечного тонуса, сон. Созна­ние не нарушается, амнезия перенесенного отсутствует.

**Либидо** (*лат. libido —* желание, влечение) [Moll А., 1897]. Стремление к поло­вой близости в различных ее формах. Термин широко использовался в классиче­ском психоанализе и трактовался как фактор, обусловливающий все развитие чело­веческой психики и проходящего сложную эволюцию. В развитии Л. S. Freud и его последователи выделяли такие фазы (стадии) психосексуального развития как анальную, оральную, фаллическую, нарцистическую, зрелой сексуальности. Такого рода смена фаз инфантильной сексуальности лишена научных оснований и происте­кает из представлений древнего идонизма, рассматривавшего стремление к удо­вольствию как основное побуждение к жизни [Бассин Ф.Б., Ярошевский М.Г., 1989]. Психоаналитическая концепция Л. отражала позицию фрейдовского пансексуализма и в дальнейшем подвергалась ревизии со стороны A. Adler и C. Jung. Видный неофрейдист К. Horney [1939] пришла к полному отрицанию всей теории либидо. Г.С. Васильченко [1977], рассматривая либидо в системном аспекте, выделяет в нем энергетический (нейрогуморальный) компонент, проявляющийся как общий фон и воспринимаемый как состояние психофизиологического комфорта, и половую доми­нанту, которая обусловливает специфически-эротическую окраску Л., переключает внимание на сексуальный объект. Половая доминанта является корковым, условно­рефлекторным, компонентом Л. и неразрывно связана с нейрогуморальным компо­нентом.

**Либиха методы коллективной психотерапии** [Либих С.С., 1967]. 1. Патоге­нетическая коллективная психотерапия, включающая изучение личностных особен­ностей больных и перестройку неправильно сформированных отношений личности с дальнейшей тренировкой и закреплением социально ценных отношений. 2. Симпто­матическая коллективная психотерапия, седативная, активирующая, отвлекающая, при которой решаются более узкие задачи, не затрагивающие всей личности в це­лом.

**Лиганды** (*лат. ligo —* связываю). Специфические эндогенные вещества, воз­буждающие определенные типы клеточных мозговых рецепторов — адренергиче­ских, дофаминергических, холинергических, серотонинергических, бензодиазепино­вых, пептидергических и др.

**Ликворрея** (*лат. liquor —* спинно-мозговая жидкость, *греч. rhoia —* течение, истечение). Истечение ликвора из ушей, носа. Признак перелома основания черепа и повреждения твердой мозговой оболочки. Л. может наблюдаться не сразу после черепно-мозговой травмы, а через несколько дней, недель.

**Ликорексия** (*греч. lykos —* волк, *orexis —* голод). Болезненное влечение к еде, проявляющееся в поедании огромных количеств пищи, часто не совместимых пищевых продуктов, в несоответственных сочетаниях. Этим отличается от ситома- нии, при которой чрезмерная еда заключается в слишком частых приемах пищи.

Син.: волчий аппетит, волчий голод, булимия.

**Линдемана синдром** [Lindeman E., 1949]. Патологическое, враждебное отно­шение к обществу, которое в ряде случаев становится причиной гоми- и суицидаль­ных действий. Наблюдается при дезадаптации у психопатических личностей, в рам­ках паранойяльных состояний и параноических развитии (персекуторная паранойя), при шизофрении, в ее процессуальной стадии.

Син.: гипередизм.

**Линдсли—Вольпе—Айзенка бихевиоральная психотерапия** [Lindsley O.R., 1954; Volpe J., 1958; Eysenck H.J., 1959]. Психотерапевтический метод, основанный на концепции бихевиоризма и рассматривающий болезненное состояние как прояв­ление нарушенного, неадаптивного поведения. Поведение человека сводится к сти­мулам — реакциям и занимающим промежуточное между ними положение навыкам. Цель психотерапевтического воздействия — устранение синдрома нарушенного по­ведения путем специальных условно-рефлекторных тренировочных методик, угаше- ние неадекватных и образование противоположных им условных рефлексов. При этом игнорируются роль психогенеза неврозов, патогенетическая направленность психотерапевтического процесса, недооценивается роль личности больного в воз­никновении заболевания и в построении психотерапии. В основе «обучения» лежит механизм реципрокного торможения — реакция, несовместимая со страхом, затор­маживает действие вызывающего страх раздражителя и подавляет самый страх. Примером может служить выработка у больного навыка останавливать свои навяз­чивые мысли. Сущность невроза понимается и объясняется больному как привычка к неадаптивному поведению, центральным звеном которого является необоснован­ное переживание страха. Страху противопоставляется реакция утверждения, релак­сация, конкурирующие условные двигательные реакции и т.д. Для преодоления бес­покойства и страха с релаксацией сочетают десенситизацию (снижение избиратель­ной чувствительности к определенным психогенным факторам). В советской психо­терапии подчеркивается методологическая неприемлемость принципов бихевиориз­ма, однако отмечается возможность использования отдельных методических прие­мов бихевиоральной терапии в общем комплексе психотерапевтических и реабили­тационных мероприятий [Вольперт И.Е., 1972; Зачепицкий Р.А., 1979].

**Липалгия** (*греч. lipos —* жир, *algos —* боль). См. *Деркума болезнь.*

**Липемания** (*греч. lype —* печаль, *mania —* страсть, влечение, безумие). Исто­рический термин, обозначавший психические болезни, протекавшие с меланхолией и бредом. Был предложен Е. Esquirol [1838], отмечавшим характерные для Л. «ча­стичный хронический бред» и «аффекты печали, бессилия, подавленности».

**Липмана феномен** [Liepmann H., 1895]. При надавливании на глазные яблоки у больных алкогольным делирием появляются зрительные галлюцинации, соответ­ствующие содержанию одновременно производимого внушения.

См. *Симптом Липмана, Интеллектуальные иллюзии Липмана.*

**Липотимия** (*греч. leipo —* оставлять, *thymos —* чувство). Кратковременная по­теря сознания, обморок.

**Липохондродистрофия** (*липо + греч. chondros —* хрящ, *dys —* нарушение функции, рассогласование, *trophe —* питание). См. *Гаргоилизм.*

**Лири тест межличностной диагностики** [Leary Т., 1955]. Психологическая методика, направленная на изучение интерперсональных отношений. Обследуемый сообщает о наличии определенных психологических качеств у себя, у супруги (су­пруга), своих отца и матери, характеризует личностные свойства, которые были бы желательны для партнера по браку и выделяет черты, которыми, по его представле­нию, его супруга должна была бы характеризовать его самого. В модификации Г.С. Васильченко и Ю.А. Решетняка [1972], методика применяется в сексопатологии. Имеются данные о результативности ее применения для изучения «внутренней кар­тины болезни» при неврозах и в процессе психотерапии [Ташлыков В.А., 1981].

**Лиссауэра форма прогрессивного паралича** [Lissauer H., 1901]. Атипичная форма прогрессивного паралича, своеобразие которой обусловлено локализацией патологического процесса, поражающего преимущественно задние отделы головно­го мозга. Характерны очаговые психопатологические симптомокомплексы (афатико- агностико-апрактические расстройства, эпилептиформные припадки), слуховые гал­люцинации. Слабоумие развивается медленнее, чем при типичных формах, и носит более лакунарный характер.

**Лиссофобия** (*греч. lyssa —* бешенство, безумие, *phobos —* страх). См. *Ма- ниофобия.*

**Литеральная атаксия** (*лат. littera —* буква, *греч. а* — не, *taxis —* ряд, после­довательность). Явления нарушения структуры слова (удвоение звуков, их замены, пропуски). Расстройство речи, характерное для прогрессивного паралича. Иногда проявляется спонтанно, в экспрессивной речи, в других случаях для обнаружения Л.а. больного просят произносить скороговорки, предъявляют ему повышенную ре­чевую нагрузку. Разновидность литеральной парафазии. См. *Куссмауля симптом.*

**Литиотерапия.** Литий — вещество, соли которого являются нормотимически­ми препаратами (См. *Нормотимики*)*.* Соли лития (чаще всего углекислая) применя­ются для лечения гипоманиакальных и средней тяжести маниакальных состояний. При тяжелых маниях, а также при сложных маниакальных синдромах (наличие бре­довых, галлюцинаторных и др. психопатологических проявлений) препараты лития эффективны в сочетании с психотропными.

Соли лития широко применяются для профилактики аффективных фазовых психозов: при биполярном течении — после второго приступа, при монополярном — не раньше третьего [Angst J., 1977]. Контроль осуществляется лабораторно (уровень лития в сыворотке крови) и клинически (металлический привкус во рту). Лечение на­чинается в маниакальном состоянии или в светлом промежутке.

**Литмана—Шмишека личностный опросник.** [Littmann E., Schmieschek H.G., 1982]. Личностный опросник для выявления акцентуации черт характера и темпера­мента. Является расширенным и переработанным вариантом Шмишека личностного опросника, основан на Леонгарда концепции акцентуированных личностей. Состоит из 114 вопросов, ответы на которые распределяются по шкалам соответственно ти­пам акцентуации, включая шкалы интро-, экстраверсии и инфантильности.

**Личко — Иванова личностный опросник** [Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1977]. Личностный опросник, предназначенный для выявления акцентуаций характера и психопатий в подростковом возрасте. Результаты обрабатываются по шкалам субъ­ективной и объективной оценки. При этом также отмечается возможное наличие тенденции к диссимуляции, определяется степень откровенности обследуемого, диагностируется органическая природа личностной аномалии, обнаруживается реак­ция эмансипации.

**Личности дистонные** (*греч. dys —* нарушение функции, рассогласование, *lonos —* напряжение) [Bostroem A.]. Понятие, аналогичное шизопатическим лично­стям и противоположное синтонным личностям.

**Личности синтонные** (*греч. syntonia —* созвучие, согласованность) [Bleuler E.]. Личности гармонические, уравновешенные, эмоционально откликаемые, легко контактируемые с окружающими.

**Личности структура по Мерлину** [Мерлин B.C., 1967]. Различаются две груп­пы индивидуальных особенностей: 1) свойства индивида (темперамент и индивиду­альные качественные особенности психических процессов); 2) свойства индивиду­альности (мотивы и отношения, характер, способности).

**Личности структура по Мясищеву** [Мясищев В. Н., 1960]. Л.с. раскрывается с позиций психологии отношений (См. *Мясищева теория психологии отношений*) и включает в себя: 1. Систему отношений; 2. Психический уровень человека (идейный уровень активности, ум, уровень функционирования памяти, внимания, восприятия и пр.); 3. Динамика реакций и переживаний человека — активность (степень ее, об­ласть проявления и др.) и реактивность (степень ее, повышенная или пониженная эмоциональная возбудимость, нормальная или патологическая реактивность, отно­сительная степень их выраженности); 4. Соотношение психических свойств в их единстве (пропорциональность и непропорциональность свойств психики, наличие или отсутствие доминирующих отношений — интересов, потребностей, — соотноше­ние между идейно-общественным и личным: гармоничность, цельность личности или ее внутренняя противоречивость, ее широта, глубина).

**Личности структура по Платонову** [Платонов К.К., 1953]. Основана на кон­цепции динамической функциональной структуры личности. Различают четыре подструктуры: I — исключительно социально обусловленная (направленность, отно­шения, моральные качества); II — опыт (знания, навыки, умение, привычки); III — ин­дивидуальные особенности психических процессов или психических функций, пони­маемых как формы отражения (эмоции, ощущения, мышление, восприятие, чувства, воля, память); IV — биологически обусловленная подструктура (темперамент и орга­нические патологические особенности). В указанные подструктуры или на их взаимо­проникающих стыках включаются все известные черты личности, которые и являют­ся основными элементами ее структуры.

**Личности структура по Рубинштейну** [Рубинштейн С.Л., 1946]: 1. Направлен­ность (установка, интересы, потребности); 2. Способности; 3. Темперамент и харак­тер.

**Личности структура по Фрейду** [Freud S.]. Основополагающая концепция классического психоанализа, базируется на признании двух основных управляющих человеком влечений — к жизни (половое) и к смерти, разрушению. Личность пред­ставлена тремя системами: «Оно» (Id), «Я» (Ego) и «сверх-Я» (Super-Ego). «Оно» представляет сферу врожденного, инстинктивного, бессознательного, источник пси­хической энергии. «Я» представляет инстанцию, промежуточную между «Оно» и «Сверх-Я», осуществляющую контроль над идущими в «Сверх-я» из «Оно» импуль­сов, влечений. «Сверх-Я» представляет усвоенные с детства традиционные ценно­сти и общественные идеалы («Идеал-Я»). Концепция подверглась ревизии его по­следователями и была ими, особенно неофрейдистами, признана неприемлемой, так как она недооценивала социально-культурные факторы и придавала слишком большое значение моментам биологическим, фатально-инстинктивной обусловлен­ности развития человека. [Лебединский М.С., Мясищев В.Н., 1966].

**Личности типология по Роршаху** [Rorschach H., 1921]. Основана на выделе­нии «типа переживания» при исследовании с помощью метода Роршаха. Выделены четыре типа личности: 1) экстратенсивный — внешние интерпретации по цвету пре­валируют над кинестетическими, в которых усматриваются движения человека; 2) интроверсивный — кинестетические интерпретации превалируют над ответами по цвету; 3) амбиэквальный — кинестетические и цветовые интерпретации представле­ны в большом, но равном количестве; 4) суженный (коартивный) — малое количе­ство или полное отсутствие интерпретаций как по цвету, так и кинестетических. «Типы переживаний» коррелируют с определенными свойствами интеллекта, черта­ми характера, особенностями аффективности и видом психической патологии. Поня­тие интроверсии у H. Rorschach отличается от введенного C. Jung (см. *Личности типология по Юнгу*). Интроверсия у C. Jung — это состояние, у H. Rorschach она может выступать и как процесс. Кроме того, по H. Rorschach, интроверсия не проти­вопоставляется экстратенсии. E. Bleuler [1929] отмечал определенное соответствие между интроверсией-экстратенсией с синтоническими и шизоидными реакциями, указывая, что один и тот же человек может в соответствии с обстоятельствами обна­ружить синтоническую или шизоидную реакцию.

**Личности типология по Юнгу** [Jung С., 1920]. Основывалась на выделении типов интро- и экстраверсии как основных типов личности, психологических индиви­дов. Судьба интроверта, по C. Jung, определяется его собственной внутренней жиз­нью, экстраверта — объектами его интересов. Внутри каждого из этих типов разли­чались мыслительный, эмоциональный, сенсорный и интуитивный варианты. В бо­лее общем виде различались экстра- и интровертированные рациональный (мысли­тельный и эмоциональный) и иррациональный (сенсорный и интуитивный) психоло­гические типы. Критерии различения экстра- и интроверсии в основном сводились к субъективности и объективности мышления [Leonhard К., 1970]. H.J. Eysenck [1964] связывает экстра- и интроверсию со степенью возбуждения и торможения в цен­тральной нервной системе, рассматривая этот фактор как результат баланса возбу­ждения и торможения, являющийся в значительной степени врожденным. Типичные интро- и экстраверт рассматриваются H.J. Eysenck как противоположные личности, края континуума, к которым разные люди в той или иной мере приближаются. Доста­точных оснований для отождествления интро- и экстравертов по H.J. Eysenck с вы­деленными И.П. Павловым типами высшей нервной деятельности не установлено. К. Leonhard считал, что неправомерно, как это делал H.J. Eysenck, связывать фактор интро- и экстраверсии с чертами темперамента, и рассматривал эти понятия как собственную психическую сферу, причем для экстраверта определяющее влияние имеет мир ощущений, а для интроверта — мир представлений, так что один побу­ждается и управляется больше извне, другой изнутри.

У экстраверта его восприятие, переживания, интересы связаны, главным об­разом, с внешним миром, у интроверта преобладает внутренняя направленность психических процессов.

**Личность.** Устойчивый комплекс социально значимых черт, присущих индиви­ду и общественно обусловленных. Л. — это человек в целом, ему присущи сознание и самосознание. Общественная обусловленность свойств личности свидетельствует о необходимости ее изучения в контексте общественных условий.

**Литтля болезнь** [Little E.G.G., 1862]. Спастический двусторонний паралич у детей в результате предродовой, родовой или послеродовой травмы. Наблюдается спастическая параплегия нижних конечностей, значительно повышены сухожильные рефлексы, но иногда они не вызываются из-за спазм мышц. Атетотические или хо- реатические расстройства движений. Дизартрия. Брадилалия. В парализованных ко­нечностях контрактуры. Иногда — эпилептиформные припадки. Умственное недо­развитие различной степени (симптом необязательный). Форма детского церебраль­ного паралича.

**Лобэктомия** (*греч. lobus —* доля, *ektomia —* удаление). Удаление хирургиче­ским путем доли органа (мозга). Термин часто применяется в отношении лейкотомии (см.), что является неправильным.

**Ложная беременность** (*лат. graviditas spuria*)*.* Наблюдающийся при истерии у женщин психопатологический симптомокомплекс, проявляющийся внешними при­знаками беременности (аменорея, увеличение живота, нагрубение грудных желез и т.п.) вследствие аутосуггестии.

**Логагнозия** (*греч. logos —* слово, речь, *а —* не, *gnosis —* знание). Затрудне­ние или неспособность узнавания сказанного или написанного слова. Симптом сен­сорной афазии.

**Логастения** (*греч. logos —* слово, речь, *а —* не, *sthenos —* сила). Симптом ре­чевых расстройств. Повышенная утомляемость, проявляющаяся в речевой деятель­ности и сочетающаяся со страхом неправильного произнесения слов, неуверенно­стью. Наблюдается при разного рода астенических состояниях, у детей — при не­правильном воспитании речевых навыков в периоде их становления.

**Логика аффективная** (*греч. logos —* мысль, речь, разум, *лат. affectio —* отно­шение, расположение). Логика — совокупность наук о законах и формах мышления [Кондаков Н.И., 1975]. О Л.а. говорят в тех случаях, когда хотят подчеркнуть влияние аффективного состояния субъекта на присущий ему логический строй мышления, что приводит к искажению умозаключений, суждений. Эти суждения не опираются на объективные основания, предпосылки, часто игнорируют их. В значительной мере Л.а. присуща кататимическому и паралогическому мышлению.

**Логоклония** (*лого* + *греч. klonos —* беспорядочное движение). [Kraepelin E., 1904]. Форма речевой персеверации, проявляющаяся в ритмическом повторении слогов в устной или письменной речи. Первоначально была описана при прогрессив­ном параличе. Частый признак речевых расстройств при развернутых клинических картинах Альцгеймера болезни. Наблюдается также при некоторых формах энцефа­лита.

Нередко наблюдается своеобразная динамика проявлений Л. — вначале от­мечается ритмическое повторение первого слога или фрагмента слова, затем ло­гоклонически повторяются слоги посредине и даже в конце его.

По мнению К. Kleist [1934], Л. обусловлена поражением стриарных тел в го­ловном мозге.

**Логоневроз** (*лого + греч. neuron —* нерв, *-osis —* суффикс, обозначающий па­тологическое состояние, болезнь). Невротически обусловленное заикание (заикание может быть и следствием органического поражения головного мозга).

Син.: невроз речи.

**Логопедия** (*лого + греч. pais —* ребенок). Наука, изучающая расстройства речи у детей и взрослых, их семиотику, диагностику и методы лечения. Объектом Л. являются дефекты речи и произношения — глухонемота, анартрии, алалии, афазии, дислалии, заикание и др. Подготовка специалистов-логопедов осуществляется на дефектологических факультетах педагогических институтов и включает в себя изуче­ние пограничных медицинских наук, в том числе неврологии, психиатрии, меди­цинской психологии. Логопеды работают в специализированных кабинетах в район­ных поликлиниках и диспансерах.

**Логорея** (*лого + греч. rhoia —* течение, истечение). Симптом патологии речи — речевое возбуждение, многословие, ускорение темпа и безудержность речевой продукции. Наблюдается при сенсорной афазии (сочетание с литеральными и вер­бальными парафазиями), маниакальных состояниях, прогрессивном параличе, ши­зофрении.

Син.: полифазия, речевое недержание, «речевой понос».

**Логотерапия** (*лого + греч. therapeia —* лечение) [Frankl V.E., 1961]. Психо­терапевтическая система, основанная на экзистенциалистских представлениях. Объект ее применения — так называемые ноогенные неврозы, состояния экзистен­циальной фрустрации и экзистенциальной пустоты. Под ноогенными понимаются не­врозы духовного плана (конфликты совести, нравственное напряжение), под экзи­стенциальной фрустрацией — утрата смысла жизни. Состояние человека вслед­ствие этой утраты определяется как экзистенциальная пустота.

**Логофобия** (*лого + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь наруше­ния способности к экспрессивной речи, произнесения слов.

**Локализационизм** (*лат. localis —* местный). В неврологии и психиатрии: си­стема взглядов, согласно которой синдромы, симптомы нарушений высших корковых функций связывались непосредственно с очагом поражения в головном мозгу, при котором они наблюдаются. Основой Л. явились исследования афазий во второй по­ловине XIX в. [M. Dax, P. Broca, C. Wernicke и др.]. Л. не мог объяснить многих клини­ческих факторов, наблюдающихся при фокальной органической патологии головного мозга, с ревизией основных его положений выступили представители эквипотенциа- лизма (см.). Л. является психоморфологической концепцией, однако и в настоящее время проводятся исследования с узколокализационистских позиций [Nielsen J.M., 1948; Bay E., 1957; Russul W.R., 1963].

**Локализация высших психических функций.** Исторически сложилась в дис­куссиях между локализационизмом и эквипотенциализмом. В советской нейропсихо­логии концепция Л.в.п.ф. разработана А.Р. Лурия и его школой. Базируется на пони­мании психических функций как сложных системных образований, а их локализации как динамической. Физиологический субстрат психической функции — сложная функциональная система, состоящая из множества афферентных и эфферентных звеньев, взаимодействующих между собой и замещающих друг друга. Функциониро­вание этих звеньев вносит свой фактор в целостную высшую психическую функцию. Сочетание пораженных морфологических зон и обусловленных их деятельностью физиологических звеньев приводит к выпадению специфического фактора, что про­является клинически своеобразными очаговыми признаками патологии высших кор­ковых функций. Представление о динамической Л.в.п.ф. отрицает как локализацио- низм с его жесткой приуроченностью функции к определенным ограниченным струк­турам головного мозга, так и эквипотенциализм с его абсолютным отрицанием диф­ференцированности участия разных участков головного мозга в осуществлении функций.

**Локальный** (*лат. locus —* место). Местный, ограниченный четко очерченной областью, исходящий из изолированного очага.

Син.: фокальный (*лат. focus —* очаг).

**Ломброзианство.** Концепция о врожденной морфофизиологической предрас­положенности отдельных индивидов к уголовным преступлениям. Учение о приро­жденном преступнике ведет свое начало с книги C. Lombroso «Homo delinquent» [1876]. Наклонность к совершению преступления рассматривалась лишь как след­ствие дегенеративной конституции. Врожденному преступнику, согласно Л., присущи физические (например, неправильная форма черепа) и клинико-психопатологиче­ские (скрытая форма эпилепсии) черты. Как проявление скрытой эпилепсии тракто­валась и гениальность — причины творческого вдохновения, по C. Lombroso, суть эквиваленты судорожных припадков. Л. признавало биологическую предопределен­ность судьбы личности. В свете концепции Л. преступление теряет свою социальную обусловленность и определяется биологической сущностью индивида.

**Лонгосомния** (*лат. longe —* далеко, вдаль, *somnos —* сон). [Буянов М.И., 1985]. Слишком продолжительный сон. Помимо физиологических, выделяются пато­логические формы (например, при энцефалитах).

**Лоренса—Муна—Бидля синдром** [Laurence J.Z., Moon R.C., 1886; Biedl A., 1922]. Характеризуется следующими основными признаками: пигментный ретинит, адипозогенитальная дистрофия, умственное недоразвитие. Возможны синдактилия, полидактилия, деформации черепа и скелета, атрезия заднего прохода. Возникает вследствие поражения в раннем детстве промежуточного мозга и гипофиза (череп­но-мозговые травмы, менингиты, энцефалиты).

Син.: окулодиэнцефальный синдром.

**Лоу синдром** [Lowe Ch.U., 1952]. Наследственное заболевание, тип передачи — рецессивный, связан с Х-хромосомами. Болеют только мальчики. Матери переда­ют заболевание, но сами не болеют. Характерны поражения глаз (двусторонние глаукома, катаракта, гидрофтальм), умственная отсталость, повышенное выделение с мочой органических кислот (гипераминоацидурия). Альбуминурия. Карликовый рост при пропорциональном телосложении. Недостаточное окостенение скелета. Крипторхизм. Патология обнаруживается сразу после рождения.

Патологоанатомически — гипоплазия лобных долей головного мозга, гидроце­фалия, неполная дифференцировка коркового вещества почек.

Прогноз неблагоприятный. Больные погибают в возрасте до 10 лет от присо­единения интеркуррентной стафилококковой инфекции с септикопиемией или от недостаточности почек.

Син.: окулоцереброренальный синдром.

**ЛСД-25.** Препарат психотомиметического действия. В небольших дозах и при однократном приеме обладает транквилизирующим и эйфоризирующим действием, однако в лечебной практике не применяется, так как к нему очень скоро возникает наркоманическое пристрастие. Даже при однократном приеме могут развиваться психотические состояния по типу острых экзогенных реакций, с делириозными или онирическим нарушениями сознания, бурным аффектом тревоги и страха. Характер­ны многообразные нарушения восприятия — зрительные, в том числе хроматиче­ские, слуховые, тактильные иллюзии и галлюцинации, явления деперсонализации и дереализации [Мильштейн Г.И., Спивак Л.И., 1971], аффективные расстройства ши­рокого спектра.

Син.: диэтиламид лизергиновой кислоты.

**Лунатизм.** См. *Сомнамбулизм.*

**Лундберга болезнь** [Lundberg P.O., 1973]. Наследственное заболевание, ха­рактеризующееся сочетанием миопатии, выраженной олигофрении, патологии ске­лета и гипергонадотропным гипогонадизмом (аменорея, ранняя менопауза). Невро­логически — пирамидные знаки, прогрессирующие нарушения моторики, расстрой­ства речи. Наблюдаются аномалии скелета. Тип наследования аутосомно-рецессив­ный.

Син.: Лундберга синдром.

**Лундборга психоклоническая реакция (***греч. klonos —* беспорядоченное движение) [Lundborg H.B., 1903]. Усиление миоклонических судорог при миоклонус- эпилепсии под влиянием психического возбуждения, аффекта.

**Лундборга сенсоклоническая реакция** (*греч. klonos —* беспорядочное воз­буждение) [Lundborg H.B., 1903]. Усиление миоклонических судорог при миоклонус- эпилепсии под влиянием раздражений органов чувств.

**Лурия методика исследования кратковременной памяти** [Лурия А.Р., 1973]. Экспериментально-психологическая методика, направленная на исследова­ние влияний побочной (интерферирующей) деятельности на удержание запомнив­шегося материала. Изучает ретроактивную и проактивную интерференцию, возни­кающие в связи с гомогенной (заучивание другого материала) и гетерогенной (вы­полнение счетных операций, рисование) деятельностью в интервалах мнестической пробы.

**Лучиани синдром** [Luciani L., 1907). Триада симптомов при различных пора­жениях мозжечка: 1) мышечная астения или гипостения (снижение работоспособно­сти мускулатуры); 2) атония (снижение напряжения мускулатуры в покое); 3) астазия (снижение устойчивости произвольных движений). Может наблюдаться и атаксия.

**Людотерапия** (*лат. ludus —* игра, *греч. therapeia* — лечение). Метод психо­терапии, основанный на использовании факторов, вызывающих психическое рас­слабление, снимающих напряжение (игровая терапия в узком смысле слова, музыко- терапия, танцы и т.п.).

**Люофобия** (*лат. lues —* сифилис, *греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь заразиться сифилисом. Разновидность нозофобии.

Син.: сифилофобия.

**Люцидный** (*лат. lux —* свет). В смысле — ненаполненный патологическим содержанием. Например, Л. интервал («светлый промежуток») при МДП, Л. катато­ния — кататония, протекающая без галлюцинаторно-бредовых переживаний.

**Люшера тест выбора цвета** [Luscher M., 1948]. Экспериментально-психологи­ческая методика, направленная на исследование личностных свойств. Основана на предположении, что предпочтение того или иного цвета отражает сознательную и бессознательную структуру личности. Предусматривает выбор обследуемым цвето­вых образцов и построение субъективной иерархии цветовых предпочтений. Обсле­дуемый выбирает из ряда окрашенных в различные цвета квадратов наиболее или наименее для него приятные. Оценка производится по параметрам активности — пассивности и гетероаутономности. Интерпретация предпочтительных цветов в зна­чительной мере представляется гипотетической. По данным одного лишь Л.т.в.ц. не­льзя дать целостную характеристику личности. Однако методика улавливает изме­нения эмоционального состояния обследуемого в динамике. Такого рода данные с помощью методики субъективного восприятия цвета К.А. Рамуля [1966] были полу­чены при дисфориях у больных эпилепсией [Блейхер В.М., Борисов И.В., 1969].

Л.т.в.ц. удачно был применен С.Н. Боковым [1988] при шизофрении, где он по­казал зависимость тенденции деятельности обследуемых от степени выраженности психического дефекта, снижения уровня мотивации.

**Люэс** (*лат. lues —* заразная болезнь, зараза). Сифилис. Нейролюэс — сифи­литические поражения нервной системы.

\_М\_

**Магницидиум** (*лат. magnus —* большой, *caedo —* убиваю). Убийство высоко­поставленных лиц.

**Мазохизм.** Половое извращение, при котором возбуждение и удовлетворение возможны лишь при истязаниях, причинении партнером физической боли, мучений, нанесении оскорблений. По R. Krafft-Ebing [1886], М. характеризуется желанием переносить боль, подчиняться насилию. Противоположен садизму.

Название связано с именем австрийского прозаика конца XIX — начала XX в. Захер-Мазоха, в произведениях которого было подробно описано это половое из­вращение.

Син.: пассивная алголагния, алгофилия, алгедония.

**Мазуркевича теория** [Mazurkiewicz J.]. Одна из форм неоджексонианства. В соответствии с механизмами диссолюции рассматриваются чувства и влечения че­ловека, в качестве материального субстрата которых выступает вегетативная нерв­ная система. Инстинкты, влечения являются источником динамики психической жиз­ни. Этапы развития психических функций человека рассматриваются в послойно­эволюционном аспекте, они находят свое отражение в структуре психической дея­тельности взрослого человека. Последняя представлявляет синтез условно-двига­тельных прелогических и логических динамизмов. Вегетативная нервная система, по J. Mazurkiewicz является основой, объединяющей все этажи головного мозга, фор­мирование которых соответствует этапам психики.

Примером применения М.т. к психиатрии являются взгляды ее автора на ши­зофрению. Так, при шизофрении происходит истинная, прогрессирующая, непосред­ственная диссолюция, при которой в первую очередь поражаются расположенные наиболее высоко в иерархическом отношении отделы головного мозга, тогда как функционирование нижерасположенных этажей (уровней центральной нервной си­стемы) не страдает и может быть даже усиленным. Так, по J. Mazurkiewicz, возни­кает продуктивная психопатологическая симптоматика (галлюцинации, бред), обу­словленная раздражением прелогических структур.

**Майера кататимное мышление.** См. *Кататимия, Мышление кататимное.*

**Майера психобиологическая терапия** [Meyer A.]. Основана на сочетании эр- газиологической концепции и психоанализа. Основной метод — объяснение больно­му, что наблюдающаяся у него симптоматика является результатом подавления бессознательных сексуальных комплексов, обучение его адекватным реакциям на жизненные ситуации. Психобиологическая психотерапия («анализ личности») пре­тендует на роль основного и исключительного метода терапии психических заболе­ваний, рассматриваемых как последнее заключительное звено в цепи реакций, обу­словленных событиями предшествующей жизни.

**Майера симптом** [Meyer А., 1910]. Расширение зрачков при надавливании на живот в точке Мак-Бурнея. Может наблюдаться при различных психических заболе­ваниях.

**Майера эргазиология** (*греч. ergasia —* работа, действие, деятельность, *logos* — слово, понятие, учение). [Meyer А., 1908]. Основная концепция созданной Meyer А. в 1915 г. психобиологии, являющейся эклектической прагматической теорией. Чело­век рассматривается как некое интегрированное единство биологических, социаль­ных и психологических факторов. Нозологический принцип в психиатрии, основан­ный на изучении этиологии психозов, подменяется проводимым с позиций кондицио- нализма исследованием условий возникновения так называемых эргастических ре­акций. Последние рассматриваются как психобиологические нарушения адаптивной реакции личности. Само понятие психического заболевания рассматривается как ре­зультат непрерывно текущих эргазий, суммирования и взаимодействия ряда факто­ров, ни один из которых не является ведущим. Изучение болезни сводится к анализу биографии больного. Различают шесть типов реакций, как бы вбирающих в себя всю психическую патологию: 1) органический; 2) делириозный; 3) аффективный; 4) пара­ноидный; 5) ущербный, регрессивный, протекающий с бредом и галлюцинациями; 6) временные реакции при вытеснении конфликтов. Типы 1-2 соответствуют сомато­генным психозам, 3 — циркулярному психозу, 4-5 — шизофрении, 6 — неврозам.

**Майер-Гросса ранние симптомы шизофрении** [Mayer-Gross W., 1938]. 1) разрыхление ассоциаций; 2) волевые расстройства — снижение активности, неаде­кватная импульсивность, негативизм, амбивалентность; 3) аномальные аффектив­ные проявления — холодность чувств к близким и друзьям, чувство страха, вспышки раздражения: 4) аутохтонные иллюзии, проявляющиеся трудно обозначаемыми впе­чатлениями, возникающими при явлениях мистической настроенности и ложных ин­терпретаций: 5) кататонические симптомы, особая «сдержанность» двигательных и речевых проявлений; 6) галлюцинации, особенно слуховые. Диагностическая значи­мость этих симптомов значительно возрастает, когда они сочетаются с аутизмом, отрывом от реальности и когда больной не замечает абсурдности некоторых осо­бенностей своего поведения, не видит в них признаков болезни.

**Майер-Гросса симптом** [Mayer-Gross W., 1928]. Синестетические галлюцина­ции, возникающие одновременно в нескольких анализаторах. Например, больной видит движущиеся фигуры и слышит их речь, видит цветы и чувствует их запах.

См. *Галлюцинации синестетические.*

**Макроакузия** (*греч. makros —* большой, *akuo —* слушаю, слышу). Состояние, при котором звуки воспринимаются усиленными. Наблюдается при эпилепсии.

**Макрогаллюцинации** (*макро + лат. hallucinatio —* бред, видения). См. *Галлю­цинации макроптические, Гулливер-галлюцинации.*

**Макрогенитосомия преждевременная** (*макро + лат. genitalis —* относящий­ся к рождению, *греч. soma —* тело). Преждевременное половое и физическое созре­вание. Наблюдается при патологии эндокринной системы (опухоли гипофиза, поло­вых желез, эпифиза, коры надпочечников), органических поражениях головного моз­га, в том числе и вследствие травм головы.

**Макрогирия** (*макро + анат. gyrus cerebri —* извилина большого мозга). Вро­жденная или приобретенная в связи с экзогенными воздействиями на зародыш ано­малия мозга. Характеризуется увеличением размера извилин при уменьшении их числа. Мозг при этом обычного размера или уменьшен (микроцефалия). Наблюдает­ся умственное недоразвитие вплоть до идиотии.

**Макроглоссия** (*макро + греч. glossa —* язык). Увеличение размеров языка. Наблюдается при акромегалии, микседеме.

**Макродактилия** (*макро + греч. daktylos —* палец). Увеличение размеров паль­цев при акромегалии.

**Макропсия** (*макро + греч. opsis —* зрение). Нарушение зрения, при котором все окружающие предметы кажутся пропорционально увеличенными в размерах. Наблюдается при патологии органа зрения (спазм аккомодации, поражение желтого пятна сетчатки), органических поражениях головного мозга, истерии.

Син.: мегалопия, мегалопсия.

**Макросомия** (*макро + греч. soma —* тело). Син.: гигантизм.

**Макрофония** (*макро + греч. phone —* звук, голос). Усиление громкости речи в разговоре. Наблюдается при снижении слуха, некоторых формах олигофрении.

**Макроцефалия** (*макро + греч. kephale —* голова). Чрезмерно большая голо­ва. Аномалия развития. Истинная М. характеризуется гиперплазией мозга, его нерв­ных элементов; ложная более частая — разрастанием глии. Кости черепа часто утончены, порозны. Вес мозга у мужчин до 1600 г, у женщин — до 1450 г. При давле­нии черепа на мозг возможны судорожные припадки вплоть до эпилептического ста­туса.

**Макроэстезия** (*макро + греч. aisthesis —* ощущение, чувство). Нарушение тактильной чувствительности — предмет наощупь воспринимается большим, чем в действительности. Наблюдается при истерии, органических поражениях ЦНС. М. возможна и в норме при иллюзии установки.

**Малоумие.** См. *Олигофрения.*

**Малярийные психозы.** См. *Психозы малярийные.*

**Маляриотерапия.** См. *Вагнер-Яурегга метод.*

**Манерность** [Klasy J., 1922]. Симптом, проявляющийся в искусственности по­ведения, утрировании манер, жестов, мимики, произношения. Необычные манеры больного лишены смысла, бесполезны. Поведение отличается отсутствием просто­ты, странностью, вычурностью.

Наблюдается у психически здоровых и в патологии. У здоровых М. является результатом недостатков в воспитании, стремления выделиться, привлечь внима­ние.

Истерическая М. отличается склонностью к аффектации, всегда содержит элементы игры, театральности.

У психопатических личностей шизоидного круга М. является проявлением вро­жденного влечения к вычурности, желанием таким образом преодолеть робость, за­стенчивость.

Наиболее часто М. наблюдается при шизофрении, достигая особой выражен­ности при гебефренической ее форме, а также в исходных состояниях, в ремиссиях у кататоников. При шизофрении М. эмоционально выхолощенна, стереотипна, соче­тается с вычурностью, витиеватостью высказываний. Происходит утрата естествен­ной простоты и изящества движений (потеря грации, по E. Kraepelin), угасают непо­средственная выразительность жестов и мимики, эмоциональной отзывчивости [Зи­новьев П.М., 1931].

**Маниакальная триада.** Включает основные признаки типично протекающего маниакального или гипоманиакального синдрома: 1. Повышенное радостное на­строение с усилением влечений; 2. Ускорение психических процессов (мышления и речи); 3. Психомоторное возбуждение.

**Маниакально-депрессивный психоз.** См. *Психоз маниакально-депрессив­ный .*

**Маниакальный** (*фр. maniacal -* маниакальный). Относящийся к мании, харак­терный для мании.

**Маниакальный тип личности** [D.V. Zerssen, 1978]. Преморбидные особенно­сти личности, предрасполагающие к возникновению маниакальных фаз, «гипоманиа- кальный темперамент». Характерны непостоянство в поступках и высказываниях, пренебрежение общепринятыми нормами поведения, условностями, богатство фан­тазии, склонность к ненужному риску.

**Манилова синдром** [Семке В.Я., 1988]. Вариант истерической личности, ха­рактеризующийся стремлением к бесплодному мечтательству, фантазированию, от­сутствием волевой активности. Это обычно прожектеры без стремления к реализа­ции своих идей, слабые, склонные к чрезмерному самовнушению люди, ищущие признания, проявляющие фрустрационную интолерантность. Фантазирование соче­тается с интровертированностью, проявляется наедине с собой. В своих мечтах субъект видит себя в различных заманчивых ситуациях, представляет себя знамени­тостью — ученым, известным актером, крупным политическим деятелем и др. Мани­лов — персонаж поэмы Н.В. Гоголя «Мертвые души».

Ср.: Мюнхгаузена синдром, Хлестакова синдром.

**Маниофобия.** (*греч. mania —* безумие, страсть, влечение, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь заболеть психически.

**Маниоформный** (*греч. mania —* безумие, страсть, влечение, *forma —* форма, вид). Маниакальноподобный, протекающий с симптоматикой, внешне похожей на манию. Термин употребляется, например, для обозначения маниакальноподобных состояний при шизофрении и экзогенно-органических психозах.

**Манифестация болезни** (*лат. manifestatio* — обнаружение, проявление). Проявление выраженной, типичной болезненной симптоматики после ее латентного или стертого течения. Отнесение к М.б. рудиментарных повремени предвестников (типа «зарниц») представляется спорным.

**Мания** (*греч. mania —* страсть, безумие, влечение). 1. Син.: синдром маниа­кальный; 2. Устаревшее, историческое название психопатологических состояний, протекающих с психомоторным возбуждением; 3. Термин непрофессионально упо­требляется для обозначения бреда, например, мания преследования, величия. Та­кое использование термина является неправомерным.

***М. акинетическая*** (*греч. а —* не, *kinesis —* движение). См. *М. заторможен­ная.*

***М. атоническая.*** См. *Ступор маниакальный.*

***М. без бреда.*** Маниакальный синдром, не включающий в себя бредовые идеи.

***М. Белла.*** См. *Делирий острый.*

***М. веселая.*** Разновидность смешанных состояний. Гипоманиакальное состоя­ние, характеризующееся повышенным жизнерадостным настроением без выражен­ного психомоторного возбуждения.

***М. гневливая.*** Маниакальный синдром, характеризующийся раздражительно­стью, вспыльчивостью, склонностью к легкому возникновению конфликтов с окружа­ющими, агрессивностью.

***М. заторможенная.*** Разновидность смешанных состояний (см.). Сочетание повышенного настроения, речевого возбуждения и двигательной заторможенности вплоть до ступора. Иногда ускорение психических процессов при этом достигает сте­пени скачки идей.

Син.: М. акинетическая.

***М. неистовая.*** См. *М. furibunda.*

***М. непродуктивная.*** Разновидность смешанных состояний. Повышенное на­строение и двигательное возбуждение протекают без ускорения психических про­цессов, при скудности мыслительной продукции, однообразии и непродуктивности высказываний. Часто наблюдается при шизофрении, протекающей с маниоформной симптоматикой.

***М. онейроидная.*** На высоте развития маниакального синдрома отмечаются нарушения сознания по онейроидному типу с фантастическими галлюцинаторными переживаниями.

***М. периодическая.*** Маниакальные состояния возникают периодически, при­ступообразно, не чередуются с депрессивными. Относится к атипичному монополяр­ному течению МДП или к фазным психозам.

***М. печали.*** Редко наблюдающаяся форма психогенно-реактивного возникно­вения мании, возникающей непосредственно в связи с тяжелой психической трав­мой.

***М. резонерствующая.*** (*фр. raisonner —* рассуждать, резонерствовать). Ма­ниакальный, чаще гипоманиакальный, синдром с речевым возбуждением, протекаю­щий с пустым, бесплодным мудрствованием, пространными резонерскими рассужде­ниями.

***М. сенильная*** [Mayer-Gross W.]. Маниакальное состояние, возникающее в старческом возрасте, чаще всего — гневливая, спутанная или непродуктивная М. Деменция отсутствует.

***М. спутанная*** [Bostroem А., 1926]. Маниакальный синдром, при котором уско­рение психических процессов достигает большой выраженности, наблюдается бессвязность мышления и речи, нарушенное сознание, спутанность. Производит вначале впечатление острого эндогенного психоза, а затем оформляется типичный маниакальный симптомокомплекс с исходом в выздоровление или переходом в де­прессию. Экзогенная вредность как бы провоцирует эндогенный психоз (при наличии циркулярной предрасположенности) .

***М. транзиторная.*** Преходящий непродолжительный маниакальный синдром (в течение нескольких часов или дней).

***М. тревожная.*** Разновидность смешанных состояний. Психомоторное возбу­ждение сочетается с тревожно-депрессивным настроением.

***М. хроническая.*** Гипоманиакальное состояние, длящееся годами, часто про­текает с гневливостью.

Син.: хроническая гипомания [Kraepelin E.].

***М. attonita*** (*лат. attonitus —* оглушенный). См. *М. заторможенная.*

***М. furibunda*** (*лат. furibundus —* бешенный, неистовый). Маниакальное состо­яние с преобладанием резко выраженного психомоторного возбуждения с агрессив­но-разрушительными тенденциями, преобладанием аффекта злобы.

**Маннкопфа феномен** [Mannkopf E.W.]. Отсутствие учащения пульса при бо­левом раздражении. Наблюдается при кататоническом ступоре.

Я.П. Фрумкин [1939] сопоставлял М.ф. с описанным В.М. Бехтеревым симпто­мом — при болевых раздражениях в кататонических ступорозных состояниях отсут­ствуют приливы крови к лицу при болевых раздражениях.

**Маньяна болезнь** [Magnan V., 1891]. Хронический бредовый психоз, характе­ризующийся специфической сменой этапов течения — паранойяльного, параноидно­го, парафренного. По современным представлениям, соответствует динамике фор­мирования параноидной шизофрении [Курашов С.В., 1955; Шумский Н.Г., 1958; Елга- зина Л.М., 1958].

Син.: Маньяна хронический бред, Маньяна галлюцинаторно-бредовое поме­шательство.

**Маньяна лихорадочная форма белой горячки** [Magnan V., 1847]. Атипич­ная, злокачественно протекающая форма алкогольного делирия. Характерна высо­кая температура. Глубокие расстройства сознания, полная дезориентировка. Эпи­лептиформные проявления. У некоторых больных наблюдается ригидность мышц затылка, парезы глазных мышц, судорожное подергивание мышц лица.

Летальность, как правило, высокая. Иногда — затяжное течение с неполным выздоровлением (исход в алкогольную энцефалопатию).

**Маньяна симптомы** [Magnan V., 1883, 1885]: 1. Аритмомания, склонность к навязчивому счету. 2. Неприятные ощущения, носящие характер сенестопатий или тактильных галлюцинаций. Больные испытывают неприятные ощущения ползания под кожей насекомых и передвижения разного рода мелких предметов. Характерен для кокаинизма. 3. Ситиомания — периодически возникающая булимия. Отсутствует чувство насыщения. Рассматривается как проявление латентно протекающей мани­акальной фазы циркулярного психоза. Наблюдается и при грубых органических из­менениях в головном мозге.

**Маразм** (*греч. marasmos —* истощение, угасание). Истощение, увядание орга­низма с постепенным угасанием всех его функций и атрофией органов и систем. По­нятие близкое к кахексии. Наиболее частые формы — М. алиментарный (См. *Дис­трофия алиментарная*)*,* психический и старческий. М. психический характеризуется полным распадом психики, утратой речи, навыков самообслуживания. М. старческий является следствием старения организма. При некоторых заболеваниях это разгра­ничение носит условный характер (старческое слабоумие, далеко зашедший цере­бральный атеросклероз).

**Марбурга пентада** [Marburg О., 1936]. Совокупность симптомов, характерных для рассеянного склероза: битемпоральное побледнение дисков зрительных нервов или их атрофия, выпадение брюшных рефлексов, скандированная речь, нистагм, ин­тенционный тремор. Включает в себя триаду Шарко.

**Мари симптом** [Marie P., 1906]. При поражении затылочных долей головного мозга возникают своеобразные расстройства восприятия и пространственной ориен­тировки. Больной не может разобраться в плане местности, идти по намеченному маршруту.

**Маринеску—Шьёгрена синдром** [Marinesku G., 1931; Sjogren Т., 1952]. На­следственное заболевание (рецессивный тип передачи), характеризующееся соче­танием спинно-мозжечковой атаксии, олигофрении с двусторонней катарактой. Моз­жечковые симптомы комбинируются с пирамидными знаками. Типичны также малый рост, неподвижность взора, нистагм, конвергирующий страбизм, уродства строения черепа. Психически-умственная недостаточность.

Течение прогрессирующее, возможны абортивные варианты без прогрессиро­вания интеллектуальной недостаточности.

**Маркиафавы—Биньями болезнь** [Marchiafava Е., 1897; Bignami A., 1903]. Ва­риант алкогольной энцефалопатии, характеризующийся затяжным течением (от 2 до 6 лет). Постепенно развивается деменция. Эпилептиформные припадки. Изменения личности — апатия, депрессия. Иногда — периоды возбуждения. Наблюдаются слу­ховые и зрительные галлюцинации. Неврологически — тремор рук, дизартрия, нару­шения ходьбы, арефлексия или гиперрефлексия, ослабление зрачковых реакций.

В конечной стадии — помрачение сознания, спутанность, псевдопаралич. Морфологически — образование некрозов в мозолистом теле, полостей в ткани моз­га, внутренняя водянка.

Син.: дегенерация мозолистого тела, прогрессирующая алкогольная демен­ция.

**Мартина—Олбрайта синдром** [Martin E., Albright F.]. Проявление нарушения утилизации тканями гормона паращитовидных желез. Характерны: гипокальциемия, гиперфосфатемия, ахондроплазия, умственное недоразвитие, судорожные тетани­ческие приступы, развитие катаракты, дистрофия ногтей.

Син.: псевдогипопаратиреоидный синдром.

**Мартланда синдром** [Martland, 1928]. Посттравматическая энцефалопатия у боксеров. Характеризуется постепенно прогрессирующей деменцией и характеропа­тическими изменениями (эйфория, выраженная эмоциональная лабильность).

См. *Деменция посттравматическая.*

**Маскообразность лица.** Застывшее, окаменелое лицо с бедной мимикой, от­сутствием или незначительным проявлением аффективных мимических реакций. Постоянно сохраняется одно и то же выражение лица, чаще безразличия. Наблюда­ется при органических поражениях нервной системы вследствие ригидности мышц или паралича, атрофии их (паркинсонизм, ажитированный паралич), нейролептиче­ском синдроме, кататоническом ступоре.

**Массермана концепция биодинамики** (Masserman J.H., 1955]. Разработана в рамках психоанализа, сочетающегося с идеями бихевиоризма, с целью системати­зации основных их понятий и обоснований для описания широкого круга проявлений в поведении животных и человека. Основана на 4 принципах — мотивации, среды, адаптации и конфликта: 1. Все организмы приводятся в деятельность, движение фи­зиологическими потребностями; 2. Организм реагирует на воздействие среды интер­претацией ее в индивидуальных терминах своих потребностей, специальных способ­ностей и личного опыта; 3. При конфронтации целенаправленных действий организ­ма с внешними препятствиями он меняет свой способ, технику достижения цели или саму цель; 4. При конфликте двух существенных, друг друга взаимоисключающих мотиваций, наступает состояние тревоги, нарушается адаптация организма, его со­матическое и мышечное поведение становится амбивалентным, происходит либо нарушение подстановок (невротическое), либо дезорганизация, регрессивность и необычность, причудливость психических проявлений (психотическое). В клиниче­ской практике биодинамика нашла выражение в бихевиористской психотерапии.

**Масталгия** (*греч. mastos —* грудная железа, *algos —* боль). См. *Мастодиния.*

**Мастодиния** (*масто + греч. odine —* боль). Спонтанно возникающая боль в области грудных желез. Часто наблюдается в преклимактерическом периоде, осо­бенно перед месячными.

**Мастурбация** (*лат. mas —* самец, *turbo —* приводить в волнение, тревожить). Син.: онанизм.

**Матронизм** (*лат. matrona —* почтенная замужняя женщина). Преждевремен­ная зрелость, дисгенитальный синдром у молодых девушек. Характеризустся на­личием сексуальных и физических признаков, присущих зрелым женщинам (величи­на и форма груди, ширина плеч, таза и бедер). Выражение лица также взрослое. Менструация наступает раньше срока. Отмечаются также присущие более зрелому возрасту особенности темперамента, явления повышенной раздражительности. М. рассматривается как проявление плюригландулярной патологии эндокринной систе­мы с преобладанием фолликулярной гиперфункции яичников и гиперкортицизма.

**Мать сверхопекающая.** Мать, доминирующая в контактах с ребенком, подав­ляющая его инициативу, чрезмерно заботящаяся об его одежде, предохраняющая от возможного отрицательного влияния сверстников, предполагаемых опасностей. Такая сверхопека матери рассматривается как один из факторов, способствующих развитию шизофрении.

Син.: шизофреногенная мать.

**Мауца иктафинный диатез.** См. *Конституция иктафинная.*

**Махленомания** (*греч. machlos —* сладострастный, *mania —* страсть, безумие). Женский мазохизм.

**Маховер тест «рисунок человека»** [Machover К., 1948]. Основан на Гуденах тесте «рисунок человека». Обследуемого просят нарисовать человека, затем друго­го, противоположного, пола. Затем его целенаправленно расспрашивают о некото­рых особенностях рисунков. Перечень вопросов различен для взрослых и детей. В оригинальном варианте интерпретация исходит из положения об идентификации об­следуемым самого себя с одной из нарисованных фигур, различные части тела оце­ниваются в соответствии с психоаналитической символикой. Полученная информа­ция используется для суждения об особенностях самооценки обследуемого, его представлений о теле.

**Мегалография** (*греч. megalos —* большой, увеличенный, *grapho —* изобра­жаю). Изменение почерка, увеличение размеров букв. Наблюдается при поражении мозжечка (мозжечковая гиперметрия) и при маниакальных и маниоформных состоя­ниях (МДП, прогрессивный паралич).

**Мегаломания** (*мегало + греч. mania —* влечение, страсть, безумие). Более употребим термин мегаломанический бред. См. *Бред величия.*

**Медуны метод** [Meduna L.J.]. Применение в терапии психических заболева­ний ингаляций смеси углекислого газа с кислородом.

**Межуточное этиологическое звено** (*греч. aitia —* причина, *logos —* наука, учение) [Bonhoeffer К., 1908, 1910]. Один из факторов возникновения острых экзоген­ного типа реакций. Гипотетическому М.э.з. придавалась роль патогенетического мо­мента, связующего внешнюю вредность (ноксу) с определенным регистром типовой психопатологической реакции. Этим пытались объяснить сравнительно небольшой ассортимент психопатологических синдромов при практически неограниченном мно­жестве экзогенных факторов. По мнению A. Hoche [1930] и М.А. Гольденберга [1935], гипотеза о М.э.з. недостаточно обоснована, доказательством этого может служить тот факт, что один и тот же вредный фактор у одного и того же больного может вы­зывать разные тины экзогенных реакций, например, алкоголь. Острая экзогенная ре­акция является следствием сложного патогенетического механизма опосредования экзогений, в котором играют роль множество факторов — не только специфичность ноксы, но и ее сила, продолжительность воздействия, соматическая и психическая почва, на которую действует вредный фактор, преморбидные особенности организ­ма (конституция, соматическая патология) и др.

**Мейли тест** [Meili К., 1928]. Аналитическая психометрическая методика для исследования интеллекта. Состоит из шести заданий-субтестов — установление по­следовательности развития сюжета по серии картинок, продление числового ряда по установленной закономерности, составление предложения по четырем словам, заполнение пробела в картинках и т.п. По результатам исследования строится «про­филь» интеллекта.

**Мейна синдром** [Main Т., 1957]. Индуцированные психотические состояния, описанные автором у женского обслуживающего персонала в психиатрических ста­ционарах. В роли индукторов выступают содержащиеся в стационаре больные, сама обстановка психиатрической больницы способствует возникновению заболевания.

См. *Бред индуцированный.*

**Меконизм** (*греч. mekon* — мак). Опиомания.

**Меланхолический раптус** (*греч. melas —* темный, черный, *chole —* желчь, *лат. raptus —* захватывание, резкое движение). Внезапный взрыв аффекта острой мучительной тоски, отчаяния с выраженными суицидальными действиями. Больной рыдает, стонет, мечется, не находя места, наносит себе повреждения, совершает, попытки самоубийства. По Ю.В. Каннабиху [1931], М.р. может рассматриваться как острая вспышка ажитированной депрессии.

Син.: депрессивное возбуждение.

**Меланхолический тип.** 1. Соответствует слабому типу высшей нервной дея­тельности. 2. [Tellenbach H., 1961]. Конституционально обусловленные особенности личности, являющиеся признаком предрасположения к фазовой (монополярной эн­догенной) депрессии — стремление к упорядоченности, серьезность, выраженное чувство долга, трудолюбие, психическая ригидность, любовь к порядку.

**Меланхолия.** 1. Син. эндогенной депрессии (циркулярной, циклоидной, инво­люционной). Обычно термин применяется при значительной выраженности депрес­сивного состояния. 2. Обобщенное название психопатологических состояний, проте­кающих с пониженным настроением.

***М. инволюционная.*** См. *Депрессия инволюционная.*

***М. пресенильная.*** См. *Депрессия инволюционная.*

***М. пресенильная злокачественная.*** См. *Депрессия пресенильная злокаче­ственная.*

***М. фантастическая.*** Депрессия с фантастическими бредовыми переживани­ями. См. *Котара синдром.*

***М. attonita*** (*лат. attonitus —* оглушенный). Меланхолия с резко выраженной, доходящей до ступора, заторможенностью.

**Мелиссофобия** (*греч. melissa —* пчела, *phobos —* страх). См. *Апиофобия.*

**Менеджера синдром.** Психопатологический симптомокомплекс, наблюдаю­щийся у мужчин в возрасте 40-60 лет, главным образом занятых административной работой. Характерны астения, нарушение сна, пониженное настроение, ослабление либидо и потенции. Часто наблюдается одышка при физической нагрузке, стенокар- дитическая боль, склонность к инфарктам и инсультам.

Син.: администратора синдром.

**Менингеальный** (*анат. meninges —* мозговые оболочки). Относящийся к мозговым оболочкам.

**Менингизм** (*анат. meninges —* мозговые оболочки). Менингеальный синдром без патологических изменений в ликворе. Наблюдается при интоксикациях.

**Менингит** (*анат. meninges —* мозговые оболочки, *греч. -itis —* суффикс, обозначающий воспалительный процесс). Воспаление оболочек головного и (или) спинного мозга, протекает с менингеальным синдромом. Различные формы М. отли­чаются этиологическими моментами (туберкулезный, бруцеллезный, травматиче­ский и т.д.) и локализацией, распространением патологического процесса (базаль­ный, метастатический, очаговый).

**Менингоэнцефалит** (*менинго* + *греч. enkephalos —* головной мозг, *-itis —* суффикс, обозначающий воспалительный процесс). Сочетанное воспаление оболо­чек и вещества головного мозга.

**Менингоэнцефаломиелит** (*анат. meninges —* мозговые оболочки, *греч. enkephalos —* головной мозг, *myelos —* спинной мозг, *-itis —* суффикс, обозначающий воспалительный процесс). Сочетанное воспаление мозговых оболочек головного и спинного мозга.

**Менкеса болезнь** [Menkes J., 1954]. Врожденное наследственное заболева­ние, отличающееся прогрессирующим течением и связанное с нарушением обмена аминокислот — лейцина, изолейцина и валина. В связи с недостаточностью их де­карбоксилирования эти аминокислоты в значительном количестве выделяются с мо­чой, запах которой напоминает запах кленового сиропа. Заболевание проявляется вскоре после рождения. Без лечения больной ребенок погибает в течение первого года. Проявляется клинически приступами удушья, рвотой, повышением мышечного тонуса, опистотонусом, судорогами. На ЭЭГ — изменения по типу гипсаритмии. Если ребенок выживает, то в течение двух лет наступает выраженное слабоумие степени имбецильности или идиотии, сопровождающееся эпилептиформными припадками. Патогистологически — отек мозга, губчатое перерождение, астроцитоз, нарушение миелинизации.

Тип передачи — аутосомный.

Син.: болезнь кленового сиропа, лейциноз, синдром Менкеса.

**Менопауза** (*греч. men —* месяц, *pausis —* прекращение, перерыв). Фаза кли­мактерического периода, наступающая после последнего менструальноподобного кровотечения и характеризующаяся прекращением циклических изменении эндомет­рия, проявляющихся менструациями. Признак утраты генеративной функции, инво­люции половой системы и всего организма.

М. может быть искусственной, вызванной каким-либо вмешательством (экс­тирпация матки, яичников, кастрация хирургическая или лучевая) и патологической, вследствие опухолевого поражения матки и яичников.

**Меностаз** (*мено* + *греч. stasis —* остановка). Син.: климакс (прекращение ме­сячных).

**Менофобия** (*мено + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь мен­струаций и предстоящих в связи с ними неприятных, болевых ощущений.

**Менструации** (*лат. menstruum —* длящийся месяц). Физиологические маточ­ные кровотечения, наступающие каждые 28 дней и продолжающиеся 4-5 дней. Следствие циклического отторжения разрыхленной слизистой оболочки матки. Во время М. и иногда перед ними нередко отмечаются дистимические изменения на­строения, раздражительность, астенические симптомы, вазовегетативная лабиль­ность. В эти же периоды нередко обостряется или дебютирует психическое заболе­вание.

**Ментальный.** 1. (*лат. mens —* ум, разум). Относящийся к психике, интеллекту (например, ментальный возраст). 2. (*лат. mentum —* подбородок). Относящийся к подбородку.

**Ментизм** (*лат. mens —* ум, разум) [Chaslin P.H., 1914]. Симптом наплыва мыс­лей, воспоминаний, образов. Характерно непроизвольное возникновение и неподчи- няемость воле. Проявление ассоциативного автоматизма.

Син.: наплыв мыслей, мантизм (*лат. тапо —* течь, непроизвольно литься).

**Менцеля синдром** [Menzel P., 1891]. Сочетание атаксии и мозжечковых расстройств. Наследственная патология, выявляющаяся в молодом возрасте. Деге­неративный процесс поражает мозжечковые проводящие пути (пирамидные и оливо­мозжечковые). В некоторых случаях наблюдаются параноиды [Keddie M.E., 1969].

**Мералгия парестетическая** (*греч. meros —* бедро, *algos —* боль). Боли и па­рестезии в области наружной поверхности бедер, усиливающиеся в положении стоя и при ходьбе; возникают вследствие поражения латерального кожного бедренного нерва и наблюдаются при инфекциях, интоксикациях, при беременности.

**Мерергазия** (*греч. meros —* часть, *ergasia —* работа, действие, деятельность) [Meyer A., 1908]. Обозначение парциальных расстройств поведения. М. соответству­ют неврозам. См. *Майера эргазиология.*

Син.: какергазия.

**Мерсье синдром I** [Morsier G., 1938]. Пароксизмально возникающий симпто- мокомплекс, состоящий из сложных насильственных движений (верчение вокруг соб­ственной оси, опистотонус, глазодвигательные кризы) и зрительных галлюцинаций (микропсии, фотопсии, лилипут-галлюцинации, изменения окраски окружающих предметов). Наблюдается при поражении левой теменной области различной этио­логии (абсцессы и опухоли мозга, арахноидиты, последствия черепно-мозговой травмы), иногда выступает в роли ауры перед припадками джексоновской эпи­лепсии.

**Мерсье синдром II** [Morsier G., 1944]. Наблюдается при поражении промежу­точного мозга различного генеза: опухолевого, травматического, интоксикационного. Проявляется психическими (снижение памяти, нарушения восприятия, зрительные и обонятельные галлюцинации) расстройствами, а также нарушениями моторики и чувствительности.

**Мерсье фронтальная триада** [Morsier G., 1954]. Симптомы, характерные для поражения конвекситатных отделов лобных долей головного мозга: фиксационная амнезия, апатия, раздражительность.

**Меряченье.** Психотические состояния, наблюдавшиеся в дореволюционное время в Восточной Сибири и проявлявшиеся в массовом возникновении (у групп лю­дей) эхокинетических, эхомимических и эхолалических расстройств, а также автома­тизированного, беспрекословного выполнения команд, приказаний при формально ясном сознании. Чаще всего М. носило характер психогенных истерических реакций и было связано с чрезмерной внушаемостью и индукцией.

**Мескалин.** Алкалоид, добываемый из высушенных верхушек мексиканского кактуса (mescal). При пероральном приеме вызывает яркие фантастические пережи­вания — галлюцинаторно-параноидные, явления деперсонализации и дереализа­ции. Относится к галлюциногенам.

**Месмеризм.** Распространенное во второй половине XVIII в. учение о гипнозе как о животном магнетизме. Его основоположник, австрийский врач швейцарского происхождения F.A. Mesmer [1734-1815], считал, что магниты являются передатчика­ми особых флюидов психического магнетизма. В дальнейшем он отказался от при­менения магнитов и считал, что магнетизм присущ всем живым телам. М. был одним из этапов метафизического донаучного периода в истории гипноза, однако он сы­грал положительную роль в развитии гипнотической и групповой пспхотерапии.

**Мессианизм** (от *древнеевр. mesiach —* мессия, помазанник Бога). Идеи свое­го избранничества, особого предназначения стать жертвой во имя спасения своего народа, человечества.

Син.: бред альтруистический.

**Металлофобия** (*металл* + *греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь металлов и металлических предметов.

**Метаморфоз сексуальный паранойяльный** (*греч. metamorphosis —* превра­щение, *лат. sexualis —* половой, *греч. para —* возле, рядом, *nus, noos —* ум, разум) [Krafft-Ebing R.]. Бредовая убежденность в превращении больного в лицо другого пола. Наблюдается при шизофрении.

**Метаморфопсии** (*греч. meta —* за чем-либо, *morphe —* форма, вид, *opsis —* зрение). [Weizsecker V.]. Нарушение восприятия формы и величины предметов. Ха­рактеризуется искаженным зрительным восприятием различных предметов, их фор­мы, цвета, величины, пространственного расположения, состояния покоя или движе­ния. P. Schilder подчеркивал роль в патогенезе М. лабиринтных, или вестибулярных, расстройств. O. Potzl придавал решающее значение нарушению процесса слияния зрительных восприятий, поступающих из правого и левого глаза, их десинхрониза­ции. Наблюдаются при экзогенно-органических заболеваниях головного мозга, чаще всего травматического и инфекционного генеза, входят в структуру синдрома Пика, особых состояний М.О. Гуревича. По М.О. Гуревичу [1949], М. относятся к психосен­сорным расстройствам.

По М.И. Рыбальскому, М. являются иллюзиями, обусловленными нарушения­ми сенсорного синтеза (органическими иллюзиями). Различаются ауто- и экзомета- морфопсии. При первых больные жалуются на изменение ощущения нормальной величины и формы частей собственного тела; они чаще наблюдаются перед засыпа­нием, возникают на короткое время (при эпилепсии) или длительно держатся (при сифилисе мозга, опухолях). У больных эпилепсией они могут наблюдаться во время ауры или входить в структуру пароксизмального эквивалента. При вторых отмечает­ся искажение правильности восприятия величины, формы, соотношения частей окружающих больного реальных объектов; они так же, как и аутометаморфопсии, со­четаются с органическим психосиндромом.

**Метасимуляции** (*греч. meta —* следование за чем-либо, *лат. simulatio —* при­творство). Вид симуляции. Целенаправленное воспроизведение симптомов только что перенесенного и уже закончившегося психического заболевания. Наиболее ча­сто наблюдается после перенесенных реактивных психозов.

**Метатравматический** (*мета* + *греч. trauma* — ранение, телесное поврежде­ние вследствие ранения). Обусловленный травмой, посттравматический, например, посттравматическая энцефалопатия.

**Метемпсихоз** (*греч. metempsychosis —* переселение душ). В психиатрии: бре­довая убежденность в том, что больной существовал и раньше в виде других людей, животных. Близка к имевшим хождение религиозно-мистическим представлениям о перевоплощении души после смерти в другое тело — человека, животного, в расте­ния. Ср.: бред вечного существования.

**Метод интервью** (*англ. interview*)*.* Метод социально-психологического иссле­дования, заключающийся в сборе первичной информации с помощью непосред­ственного речевого контакта. Интервью может быть: стандартизированным, в кото­ром употребляются заранее подготовленные формулировки вопросов; нестандарти- зированным, предполагающим тактическую гибкость беседы, ее изменчивость в свя­зи с ситуацией; полустандартизированным с использованием путеводителя интер­вью, допускающего отклонения от запрограммированной беседы. М.и. способствует налаживанию контакта между исследователем и исследуемым. Используется и в ме­дицинской психологии. Элементы М.и. и знание его принципов могут оказаться по­лезными врачу-психиатру при сборе анамнеза.

**Метод «репрессии»** (*лат. repressio —* подавлять). Вариант ЭСТ, применяв­шийся в некоторых странах (главным образом, в США) и заключающийся в проведе­нии больших количеств электросудорожных сеансов (5-8 в день при общем курсе в 30-40 в течение недели), после чего развивается состояние регрессии в виде помра­чения сознания, отсутствия спонтанной речи, апатии и т.д. По миновании явлений регрессии якобы должно наступать выздоровление от психоза. В настоящее время почти не используется.

**Метонимия** (*греч. metonimia —* переименование). Замена слов или выраже­ний сходными, по не полностью эквивалентными. Наблюдается при некоторых видах расстройств речи.

**Метромания** (*греч. metros —* матка, *mania —* страсть, влечение). Син.: ним­фомания.

**Механорецепторы** (*греч. mechane —* орудие, приспособление, *лат. recipio —* брать, принимать). Рецепторы, воспринимающие механические воздействия (давле­ние, ускорение и т.д.).

**Меяра симптом** [Mejard]. При вызывании сухожильных рефлексов, например, коленного, у больных, находящихся в кататоническом ступоре, конечность возвра­щается в исходное положение не сразу, а через несколько секунд.

**Мёбиуса симптом** [Mobius P.J., 1880]. Ослабление конвергенции глаз, наблю­дающееся при Базедова болезни. Проявляется в невозможности сохранять сведен­ное положение глаз при фиксации взгляда на близко от них расположенном пред­мете. Вскоре один глаз (иногда оба) отходит кнаружи.

**Мигренический тип личности** [U.H. Peters, 1976]. Выделен на основании устанавливаемой в ряде случаев связи между приступами мигрени и приступами эн­догенной депрессии. Мигрень обычно предшествует депрессии. В депрессивной фазе отмечаются головные боли, однако они не носят характера мигрени. Приступу мигрени сопутствует пониженное настроение. Личностные особенности сходны с та­ковыми при меланхолическом типе: склонность к порядку и чистоте, трудолюбие, обязательность, совестливость, пунктуальность, аккуратность, застенчивость, готов­ность прийти на помощь, доброжелательность к окружающим, склонность брать на себя основную работу.

**Мигрень** (*фр. migraine*)*.* Приступообразная головная боль, чаще односторон­няя, сопровождающаяся головокружением, тошнотой, светобоязнью. В зависимости от характера вегетативной симптоматики во время приступов различают М. ангиос- пастическую и ангиопаралитическую. Основные формы М.: офтальмическая, с явле­ниями односторонней мерцательной скотомы; офтальмоплегическая, сопровождаю­щаяся диплопией и птозом; мозжечковая, протекающая с преходящими мозжечковы­ми расстройствами координации. Имеются данные о наследственном характере М. с доминантным типом передачи. Известны описания М. в качестве ауры или эквива­лентов эпилептичесих припадков.

H. Gastaut [1975] считает, что эпилепсия весьма редко сочетается с М. Об эпилепсии мигренозной можно говорить в тех случаях, когда припадки чередуются с типичными мигренозными приступами и имеют с ними общие патогенетические мо­менты (например, зрительные эпилептические припадки и приступы офтальмиче­ской М. при поражении затылочной области) или когда припадки возникают у людей, до того страдавших М., и являются следствием ишемических церебральных пораже­ний, вызванных мигренозными приступами.

**Мигрень абдоминальная.** см. *мура синдром.*

**Мидаса синдром.** Описан G.W. Bruyn и U.J. Dejong [1959]. Наблюдается у женщин в возрасте после 30 лет и характеризуется необузданным стремлением к сексуальной свободе, к смене привычных партнеров. Объясняется исчезновением у мужчин с возрастом стремления пробудить в женщине сексуальное желание, возник­новением у них привычного стереотипа физической близости. В поисках новизны впечатлений, желая вновь испытать остроту сексуального влечения, женщина ищет новых партнеров. Таким образом, м.с. является проявлением сексуальной (супруже­ской) возрастной дисгармонии.

Назван по имени фригийского царя мидаса (738-696 гг. до н.э.), который, со­гласно одной из древнегреческих легенд, выпросил у бога Диониса дар превращать в золото все, к чему он прикоснется. Жадность, жажда обогащения едва не погубили мидаса, так как в золото превращалась даже пища. мидас освободился от своего дара, искупавшись в реке, которая после этого стала золотоносной.

**Мидриаз** (*греч. amydros —* темный, неясный). Расширение зрачков. может быть обусловлен параличом сфинктера зрачка или спазмом дилататора зрачка, а также введением лекарственых средств (атропин и др.).

**Мизандрия** (*греч. misos —* ненависть, отвращение, *aner, andros —* мужчина). Патологическое отвращение женщины к мужчине. Наблюдается при женском гомо­сексуализме, истерии.

**Мизогамия** (*греч. misos —* ненависть, отвращение, *gamos —* брак). Патологи­ческое отвращение к браку.

**Мизогения** (*мизо + греч. gyne —* женщина). Патологическое отвращение муж­чины к женщинам.

**Мизокайнизм** (*мизо + греч. kainos —* новый). См. *Мизонеизм.*

**Мизонеизм** (*мизо + греч. neos —* новый) [Lombroso С.]. Отрицательное отно­шение к новому, к переменам образа жизни, к новым идеям. Первоначально термин у С. Lombroso обозначал присущую, по его мнению, большинству людей консерва­тивность психического склада. В настоящее время в психиатрии М. понимают в кли­ническом смысле. Наблюдается при депрессивных состояниях, психастении, при ха­рактерологических изменениях у больных эпилепсией и церебральным атеросклеро­зом.

Син.: неофобия, мизокайнизм.

**Мизопедия** (*мизо + греч. pais, paidos —* ребенок) [Oppenheim H.]. Патологиче­ская ненависть, отвращение к собственным детям, выражение садистических тен­денций у матери.

**Мизофобия** (*мизо* + *греч. phobos —* страх) [Beard G.M., 1880]. Навязчивая бо­язнь загрязнения, стремление избежать прикосновения к окружающим предметам. Характерны постоянное рассматривание кожи и слизистых оболочек, частая переме­на белья, навязчивое мытье рук. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и неврозоподобных дебютах шизофрении.

**Мийодезопсия** (*греч. miya —* муха, *лат. des —* расстройство, нарушение, *opsis —* зрение). Син.: мушки летающие.

**Микробазия** (*греч. mikros —* малый, *basis —* шаг, ходьба). Ходьба мелкими шажками, почти не отрывая ног от пола, земли. Наблюдается при некоторых органи­ческих заболеваниях головного мозга, например, при церебральном атеросклерозе.

**Микрогирия** (*микро* + *анат. gyrus cerebri —* извилина полушарий большого мозга). Аномалия развития головного мозга, характеризующаяся малыми размерами мозговых извилин при увеличенном их числе. Объясняется остановкой развития мозга на 6-7 месяце внутриутробной жизни. Чаще всего встречается при микроцефа­лии, порэнцефалии. Обычно отмечается интеллектуальное недоразвитие.

**Микрогнатия** (*микро* + *греч. gnatos —* нижняя челюсть). Аномалия черепа, недоразвитие нижней челюсти.

**Микрография** (*микро + греч. grapho —* пишу). Нарушение письма, уменьше­ние букв. Наблюдается при паркинсоническом синдроме, при депрессиях, иногда при кататонических состояниях, при явлениях макропсии.

**Микродактилия** (*микро + греч. daktylos —* палец). Аномалия развития. Вро­жденное недоразвитие, вплоть до отсутствия, одного или нескольких пальцев кисти (стопы).

**Микрокория** (*микро + греч. kore —* зрачок). Врожденная узость зрачков.

**Микромания** (*микро + греч. mania —* страсть, влечение, помешательство). Бредовые идеи самоумаления, самоуничижения. Более применимый термин — ми- кроманический бред.

**Микропсия** (*микро + греч. opsis —* зрение). Нарушение зрения, при котором окружающие предметы воспринимаются пропорционально уменьшенными по срав­нению с их реальной величиной. Наблюдается при параличе аккомодации, пораже­нии сетчатки глаза в области желтого пятна и при экзогенно органических заболева­ниях головного мозга.

**Микросомия** (*микро + греч. soma —* тело). Син.: карликовость.

**Микротелеакузия** (*микро + греч. tele —* далеко, на большом расстоянии, *akuo —* слушать). Состояние, при котором звуки воспринимаются притишенными, как бы издалека. Наблюдается при эпилепсии.

**Микротелеопсия** (*микро + греч. tele —* далеко, *opsis —* зрение) [van Bogaert L.]. Галлюцинаторные образы не только уменьшены в размерах (микропсия), но и воспринимаются отдаленными. Наблюдается преимущественно при экзогенно-орга- ничсских заболеваниях.

**Микрофония** (*микро + греч. phone* — звук, голос). Тихий голос, следствие на­рушения тонуса участвующих в фонации мышц. Наблюдается при органических по­ражениях головного мозга и истерии.

**Микроцефалия** (*микро + греч. kephale —* голова). Аномалия развития, прояв­ляющаяся малыми размерами черепа и головного мозга. Возможна М. и при нор­мальных размерах черепа. Вес мозга микроцефалов — от 250 до 900 г. Различают М. истинную, при которой речь идет об остановке в развитии мозга, и вторичную, ложную, являющуюся следствием тяжелого заболевания мозга. Возможны и макро-, и микрогирия. М. может быть наследственной (по аутосомно-рецессивному или ре­цессивному, сцепленному с Х-хромосомой, типу).

**Микроэстезия** (*микро + греч. aisthesis —* чувство, ощущение). Расстройство тактильной чувствительности — предмет наощупь воспринимается меньшим, чем в самом деле. Наблюдается при поражении зрительного бугра или постцентральной извилины головного мозга. М. возможна и в норме — при иллюзии установки.

**Микседема** (*греч. туха —* слизь *+ oidema —* отек). Резко выраженная форма гипотиреоза. Психические нарушения при М. — см. *Галля—Орда болезнь.*

**Миксеофобия** (*греч. mixos —* половой акт, совокупление, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь совершения полового акта из-за необходимости обнажить половые органы, прикасаться к телу партнера. Иногда приводит к импотенции.

**Миксоскопия** (*греч. mixos —* половой акт, *skopeo —* смотреть, наблюдать) [Moll А.]. Сексуальная перверсия — удовлетворение достигается при тайном наблю­дении совокупления, совершаемого другими. Вид скопофилии.

Син.: вуайеризм.

**Мимика** (*греч. mimikos —* подражательный). Выразительные движения мышц лица, сопровождающих эмоции. Является своеобразным «языком», кодом, свиде­тельствующим об аффективном состоянии человека. Изучение М. имеет важное диагностическое значение в психиатрии.

**Мимоговорение.** Симптом истерических расстройств, проявляющийся отве­тами не по существу заданного вопроса, хотя последний доступен пониманию боль­ного. В то же время ответ больного всегда находится в смысловой плоскости вопро­са. Входит в структуру Ганзеровского синдрома, псевдодеменции.

Син.: миморечь.

**Минетт** (*фр. minette —* кошечка). Син.: куннилингвус.

**Минковского синдром** [Minkowski E., 1945]. Явления своеобразной эмоцио­нальной анестезии вследствие длительных моральных и физических страданий у части узников нацистских концлагерей. Проявлениями его являются деструкция лич­ности, сужение круга интересов, преобладание примитивных, инстинктивных и им­пульсивных реакций. См. *Концентрационных лагерей синдром.*

**Минковской глишроидия.** См. *Глишроидия, Эпилептоидная конституция, Анехетическая конституция.*

**Минковской глишроидная пропорция темперамента** [Minkowska F., 1923]. Выделение, соответственно проведенному E. Kretschmer [1922] описанию пропорций шизоидной и циклоидной конституций, пропорции темперамента для глишроидной конституции (см. *Глишроидия*). Последняя представлена противоположными полю­сами: замедление, вязкость — эксплозивные реакции. По представлениям автора, концентрация дефензивной, вязкой аффективности приводит к брадипсихии, не име­ющей достаточной разрядки (стазу). Последний провоцирует эксплозивный разряд.

Син.: дефензивно-эксплозивная пропорция темперамента.

**Минора симптом** [Минор Л. С., 1929]. Локализация чувства страха у больных эпилепсией — в ноге, в руке, в языке, глазах. Это может быть либо аурой, либо экви­валентом эпилептического припадка.

**Минус-симптомы.** Выделены H.J. Jackson в соответствии с концепцией дис- солюции. Генез их объяснялся снижением уровня психической функции в связи с вы­падением иерархически вышерасположенных отделов. Понятие, аналогичное нега­тивным симптомам.

**Миоз** (*греч. myosis —* уменьшение). Сужение зрачков. Может быть медика­ментозным (введение пахикарпина), наблюдается при сифилитических заболевани­ях головного мозга (входя в состав Аргайлла Робертсона синдрома), при поражении шейного отдела симпатического ствола (паралитический М.) , вследствие спазма сфинктера зрачка (спастический М.) , при менингите, рассеянном склерозе, некото­рых интоксикациях.

**Миоклония** (*греч. mys —* мышца, *klonos —* беспорядочное движение). Крат­ковременные непроизвольные сокращения одной или нескольких мышц, проявляю­щиеся в покое и движении, но исчезающие во сне. Гиперкинезы бывают изолирован­ными или протекают группами («залпами»). М. возникают при поражении любого уровня двигательных путей — от моторной коры до спинальных мотонейронов — и поэтому не обязательно должны рассматриваться как признак эпилепсии [H. Gastaut, 1975].

**Миоклонус-эпилепсия** [Unfferricht H., 1891; Lundborg H. 1903]. Семейно-на­следственное заболевание, характеризующееся ранним началом, прогрессирующим течением, сочетанием миоклонических симптомов (непроизвольные короткие непре­рывные клонические вздрагивания мышц) с эпилептическими припадками, нараста­нием слабоумия и экстрапирамидной скованностью в исходном состоянии. Наблю­даются эндокринные расстройства.

На поздних этапах заболевания — мозжечковая атаксия. В терминальной ста­дии миоклонические судороги и эпилептические припадки становятся более редки­ми, развивается децеребрационная ригидность. Патологоанатомически — дегенера­тивные изменения в мозжечке, экстрапирамидной системе, периферических нервах, клетках внутренних органов. Тип передачи аутосомно-рецессивный.

Син.: фамильная миоклония, прогрессирующий миоклонус, болезнь Унфер- рихта—Лундборга.

**Миоплегия** (парадоксальная) (*греч. mys —* мышца, *plegos —* несчастье, бед­ствие). Приступы внезапно наступающей резкой мышечной слабости, с исчезновени­ем рефлексов, отсутствием зрачковых реакций. Мышцы парализуются в следующем порядке — мышцы ног, рук, туловища. Возможно вовлечение мышц глотки, жева­тельных. Возникают в состоянии покоя, сопровождаются вегетативными нарушения­ми (чувство холода, жара, гипергидроз, гиперсаливация, брадикардия). Продолжи­тельность — от нескольких минут до нескольких дней. Возможно наступление смер­ти от паралича мышц сердца и дыхательных. Наблюдается при органических пора­жениях головного (межуточного) мозга, иногда носит характер наследственного за­болевания.

**Миопсихия** (*мио + греч. psyche* — душа) [Joffroy A., 1902]. Термин, предло­женный для определения особенностей психических расстройств при заболеваниях, протекающих с синдромами мышечной патологии (миоклония, миопатия, различные формы миотрофии и др.). По A. Porot [1975], это искусственно созданная группа пси­хопатологических расстройств, лишенная нозологической специфичности.

**Миорелаксанты** (*греч. mys —* мышца, *лат. relaxus —* ослабление). Препара­ты, снижающие тонус скелетных мышц, уменьшающие их двигательную активность, вплоть до полной обездвиженности. Применяются при ЭСТ для профилактики осложнений (дитилин, листенон).

**Миоритмия** (*мио + греч. rythmos —* ритм). Разновидность миоклонии, при ко­торой сокращения мышц происходят стереотипно, в определенном ритме, с посто­янной локализацией. Наблюдается при эпидемическом энцефалите.

**Мира-и-Лопеца миокинетическая методика.** [Myra-y-Lopez E., 1939]. Экспе­риментально-психологическая методика для исследования личности, относимая к проективным методикам изучения экспрессии [Соколова Е.Т., 1980]. Базируется на принципах так называемой миокинетической диагностики, придающей относительно большое значение тонусу мимической и опорно-двигательной мускулатуры в выпол­нении тех или иных действий и соответствию этого тонуса особенностям эмоцио­нально-волевого и интеллектуального состояния обследуемого. Диагностика особен­ностей личности связывается с характером психомоторики, с доминированием прав- шества или левшества. Выделены психомоторные корреляты для различных уров­ней тревоги и других эмоциональных состояний и личностных характеристик.

**Миттенэкера—Томана личностный тест** [Mittenecker E., Toman V., 1951]. Близок к MMPI. Содержит 120 вопросов, относящихся к личностной сфере. Из них 94 относятся к интересам. Основные темы: самокритичность, социальные взаимоотно­шения, экстраверсия и интроверсия, нейротизм, маниакальность, депрессивность, шизоидность, паранойяльность, вегетативная стабильность, любовь к природе, ин­терес к рукоделию, научные интересы, человек в обществе и экономике, админи­стрирование, прикладное искусство, интерес к музыке и литературе, социальное призвание.

**Мифомания** (*греч. mytkos —* миф, вымысел, *mania —* страсть, безумие). [Dupre E., 1905]. Патологическая лживость, обусловленная, по автору, психопатиче­скими особенностями личности, мифоманической конституцией. Последняя соответ­ствует современным представлениям об истероидной конституции. При этом важ­ную роль играют истерические механизмы — желание выделиться, показать свое значение. Понятие, близкое к псевдологии. Разновидность фантазий истерических (см.).

**Михаэлиса синдром** [Michaelis, 1969]. Наблюдается при патологии промежу­точного мозга и включает в себя явления депрессии, повышенной сонливости и про­жорливости либо мании, осложненной дисфориями и параноидными эпизодами.

**Мишень-симптомы** [Freyhan F.A., 1957]. Понятие, введенное в связи с психо­фармакологическими исследованиями. Речь идет о психопатологических симптомах, на которые как бы нацеливается тот или иной препарат. Анализ его эффективности учитывает, таким образом, направленность этого средства не на болезнь или син­дром, а на определенный симптом.

Советскими психиатрами указывается на ограниченность положения F.A. Freyhan о мишень-симптомах, игнорирующего нозологическую принадлежность пси­хоза, и отмечается необходимость рассматривать симптом в единстве с остальной структурой психоза, его патогенеза и патокинеза [Рохлин Л.Л., 1977].

**Мнемоника** (*греч. mnemonika —* искусство запоминания). Система приемов для облегчения запоминания с помощью специально образуемых ассоциаций (по сходству, смысловых и т.п.). Приемы М. целесообразно использовать в психо­терапевтической работе при нерезко выраженном снижении памяти (начальный це­ребральный атеросклероз, невротические состояния, протекающие с ухудшением запоминания из-за ослабленного внимания и т.п.).

**Мнительность.** Личностное свойство, склонность к тревожным опасениям по различным поводам, значение которых часто переоценивается. Может быть ре­зультатом астенизации, невротического состояния, но часто является свойством конституциональным. Так, С.А. Суханов [1905] выделял тревожно-мнительный ха­рактер в рамках психастенической конституции. Способствует проявлениям ипохон- дричности. Значительно усиливается при депрессиях (см. *Ананкастическая депрес­сия*)*.*

**Могилалия** (*греч. mogis —* с трудом, *lalia —* речь). Разновидность заикания, при которой затруднено произношение отдельных слогов.

**Мозг большой.** Часть головного мозга, состоящая из полушарий, соединен­ных посредством мозолистого тела, свода и передней спайки.

**Мозг головной** (*анат. cerebrum*)*.* Орган ЦНС, расположенный в полости чере­па, регулирующий взаимоотношения организма с окружающей средой, управляя по­веденческими реакциями, функцию различных органов и систем.

**Мозг задний** (*анат. metencephalon*)*.* Отдел головного мозга между продолго­ватым и средним. Состоит из моста и мозжечка.

**Мозг конечный** (*анат. telencephalon*)*.* Наиболее крупный отдел переднего мозга, включающий большой и обонятельный мозг.

**Мозг межуточный** (*анат. diencephalon*)*.* Отдел переднего мозга под мозоли­стым телом, связывает полушария с мозговым стволом.

Син.: мозг промежуточный.

**Мозг обонятельный** (*анат. rhinencephalon*)*.* Часть конечного мозга, включает переднюю долю, поясную, парагиппокампальную и зубчатую извилины.

**Мозг передний** (*анат. prosencephalon*)*.* Отдел головного мозга, развиваю­щийся из переднего мозгового пузыря. Состоит из конечного и межуточного мозга.

**Мозг продолговатый** (*анат. medulla oblongate*)*.* Отдел головного мозга, пере­ходящий в спинной мозг.

**Мозг промежуточный.** См. *Мозг межуточный.*

**Мозг ромбовидный** (*анат. rhombencephalon*)*.* Отдел головного мозга, разви­вающийся из заднего мозгового пузыря. Состоит из заднего и продолговатого мозга.

**Мозг средний** (*анат. mesencephalon*)*.* Отдел головного мозга, образующийся из среднего мозгового пузыря. Включает в себя пластинку крыши (четверохолмие) и ножки большого мозга.

**Мозговые оболочки** (*анат. meninges*)*.* Соединительнотканные оболочки го­ловного и спинного мозга — мягкая, прилегающая непосредственно к мозгу; паутин­ная, расположенная между мягкой и твердой; твердая, наружная.

**Моли феномен** [Moelli K.]. Сохранение воспоминаний о наиболее ярких пере­живаниях, чаще всего — галлюцинаторных, имевших место во время эпизодического состояния нарушенного сознания. Наблюдается после сумеречных расстройств со­знания, играющих роль эквивалента эпилептического припадка, особенно при их ли­тическом разрешении, и в этих случаях является одним из факторов, способствую­щих резидуальному бредообразованию.

Син.: островное припоминание.

**Моноидеизм** (*греч. monos —* один, *idea —* мысль, образ, представление). До­минирование в сознании больного какого-либо одного представления, идеи. См. *Идеи навязчивые, сверхценные, бредовые.*

**Мономании** (*греч. monos —* один, *mania —* страсть, безумие) [Esquirol J.E.D., 1838]. Психозы, содержание которых ограничивается в основном какой-то одной пси­хопатологической категорией. Так, различались М. интеллектуальная, бредовая, аф­фективная, инстинктивная (бред отсутствует, но влечения носят непреодолимый ха­рактер), убийства.

**Мононевроз.** См. *Неврозы моносимптоматические.*

**Моноплегия** (*моно* + *греч. plegos —* удар, бедствие). Паралич одной конечно­сти, наблюдается при корковой локализации поражения.

**Монополярность** (*моно + лат. polus —* полюс). Характеристика течения пси­хических процессов, обладающих полярно противоположной симптоматикой, но ограничивающегося лишь одним из этих симтомокомплексов. Например, монополяр- ное течение аффективных психозов обозначает их проявление одними лишь де­прессивными или маниакальными фазами, в отличие от биполярного, при котором эти фазы чередуются.

**Моносексуальный** (*моно* + *лат. sexus —* пол). Син.: гомосексуальный.

**Монофагия** (*моно + греч. phagein —* есть). Употребление какого-либо одного вида пищи. Наблюдается при шизофрении, особенно протекающей с ипохондриче­ским синдромом или психической анорексией, а также при других формах психиче­ской анорексии.

**Монофазный** (*моно + греч. phasis —* проявление). Син.: монополярный.

**Монофобия** (*моно* + *греч. phobos —* страх). 1. Навязчивый страх, боязнь остаться в одиночестве. 2. Единственный вид фобии, несочетающейся с другими.

**Монро тест диагностики чтения** [Monroe M., 1930]. Психологическая методи­ка для диагностики факторов, играющих роль в индивидуальной способности к чте­нию (не учитываются расстройства чтения в связи с интеллектуальной недоста­точностью). Состоит из 9 субтестов, частично зрительных, частично слуховых. Ис­следуются сенсорный аспект и механизмы чтения и письма. Применяется в пред- школьном возрасте.

**Моральное помешательство** (*англ. moral insanity*) [Prichard J.C., 1835]. Одно из первых описаний психопатии.

Син.: моральная имбецильность, моральная идиотия.

**Морвана синдром** [Morvan A.M., 1890]. Особая форма миоклонии, характери­зующаяся фибриллярными мышечными волнообразными судорогами (главным об­разом мышц голеней и икроножных). В психическом состоянии — явления депрессии (иногда отмечаются суицидальные мысли, чувство страха, бессонница, ипохондри­ческая симптоматика). Вегетативные расстройства — потливость, эритема кожи, ускоренный пульс. Чаще всего возникает в связи с нейроинфекцией.

Син.: хорея Морвана, фибриллярная хорея.

**Морганьи—Стюарта—Мореля синдром** [Morgagni G.B., 1719; Stewart R.M., 1928; Morel F., 1930]. Характеризуется внутренним лобным гиперостозом, ожирени­ем, вирилизмом и гирсутизмом, расстройствами сна, нарушением равновесия, го­ловной болью, эпилептифорными припадками, расстройствами углеводного обмена (в ряде случаев — сахарный диабет). Часто у таких больных обнаруживаются тро­фические язвы голеней. Проявление органической патологии гипофизарно-диэнце­фальной системы.

Син.: метаболическая краниопатия, внутренний лобный гиперостеоз, нейроэн­докринная краниопатия.

**Мореля болезнь** [Morel F., 1939]. Форма алкогольной энцефалопатии, разви­вается при длительном «винном алкоголизме». Начало с тяжелой картины делирия. С редукцией делириозных расстройств появляются и быстро прогрессируют явления псевдопаралича, мышечная ригидность, апрактические расстройства. Наблюдаются также астазия-абазия, сухожильная гиперрефлексия, парезы и параличи конечно­стей, дизартрия, птоз, нистагм, страбизм, ослабление реакции зрачков на свет, не­держание мочи и кала. Патологоанатомически — симметричные очаги спонгиоза и глиоза наружной пирамидальной пластинки (III клеточного слоя) коры лобных долей головного мозга.

Син.: алкогольный ламинарный склероз коры головного мозга, Мореля син­дром.

**Мореля-Лавайе болезнь** [Morel-Lavallee, 1911]. Патологическое пристрастие больного к инъекциям. При этом больному совершенно безразлично, какой медика­мент ему вводится.

Син.: кентомания.

**Морено метод психодрамы** [Moreno J.L., 1921]. Психотерапевтический ме­тод, основанный на аффективном отреагировании (катарсисе). Больной принимает участие в разыгрывании драматических отрывков или сценической импровизации, сюжетная линия которых созвучна психотравмирующей ситуации. В интерпретации М.м.п. за рубежом значительную роль играют психоаналитические концепции. Вслед за «психодрамой» Морено развил положение о «социодраме», призванной якобы разрешать социальные конфликты.

**Морита терапия** [Morita S., 1919]. Специфически японский психотерапевтиче­ский метод, основанный на принципах дзен-буддизма. Применяется при лечении неврастении. Обязательно длительное пребывание в больнице, в течение первой недели — в затемненном помещении, в условиях изоляции. Больной должен сам справляться со своими болезненными переживаниями, ощущениями, встающими перед ним проблемами.

Затем в течение 40-60 дней в больничный режим вводятся элементы легкой занятости, трудовой терапии. По и в это время обязательна изоляция больного от родных и друзей, не допускается обсуждение им своих симптомов с окружающими. Цель — перестройка личности путем самосозерцания, самопогружения. В дальней­шем подключается групповая психотерапия.

**Мория** (*греч. moria —* глупость) [Bruns L., Jastrowitz P., 1888]. Патологически повышенное настроение в сочетании с двигательным возбуждением, беспечностью, дурашливостью, склонностью к грубым шуткам, каламбурам. Характерны также рас- торможенность влечений, эйфория, склонность к аморальным поступкам. По P. Jastrowitz, определялась как «слабоумие со своеобразно веселым возбуждением». Более точное определение было дано H. Oppenheim [1898] — «страсть к остротам». Наблюдается при поражении базально-лобных отделов головного мозга. Морио- подобная симптоматика описана при патологии субдоминантного полушария большого мозга. М. может сменять обусловленный поражением конвекситатной по­верхности лобных долей апатико-абулический синдром или предшествовать ему.

Понятие, аналогичное синдрому расторможения [Welt L., 1887].

Син.: Брунса—Ястровица синдром.

**Морон** (*греч. moros —* глупый, недалекий). Выраженный дебил.

**Морфинизм.** Разновидность опийной наркомании. Морфий — природный ал­калоид, добываемый из мака, является наркотическим аналгетиком. По отношению к нему в организме довольно быстро формируется психическая и физическая зависи­мость. М. получил распространение в годы I мировой войны из-за широкого назначе­ния морфия врачами для обезболиввания. Имеются данные о роли в возникновении М. психопатической конституции. Абстинентный синдром формируется относительно быстро и тяжело протекает. В течение М. происходят изменения личности (заостре­ние преморбидных черт и морально-этическое снижение), типично психопатоподоб­ное асоциальное поведение. На заключительных этапах — выраженная психическая деградация и физический маразм.

**Морфинофобия** (*лат. morphinum —* морфий, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь стать морфинистом.

**Морфодисплазии** (*греч. morphe —* вид, форма, *dys —* нарушение функции, *plasis —* формирование, образование) [Robert J., 1974; Laurent J.L., 1974]. Вариант эмбриопатии, для которого характерны пороки развития органов, в то время как ги­стодисплазиям присущи пороки развития тканей. М. возникают в результате экзоген­ных патологических воздействий и в связи с генетическими изменениями плода. Иг­рают важную роль в формировании олигофрений. Соматические проявления оли­гофрений эмбрионального генеза отражают стадию развития, в которой реализова­лась внешнесредовая или генетическая вредность [Блюмина М. Г., 1978].

**Мотивация** (*англ. motive —* повод, мотив, побуждение). Мотивы, побуждаю­щие к деятельности, вызывающие активность организма, определяющие ее направ­ленность. По психологическим критериям различают 3 класса мотивирующих факто­ров: 1. Потребности и инстинкты как источники психической активности; 2. Мотивы, определяющие направленность поведения, деятельности; 3. Эмоции, субъективные переживания (стремления, желания и т.п.) и установки, осуществляющие регуляцию поведения. В формировании деятельности человека участвуют одновременно несколько мотивов, из которых один является ведущим, а остальные — подчиненны­ми, второстепенными, которые могут играть роль в дополнительной ее стимуляции. Ведущие мотивы определяют субъективный личностный смысл деятельности чело­века. Одновременное сосуществование в деятельности нескольких мотивов харак­теризуется сложными взаимоотношениями между ними — антагонистическими и си­нергическими. От мотивов существенно отличается мотивировка — объяснение своих действий, поступков. Мотивировка может не совпадать с мотивами и даже це­ленаправленно искажать их. Различают М. низшую (безусловную, биологическую, первичную) и высшую (социальную, идеальную, сложную). Первая обусловлена ве­щественными предметами, соответствующими элементарным потребностям челове­ка, вторая — социальными факторами.

**Мудрствование навязчивое.** Навязчивое рассуждательство по поводу ба­нальных, надуманных, часто неразрешимых вопросов, сопоставление предположи­тельных альтернативных поступков, попытки оценить возможные последствия в дей­ствительности не совершенных больным действий. Иногда М.н. носит характер своеобразного наплыва навязчивых мыслей-вопросов, которые W. Jahrreiss [1928] определял как навязчивую скачку идей в форме вопросов. Наблюдается при невро­зе навязчивых состояний, особенно при его длительном неблагоприятном течении, определяющемся психастенической почвой. Иногда этот термин применяется для определения сходных внешне клинических феноменов в рамках шизофренического резонерства, однако такое его употребление представляется неправомерным из-за совершенно различной их психопатологической и патопсихологической структуры. Мудрствование больных шизофренией В.С. Гуськов [1965], следуя W. Griesinger, в отличие от навязчивого называет патологическим, болезненным, однако и этот тер­мин представляется не совсем удачным, так как М.н. также является симптомом па­тологическим.

**Музыкальная эпилепсия** [Мержеевский И.П., 1884]. Форма рефлекторной эпилепсии, характеризующаяся музыкогенными припадками. Характерна звуковая аура, полиморфный характер припадков. Наблюдается при диффузных органиче­ских поражениях головного мозга с преимущественно височной, чаще двусторонней локализацией [Hoff H., 1956; Weber R., 1956; Piotrowski A., 1959; Горник В.М., 1964]. Современное название — музыкогенная эпилепсия [Gastaut H., 1973].

Син.: музыколепсия, синдром Критчли [Kritchley, 1937].

**Музыкотерапия.** Использование музыки с лечебными целями, чаще всего в сочетании с другими видами психотерапии. Отмечается положительное влияние му­зыки при депрессивных состояниях — улучшается настроение, оказывается тонизи­рующее влияние. Музыка при этом не должна быть чрезмерно веселой, мажорной, так как это по контрасту может ухудшить психическое состояние больного. Музыка способствует улучшению контакта с больным, если она соответствует его эмоцио­нальному состоянию. Так, например, при депрессии показана только минорная, эле­гическая музыка и лишь через несколько сеансов, после установления «музыкально­го контакта», возможен переход к музыке мажорной тональности. Разработаны ме­тодики индивидуальной и групповой активной музыкотерапии и сочетания музыки с аутогенной тренировкой [Брусиловский Л.С., 1979].

**Мукополисахаридозы.** Группа наследственных заболеваний соединительной ткани, характеризующихся сочетанным поражением опорно-двигательного аппарата, внутренних органов, глаз и нервной системы. Основа патогенеза — нарушения об­мена мукополисахаридов, обнаруживаемые по увеличению их экскреции с мочой и отложению в различных органах и тканях. По клинико-морфологическим, биохимиче­ским и генетическим особенностям различают 9 типов М. К М. относятся гаргоилизм (Гурлер болезнь), Санфилиппо синдром, Моркио синдром и др.

**Мутизм** (*лат. mutus —* немой). Нарушение волевой сферы, проявляющееся отсутствием ответной и спонтанной речи при сохранении способности разговаривать и понимать обращенную к больному речь.

М. наблюдается: при кататонической шизофрении в связи с негативизмом (в зависимости от формы негативизма говорят об активном и пассивном М.); при исте­рии (проявляется на фоне утрированной живости мимики, аффективно демонстриру­емой тенденции желания разговора, но невозможности его осуществить, стремле­ния проводить речевой контакт в письменной форме, театрального подчеркивания психогенных моментов; при органических поражениях головного мозга (см. *М. акине­тический*); при психических нарушениях у детей (см. *М. элективный*).

***М. акинетический*** (*греч. а —* не, *kinesis —* движение) [Cairns H., Oldfield R.C., Pennybacker J.P., Whiteridge D., 1941]. Синдром, в котором на первый план выступа­ет торможение всех двигательных функций, включая речь, жестикуляцию, мимику. Отсутствуют спонтанная речь и движения, приказания выполняются в замедленном темпе. При этом отмечается ясное сознание, нет сонливости, больные фиксируют взглядом показываемые им предметы. Продолжительность — от нескольких дней до нескольких месяцев, по выходе возможна амнезия. Синдром лишен нозологической специфичности и наблюдается как при органических поражениях головного мозга (опухоли в области III желудочка, гемангиомы мезенцефальной локализации, тром­боз базилярной артерии, энцефалиты, огнестрельные раны лобных отделов голов­ного мозга), так и при нарколепсии, шизофрении, маниакально-депрессивном психо­зе, истерии.

Син.: акинетические состояния [Grotjahn, 1939], истинная акинезия [Bostroem A., 1936].

***М. хореатический.*** Затруднение речи в связи с нарушениями деятельности речевого аппарата, гиперкинезами мышц гортани. Наблюдается при ревматической хорее.

***М. элективный*** (*лат. electivus —* избирательный) [Krammer M., 1934]. Невро­тический симптом, наблюдающийся в детском возрасте, чаще в возрасте 3 лет или с начала учебы в школе, и проявляющийся в избирательности контакта с окружающи­ми. Чаще всего больной ребенок поддерживает контакт со всеми членами семьи, кроме одного. Речь и интеллект не нарушены. Длительность заболевания от нескольких месяцев до двух лет. Тенденция к самопроизвольному излечению. Эф­фективна психотерапия.

Син.: селективный мутизм [Hasselman, 1973].

**Мура синдром** [Moore M.T., 1944]. Приступы недостаточно локализуемой боли в животе, которым нередко предшествует аура («своеобразные ощущения»), тошнота, рвота, бледность, потливость. Во время приступов — судороги мышц брюшной стенки, после приступа — астения. Периодически — нарушения поведе­ния. На ЭЭГ — явления дизритмии. Наблюдается при опухолевом и посттравматиче­ском поражении лобно-височных отделов головного мозга.

Син.: абдоминальная мигрень.

**Мускаринизм** (*лат. muscarinum —* мускарии). Токсикомания, пристрастие к приему сушенных мухоморов, содержащих мускарин.

**Мучник—Смирнова двойной тест памяти** [Мучник Л.С., Смирнов В.М., 1969]. Экспериментально-психологическая методика, направленная на изучение крат­ковременной памяти — непосредственной и оперативной — по сравнению результа­тов заучивания ряда увеличивающихся знаков и другого ряда, в котором обследуе­мый должен запоминать результаты сложения пар однозначных чисел.

**Мысли внушенные.** См. *Мысли сделанные.*

**Мысли контрастные.** Вид навязчивых мыслей, отличающихся своим несоот­ветствием реальной ситуации, которая исключает их осуществление.

**Мысли навязчивые.** Разновидность навязчивых состояний (обсессий). Воз­никают вопреки желанию больного, воспринимаются им как болезненные, ненужные, вызывающие противодействие. В силу невозможности подавить их отражаются на настроении больного, депримируя его.

**Мысли отнятые.** Переживание отчуждения мыслей больного, исчезающих как бы под воздействием извне из его сознания и заменяемых другими, внушенными. Симптом в структуре Кандинского—Клерамбо синдрома.

**Мысли сделанные.** Чуждые больному мысли, результат внешнего воздей­ствия, часто появляются, как бы замещая мысли отнятые. Симптом в структуре Кан- динского—Клерамбо синдрома.

Син.: галлюцинации психические, Кальбаума абстрактные галлюцинациии, Кальбаума апперцептивные галлюцинации, мысли внушенные.

**Мысли суицидальные.** Мысли о самоубийстве, входящие в структуру сверх­ценного или бредового синдрома. М.с. могут быть и у психически здоровых в связи с представляющейся безвыходной ситуацией.

**Мысли убегающие.** Проявление нарушения целенаправленности мыслитель­ной деятельности, скачки идей. Наблюдается при маниакальных состояниях.

**Мысли хульные.** Мысли, противоречащие морально-этическим свойствам личности, представлениям больного об идеалах, мировоззрению, отношению к близ­ким и т.п. В силу этого крайне тягостно переживаются, депримируют больного.

**Мышление.** Опосредованное — основанное на раскрытии связей, отношений, опосредований — и обобщенное познание объективной реальности [Рубинштейн С.Л., 1940]. М. — это отображение существенных связей и отношений между объек­тами действительности. Мыслительное отображение специфично в силу его обоб­щенности и опосредованности, что позволяет М. выйти за рамки непосредственно данного. М. является высшей формой познавательной деятельности человека, оно включает в себя синтез и анализ, обобщение и отвлечение, способность к абстраги­рованию и выделению конкретных признаков, различение существенного и несуще­ственного. Познавательная деятельность протекает на двух уровнях психического отражения: первый — это те связи и отношения, обобщения, опосредования, кото­рые доступны чувственному познанию; второй связан с проникновением в причинно­следственные зависимости, не лежащие на поверхности, недоступные чувственно­му. Таковы уровни образа и мысли, между которыми есть свои переходные звенья.

Специфические симптомы и синдромы расстройства мышления определяют­ся клинически и патопсихологически; их квалификация играет важную роль в диф­ференциальной диагностике психических нарушении.

***М. абстрактное.*** М., оперирующее сложными отвлеченными понятиями и умозаключениями, позволяющее мысленно вычленить и превратить в самостоятель­ный объект рассмотрения отдельные стороны, свойства или состояния предмета, явления. Такое вычлененное и самостоятельное свойство является абстракцией, лежащей в основе процессов обобщения и образования понятий. Выделение содер­жательных, обладающих относительной самостоятельностью, абстракций соответ­ствует теоретическому М., способному к созданию рационалистических схем, тогда как формальные абстракции вычленяют свойства предмета, не существующие сами по себе и независимо от него, и соответствуют эмпирическому уровню М.

***М. амбивалентное*** (*лат. ambi —* с обеих сторон, *valens —* сильный). Харак­теризуется одновременным сосуществованием взаимоисключающих, противополож­ных тенденций, противоречащих друг другу мыслей. В основе его лежит выделенная E. Bleuler [1911] амбивалентность (см.).

***М. архаическое*** оперирует устаревшими понятиями и представлениями, свой­ственными человеку на давних этапах развития и нередко связанными с древними мифами. Широко включает в себя суждения, основанные на предрассудках и заблу­ждениях. Примером М.а. являются архаические формы бреда (см.).

***М. атактическое*** (*греч. ataxia —* беспорядок, отсутствие координации) [Останков П.А., 1927]. Определение характерных для шизофрении расстройств мышления. Характеризуется паралогическими построениями. Речь больных лишена смыслового значения и недоступна пониманию окружающих, при внешне правиль-

ном ее грамматическом построении. Больные часто употребляют неологизмы, коли­чество которых может быть столь значительно, что их речь носит характер неоглос- сии. Большинством исследователей атактическое мышление понимается как ши­зофреническая разорванность мышления, однако Ф.И. Случевский [1976] считает эти понятия неравнозначными и, наряду с атактическим мышлением, выделяет в разорванности синдром шизофазии.

***М. аутистическое*** (*греч. autos —* сам). Патологическое мышление, проте­кающее по законам аутистической логики (см. *Аутизм*)*,* когда суждения обусловле­ны преимущественно миром внутренних переживаний больного, его эмоциями и установками и недостаточно соотносятся с реальностью, оторваны от действитель­ности.

Син.: М. дереистическое (*лат. de —* устранение, отрицание чего-либо, *res —* вещь).

***М. бессвязное*** характеризуется потерей способности образования ассоциа­ций, фрагментарностью. Отдельные образы, восприятия, понятия не связываются между собой. Невозможно образование даже наиболее простых, механических ассо­циаций по сходству и смежности во времени и пространстве. Грубо нарушена целе­направленность мышления. Происходит утрата мыслительной задачи, М. не отража­ет реальную окружающую действительность. Высокая истощаемость психических процессов. Речь состоит из хаотического набора слов, обрывков предложений. М.б. наблюдается при острых экзогенных психозах.

Син.: астеническая, адинамическая ассоциативная атаксия [Осипов В.П., 1923], астеническая спутанность [Случевский Ф.И., 1975], М. инкогеррентное.

***М. вязкое.*** Одна из форм инертного М. Харктеризуется обстоятельностью, склонностью к детализации, неумением отделить основное от второстепенного, ту- гоподвижностью, невозможностью выйти из определенного круга представлений и переключиться на что-то другое. М.в. отличается ригидностью, недостаточной ла­бильностью. Сочетается с общей прогрессирующей олигофазией. Наиболее типично для эпилептического слабоумия.

***М. голотимическое.*** См. *М. голотимное.*

***М. голотимное.*** (*греч. golos* — весь, целиком, *thymos —* чувство, настрое­ние). М., обусловленное доминирующим аффективным фоном, например, манией или депрессией.

Син.: Блейлера голотимное (голотимическое) мышление.

***М. дереистическое.*** См. *М. артистическое.*

***М. двойное.*** Разновидность разорванности М. Больной как бы отстранение воспринимает собственные мысли, отчуждаясь от них. Проявление психического ав­томатизма.

***М. замедленное.*** Характеризуется замедлением темпа течения мыслитель­ных процессов, уменьшением количества идей, представлений, малой подвижно­стью. Происходит как бы застревание на одной мысли (моноидеизм). Страдает направленность М. — больному трудно довести рассуждения до конца. Часто соче­тается с другими проявлениями брадипсихизма, проявляющимися в особенностях речи, моторики, аффективных реакций. Наблюдается при депрессивных состояниях, но и вне связи с аффективными гипотимическими явлениями может быть при пост- энцефалитическом паркинсонизме (при поражении подкорковых образований лоб­ных отделов и ствола Мозга) и при шизофрении, сочетаясь с мутизмом и эмоцио­нально-волевыми изменениями, бедностью побуждений.

Син.: М. заторможенное.

***М. заторможенное.*** См. *М. замедленное.*

***М. инертное.*** Группа синдромов расстройств мышления, основной признак которых — недостаточная подвижность психических процессов. К М.и. относятся М. вязкое, М. персевераторное и М. со стереотипиями.

***М. инкогеррентное.*** См. *М. бессвязное.*

***М. кататимическое.*** См. *М. кататимное.*

***М. кататимное*** (*греч. katathymeo —* падать духом, унывать). М., обусловлен­ное наличием аффективно заряженных комплексов представлений (см. *Кататимия, Бред кататимический*)*.* Наблюдается при параноических развитиях.

Син.: Майера кататимное (кататимическое) мышление.

***М. конкретное.*** М., оперирующее конкретными понятиями. Патологическим является в тех случаях, когда вся мыслительная деятельность определяется, огра­ничивается образованием конкретных понятий, суждений, не являющихся этапом на пути к М. абстрактному. В этих случаях говорят о недостаточности уровня протека­ния мыслительной деятельности, слабоумии.

***М. магическое.*** Разновидность М. архаического. Характерны фантазии, суе­верные представления о каких-то сверхестественных магических силах.

***М. насильственное*** характеризуется непроизвольным возникновением в со­знании больного чуждых ему по содержанию мыслей. Наблюдается при синдроме Кандинского—Клерамбо.

***М. образное*** оперирует наглядными чувственными представлениями.

***М. обстоятельное.*** См. *М. вязкое.*

***М. паралогическое*** (*греч. paralogos —* противный разуму, неразумный). М., дефектное в своих предпосылках, доказательствах, иногда в причинных соотноше­ниях. Характерна «кривая логика» при хороших интеллектуально-мнестических дан­ных. Патологическая склонность к паралогизмам. Паралогизм — неправильное, лож­ное рассуждение, логическая ошибка в умозаключении, происшедшая непреднаме­ренно и являющаяся следствием нарушений законов и правил логики [Кондаков Н.И., 1975]. М.п. у психически больных объясняется в соответствии с законом парти- ципации идентификацией двух объектов мышления при частичном совпадении их признаков [Domarus E., 1923, 1924, 1927; Заимов К., 1973, 1981, 1988]. Наблюдается при шизофрении, параноических развитиях.

***М. персевераторное.*** Разновидность М. инертного. Характеризуется склонностью к застреванию в сознании больного каких-либо мыслей, представлений, образов, слов или фраз, вне зависимости от изменения ситуации и нарушения цели деятельности. При этом ослаблена цель мыслительной деятельности. Наблюдается в рамках грубой органической патологии головного мозга (при выраженном цере­бральном атеросклерозе, старческом слабоумии, болезни Альцгеймера, болезни Пика).

***М. примитивное.*** М., оперирующее примитивными, конкретными суждениями при недоступности обобщения, абстрагирования, бедное логическими операциями. Наблюдается при олигофрении.

***М. разорванное.*** Рассматривается как наиболее выраженное расстройство мышления при шизофрении. Проявляется неправильным, необычно-парадоксаль­ным сочетанием представлений. Отдельные понятия вне всякой логической связи нанизываются друг на друга, мысли текут вразброд. Сопровождается разорванно­стью речи — семантической диссоциацией при известной синтаксической сохранно­сти. При резкой степени выраженности разорванности страдает и грамматический строй речи («словесный салат», «словесная окрошка»). По Б.В. Зейгарник [1962], разорванность является крайней степенью разноплановости — суждения больного о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях, как бы в разных руслах. Ха­рактерен симптом монолога — речевая неистощимость при отсутствии потребности в собеседнике.

***М. резонёрское*** (*фр. raisonner —* рассуждать). Характеризуется склонностью к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных формальных аналогиях рас­суждениям. Проявляется в неадекватном реальной ситуации мудрствовании, много­словности и банальности суждений. Цель мыслительной деятельности отодвигается на задний план, а на передний выдвигается тенденция к рассуждательству.

При шизофрении резонерство обусловлено присущими заболеванию особен­ностями личностно-мотивационной сферы. Наблюдается оно также при эпилепсии, олигофрении и ряде органических заболеваний головного мозга, где чаще всего но­сит характер компенсаторного и протекает на фоне интеллектуальной недостаточно­сти.

***М. символическое.*** М., оперирующее сложными символами образов и поня­тий, личностно значимых для больного, но нередко недоступными для окружающих. Отличается неповторимым своеобразием и отражает аутистическую позицию боль­ного. В понимании М.с. придается значение характерному для больных шизофрени­ей сосуществованию прямого и переносного смысла понятий в мыслительных про­цессах [Попов Е.А., 1949].

***М. скачкообразное.*** М., характеризующееся значительно выраженной неу­стойчивостью внимания, нестабильностью установок и постоянным изменением цели мыслительных процессов. Наблюдается как при функциональной психической патологии (маниакальная фаза МДП со скачкой идей), так и при некоторых органиче­ских поражениях головного мозга (хорея Гентингтона).

***М. со стереотипиями.*** М., протекающее со склонностью к повторению одних и тех же актов психической деятельности. Мыслительная деятельность больного утрачивает всякий смысл, не связана с решением какой-либо задачи. Стереотипии не связаны с предшествовавшей психической деятельностью, чужды прежним мыс­лительным заданиям; они существуют длительно и не изменяются под влиянием специально создаваемого врачом в беседе с больным переключения модуса его де­ятельности.

Наблюдается при органических поражениях головного мозга (например, стоя­чие обороты и симптом грамофонной пластинки при болезни Пика) и при шизофре­нии, главным образом, кататонической (вербигерация).

***М. ускоренное.*** Характеризуется нарушениями динамики мыслительных про­цессов, лабильностью суждений. Отмечается быстрое, ускоренное течение ассоциа­ций, поверхностность суждений, обычно малая умственная продуктивность. Типичны явления недостаточности внимания; при их значительной выраженности наблюдает­ся М. скачкообразное. Крайне резкое ускорение мышления — вихревая маниакаль­ная спутанность. В силу ускоренности течения ассоциаций происходит легкая утрата объекта рассуждения.

Наблюдается при маниакальной стадии МДП, а также при маниоформных со­стояниях шизофренического и экзогенно-органического происхождения.

***М. фабулирующее*** (*лат. fabula —* повествование, история). Характеризуется отсутствием адекватной действительности фабулы, присущим нормальному мышле­нию последовательным развитием событий, рассказами о вымышленных событиях, выдумками. Правильнее говорить о конфабулирующем М. Наблюдается при органи­ческих поражениях головного мозга, протекающих как с заместительными, так и с непродуктивными конфабуляциями (пресбиофрения, болезнь Альцгеймера), при истерии (в структуре истерических фантазмов), при бредоподобных фантазиях, яв­ляющихся одной из форм психогенных реакций, при парафренных синдромах ши­зофренического и инволюционного генеза.

***М. фантазирующее*** [Varendonck L., 1922]. Состояние «грез наяву», возни­кающее в периоды мечтательной рассеянности. Направленность мышления опреде­ляется аффективноокрашенными воспоминаниями и желаниями. Характерна скач­кообразность мышления. Протекает в форме допущений и возражений, вопросов и ответов. Наблюдаются включения, близкие к галлюцинаторным, типа иллюзий и гал­люцинаций воображения. Такого рода состояния непроизвольного мышления проте­кают при постоянно меняющемся уровне сознания.

***М. шизофреническое.*** Обобщающее понятие, включающее в себя все прису­щие шизофрении виды расстройств мышления (аутистическое, амбивалентное, ре­зонерское, паралогическое и т.д.).

***М. Януса*** (Янус в мифологии древних римлян бог времени, начала и конца, входов и выходов, изображался с двумя лицами, обращенными в противоположные стороны). Сосуществование одновременно противоположных и противоречащих друг другу мыслей, понятий, образов. Понятие неоднородное, может быть отнесено к шизофрении (амбивалентность мышления), неврозам (см. *Невротическая анти­теза*)*.* По A. Rothenberg [1971], характерно для творческого мышления.

**М-эхо.** Основной показатель эхоэнцефалоскопии, ультразвуковой сигнал, от­раженный от медиальных структур мозга. При объемных процессах в головном мозге величина М-эха будет больше в пораженном полушарии, при атрофических — меньше (при условии асимметричности поражения).

**Мюнхгаузена синдром.** Описан английским хирургом M. Asher [1951]. Харак­теризуется чрезмерно драматическими и неправдоподобными жалобами на мнимые соматические заболевания органов брюшной полости, геморрагии, обмороки, при­падки, параличи, кожные заболевания. Характерна внутренняя убежденность в правоте своих вымыслов, стремление привлечь к себе внимание. Вариант почти на­сильственной тяги к псевдологии и фантазированию [Семке В.Я., 1988]. Характерно отсутствие какой-либо практической пользы для больного демонстрируемого им за­болевания. Нередко при этом наблюдается тенденция к самоповреждениям для инсценировки болезненного состояния. Многим больным такого рода многократно производятся полостные операции. Отмечаются личностные особенности таких больных — стремление путешествовать, склонность к употреблению наркотических средств и медикаментов. Частое пребывание в психиатрических больницах и тюрь­мах. По мнению большинства исследователей, этот синдром характерен для исте­роидных психопатов. Психопатологически может расцениваться как проявление но- зофилии. Назван по имени героя книги Ф. Распе «Приключения барона Мюнхгаузе­на, знаменитого вруна и фантазера».

Ср.: Манилова синдром, Хлестакова синдром.

**Мюррея—Морган тематический апперцептивный тест** [Murrey H.A., Morgan C.D., 1935]. Проективный метод для исследования, особенностей личности. Обсле­дуемому показывают черно-белые рисунки с незавершенным сюжетом и эмоцио­нальным подтекстом, позволяющие дать неоднозначное истолкование изображен­ных на них ситуаций. Анализируя составленные больным рассказы, обращают вни­мание на недостаточное выделение им эмоционального подтекста, перенесение в сюжет рассказа собственных переживаний, на позицию обследуемого и т.д. Теорети­ческая основа теста (персонология Мюррея) является эклектической, однако сам ме­тод дает клиническому психологу материал, представляющий интерес при его аде­кватной квалификации.

**Мясищева теория психологии отношений** [Мясищев В.Н., 1949, 1953, 1960]. Одна из наиболее плодотворных теорий психологии личности. Рассматривает отно­шения как характерный структурный компонент личности, в котором реализуется многообразие отношений человека и действительности. Отношения формируются в процессе деятельности человека. Они различаются по своей эмоциональной значи­мости и социальной ценности. В отличие от представлений экзистенциалистов и психоаналитиков об интерперсональных отношениях, отношения по В.Н. Мясищеву носят сознательный, приобретенный в результате опыта характер. Уровень отноше­ний в известной мере характеризует развитие личности, наряду с уровнем интеллек­та и способностей.

М.т.п.о. лежит в основе научной и практической разработки ряда актуальных проблем советской психотерапии и реабилитации психически больных [Зачепицкий Р.А., Кабанов М.М., Либих С.С.].

См. также *Личности структура по Мясищеву.*

**Мясищева—Яковлевой—Зачепицкого патогенетическая психотерапия** [Мясищев В.Н., Яковлева Е.К., Зачепицкий Р.А., 1965]. Психотерапевтический метод, направленный на выявление патогенеза болезни. Выясняются обстоятельства жиз­ни больного и характер психотравмирующих факторов, с больным обсуждаются пси­хотравмирующие обстоятельства, которые привели к возникновению заболевания. Особое внимание уделяется характерологическим особенностям больного, сыграв­шим важную роль в его повышенной чувствительности к патогенным воздействиям. Психотерапия ориентируется на необходимость изменения сложившейся у больного неправильной системы отношений личности. Близка к каузальной психотерапии [Свядощ A.M., 1971].

\_Н\_

**Наблюдательная палата.** Специальная палата в отделении психиатрической больницы для содержания больных, нуждающихся в надзоре из-за суицидных и го- мицидных тенденций, требующих особого ухода, например, в связи с отказом от еды или по своему соматическому состоянию. В Н.п., как правило, имеется круглосуточ­ный санитарский пост.

**Навык.** Автоматизированное действие, сформированное путем многократного повторения, воспроизводимое без поэлементной сознательной регуляции и контро­ля. Н. проявляется в восприятии, интеллектуальной деятельности и в двигательной сфере. Утрата Н. — признак серьезного заболевания головного мозга, чаще всего органического генеза; так, при болезни Альцгеймера она предшествует проявлению апрактичсских расстройств. Возможность формирования Н. в процессе обучения яв­ляется важнейшим критерием степени выраженности олигофрении.

**Навязчивость.** См. *Навязчивые состояния.*

**Навязчивые действия.** Труднопреодолимое стремление совершать опреде­ленные действия или движения. Отличаются большим разнообразием (стремлением часто мыть руки, читать все подряд вывески на улице на своем пути, произносить бранные слова). Нередко они сочетаются с навязчивыми мыслями и страхами (об­сессивно-компульсивный синдром). На почве навязчивых страхов в ряде случаев возникают своеобразные навязчивые обрядности, назначение которых — предот­вратить грозящее несчастье, уничтожить страх (навязчивый ритуал). Понимая неле­пость ритуальных действий, больной с их помощью стремится добиться разрядки присущего фобиям мучительного аффекта. Ритуалы могут отрываться от реальной картины страхов и носить символический характер. Есть основания рассматривать их как своеобразный механизм психологической защиты [Блейхер В.М., Завилянская Л.И., Завилянский И.Я., 1978]. Навязчивые ритуалы могут быть достаточно сложны­ми: так, при навязчивом стремлении к педантичности больной превращает свою жизнь в расписанную от утреннего вставания и завершая вечерним туалетом («риту­ал спальни»). Такие ритуалы утрачивают свое защитное значение и становятся самостоятельными навязчивыми состояниями, еще более тягостными для больных, чем породившие их фобии.

**Навязчивые представления.** Непреодолимо возникающие и очень яркие представления, воспоминания, настолько овладевающие сознанием больного, что принимаются им вопреки сознанию за реальные. Несмотря на понимание болезнен­ного происхождения Н.п. больные нередко прибегают к разного рода проверкам.

Так, больной во власти Н.п. о том, что покидая работу, он не выключил электрокипя­тильник и возник пожар, будучи в отпуске, ищет указаний об этом событии в газетах, и, наконец, прерывая лечение в санатории, возвращается в свой город, прямо с вок­зала, устремляясь на работу. Отличаются большим постоянством, часто в них нахо­дят отражение психотравмирующие факторы.

**Навязчивые припоминания.** Разновидность навязчивых состояний, прояв­ляющаяся непреодолимым влечением вспоминать, часто без надобности, чьи-то имена, даты, названия городов и т.д. Нередко это воспоминания о каком-либо не­приятном для больного или порочащем его событии из прошлого; в этих случаях Н.п. окрашены в отрицательный аффективный тон, крайне тягостны.

**Навязчивые сомнения.** См. *Сомнения патологические.*

**Навязчивые состояния.** Психопатологические явления, характеризующиеся тем, что определенные содержания многократно возникают в сознании больного, со­провождаясь тягостным чувством принудительности [Зиновьев П.М., 1931]. Для Н.с. характерно непроизвольное, даже вопреки воле, возникновение навязчивостей при ясном сознании. Хотя навязчивости чужды, посторонни по отношению к психике больного, но освободиться от них больной не в состоянии. Они тесно связаны с эмо­циональной сферой, сопровождаются депрессивными эмоциями, чувством тревоги. Будучи симптомообразованиями, по С.Л. Суханову [1912], «паразитическими», они не влияют па течение интеллектуальной деятельности в целом, остаются чуждыми мышлению, не приводят к снижению его уровня, хотя ухудшают работоспособность и продуктивность умственной деятельности больного. На всем протяжении болезни к навязчивостям сохраняется критическое отношение.

Н.с. условно делятся на навязчивости в интеллектуально-аффективной (фо­бии) и двигательной (компульсии) сферах, но чаще всего в структуре навязчивостей соединяются несколько их видов. Выделение навязчивостей отвлеченных, аффек­тивно индифферентных, безразличных по своему содержанию, например, аритмо- мании, редко бывает оправданным; анализ психогенеза невроза нередко позволяет увидеть в основе навязчивого счета выраженную аффективную подоплеку. Наряду с навязчивостями элементарными, связь которых с психогенной очевидна, существу­ют криптогенные, когда причина возникновения болезненных переживаний скрыта [Свядощ A.M., 1959].

Н.с. наблюдаются, главным образом, при непрозе навязчивых состояний и психастении. Для последней характерны навязчивые патологические опасения. Кро­ме того, Н.с. встречаются в рамках неврозоподобных состояний при вялотекущей шизофрении, эндогенных депрессиях (См. *Ананкастическая депрессия*), эпилепсии, последствиях черепно-мозговой травмы, соматических заболеваниях, главным об­разом, ипохондрически-фобический или нозофобический синдром.

**Навязчивые страхи.** Разновидность навязчивых состояний, проявляющаяся интенсивными и непреодолимыми страхами. В структуре навязчивости преобладает аффект тревоги. Н.с. всегда сопровождаются выраженной вегетодистонической симптоматикой (бледность лица, дрожание тела и конечностей, потливость, тахикар­дия).

Содержанием Н.с. может быть любое явление повседневной жизни, даже та­кое, о котором больной знает понаслышке. Чаще всего наблюдается при неврозе на­вязчивых состояний и неврозоподобных состояниях, например, при шизофрении. Возникновению Н.с. и их фиксации способствуют тревожно-мнительные черты ха­рактера. Выделяют Н.с. элементарные, ограниченные отдельным конкретным собы­тием или явлением, и сложные, примером которых может служить всеохватываю­щая панфобия.

Н.с. исключительно разнообразны. По G. Langfeldt [1951], они делятся на 4 группы: 1. Н.с. особых ситуаций и общения (акрофобия, агорафобия, антропофобия и др.); 2. Н.с. опасности окружающего мира (айхмофобия, нозофобия, зоофобия); 3. Н.с. дисфункции того или иного внутреннего органа или системы (эритрофобия, де- фекациофобия); 4. Н.с. совершения насилия но отношению к самому себе или кому- нибудь другому (суицидофобия, гомицидофобия).

Син.: фобии (*греч. phobos —* страх).

**Наплыв мыслей.** См. *Ментизм.*

**Направленность личности.** Один из важных компонентов структуры лично­сти (См. *Личности структура по Рубинштейну*). Представлена установками, ин­тересами, потребностями, создающими мотивационную обусловленность деятель­ности человека, его поведения в соответствии с конкретными жизненными целями.

**Напряженность.** Состояние тревожного ожидания, возникающее при остром психическом расстройстве, обычно при наличии бреда, галлюцинаций, нарушенного сознания. Характеризуется малой доступностью больных, их готовностью к агрес­сивно-разрушительным действиям. В зависимости от причинных факторов различа­ют Н. аффективную (эмоциональную) и бредовую.

**Наркоанализ** (*греч. narkosis —* оцепенение, *analysis —* разложение, расщеп­ление). Метод исследования психически больных, чаще всего находящихся в состоя­нии кататонического и реактивного ступора, с помощью вызывания кратковременно­го (рауш) наркотического состояния.

**Наркогипноз** (*нарко + гипноз*)*.* См. *Телешевской методика наркогипноза.*

**Наркокатарзис** (*нарко + греч. katharsis —* очищение, освобождение). Методи­ка психотерапии, при которой катартическос внушение (См. *Катарзис*) проводится в состоянии наркотического сна. Больному напоминают о психогенно-травматических событиях и дают возможность проявиться эмоциональной реакции, либо же прямо внушают, что он получит возможность перенестись в обстановку, вызвавшую бо­лезнь.

**Нарколепсия** (*нарко + греч. lepsis —* приступ) [Gelineau J.B.E., 1880]. Симпто- мокомплекс, характеризующийся приступами сонливости и каталептическими при­падками. Нарколептические припадки возникают при любых обстоятельствах. Не­редко падения мышечного тонуса возникают рефлекторно — в связи со смехом, ис­пугом, резким звуковым раздражителем. Характерны нарушения естественного че­редования сна и бодрствования. Иногда — гипнагогические и гипнопомпические гал­люцинации. Сопутствуют эндокринные расстройства.

Может быть самостоятельным заболеванием (эссенциальная нарколепсия), а может наблюдаться при органических заболеваниях головного мозга различной этиологии (менингоэнцефалиты, опухоли или сифилис головного мозга и т.п.) с лока­лизацией поражения в диэнцефальной области.

Син.: гипнолепсия, нарколептическая болезнь, генуинная нарколепсия, бо­лезнь Желино.

**Наркологическая служба.** Сеть специализированных учреждений, оказываю­щих лечебно-профилактическую, медико-социальную и медико-юридическую по­мощь больным алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. Включает нарколо­гические кабинеты при поликлиниках общемедицинской сети, психоневрологических диспансерах, медико-санитарных частях промышленных предприятий, наркологиче­ские диспансеры и отделения при психиатрических больницах, наркологические больницы, дневные стационары.

**Наркология** (*греч. narke —* оцепенение, помрачение сознания, *logos —* наука, учение). Медицинская наука, выделившаяся из психиатрии, изучающая этиопатоге- нез, клинику, лечение и профилактику алкоголизма, наркоманий и токсикоманий.

**Наркомания** (*нарко + греч. mania —* страсть, влечение, безумие). Общее на­звание ряда заболеваний, характеризующихся непреодолимым влечением к упо­треблению в возрастающих дозах наркотиков в связи с возникающей по отношению к ним психической и физической зависимостью. При прекращении приема наркоти­ков возникают явления абстиненции, что является объективным признаком Н. Тече­ние более катастрофическое, чем при алкоголизме. Значительно быстрее появляют­ся и прогрессируют явления личностной деградации и упадка деятельности внутрен­них органов. Виды Н. различаются в соответствии с основным принимаемым боль­ным наркотиком. Часто наблюдается полинаркомания.

Син.: наркотизм.

**Наркосинтез** (*нарко + греч. synthesis —* соединение). Катартическая психо­терапия, проводимая в состоянии гипнотического или наркотического сна.

**Наркотики** (*греч. narkotikos* — приводящий к оцепенению, усыплению). Об­щее название наркотических средств, лекарственных и нелекарственных, способных вызвать наркоманию. Выделение Н. определяется критериями: 1. медицинским (спе­цифическое стимулирующее, седативное, галлюциногенное и т.д. действие на ЦНС, приводящее к его немедицинскому применению); 2. социальным (это немедицинское применение приобретает социальное значение); 3. юридическим (средство специ­альной инстанцией признано наркотическим и включено в список наркотических средств).

**Наркотическое вещество.** Вещество, обладающее наркотическим действи­ем, но не являющееся лекарственным препаратом, в том числе и сырьем для изго­товления лекарственных средств. Перечень Н.в. официально регламентирован осо­быми списками.

**Наркоэлектрошок.** Вариант ЭСТ, при котором судорожный припадок вызыва­ется после предварительного введения наркотического вещества (гексенал, пенто- тал). Судорожный припадок протекает мягче, меньшей становится опасность ослож­нений (переломов, вывихов, растяжений связок). После сеанса — глубокий сон с по­следующей полной амнезией. В настоящее время не используется, так как барбиту­раты повышают судорожный порог, что может привести к остановке дыхания.

**Нарциссизм** (в греч. мифологии *Нарцисс,* увидя свое отражение в воде, влю­бился в самого себя): 1. Разновидность сексуальной перверсии, при которой человек относится к собственному телу как объекту эротического интереса. Половое удовле­творение достигается созерцанием собственного обнаженного тела, особенно поло­вых органов, иногда в сопровождении мастурбации. Син: аутомоносексуализм, ауто­филия, аутоэротизм. 2. В психоанализе — часть либидо, сосредоточенная на «Я» (нарцистическое либидо). Выделяется нарцистическая фаза нормальной детской сексуальности, первичный Н., который с возрастом сосредоточивается на «Я» и слу­жит основой самолюбия. Н. фаза в развитии либидо следует за фаллической и про­должается до начала полового созревания.

**«Насильственная» нормализация электроэнцефалограммы.** См. *Форсиро­ванная нормализация электроэнцефалограммы.*

**Насильственные движения.** Непроизвольно возникающие вне связи с ситуа­цией излишние движения — гиперкинезы. Наблюдаются при органических заболева­ниях головного мозга, поражающих стриарную систему (хвостатое ядро, путамен), в том числе и при нейролептическом синдроме. Наиболее типичные проявления — хо- реатический гиперкинез, атетоз, торзионный спазм.

**Насильственные явления.** Психические расстройства в виде непроизвольно возникающих непреодолимых мыслей, движений, поступков (См. *Насильственный плач, Насильственный смех, Насильственные движения, Синдром насильствен­ных мыслей и действий*)*.* Наблюдаются при органических поражениях головного мозга.

**Насильственный плач.** Непроизвольный плач, возникающий вне связи с си­туацией и эмоциональным состоянием больного. Наблюдается при органических по­ражениях головного мозга в структуре псевдобульбарного паралича вследствие рас­торможения зрительных бугров. В связи с двусторонней патологией пирамидных (корково-ядерных) путей наблюдаются также явления дизартрии, нарушения глота­ния, центральные парезы, патологические рефлексы.

**Насильственный смех.** Непроизвольный смех, возникающий вне связи с си­туацией и эмоциональным состоянием больного. Топика поражения и сопутствую­щая симптоматика — см. *Насильственный плач.*

**Наследственность.** Способность живого организма передавать потомству признаки и особенности своего развития. Обеспечивает преемственность ряда поко­лений по их морфологической, физиологической и биохимической организации. Иг­рает важную роль в этиологии эндогенных психозов, хотя при этом не исключается роль и средовых факторов, влияния социальной микросреды [Вартанян М.Е., 1983]. При этом ведущую роль играют наследственные детерминанты, однако немалое значение представляет выявление и идентификация систематических средовых факторов общесемейного характера, оцениваемых в их взаимодействии с геноти­пом. Средовые факторы способствуют выявлению психоза [Юдин Т.И., 1936]. Это иг­рает важную роль в генетическом консультировании, так как знание средовых фак­торов способствует выделению групп повышенного риска и помогает проводить ра­боту по нивелированию значимых средовых факторов, тем самым предотвращая манифестацию психического заболевания.

**Настроение.** Суммарная характеристика эмоционального состояния человека в определенный период. В некоторых случаях термин употребляется для характери­стики доминирующего для данной личности типа аффективности. Н. может быть ровным (эйтимическим), повышенным (гипертимическим), пониженным (гипотимиче- ским), тревожным и т.д. Общим фоном настроения во многом определяется протека­ние ряда психических процессов, в том числе и мышления (см. *Голотимия, Мышле­ние голотимное*).

**Настроение бредовое.** Измененное эмоциональное состояние с чувством тревоги, растерянности, неопределенным беспредметным страхом, предчувствием возможной опасности. Предшествует кристаллизации бреда (см.). Понятие адекват­но треме, по K. Conrad [1958], характеризующейся предчувствием неотвратимо на­двигающейся угрозы, страхом и чувством измененности самого больного и окружаю­щей его действительности (См. *Бреда шизофренического образование по Конраду*).

**Настроение шизофреническое основное.** Характеризует эмоциональное со­стояние в процессе манифестации шизофренического процесса. Проявляется чув­ством неудовольствия, нарастающими аутистическими изменениями, отгороженно­стью, обособлением от окружающего мира, явлениями деперсонализации и, неред­ко, дереализации, утратой естественных аффективных реакций на происходящие вокруг больного события.

**Неадекватность** (*лат. adaequatus —* приравненный). Несоответствие отдель­ных психических проявлений внешним обстоятельствам, ситуации, например, эмо­циональная неадекватность при шизофрении, См. также *Аффекта неопределенный тип* (иногда эта Н. достигает такой степени, что определяется как парадоксальная эмоциональность).

Син.: инадекватность.

**Невина синдром** [Nevin S., 1960]. Органическая патология головного мозга неясного генеза, развивающаяся в возрасте 50-70 лет. Характеризуется прогресси­рующими расстройствами зрения, вплоть до полной слепоты, расстройствами речи, деменцией. Отмечаются мозжечковые симптомы, припадки типа миоклонус-эпи- лепсии.

Гистологически — атрофия мозговых клеток с образованием губчатоподобных структур в глие.

**Невменяемость.** Неспособность лица отдавать себе отчет в своих действиях или управлять ими вследствие психического заболевания или временного расстрой­ства психической деятельности (юридические и медицинские критерии вменяемо­сти). Устанавливается решением специальной судебно-психиатрической комиссии по назначению судебно-следственных органов. Лицо, признанное невменяемым, освобождается от уголовной ответственности по решению суда и направляется в за­висимости от квалификации психической патологии на принудительное лечение или лечение на общих основаниях в психиатрическую больницу.

**Неврастения.** См. *Невроз астенический.*

***Н. авитаминозная.*** Астеническое состояние, возникающее при авитамино­зах. Правильно: астения авитаминозная.

***Н. интоксикационная.*** Астения интоксикационная.

***Н. органическая.*** Астеническое неврозоподобное состояние при органиче­ских поражениях головного мозга. Отнесение к неврастении неправомерно. Пра­вильно: астения органическая, церебрастения.

***Н. паралитическая.*** Астения в начальной стадии прогрессивного паралича. Правильно: астения паралитическая.

Син.: астения сифилитическая.

***Н. сосудистая.*** Астеническое неврозоподобное состояние, наблюдающееся в клинике сосудистых заболеваний (церебрального атеросклероза, гипертонической болезни).

**Неврит зрительного нерва.** Воспаление зрительного нерва — гиперемия и выбухание его соска, расширены артерии, очаги кровоизлияний. Снижение остроты зрения. Офтальмологический симптом ряда экзогенно-органических поражений ЦНС (инфекционного и интоксикационного генеза, вследствие нарушения обмена ве­ществ).

**Неврозоподобные состояния** (*греч. neuron —* нерв, *-osis —* суффикс, обозначающий болезнь). Психопатологические состояния, но своим клиническим проявлениям напоминающие неврозы, однако их симптоматика обусловлена не пси- хогенией, а эндо- или соматогенными факторами. В то же время в генезе Н.с. психо­генная травма также может играть патогенную роль дополнительного фактора, но она не является ведущим этиологическим моментом. Специфика Н.с. определяется отсутствием в основе болезни невротического конфликта (См. *Конфликты невро­тические*) и обнаружением признаков, типичных для основного страдания и нередко маскируемых неврозоподобной симптоматикой, например, характерных для ши­зофрении изменений мышления и аффективно-личностной сферы или симптомов органической церебральной патологии). И при неврозах и при Н.с. возможно сочета­ние психо- и физиоге-ных факторов, однако соотношения между ними в этих двух группах болезней иные. Н.с. рассматриваются как своеобразный синдром дезадап­тации организма, обусловленный эндогенными, соматогенными или экзогенными факторами [Матвеев В.Ф., 1979]. Они наблюдаются при шизофрении, МДП, эпи­лепсии, последствиях черепно-мозговой травмы, в постэнцефалитических состояни­ях, при соматических заболеваниях. Клиническая специфика Н.с. во многом опреде­ляется особенностями основного заболевания, а также преморбидными особенно­стями личности.

Син.: псевдоневрозы.

**Неврозы** (*греч. neuron —* нерв, *-osis —* суффикс, обозначающий болезнь). Термин введен W. Cullen [1776]. Психогенные (как правило, конфликтогенные) нерв­но-психические расстройства, заболевания личности, возникающие в результате на­рушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющиеся в спе­цифических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений [Карва- сарский Б.Д., 1980]. Для них характерны: обратимость патологических нарушений, независимо от их длительности; психогенная природа заболевания, которая опреде­ляется существованием связи между клинической картиной Н., особенностями си­стемы отношений, присущей личности больного, и патогенной конфликтной ситуа­ции (см. *Конфликты невротические*); специфичность клинических проявлений, со­стоящая в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств. Критерии диагностики Н. сформулированы A.M. Вейном [1982]: 1) на­личие психотравмирующей ситуации (психогения должна быть индивидуально зна­чимой и тесно связанной с дебютом и течением заболевания); 2) наличие невроти­ческих особенностей личности и недостаточности психологической защиты; 3) выяв­ление характерного типа невротического конфликта; 4) выявление невротических симптомов, характеризующихся большой динамичностью и взаимосвязанных с уров­нем напряжения психологического конфликта.

При всем многообразии выделения различных форм невротических синдро­мов общепризнанным остается признание трех классических форм Н. в качестве основных — неврастении (астенического Н.), истерического Н. и Н. навязчивых со­стояний. В.В. Ковалев [1976] дополнил статический принцип классификации Н. ха­рактеристикой их динамики, выделив в ней стадии невротической реакции, невроти­ческого состояния и невротического развития.

***Н. анагапический*** (*греч. an —* отрицание, *agape —* вечеря любви во имя Бога, то есть совместная трапеза близких по духу людей) [Levy-Bianchini, 1953]. Не­вротические состояния, развивающиеся у одиноких, покинутых людей и рассматри­ваемые либо как следствие травм детского или юношеского возраста (третирование, грубое обращение — физическое или моральное), либо как результат односто­ронней чрезмерно сильной привязанности к родителям или замещающим их лицам. Не имеет специфической клинической картины, характеризуется обширной гаммой невротических реакций вплоть до антисоциальных тенденций и поступков [Porot A., 1965].

***Н. актуальный.*** Невротические проявления наблюдаются только во время воздействия вызвавших его, то есть не утративших актуальности, факторов. Термин применяется в психоанализе. В генезе Н.а. психоаналитики значительную роль при­дают сексуальным факторам, в том числе сексуальным расстройствам «текущего дня», инфантильным, детским переживаниям. К Н.а. S. Freud относил и неврастению и невроз страха.

***Н. астенический.*** Клиническая картина определяется доминированием асте­нии. Возникает в связи с продолжительно воздействующей психогенией или дли­тельным недосыпанием, умственным либо физическим переутомлением, психотрав­матическим воздействием, опасной для жизни ситуацией. Характерна раздражи­тельная слабость, повышенная возбудимость и легкая истощаемость. Быстрое появ­ление и нестойкость эмоциональных реакций. Агрипния. Часто — гипотимия.

Син.: неврастения (*греч. neuron —* нерв, *а —* отрицание, *sthenos —* сила) [Beard G.M., 1869, 1880, van Deusen E.H., 1869], болезнь Бирда, американская бо­лезнь, американское нервное истощение.

***Н. аффективно-шоковый.*** См. *Н. испуга.*

***Н. военного времени.*** Неврозы, преимущественно истерические, возникаю­щие в военное время, особенно в районе боевых действий. Более сложной оказыва­ется диагностика Н. при наличии нетяжелой травмы головы. См. *Н. травматиче­ские.*

***Н. декомпенсации*** [Foelkel Н., 1963]. Неврозоподобные состояния, выявляю­щиеся в начальных стадиях органических заболеваний головного мозга. Так, напри­мер, неврозоподобное состояние может быть первым симптомом опухоли головного мозга.

***Н. депрессивный.*** Характеризуется психогенно обусловленным выраженным снижением настроения в сочетании с астеническими симптомами. В советской пси­хиатрии большинство исследователей относят Н.д. к неврастении, однако зарубеж­ные авторы [Storing G., 1938; Weitbrecht H.J., 1952; Muller-Hegemann D., 1967 и др.] рассматривают его как самостоятельную форму, вошел он и в Международную ста­тистическую классификацию 9-го пересмотра. Часть случаев, квалифицируемых как Н.д., при дальнейшем наблюдении оказываются стертыми, атипичными формами эндогенной депрессии (См. *Депрессия невротическая, Депрессия латентная*)*.* Важную роль играет длительная психотравмирующая ситуация. Дифференциальную диагностику Н.д. от легких форм эндогенной депрессии облегчает различная реак­ция на транквилизаторы и антидепрессанты; первые эффективны при Н.д., вторые — при эндогенной депрессии [Свядощ А.М., 1982].

***Н. детские.*** Н., наблюдающиеся в детском возрасте. Отличаются своеобра­зием. Незавершенность, рудиментарность симптоматики, преобладание сомато-ве- гетативных и двигательных расстройств, отсутствие личностного переживания бо­лезни, глубокой внутренней переработки объясняют преобладание у детей моно- симптомных Н. и относительную редкость общих Н., наблюдающихся лишь начиная с 10-12-летнего возраста [Ковалев В.В., 1979]. К моносимптоматическим Н.д. отно­сятся невротическое заикание, тики, расстройства сна, аппетита (психическая ано­рексия), невротические энурез и энкопрез, патологические привычные действия (со­сание пальца, кусание ногтей, онанизм, трихотилломания, яктация).

***Н. двигательный.*** Проявляется главным образом двигательными расстрой­ствами — заиканием, функциональными судорогами, тремором, психогенными обра­тимыми параличами. Сборное понятие, включающее в себя другие формы Н. (лого- невроз, Н. истерический и т.д.).

Син.: Н. кинетический, мотилитетневроз.

***Н. желания и опасения*** [Leonhard К., 1963]. Различаются по их психогенезу. При первых речь идет о желательности заболевания (истерические неврозы), при вторых — невротическое развитие возникает в связи с опасениями (невроз навязчи­вых состояниях, логоневроз заикания).

***Н. инфантильный.*** Н., симптоматика которого в облегченной форме прояв­лялась уже в детском возрасте, что позволяет психоаналитикам видеть и в их генезе роль либидонозных моментов. Не смешивать с неврозами детского возраста.

***Н. информационный*** [Хананашвили М.М., 1974]. Форма патологии высшей нервной деятельности, возникающей вследствие длительной работы мозга в усло­виях неблагоприятного сочетания таких факторов, как необходимость обработки и усвоения большого объема информации, постоянного дефицита отведенного на эту работу времени и высокого уровня мотивации, то есть высокой значимости инфор­мации. Существенное значение придается влиянию на развитие болезни таких (вто­ричных) факторов, как индивидуальные особенности высшей нервной деятельности, генетическое предрасположение, астенизация организма, интеркуррентные сомати­ческие заболевания. Автором не выделена сколько-нибудь специфическая клиниче­ская картина информационных неврозов, поэтому более правомерно рассматривать концепцию информационных неврозов как одно из звеньев патогенеза неврозов, вы­деленное при рассмотрении проблемы с позиций теории информации и учения о высшей нервной деятельности.

***Н. ипохондрический.*** Характеризуется преобладанием в клинической карти­не тревожных опасений по поводу своего здоровья при отсутствии объективных для этого оснований. Чаще всего возникает у тревожно-мнительных или астеничных лю­дей, у акцентуированных и психопатических личностей. Часты алгические и сенесто- патические симптомы, всевозможные варианты нозофобий, кардиофобии, канцеро­фобии. Ипохондрии с выраженными навязчивыми страхами А.М. Свядощ [1982] от­носит к Н. навязчивых состояний, а те, в основе которых лежит «бегство в болезнь», механизм условной приятности или желательности болезненного симптома, — к истерическим Н.

***Н. испуга.*** Вызывается сверхсильными раздражителями, угрожающей жизни ситуацией, может возникнуть при виде неожиданной гибели близкого человека. Роль играет не физическая мощность раздражителя, а психологически-личностная значи­мость психической травмы. Чаще наблюдается у лиц со слабым типом нервной си­стемы и с недостаточной подвижностью психических процессов. Психогения, как правило, является чрезвычайно сильной, внезапной, кратковременной, одномомент­но действующей. Форма Н. страха.

Син.: Н. аффективно-шоковый.

***Н. истерический.*** Невротическое состояние, вызванное действием психиче­ской травмы, в патогенезе которого играет роль механизм «бегства в болезнь», «условной приятности или желательности болезненного симптома» [Свядощ A.M., 1982]. В основе истерии, по И.П. Павлову [1932], лежит слабость нервной системы, главным образом коры головного мозга, преобладание подкорковой деятельности над корковой и первой сигнальной системы над второй. Характерны большое разно­образие клинических проявлений, роль в их возникновении внушения и самовнуше­ния, повышенная эмотивность. Психогенная травма, вызывающая Н.и., характеризу­ется меньшей интенсивностью, чем, например, при шоковых психических реакциях, но большей продолжительностью воздействия.

***Н. кардиофобический.*** (*греч. kardia —* сердце, *phobos —* страх). Н., характе­ризующийся преобладанием в клинической картине навязчивых страхов, связанных с опасениями тяжелого заболевания сердца, смерти от его внезапной остановки и т.д. См. *Кардиофобия, Н. ипохондрический, Н. навязчивых состояний.*

***Н. компульсивный.*** См. *Н. навязчивых состояний, Компульсии.*

***Н. моносимптоматические*** [Сухарева Г.Е., 1959]. Формы неврозов, наблю­дающиеся преимущественно у детей, особенно в переходные возрастные периоды. В клинической картине доминирует один синдром, остальная симтоматика выражена нерезко. Различаются моносимптоматические неврозы с вегетативно-соматически­ми расстройствами — неврозы органов (психогенная анорексия, привычная рвота); моносимптоматические неврозы с речевыми расстройствами — логоневрозы; моно- симптоматические неврозы с преимущественно двигательными расстройствами — тики; психогенные реакции протеста; изменение характера ребенка под влиянием неблагоприятных условий воспитания; патологические реакции в переходные воз­растные периоды.

***Н. навязчивых состояний.*** Характеризуется преобладанием в клинической картине навязчивых состояний — воспоминаний, воспроизводящих психогенно-трав­матическую ситуацию, мыслей, страхов, действий. В генезе играют роль: психиче­ская травма; условно-рефлекторные раздражители, ставшие патогенными в связи с их совпадением с другими, вызвавшими ранее чувство страха; ситуации, ставшие психогенными в связи с конфронтацией противоположных тенденций [Свядощ A.M., 1982]. Может возникнуть при различных типологических особенностях, но чаще всего у психастенических личностей.

***Н. обсессивный.*** *См. Н. навязчивых состояний.*

***Н. ожидания*** [Kraepelin E., 1908]. Невротическое состояние, характеризующе­еся наличием конституционально-предрасполагающих факторов (тревожная мни­тельность, эмоциональная лабильность), затруднением в осуществлении той или иной привычной функции (речь, ходьба, глотание, мочеиспускание, половой акт и т.п.), чувством тревожного ожидания неизбежной неудачи. Формы проявления — за­икание, «заикающаяся походка», «заикающееся письмо», «заикающееся мочеиспус­кание», тревожное ожидание бессонницы и т.д. E. Kraepelin относил Н.о. к понопати- ям. В отечественной психиатрии И.о. рассматривается либо как форме навязчивых состояний [Свядощ A.M., 1959, 1971], либо как синдром тревожного ожидания в кли­нике различных форм пограничной патологии, особенно неврастении и психастении [Ушаков Г.К., 1978]. При этом подчеркивается его моносимптомная очерченость и монотематическое содержание, наклонность к периодичности течения.

***Н. пенсионный.*** Возникает в связи с переходом па пенсию. Большую роль иг­рают нарушение привычного уклада жизни, вынужденное бездействие, утрата преж­них интересов, не компенсируемая появлением новых. Часто к этому присоединяет­ся одиночество (См. *Н. анагапический*)*,* соматическое неблагополучие. Клиническая картина не является однообразной, во многом определяется преморбидными лич­ностными особенностями и социальными, микросредовыми факторами.

***Н. послеродовые*** [Friedrichs H., 1951]. Невротические расстройства, возни­кающие после родов и вызванные эмоциональной незрелостью, астенизацией, бояз­нью не справиться с материнскими обязанностями.

***Н. рентный*** (*нем. Rente —* пенсия, регулярный доход с капитала, имущества, земли, по облигациям, не требующий предпринимательской деятельности). Форма Н. истерического, возникающего у лиц, пострадавших в какой-либо ситуации и пре­тендующих на компенсацию, не всегда правомерно. Часто сочетается с кверулянт- скими установками.

***Н. речи.*** См. *Заикание, Логоневроз.*

***Н. системные.*** [Мясищев В.Н., 1959]. Нарушения систем (органов пищеваре­ния, дыхания, кровообращения, половой и т.д.), в возникновении и течении которых играет роль психогенный или условнорефлекторный механизм. Они обусловлены за­труднениями во взаимоотношениях человека с окружающей средой, которые по условиям деятельности вызывают перенапряжение в определенной системе, что на­ходит свое выражение преимущественно в нарушении функционирования этой си­стемы или органа. Отличие Н.с. от общих неврозов заключается в нарушении анато­мо-физиологической системы, периферический конец которой находится во внутрен­нем органе, а центральный — в коре большого мозга, в нарушении нормальных пси­хофизиологических отношений между деятельностью органа и психической деятель­ностью. В то же время Н.с., как и общие, связанны с перенапряжением и патогенны­ми условиями. Понятие Н.с. предложено вместо старого термина «неврозы органов».

По И.М. Аптеру [1966], системный невроз является понятием динамическим, он может перерастать в общий невроз, и, наоборот, в клинической картине общего невроза со временем могут стать доминирующими расстройства преимущественно какой-либо одной системы. В связи с этим существует точка зрения, согласно кото­рой системные нарушения рассматриваются как один из синдромов общего невроза [Карвасарский Б.Д., 1980].

1. ***социальные*** [Weizsacker V., 1929]. Три формы так называемых социаль­ных неврозов:
2. Неврозы взлета, наблюдающиеся у людей, которые стремительно возно­сятся по лестнице социальной иерархии и не могут адаптироваться к своему новому общественному статусу.
3. Неврозы падения, возникающие при снижении социального положения больного.
4. Неврозы правоты — разновидность рентных неврозов, однако цель больно­го заключается не только и не столько в том, чтобы добиться ренты, а в достижении торжества справедливости.

***Н. страха*** [Freud S., 1892]. Основной симптом — появление, чаще острое, чувства тревоги, страха. Страх немотивирован, не зависит от ситуации или каких- либо представлений, лишен фабулы. Интенсивность его колеблется. Возникает по­сле тяжелой, иногда затяжной, психической травмы. Имеются данные о роли на­следственного предрасположения. Возможно физиогенное возникновение чувства страха, например, при остром приступе стенокардии. Часто невротические страхи у детей носят приступообразный характер, прослеживается тенденция возможного их перехода в невротическое формирование личности.

***Н. травматический*** [Oppenheim H., 1889]. Понятие введено в конце XIX века на основе наблюдений над невротическими картинами, возникшими у пострадавших в железнодорожных авариях. Интерес к Н.т. особенно усилился с началом I мировой войны. Выделялось острое начало по типу психического шока (в тяжелых случаях наблюдается «психоз испуга»). В последующем характерно депрессивно-ипохондри­ческое состояние с выраженными истерическими проявлениями (функциональные параличи, мутизм, расстройства чувствительности) и начинающими играть все большую роль рентными установками. Происходит так называемое травматическое развитие личности. Указывалось на значительную неоднородность случаев Н.т. — наряду с типичным невротическим развитием личности, преимущественно по исте­рическому типу, наблюдались случаи прогредиентного течения органической пато­логии, возникновение эпилептических припадков, развитие параноидных картин, у некоторых больных манифестировал шизофренический процесс [Бунеев А.Н., 1935].

***Н. фобический.*** См. *Н. навязчивых состояний, Навязчивые состояния.*

***Н. характера.*** Термин, введенный психоаналитиками, для обозначения стой­ких невротических состояний, возникших в качестве сублимации или вытеснения об­разовавшихся в раннем детстве и неприемлемых для «Я» сексуальных пережива­ний, инфантильных либидонозных конфликтов. В его формировании в основном при­нимают участие отдельные черты характера, соответствующие инфантильным же­ланиям. См. *H. инфантильный.*

Син.: характер невротический, характероневроз.

***Н. школьный.*** Особая форма Н. страха. Наблюдается, главным образом, у учащихся младших классов. Характерны стойкий страх посещения школы, сопрово­ждающийся реакциями пассивного протеста, истерические реакции (например, исте­рические рвоты). Генез их объясняется страхом разлуки с матерью, боязнью трудно­стей, связанных с обучением, насмешек сверстников.

***Н. шоковый.*** См. *Н. испуга.*

***Н. экспериментальный.*** Нарушение высшей нервной деятельности у живот­ных, вызываемое искусственно с целью изучения этиопатогенеза неврозов челове­ка. Впервые экспериментальные модели Н. были созданы И.П. Павловым и его со­трудниками на собаках.

***Н. ятрогенный*** (*греч. iatros —* врач, *-genes* — порождаемый) [Frankl V.]. Н., возникший в связи с ятрогенией. Чаще всего протекает с симптомами нозофобии, тревожных опасений за свое здоровье. Разновидность Н. навязчивых состояний.

**Неврозы, систематика по Шульцу** (*греч. neuron —* нерв, *-osis —* суффикс, обозначающий болезнь) [Schultz J.H., 1919]. 1. Ядерные неврозы, при которых затро­нуты наиболее глубокие слои личности. Лечение представляется трудным и мало­перспективным. 2. Краевые неврозы, при которых отсутствуют поражения ядра лич­ности. Соответствуют понятию конверсионных неврозов в психоанализе, при кото­рых аффективные импульсы находят выражение в соматических феноменах. 3. Не­врозы отчуждения, обусловленные чувством чуждости больного окружающему миру, враждебному к нему, например, при помещении здорового ребенка в патологиче­скую в психическом отношении семью приемных родителей. 4. Слоевые неврозы, возникающие вследствие внутренних непреодолимых конфликтов. В болезненное состояние вовлекаются глубокие слои личности.

**Неврология** (*греч. neuron —* нерв, *logos —* учение, наука). Сумма дисциплин, объектом которых является нервная система в норме и патологии. Включает в себя соответствующие разделы описательной и сравнительной анатомии, эмбриологии, гистологии, биохимии, нормальной, сравнительной и патологической физиологии, клиническую невропатологию, нейрогенетику, нейрогигиену и др. Нередко этим тер­мином пользуются вместо термина «невропатология», хотя понятия эти не эквива­лентны — первое значительно шире.

**Невропатическая семья.** Понятие, введенное J.M. Charcot для обозначения группы дегенеративных заболеваний, в первую очередь истерии, рассматривавших­ся им как наследственные.

**Невропатия** (*греч. neuron —* нерв., *pathos —* страдание, болезнь). Конститу­ционально обусловленная детская нервность — повышенная возбудимость, легкая истощаемость, нарушения сна, сноговорение и снохождение, расстройства аппети­та, деятельности желудочно-кишечного тракта, наклонность к тикам, заиканию и т.д. Наличие Н. свидетельствует о предрасположенности к неврозам и патологическим формированиям личности.

В генезе Н. основную роль играет патология плода внутриутробного периода (травмы, инфекции, интоксикации).

Син.: нервность конституциональная, нервность эндогенная.

**Невропатология** (*греч. neuron —* нерв, *pathos* — болезнь, *logos —* учение, наука). Клиническая дисциплина, учение о болезнях нервной системы. Включает в себя общую, изучающую общие вопросы патологии нервной системы, и частную Н., изучающую отдельные нозологические формы.

**Невротик** (*греч. neuron —* нерв). Больной, страдающий неврозом.

**Невротическая антитеза** (*греч. antithesis —* противоположение). Понятие, введенное A. Adler [1917], для обозначения присущей больным неврозами тенден­ции оценивать предметы, события и явления через их противоположности. Однако наряду с пониманием этих контрастирующих понятий в общепринятом смысле (например, наверху — внизу; мужской — женский), человеку якобы присущи и специ­фически индивидуальные, необычные противоположения (низший — занимающий более низменное положение, женский; сильный — находящийся вверху, мужской).

**Невротический.** Относящийся к неврозу, например, невротическая симтома- тика.

**Невротоид** (*греч. neuron —* нерв, *-id —* суффикс, обозначающий: подобный, похожий) [Sultz-Hencke Н., 1951]. Сходный с неврозом. Речь идет о нерезко выра­женных психических свойствах, качественно сходных с входящими в структуру не­вроза симптомами, которые присущи каждому человеку, в том числе психически со­вершенно здоровому. При заболевании неврозом эти черты усиливаются. Таким об­разом, разница, по автору, между «нормально-невротическим» и «истинно-невроти­ческим» только количественная. Понятие, близкое к типам характера по E. Kretschmer [1922] — циклотим, шизотим.

**Недееспособность.** Неспособность лица осуществлять свои гражданские права и обязанности вследствие глубоких нарушений психической деятельности. Определяется по заключению специальной судебно-психиатрической экспертизы, назначаемой судом при рассмотрении гражданских дел.

**Недержание аффекта.** Выраженная степень аффективной лабильности, когда незначительные обстоятельства служат причиной возникновения, бурных и не­преодолимых аффективных реакций (плач, гнев и т.п.). Наиболее характерно для выраженной органической церебральной патологии (церебральный атеросклероз, последствия летаргического энцефалита и др.). Иногда одного упоминания о доме или близких достаточно, чтобы вызвать у больного рыдания. В меньшей степени вы­раженности наблюдается при глубокой астении, особенно после соматогенных пси­хозов.

Син.: аффективная инконтиненция (*лат. incontinentia —* недержание).

**Недержание кала.** Обусловлено, по М.И. Буянову [1985], одним из 3-х патоге­нетических механизмов: 1. Врожденное отсутствие механизмов, способствующих по­явлению условного рефлекса на каловыделение; 2. Медленное формирование условного рефлекса на каловыделение; 3. Утрата указанного рефлекса в результате воздействия неблагоприятных факторов. Может быть первичным, от рождения, и вторичным, приобретенным. Формы вторичного — психогенные (невротическое, па- тохарактерологическое, при истерическом психозе), органические (травмы каловы- делительной системы, повреждения головного и спинного мозга, вторичный мегако­лон), при психических заболеваниях (шизофрения, МДП, слабоумие, эпилепсия).

**Недержание мочи.** Механизмы симптомообразования те же, что и при недер­жании кала, и соответственно, таково же деление на первичное и вторичное Н.м. [Буянов М.И., 1985]. Первичное Н.м. всегда обусловлено дизонтогенезом, наслед­ственным или резидуально органическим, вторичное может быть психогенным, вследствие травматических повреждений урогенитальной системы, энцефалопати- ческим (следствие нейроинфекций и черепно-мозговых травм), при соматических за­болеваниях (циститы), и вследствие психических заболеваний, в первую очередь шизофрении, начавшихся после сформирования функции регуляции мочевыделе­ния.

В тех случаях, когда Н.м. происходит только ночью во сне, но не в бодрствен- ном состоянии, можно говорить об энурезе.

**Недоступность.** Невозможность, выраженная затрудненность контактов с больным, обусловленная наличием у него психических расстройств — бреда, галлю­цинаторной спутанности, расстройств сознания, ступора, негативизма.

**Негативизм** (*лат. negativus —* отрицательный). Отрицательное отношение к воздействиям внешней среды, отгораживание от внешних впечатлений и противо­действие идущим извне побуждениям. Различают Н.: пассивный, характеризующий­ся сопротивлением попытке врача изменить положение тела больного, накормить его (при этом отмечается значительное повышение мышечного тонуса); активный — инструкции собеседника, какие-либо просьбы вызывают противодействие со сторо­ны больного (при обращении к нему он сжимает губы, закрывает голову одеялом); парадоксальный — действия больного противоположны инструкции (в ответ на просьбу подойти поближе, он выходит из кабинета врача). Н. проявляется и в мутиз- ме (речевой Н.), задержке мочи и кала, когда больного заводят в туалет. Пассивный Н. нередко встречается в одном ряду симптомов с пассивной подчиняемостью. На­блюдается чаще всего при кататонической шизофрении, иногда при прогрессивном параличе, старческом слабоумии.

E. Kretschmer [1922] объяснял Н. с позиций теории гипобулических механиз­мов, E. Bleuler [1911] видел в нем проявление аутизма.

**Неймана—Кона болезнь** [Neuman М.А., Kohn R., 1967]. Одна из редких форм пресенильной деменции. В мировой литературе описаны всего 13 случаев [Herman E.J., 1978]. Морфологический субстрат — подкорковый глиоз первичного характера при относительной интактности коры головного мозга и незначительной выраженно­сти демиелинизации. Характерно прогрессирующее слабоумие.

**Нейробруцеллез.** Поражение нервной системы при бруцеллезе. В начальной стадии — астения, гиперестезия, эмоциональная лабильность. В острой стадии — психотические состояния по типу острых экзогенных реакций (делирий, аменция, су­меречные состояния, эпилептиформное возбуждение), для подострой или хрониче­ской стадии характерны аффективные нарушения — затяжные депрессии и мании. При длительном течении наблюдается картина хронического органического психо­синдрома с характерологическими изменениями.

**Нейролептики** (*греч. neuron —* нерв, *leptikos —* способный взять). Группа пре­паратов психотропного действия (психофармакологических). Обладают общими свойствами: снижают психомоторную активность, снимают психическое возбужде­ние, производят антипсихотическое действие. Побочный эффект их применения — нейротропное действие (экстрапирамидные проявления) и нейровегетативные расстройства. К Н. относятся: производные фенотиазина (аминазин, пропазин, ти- зерцин (левомепромазин), терален (алимемазин), метеразин, этаперазин, френо- лон, трифтазин (стелазин), фторфеназин, тиоридазин (сонапакс)); производные ти­оксантена (хлорпротиксен); производные бутирофенона (галоперидол, трифлупери- дол (триседил), дроперидол, флушпирилен (ИМАП), пимозид (орап), пенфлюридол (семап)); производные индола (карбидин); нейролептики разных химических групп (клозапин (лепонекс, азалептин), эглонил (сульпирид)).

**Нейролептическая активность** [Haase H.-J., 1954]. Понятие, введенное для сравнительной оценки силы действия нейролептиков. За основу для сравнения взя­та активность аминазина (хлорпромазина гидрохлорида), принимаемая за единицу. Критерием служит доза препарата, необходимая для достижения нейролептического порога (для аминазина она составляет 0,15-0,4 г).

**Нейролептическая диспозиция** [Haase H.-J., 1954]. Понятие, введенное для обозначения индивидуальной предрасположенности к нейролептикам. Для достиже­ния одного и того же эффекта дозировка нейролептического препарата у разных больных может значительно отличаться, иногда разница эта может оказаться 15- кратной. Н.д. не зависит от наличия соматических заболеваний и от других видов диспозиции.

**Нейролептический злокачественный гиперпирексический синдром.** См. *Делея злокачественный гиперпирексический нейролептический синдром.*

**Нейролептический интервал** [Haase H.-J., 1954]. Дозы нейролептиков, рас­полагающиеся в диапазоне между нейролептической минимальной дозой, действие которой проявляется в едва заметных изменениях почерка (см. *Синдром нарушения тонких движений*)*,* и дозой, приводящей к грубой экстрапирамидной патологии.

**Нейролептический порог** [Haase H.-J., 1954]. Доза нейролептика, превыше­ние которой приводит к гипокинезии, начальным проявлениям последней являются изменения почерка. Прием более высоких доз препарата приводит к возникновению и быстрому нарастанию паркинсонизма. При назначении доз ниже Н.п. отмечается лишь легкий психофармакологический эффект — слабая аффективная разрядка, как при воздействии атарактических средств.

**Нейролептический синдром.** См. *Делея—Деникера синдром.*

**Нейромимезия** (*нейро + греч. mimeomai —* подражать). Проявление симпто­мов, имитирующих органическую патологию головного мозга, при функциональных заболеваниях, чаще всего — истерии.

**Нейроплегики** (*нейро + греч. plege —* удар, поражение) Син.: нейролептики.

**Нейропсихология** (*нейро + греч. psyche —* душа, *logos —* учение, наука). Раз­дел медицинской психологии, изучающий психологическими методами психические нарушения вследствие очаговых органических поражений головного мозга, связь психических процессов с определенными системами головного мозга. Отечествен­ная Н. базируется на исследованиях А.Р. Лурия и его школы, посвященных разра­ботке концепции локализации в коре головного мозга высших корковых функций.

**Нейросифилис** (*нейро + греч. syphilis —* по имени пастуха Сифилуса, героя поэмы врача Дж. Фракасторо, написанной о сифилисе). Общее название сифилити­ческих поражений нервной системы (прогрессивный паралич, сифилис головного мозга, спинная сухотка).

Син.: нейролюэс.

**Нейротропный** (*нейро + греч. tropos —* направление). Действующий избира­тельно или преимущественно на нервную систему.

**Нейрофизиология** (*нейро + греч. physis —* природа, природные свойства, *logos —* учение, наука). Раздел физиологии, изучающий деятельность нервной си­стемы и ее основных структурных единиц — нейронов.

**Нейрохирургия** (*нейро + греч. cheir —* рука, *ergon —* работа). Раздел хирур­гии, изучающий заболевания и повреждения нервной системы, подлежащие хирурги­ческому лечению, и методы его. Особое значение имеет стереотаксическая Н., раз­рабатывающая методы локального воздействия на глубинные структуры головного мозга, в частности стереотаксическое лечение паркинсонических состояний. Разра­батываются в Н. также методы оперативного лечения эпилепсии в случаях рези­стентности к медикаментозной терапии и прогрессирующих изменений личности с выраженными антисоциальными тенденциями.

**Нейроцитоархитектоника** (*нейро + греч. cytus —* клетка, *architektonike —* по­строение, структура). Раздел архитектоники коры головного мозга, изучающий рас­положение, строение и пространственное соотношение нервных элементов, клеток в коре полушарий головного мозга. Изучение Н. имеет важное значение для нейрофи­зиологии, патогистологии ЦНС и нейрохирургии.

**Некромания** (*греч. nekros* — мертвый, труп, *mania —* страсть, влечение, по­мешательство). Болезненное влечение к осквернению трупов, часто сочетается с некросадизмом.

**Некросадизм** (*некро* + *садизм*)*.* Разновидность сексуальной перверсии, при которой половое удовлетворение достигается осквернением, обезображиванием трупов. Иногда сочетается с некрофилией.

Син.: вампиризм, бертранизм.

**Некрофагия** (*некро + греч. phagein —* пожирать). Разновидность некросадиз- ма, стремление к поеданию отдельных частей мертвого тела человека, часто — по­ловых органон.

**Некрофетишизм** (*некро + фр. fetiche —* идол, талисман). Разновидность сек­суальной перверсии, при которой половое удовлетворение достигается лишь если рядом есть труп, или больной создает себе такого рода ярко-чувственное представ­ление.

**Некрофилия** (*некро + греч. philia —* влечение). Вид сексуальной перверсии, заключающийся во влечении к совершению полового акта или других сексуальных действий с трупом.

**Некрофобия** (*некро + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь тру­пов и похоронных принадлежностей.

**Нельсона—Майера реакция** [Nelson R., Mayer М., 1949]. Высокочувствитель­ная и специфическая серологическая реакция для диагностики сифилиса. Сыво­ротка крови больного сифилисом приводит к иммобилизации бледных спирохет.

**Неоглоссия** (*нео + греч. glossa* — язык). Образование нового языка, как пра­вило, возникающего на основе неологизмов. Проходит два этапа [Роговин М.С., 1975]: неологии, когда неологизмы умножаются в количестве и систематизируются; собственно Н., для которой характерно создание нового, «приватного» языка, иногда сосуществующего с принятым языком общения, а иногда полностью вытесняющего его. Н. является сугубо паразитическим словообразованием, коммуникативная функ­ция речи при ней утрачивается.

1. следует отличать от глоссолалии, наблюдающейся при истерической эк­зальтации, экстазе, в картине функциональных сумеречных расстройств сознания по типу его сужения (см. *Глоссолалия*)*.*

Син.: криптолалия.

**Неогоспитализм** (*нео + госпитализм*) [Кабанов М.М., 1973]. Состояние психо­логической отгороженности от внешнего мира, связанное со сложившимися после выписки из больницы неблагоприятными условиями (семейными, материальными и др.) и усугубляемое искусственной («оранжерейной», «тепличной») средой обитания в стационаре.

**Неография** (*греч. neos* — новый, *graphe —* писать). Нарушения письменной речи, проявляющиеся в изменении элементов письма, графем; чаще всего отражает особенности символического мышления больных шизофренией.

**Неологизм** (*нео + греч. logos —* речь, учение). Новообразованное слово. Симптом патологии речи, наиболее типичный для шизофрении и рассматриваемый в рамках аутистического мышления. Образование Н. представлено широким диапа­зоном — от единичных Н. до создания нового языка. Различают Н. пассивные, неси­стематизированные, носящие характер бессмысленных звукосочетаний и конгломе­ратов обломков слов, и активные, возникающие вследствие искаженной мыслитель­ной переработки словесного материала и всегда что-то обозначающие [Seglas J., 1892]. Активные Н. являются основой формирования нового языка. Один из видов образования Н. при шизофрении — сгущение понятий. Шизофренические сгущения понятий отличаются от органических контаминации, например, при амнестической афазии, своей лабильностью, легко возникают новые проявления их, прежние не по­вторяются.

**Неонатоцид** (*греч. neonatum —* новорожденный, *caedo —* убивать). Убийство матерью новорожденного ребенка. Наблюдается у психически здоровых женщин с целью сокрытия нежелательной беременности и при психической патологии — у ум­ственно недоразвитых, при депрессии, в остром психотическом состоянии типа экзо­генной реакции, наступившей после родов и протекающей с нарушением сознания.

**Неотения** (*нео + лат. teneo —* задерживать, запаздывать). Остановка разви­тия какого-либо органа, характера, психики. Ср.: инфантилизм.

**Неофрейдизм.** Одно из направлений современного психоанализа. Подвергая критике пансексуализм и представления об организации психической жизни, пред­ставленные в ортодоксальном психоанализе, сторонники Н. по-прежнему рассматри­вают бессознательное как основу психической деятельности человека. Первые по­пытки отойти от ортодоксального психоанализа были предприняты A. Adler (См. *Ад­лера индивидуальная психология*)*,* и C. Jung (см. *Юнга аналитическая психология*)*.* Современные неофрейдисты придерживаются в своих исследованиях социальной направленности, подчеркивая значение социальных условий, интерперсональных и семейных отношений в формировании личности человека. Развиваются теории вну­тренней конфликтности личности, связанной с чувством «базальной тревожности» перед лицом природных и социальных сил [K. Horney], доминирования межличност­ных отношений и ситуаций в образовании отдельных типов личности, являющейся лишь совокупностью социальных масок, ролей [H. Sullivan], детерминации всей пси­хики человека бессознательными влечениями, побуждениями [E. Fromm].

Н., будучи теорией бессознательного, противопоставляет его обществу, все­гда рассматриваемому как нечто враждебное человеческой личности.

**Нервизм.** Направление в физиологии и медицине. Основы его заложены И.П. Павловым и С.П. Боткиным. Основное положение — главенствующая роль нервной системы в регуляции жизнедеятельности организма в норме и патологии. См. *Пав­лова теория.*

**Нестеснение** (*англ. No-restraint*)*.* Система взглядов о необходимости предо­ставления психически больным возможно большей свободы, изгнания из психиатри­ческих больниц методов стеснения движений больных — смирительных рубашек. Средством борьбы с психомоторным возбуждением является назначение медика­ментозных средств и внедрение психотерапевтических методов (см. *Конолли ре­формы*)*.* В России пропагандистом широкого внедрения Н. был С.С. Корсаков.

**Никотинизм.** Хроническое употребление табака, содержащего алкалоид нико­тин, являющегося сильным нейротропным ядом. Характерны гиперсаливация, голов­ная боль, головокружения, ухудшение зрения и аппетита, тремор, раздражитель­ность. Способствует заболеванию сердечно-сосудистой системы, желудка. Одна из основных причин возникновения рака легких.

**Никталгия** (*греч. пух —* ночь, *algos —* боль). Боль, возникающая в ночное время.

**Никтопедия** (*никто + греч. paideia —* обучение). Обучение во сне, использо­вание метода никтосуггестии в целях обучения, в частности — для изучения ино­странного языка.

**Никтосуггестия** (*никто + лат. suggestio —* внушение) [Свядощ A.M., 1982]. Вариант внушения в естественном сне. Первоначально проводится сеанс гипно­терапии или внушения наяву с целью установления раппорта. Затем в ночное вре­мя, при естественном сне больной прослушивает магнитофонную запись суггестив­ной беседы врача.

**Никтофобия** (*никто + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь на­ступления ночи — из-за темноты, предчувствия мучительной бессонницы, кошмар­ных сновидений.

**Нимана—Пика болезнь** [Niemann A., 1914; Pick L., 1922]. Наследственный сфингомиелиновый липидоз. Характерны нарушения метаболизма, снижение актив­ности сфингомиелиназы вплоть до полной ее инактивации. В зависимости от возрас­та начала, течения и тяжести выделяют 4 формы заболевания — инфантильную, юношескую, позднюю и вариант, описанный в семьях Новой Шотландии. Характерны увеличение печени и селезенки, появление асцита, увеличение лимфатических узлов, кахексия, изменение пигментации кожи. Спастические парезы и параличи сменяются снижением мышечного тонуса. Снижаются слух и зрение. Слабоумие (при раннем начале заболевания — олигофреническое). В пораженных органах уве­личено количество сфингомиелина. Тип наследования — аутосомно-рецессивный.

**Нимфомания** (*греч. nymphe —* невеста, *mania —* страсть, безумие). Повы­шенное половое влечение у женщин, вид гиперэротизма. Характерна постоянная сексуальная неудовлетворенность, непрекращающиеся поиски новых партнеров и неослабевающая потребность в половом удовлетворении. Связывается с эндокрин­ной дисфункцией, явлениями местной гиперестезии. Особенно часто наблюдается у психопатических личностей, особенно истероидного круга, при олигофрении. Анало­гична сатириазу у мужчин.

Син.: андромания (*греч. aner, andros —* мужчина).

**Ниссля—Альцгеймера форма нейросифилиса** [Nissl F., Alzheimer А.]. Фор­ма сифилиса головного мозга, поражающего преимущественно мелкие сосуды коры. Характерно прогредиентное слабоумие.

**Нистагм** (*греч. nystazo —* дремать, сонливо клонить голову). Непроизвольные ритмичные подергивания глазных яблок, протекающие двухфазно — с быстрой и медленной фазами. Различают по направленности движений глазных яблок Н. вер­тикальный, горизонтальный, ротаторный и др. Наблюдается при органических пора­жениях головного мозга с локализацией в области вестибулярного аппарата, моста, мозжечка, заднего продольного пучка, при интоксикациях, истерии. Может наблю­даться и у здоровых — при длительной фиксации взгляда на близко к глазу располо­женном предмете (Н. фиксационный), в поезде при фиксации-взгляда на быстро сменяющихся, движущихся в одну сторону предметах (Н. оптокинетический).

**Нистагм пароксизмальный** [Fere Ch., 1888]. Вариант эпилептического при­падка, для которого характерно распространение судорог на движения глазных яблок. При этом отмечается латеральный (горизонтальный) или ротаторный ни­стагм, которому сопутствуют головокружение и попеременные повороты головы в разные стороны. Иногда эпилептический нистагм наблюдается при нерезко выра­женных судорогах в конечностях или при полном их отсутствии (нистагмоидный экви­валент) [Messing S., 1924], возможно и его появление после судорожного припадка, когда он возникает одновременно с постпароксизмальным пирамидным синдромом [Kreindler A., 1960].

Син.: окулоклонический эпилептический припадок [Gastaut Н., 1973].

**Нистагмоид** (*нистагм + -eides —* суффикс, обозначающий: подобный, похо­жий). Движения глазных яблок по типу нистагма, однако отличающиеся кратковре­менностью, быстрой истощаемостью.

**Нищенство патологическое.** Синдром, характеризующийся постоянной тен­денцией просить милостыню, даже при отсутствии материальных затруднений. На­блюдается при выраженных психопатических изменениях с асоциальными наклонно­стями и, особенно, при психических заболеваниях позднего возраста.

**Нозологическая форма.** Определенная болезнь, выделенная на основании установленных этиологии и патогенеза и (или) на основании единообразия клиниче­ской картины. В настоящее время целый ряд психических заболеваний еще не соот­ветствует всем трем критериям, тем более, что они не всегда совпадают в рамках одной нозологической формы, могут быть, например, нозологически однородными, но патогенетически и клинически различаться (алкогольные психозы, нейросифилис). Н.ф. является единицей номенклатуры и классификации болезней. Существует Международная классификация болезней (МКБ) — ныне вводится ее вариант 10-го пересмотра. Цель ее — унификация клинико-статистических данных. Кроме того, в большинстве стран разработаны национальные классификации болез­ней. Принятая в нашей стране классификация различает три основные группы пси­хических заболеваний: эндогенные, экзогенные и состояния, обусловленные патоло­гией развития.

**Нозологический профиль.** Структура заболеваемости или причин смертно­сти населения определенной территории на конкретный период.

**Нозология** (*греч. nosos —* болезнь, *logos —* наука, учение). Учение о болез­нях и их классификации.

**Нозоморфоз** (*нозо + греч. morphosis —* формирование). См. *Патоморфоз.*

**Нозофолия** (*нозо + philia —* любовь). Психопатологическое состояние, харак­теризующееся наличием сверхценных идей о наличии у больного того или иного за­болевания. Проявляется в особом пристрастии некоторых лиц, чаще всего психопа­тического склада, находить у себя, своих близких и окружающих болезни и зани­маться их, чаще всего некомпетентным, лечением и самолечением.

**Нозофобия** (*нозо + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь забо­леть какой-нибудь болезнью. (См. *Канцерофобия, Кардиофобия, Сифилофобия* и др.).

**Ноктабулизм** (*лат. пох —* ночь, *ambulo —* ходить, гулять). Син.: сомнамбу­лизм.

**Нонне—Аппельта реакция** [Nonne M., Appelt F., 1907]. Служит для определе­ния белковых фракций в спинномозговой жидкости, заключается в осаждении глобу­линов полунасыщенным раствором сернокислого аммония. Оценка количественная от + до +++. Положительная Н.—А.р. может свидетельствовать в пользу диагностики сифилиса ЦНС, менингитов и других органических заболеваний. Специфически- этиологического значения не имеет.

**Нонне синдром** [Nonne M., 1904]. Псевдотуморозный синдром при различных заболеваниях (менингоэнцефалите, серозном менингите, сифилисе головного моз­га).

**Ноотропы** (*греч. noos —* мышление, разум, *tropos —* направление, стремле­ние, сродство) [Giurgea С., 1972]. Психотропные препараты, оказывающие прямое активирующее действие на интегративные механизмы мозга, стимулирующие обуче­ние, улучшающие память и эффективность умственной деятельности, повышающие устойчивость мозга к вредным воздействиям, улучшающие кортико-субкортикальные связи. Не обладают влиянием на протекание нейровегетативных процессов, не ока­зывают снотворного и аналгезирующего действия. К Н. относится пирацетам (но­отропил). К Н. близко по своему эффекту примыкает гамма-аминомасляная кислота (аминалон) и другие, так называемые ГАМКергические вещества — оксибутират на­трия, фенибут, обладающий также транквилизирующим эффектом).

**Нормотимики** (*лат. погта —* норма, правило, *греч. thymos —* настроение). Психотропные средства, регулирующие аффективные проявления и обладающие профилактическим действием при фазно протекающих аффективных психозах. К Н. относятся препараты лития (лития карбонат). Известен нормотимический эффект финлепсина, препаратов вальпроевой кислоты.

**Норри—Варбурга синдром** [Norrie G., 1927; Warburg M. 1961]. Сочетание се­мейных двусторонних псевдоглиом сетчатой оболочки с глухотой и олигофренией. Заболевание наследственное, сцепленное с полом, болеют мужчины, женщины лишь являются носителем гена болезни. Тип передачи рецессивный.

**Ностальгия** (*греч. nostos —* возвращение домой, *algos —* боль). Болезненное чувство тоски по родине, принимающее иногда форму тяжелого невротического или психотического состояния, протекающего с гипотимией, бессонницей.

\_О\_

**Обертоны психические** (*нем. Obertone —* дополнительные тона, возникаю­щие при звучании основного тона). Промежуточные психические процессы, пред­ставляющие собой переход между сознанием и бессознательной психической дея­тельностью.

**Облигатный** (*лат. obligatus —* обязательный, непременный). Термин, приме­няемый для обозначения свойства, непременно присущего данному явлению, состо­янию, процессу, болезни. Например, E. Bleuler [1911] выделил триаду основных, об­лигатных признаков шизофрении. В отличие от других симптомов, которые наблюда­ются не при всех формах болезни, эти три признака — аутизм, расщепление и эмо­циональное снижение — являются обязательными; отсутствие одного из них ставит диагноз шизофрении под сомнение и требует уточнения диагностических вопросов. В то же время симптомы шизофрении I ранга по K. Schneider не являются облигат­ными.

**Обломова синдромы.** Названы по имени героя одноименного романа И.А. Гончарова.

1. Описан A. Mascioni [1957] и H. Dietrich [1965] у психопатических личностей, происходящих чаще всего из высокопоставленных и хорошо обеспеченных се­мейств. Характерны слабоволие, апатия, лень. Эти лица длительно нуждаются в опеке и покровительстве старших, ждут от последних постоянных услуг, являются тиранами в семье. Часто при этом наблюдаются ипохондричность, наклонность к фобическим переживаниям (агорафобия, кардиофобия, танатофобия); 2. Описан W. Wermut [1975] и проявляется у депрессивных больных в трудности утреннего подъ­ема из постели.

**Обморок.** Внезапная непродолжительная (чаще в пределах 1-5 минут, иногда до 30 мин и более) глубокая потеря сознания. Сопровождается резкой бледностью, обездвиженностью тела, холодным потом, значительным ослаблением дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Является проявлением острой гипоксии мозга и падения вегето-сосудистого тонуса. Непосредственной причиной О. может быть вол­нение, сильная боль, тепловой удар, гипервентиляция легких. Часто наблюдается при патологии сердечно-сосудистой системы. При истерии О. носят целевой харак­тер, потеря сознания неполная, сомато-вегетативные проявления выражены мень­ше. Ортостатические О. возникают при быстром переходе тела из горизонтального в вертикальное положение и нередко встречаются при лечении нейролептиками.

Син.: синкопе (*греч. synkope —* сокращение, выпадение).

**Обморок судорожный.** Обморок, при котором церебральная ишемия, будучи достаточно выраженной и продолжительной, вызывает присоединение к потере со­знания судорог — тонического спазма, к которому могут присоединиться несколько последующих клонических движений.

Следует отграничивать от эпилептических судорожных припадков [Gastaut H., 1975].

**Обнубиляция сознания** (*лат. obnubilatio —* закрывать облаками, затумани­вать). Легкая степень оглушения. Характерны колебания в степени выраженности помрачения сознания — легкое помрачение сознания на время сменяется его прояс­нением, затем вновь наступает затемнение.

**Обострение.** Стадия хронического течения заболевания, характеризующаяся усилением болезненной симптоматики и появлением новых признаков, обусловлен­ных стереотипом развития болезни, ее динамикой.

**Образование противоположной реакции.** Один из механизмов психологиче­ской защиты, когда какой-либо неприемлемый мотив скрывается субъектом от само­го себя и маскируется совершенно противоположным, например, большая враждеб­ность прячется за чрезмерной предупредительностью. Такого рода механизм отри­цания проявляется в поступках типа «свиста в темноте» — испытывающий страх в темноте издает свист, уверяя себя в том, что он ничего не боится. Характерна чрез­мерная подчеркнутость в выражении чувств, поведении.

Син.: реакция внешнего вида.

**Обсессия** (*лат. obsessio —* обложение, осада, блокада). См. *Навязчивые со­стояния.*

**Объем внимания.** Одно из свойств внимания, характеризующееся количе­ством элементов, которые человек может одномоментно воспринять. Упражняе- мость О.в. на разрозненные элементы незначительная, тогда как на ассоциируемые по смыслу может быть чрезвычайно высокой. В значительной мере это обстоятель­ство играет роль при тренировке лиц, обладающих феноменальной памятью и де­монстрирующих на эстраде «чудеса запоминания».

**Оверелла—Горхема шкала оценки психического состояния** [Overall J.E., Gorcham R.P., 1962]. Основана на самооценке, охватывает 18 групп психопатологи­ческих симптомов (ипохондричность, тревога, аутизм, чувство вины, депрессия, гал­люцинации, бред и т.п.). Оценка в баллах по семизначной системе. По мнению авто­ров, шкала пригодна для различных форм депрессий, бредовых состояний, расстройств мышления. Применяется в психофармакологии для сравнительной оценки состояния больных.

**Оглушение.** Синдром нарушенного сознания, характеризующийся значитель­ным повышением порога восприятия всех внешних раздражителей и замедленным образованием ассоциаций, затруднением их течения. Представления скудны, ориен­тировка в окружающем неполная или отсутствует. Брадипсихизм. Вопросы воспри­нимаются с трудом, ответы на них неполные, неточные. По выходе из О. — амнезия. При неблагоприятном течении — переход в сопор и кому. По H. Walther-Buel [1951], О. — это парез психической деятельности.

Син.: оглушенность, синдром оглушения сознания.

**Одинакузия** (*греч. odyne —* боль, *akuo —* слышать, чувствовать). Повышен­ная чувствительность слухового анализатора, при которой обычно раздражители (шумы, звуки) вызывают чувство боли.

Син.: гиперакузия.

**Одномоментная отмена психотропных средств** [Авруцкий Г.Я., Гурович И.Я., Прохорова И.С., 1974]. Один из методов лечения психических заболеваний, особенно при обнаружении терапевтической резистентности. По мнению авторов, при этом методе вызывается перестройка функционирования адаптивных мозговых систем лимбического круга. Положительная динамика проявляется в исчезновении продуктивной психопатологической симптоматики и появлении рассудительного от­ношения к своему состоянию. Терапевтический эффект стабилизируется на 6-14 день. Отмена проводится при достижении относительно больших доз психотропных препаратов; при внезапной отмене лечения на уровне малых и средних доз лечеб­ный эффект, связанный с синдромом отмены («эффект отдачи»), не наступает. По­казания: шизофрения, эндогенные депрессии. Иногда, при отсутствии терапевтиче­ского эффекта от применения метода, можно наблюдать при дальнейшем лечении психотропными средствами уменьшение нечувствительности к ним, терапевтиче­ской резистентности.

**Одонтофобия** (*греч. odus —* зуб, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь обращения к стоматологу и лечения зубов.

**Одышка истерическая периодическая.** Симптом истерии.

О.и.п. может сопровождаться изданием разнообразных звуков (шипящих, сви­стящих, клокочущих), или имитировать приступы бронхиальной астмы.

**Озерецкого шкала развития психомоторики** [Озерецкий Н.И., 1926]. Психо­логическая методика для исследования общего развития психомоторики и отдель­ных ее компонентов. Состоит из серии заданий возрастающей сложности. Градация сложности заданий соответствует возрастному развитию (от 4 до 16 лет). Исследу­ются такие компоненты психомоторики, как статическая и динамическая координа­ция движений, их скорость, одновременные движения, сила движений и синкинезии. Высоко валидна при органической церебральной патологии. Известна модификация O. Golnitz [1954].

**Ойкофобия** (*греч. oikos —* дом, отечество, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь возвращения домой, в семью после выписки из психиатрической боль­ницы.

**Оксиопия** (*греч. oxys —* острый, *ops* — глаз). Чрезмерная острота зрения.

**Оксиосмия** (*окси + греч. osme —* запах, обоняние). Чрезмерная острота обо­няния.

**Окулостатический феномен** (*лат. oculus* — глаз, *греч. statikos* — относящий­ся к равновесию). См. *Гуревича окулостатический феномен.*

**Олигодактилия** (*греч. oligos —* малый, *daktylos —* палец). Врожденное уродство, аномалия развития, характеризующаяся неполным количеством пальцев кистей или стоп.

**Олигодипсия** (*олиго + греч. dipsa —* жажда). Уменьшение потребности орга­низма в воде, жидкости. Наблюдается при поражении гипоталамуса.

**Олигокинезия** (*олиго + греч. kinesis —* движение). Уменьшение подвижности тела, скованность его движений. Наблюдается при акинетико-ригидном варианте паркинсонизма.

**Олигомания** (*олиго + греч. mania —* страсть, влечение, безумие). Старое обозначение психозов, протекающих преимущественно без продуктивной психопато­логической симптоматики.

**Олигопсихия** (*олиго + psyche —* душа). См. *Олигофрения.*

**Олиготимия** (*олиго + греч. thymos —* настроение, чувство). [Davidson G.M., 1956]. Понятие, предложенное вместо термина «психопатия» и основанное на пред­ставлении о недостаточной, бедной аффективности у психопатов, являющейся, по мнению автора, «центральным фактором психопатий». О. рассматривается как про­явление слабости корковой и преобладания подкорковой аффективности.

**Олигофазия** (*олиго + греч. phasis —* речь) [Бернштейн А.Н., 1912]. Основной и наиболее характерный симптом расстройств речи у эпилептиков. Проявляется в затруднениях называния показываемых больному предметов. Острая послеприпа- дочная О. является амнестически-афатическим комплексом, тогда как постоянная или общая прогрессирующая О. [Я.П. Фрумкин, 1938] обнаруживается в межприпа­дочных состояниях и характеризуется прогрессирующим с течением болезни оскуд- неванием словарного запаса. Последняя зависит от степени выраженности и харак­тера эпилептического слабоумия, являясь высокоспецифичным для эпилепсии при­знаком [Блейхер В.М., 1963].

**Олигофрении.** Сборная группа различных по этиологии, патогенезу и клинике непрогредиентных патологических состояний, объединяемых по общему для них признаку — наличию врожденного или приобретенного в раннем детстве (в возрасте до 3 лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей. Различают О. недифференцированные, то есть с неясной этиологией (син.: О. идиопатические) и дифференцированные — эндогенно­наследственные и обусловленные экзогенными (органическими и средовыми) фак­торами. Выделяют также группы вялых (торпидных) и возбудимых (эретических) О. Существует множество классификаций О. В нашей стране принята классификация Г.Е. Сухаревой [1965].: 1. О. эндогенной природы (в связи с поражением генератив­ных клеток родителей) — болезнь Дауна, энзимопатические, дизостозические, ксе- родермические формы, истинная микроцефалия; 2. О. внутриутробного генеза (эм- брио-и фетопатии) — О., обусловленные перенесенными матерью во время бере­менности инфекциями и интоксикациями, наличием у нее гормональных нарушений, О. вследствие токсоплазмоза, гемолитической болезни новорожденных (резус-кон- фликты); 3. О., возникающие в связи с различными вредностями, действующими во время родов и в раннем детстве — родовая травма, асфиксия, черепно-мозговая травма в постнатальном периоде и в раннем детстве, менингиты, менингоэнцефали­ты и энцефалиты.

Умственное недоразвитие при О. носит тотальный характер, оно охватывает всю психику в целом. При этом на первом плане — недостаточность высших форм познавательной деятельности (абстрактного мышления), преобладание конкретно­сти суждений.

**Олигофренический плюс** (*олиго + греч. phren —* ум, разум) [Симсон Т.П., 1948]. Олигофреноподобный дефект, наблюдающийся при начале шизофрении в раннем детском возрасте (до 3 лет). Наряду с быстрым падением психической ак­тивности и нарастанием эмоциональной опустошенности, отмечаются признаки ин­теллектуальной недостаточности. Симптом должен учитываться при диагностике пфропфшизофрении (см.). Объясняется характерными для начала заболевания в раннем детстве явлениями недостаточности приспособительных механизмов и по­вреждением молодых в онтогенетическом отношении физиологических систем го­ловного мозга, обеспечивающих развитие мыслительных процессов и контролирую­щих правильность, адекватность поведенческих реакций [Сухарева Г.Е., 1974].

**Олигофрения дизостотическая.** См. *Гаргоилизм.*

**Олигофрения ксеродермическая** [Rud Е., 1927]. Сочетание олигофрении (часто степени идиотии) с ихтиозом, эпилептиформными судорожными припадками, пониженной остротой зрения, повышением мышечного тонуса, гиперрефлексией. Обусловлено недостаточным поступлением в организм беременной женщины рети­нола и каротина.

Син.: дискератоидиаз, синдром Руда.

**Олигофренопедагогика.** Раздел дефектологии, разрабатывающий проблемы обучения умственно отсталых детей.

**Олигофренопсихопатия.** Сочетание у одного больного симптомов олигофре­нии и психопатии. Термин неправомерен, следует говорить о психопатических чер­тах или психопатизации у олигофрена. Обычно наблюдается при олигофрении сте­пени дебильности.

**Олигофреноциклофрения** (*олиго + циклофрения*)*.* Циклофрения (МДП), «привитая» на олигофреническую почву. Термин неудачен, следует говорить о цик- лофрении (МДП) на почве или на фоне олигофрении.

**Олигошизофрения** (*олиго + шизофрения*)*.* См. *Пфропфшизофрения.*

**Олигоэпилепсия** (*олиго + эпилепсия*)*.* Эпилепсия, начавшаяся в раннем или детском возрасте с задержкой или остановкой умственного развития.

**Олигоэргазия** (*олиго* + *греч. ergasia —* работа, действие, деятельность) [Meyer A., 1908]. Разновидность эргастических реакций, соответствующая олигофре­нии. См. *Майера эргазиология.*

**Олицетворения неодушевленных предметов расстройство.** Вариант дере­ализации, при котором окружающее воспринимается безжизненным, мертвым, неестественным или странным, загадочным, таинственным, зловещим. Утрата эмо­ционального резонанса может усиливаться до чувства оторванности от реального мира, его отчужденности, потери связи с ним [Жмуров В.А., 1988].

**Олицетворенного осознавания феномен.** Непосредственное переживание присутствия кого-то из посторонних лиц, тогда как в действительности рядом или в этом помещении никого нет. К нему же относится мнимое ощущение чужого взгляда (кто-то смотрит в окно). Описания больных детальны до такой степени, что их можно принять за галлюцинации, что свидетельствует о необходимости разграничения это­го феномена со зрительными и слуховыми галлюцинациями [Жмуров В.А., 1988]. При тщательном расспросе можно выяснить, что больные не слышат мнимую речь, а чувствуют, что о них говорят, бранят их, не видят галлюцинаторные образы, а чув­ствуют присутствие какого-то человека.

**Омброфобия** (*греч. ombros —* дождь, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь попасть под дождь.

**Омега меланхоликов** [Schuele H., 1898]. Наблюдающаяся при выраженной депрессии кожная складка между бровями в виде греческой буквы «омега».

**Онанизм.** Вызывание оргазма искусственным раздражением наружных поло­вых органов. Назван по имени библейского Онана, сына Иуды, таким образом проте­стовавшего против необходимости вступить в брак со вдовой старшего брата. Поми­мо физического онанизма, когда половое возбуждение и оргазм достигаются меха­ническим воздействием на половые органы, выделяют также и психический, вызыва­емый фантазированием специфического сексуального характера.

Син.: мастурбация, ипсизм, рукоблудие.

**Онанофобия** (*онанизм* + *греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь вредных последствий онанизма. Нередко является следствием ятрогении или эгро- тогении, однако довольно часто обнаруживается в дебюте шизофрении, когда боль­ной пытается психологически увязать признаки происходящих с ним изменений с психологически понятными моментами.

**Онейроид** (*греч. oneiros* — сон, *-eides —* подобный, похожий). См. *Синдром онейроидный.*

**Онейроидные состояния** (*греч. oneiros —* сон, сновидение, *-eides —* подоб­ный, похожий) [Regis E., 1894; Mayer-Gross W., 1924]. Психотические состояния, ха­рактеризующиеся калейдоскопичностью переживаний, в которых сливаются в еди­ное целое реальное, иллюзорное и галлюцинаторное.

Типична необычность, фантастичность происшествий и положений, пережива­емых больным, носящих обычно угрожающий, мрачный характер. Иногда это карти­ны грандиозных катастроф. Отдельные сцены в болезненных переживаниях не свя­заны друг с другом, носят незавершенный характер, создают у больных аффектив­ную напряженность. Больные переживают ужас, томительное ожидание, отчаяние, однако в редких случаях отмечается ироническое отношение больных к болезнен­ным переживаниям. Сам больной остается лишь зрителем онейроидных пережива­ний, не участвует в них активно, как при делирии, однако испытывает при этом тяж­кое чувство беззащитной пассивности и, в то же время, своей ответственности за происходящее. В некоторых случаях в О.с. включаются элементы «шизофреническо­го реквизита» — ощущение зависимости от внешних сил, амбивалентные тенден­ции, сопровождающий иллюзии и галлюцинации бред особого значения. О.с. вклю­чают элементы искаженных реальных воспоминаний, отражение реально происхо­дящих событий.

В отличие от делирия, при котором галлюцинаторные переживания разыгры­ваются в реальном пространстве, при О.с. грезоподобные состояния носят характер сновидных переживаний и псевдогаллюцинаций и разворачиваются в мире субъек­тивных представлений и фантазий; при О.с. могут наблюдаться нарушения самосо­знания.

Если при делирии поведение больных определяется обманами чувств, они ча­сто активно ищут спасения, то при О.с. больной чаще всего лежит в оцепенении, реже возбужден, его лицо характеризуется однообразной, застывшей мимикой, ино­гда лишь отмечается восторженно-экстатическое выражение. Чаще всего внешний облик больных при О.с. характеризуется безмолвием, внешней безучастностью, от­решенностью.

Амнезия после О.с. выражена меньше, чем после делирия.

В зависимости от преобладания аффекта различают его маниакальный (экс­пансивный) и депрессивный варианты. Первому присущи идеи величия, высокого происхождения; второму — пониженное настроение, проявления синдрома Котара (см.). В развитии О.с. различают этапы: начальный (протекает с аффективными расстройствами), бредового настроения, бреда инсценировки с ложными узнавания­ми, острой фантастической парафрении и истинного онейроида.

E. Regis описывал О.с. при инфекционных и интоксикационных психозах и на­зывал их онирическим бредом (см.).

W. Mayer-Gross рассматривал О.с. как проявления атипичного течения маниа­кально-депрессивного психоза и шизофрении. В отечественной литературе извест­ны описания О.с. при шизофрении [Молохов А.Н., 1936; Абашев-Константиновский А.Л., 1939], маниакально-депрессивном психозе [Абрамович Г.Б., 1940], экзогенных психозах [Шнейдер В.Г., 1966]. В отличие от экзогенных психозов О.с. при шизофре­нии имеют тенденцию к редуцированию с утратой яркости галлюцинаторных пережи­ваний и преобладанием в психопатологической структуре компонентов патологии мышления [Банщиков В.М., Короленко Ц.П., Давыдов И.В., 1971]. Попытка выделе­ния психозов с О.с. в отдельную нозологическую форму (онейрофрения Медуны) не была поддержана большинством психиатров.

**Онейрофрения** (*греч. oneiros —* сон, сновидение, *phren —* ум, разум) [Meduna L.J., 1950]. Психотические состояния, выделенные из группы шизофрении и характе­ризующиеся острым началом заболевания, возможностью благоприятного исхода, хорошим терапевтическим эффектом при применении активных методов лечения. В клинической картине — расстройства восприятия, дереализация, нарушения «схемы тела», недостаточно ясное сознание, истинные галлюцинации.

В настоящее время нозологическая самостоятельность О. не признается.

**Ониомания** (*греч. onios —* покупаемый, *mania —* влечение, страсть, безумие). Непреодолимое влечение делать покупки, часто ненужные, без учета своих возмож­ностей. Наблюдается при маниакальных состояниях.

**Ониризм** (*греч. oneiros —* сон, сновидение). См. *Режи онирический бред.*

**Ониродиния** (*ониро + греч. odyne —* боль). Расстройства сна, характеризую­щиеся возникновением мучительно-тягостно ярких сновидений, кошмаров.

Син.: сновидения мучительные.

**Онихалгия истерическая** (*греч. опух —* ноготь, *algos —* боль). Разновидность болевого синдрома при истерии. Часто возникает там где когда-то был болезненный процесс (панариций, паронихий).

**Онихотилломания** (*онихо + греч. tillo —* выдергивать, *mania —* страсть, без­умие, влечение). Непреодолимое влечение, стремление разрушать свои ногтевые пластинки.

**Онихофагия** (*онихо* + *греч. phagein —* есть). Навязчивое обкусывание ногтей.

**Онихохейлофагия** (*онихо + греч. cheilos —* губа, *phagein —* есть). Навязчи­вое кусание ногтей и губ.

**Ономатолалия** (*греч. onoma* — имя, слово, *lalia —* речь, болтовня). Насиль­ственное повторение больным отдельных слов.

**Ономатомания** (*онома + греч. mania —* страсть, влечение, безумие) [Charcot J.M., Magnan V.]. Навязчивое влечение запоминать имена, названия и другие слова.

**Ономатопоэтическая речь** (*онома + греч. poetika —* поэтическое искусство). Разновидность инфантильной речи, когда для обозначения предметов или живых су­ществ используются символические мимические знаки или их звуковые признаки (например, собака — гав-гав и т.п.). Наблюдается иногда при истерическом пуэри- лизме, шизофренической манерности.

**Опека.** Назначение специального лица или нескольких лиц для защиты прав и интересов психически больного, признанного недееспособным (см. *Недееспособ­ность*)*.* Опекуны назначаются опекунским советом при районной администрации, ко­торый осуществляет контроль над их деятельностью, не допускает ущемления пра­вовых и материальных интересов больного.

**Опиомания.** Опийная наркомания. Включает в себя опиокурение и опиофа- гию; при последней опий принимается внутрь в виде порошка, пилюль, настоя. Нар­котическим действием обладают содержащиеся в головках мака Papaver somniferum алкалоиды фенантреновой группы (морфин, кодеин).

**Опистотонус** (*греч. opisthen —* сзади, назад, *tonos —* напряжение). Тониче­ское сокращение мышц спины и шеи с запрокидыванием головы, вытягиванием ко­нечностей, иногда спастическим прижатием рук к груди. Наблюдается при лептоме- нингитах и столбняке (рефлекторный О., связанный с воздействием внешних раз­дражителей), при опухолях мозжечка и при истерии. Истерический О. является фа­зой большого истерического припадка (дуга истерическая), как правило носит психо­генный характер, возникает в связи с аффективно окрашенными переживаниями.

**Опознания ложные** [Hagen F.W., 1837]. Расстройства индивидуального узна­вания, то есть ошибочные опознания тех или иных объектов как конкретно «знако­мых» или «незнакомых», при правильной их категоризации. К О.л. относятся симпто­мы положительного и отрицательного двойников в рамках Капгра синдрома, Фрего- ли симптом, Курбона и Тюска бред интерметаморфозы. Наблюдаются при многих психических заболеваниях, однако в структуре некоторых из них приобретают специ­фические черты, например, стойкость и тесная связи с бредом и явлениями психи­ческого автоматизма при шизофрении, эпизодичность при острых экзогенно-органи­ческих психозах, неуклонная прогредиентность при сенильной деменции [Краснов В.Н., 1976].

**Оппенгейма синдром** [Oppenheim Н., 1902]. Эксплозивный, пароксизмальный смех, сочетающийся с утратой тонуса мышц, недержанием мочи, нарушенным со­знанием. Редкий вариант эпилептического припадка, обычно височного происхожде­ния.

Син.: приступ смеха, смех эксплозивный.

**Опустошение динамическое** [Janzarik W., 1959]. Симптомокомплекс, харак­теризующийся потерей эмоциональной выразительности и инициативности, чув­ственной холодностью, малой доступностью контакту, отсутствием интересов, недо­статочностью выдержанности и целенаправленности деятельности. Проявление ши­зофренического дефекта, в чистом виде наблюдается при простой форме шизофре­нии.

**Опьянение.** Состояние, возникающее вследствие острой интоксикации нейро­тропными средствами и характеризующееся комплексом характерных психических, вегетативных и соматоневрологических расстройств. Б начальной стадии отмечает­ся эйфория, которая сменяется нарастающим психическим возбуждением, а затем — торможением с явлениями оглушения.

***О. алкогольное*** возникает вследствие употребления спиртных напитков. В соответствии с клиникой по тяжести психических нарушений различают 3 его стадии (степени). В О. I степени превалируют эйфория, легкое психомоторное возбуждение, снижение продуктивной мыслительной деятельности, ухудшение восприятия. Тяже­лое О. протекает с резким угнетением всех функций организма и нарушением созна­ния вплоть до комы.

***О. алкогольное атипичное*** чаще всего является осложненным, протекаю­щим на патологической почве [Жислин С.Г., 1965] у психически больных, психопати­ческих личностей, при наличии резидуально-органической патологии головного моз­га. Резко усиливается какая-то одна группа симптомов, нарушается последователь­ность стадий О., появляются симптомы, не характерные для простого алкогольного О. Ориентировка в окружающем и в собственной личности не нарушена, пережива­ния и поступки нередко связаны с окружающей действительностью. Амнезии по вы­ходе из алкогольного атипичного О. нет, однако воспоминания носят фрагментарный характер.

Син.: измененные формы О. [Жислин С.Г., 1965], О. осложненное [Wyss R., 1967].

***О. алкогольное патологическое*** [Krafft-Ebing R., 1869]. Психотические фор­мы алкогольного опьянения, отличающиеся от простого опьянения выраженными расстройствами сознания и отсутствием физических признаков опьянения. Расстройства сознания проявляются в нарушениях поведения и речи, своеобразных действиях и поступках, в отсутствии правильной ориентировки в окружающем, двига­тельном возбуждении, наличии бреда и галлюцинаций. Различают две основные формы О.а.п.: делирантную, для которой кроме зрительных галлюцинаций характер­ны бредовые идеи преследования и отношения, и эпилептоидную, отличающуюся резко возникающим двигательным возбуждением и сильным аффектом страха [Bonhoeffer К., 1906]. В отечественной судебной психиатрии принято разделение на эпилептоидную и параноидную формы алкогольного опьянения (параноидная форма соответствует делирантной в систематике K. Bonhoeffer).

В генезе патологического опьянения большую роль играют такие факторы, как резидуальная органическая патология головного мозга, а также астенизация орга­низма в связи с переутомлением, недосыпанием, недоеданием, высокой температу­рой окружающей среды.

***О. астматоловое.*** Возникает при приеме больших доз астматола. Характе­ризуется чрезвычайной яркостью восприятия, повышением остроты зрения, часто окружающие предметы окрашены в зеленый цвет.

***О. гашишное*** характеризуется легким, беззаботным настроением, на фоне которого возникают расстройства восприятия пространства, объема окружающих предметов и цвета. При более тяжелой степени — иллюзии, деперсонализация и де­реализация, фантастические грезы. При значительной передозировке развивается острый психоз, чаще всего протекающий с делириозным синдромом (см. *Делирий гашишный*).

***О. депрессивное алкогольное.*** Выраженная гипотимия сочетается с нерезко выраженной психомоторной заторможенностью. Реальны суицидальные попытки. Вариант алкогольного атипичного О.

***О. кокаиновое.*** Характеризуется эйфорией, явлениями психомоторного воз­буждения (ускорение ассоциативных процессов, многоречивость, повышенное стремление к деятельности, гиперкинезия). При приеме значительной дозы кокаина появляются микроптические зрительные галлюцинации, расстройства схемы тела, изменения сознания; при выраженной степени интоксикации развивается картина кокаинового делирия.

При О. легкой и средней степени через 2-3 часа, когда действие кокаина осла­бевает, наступает слабость, дисфорически-раздражительное настроение. Характер­на вегето-соматическая симптоматика — тремор, понижение тонуса, тахикардия.

***О. маниакальноподобное*** [Фельдман Э.С., 1963]. Ажитированная форма ал­когольного атипичного О. На первый план может выступать дурашливость, пуэриль- ность, склонность к неуместным шуткам. Нередко — гиперсексуальность. Иногда возбуждение носит характер стереотипных автоматизированных действий.

***О. мескалиновое.*** Характеризуется зрительной гиперестезией, особенно к цвету, появлением ярких сценоподобных, полиморфных, калейдоскопически измен­чивых зрительных галлюцинаций фантастического содержания, расстройств схемы тела.

***О. морфинное.*** Уже в начале — эйфория, приятное чувство разливающегося по телу тепла, легкий зуд кожи, затем — ощущение покоя с положительно окрашен­ными и быстро меняющимися визуализированными представлениями, грезоподоб­ными фантазиями при двигательной заторможенности. Характерна гиперемия кожи лица.

***О. наркоманическое.*** Понятие обобщающее, недифференцированное. Воз­никает при употреблении наркотиков. Для большинства его видов характерно появ­ление эйфории, отрешенности от окружающего, изменения самосознания, иллюзор­ных и галлюцинаторных переживаний.

***О. наркотическое.*** Тяжелая степень О., характеризующаяся выраженным оглушением и последующей полной амнезией. Наблюдается при наркотизировании для производства хирургических операций в качестве начальной стадии общего нар­коза или в виде кратковременного раушнаркоза.

***О. параноидное.*** Характерны кататимные бредовые идеи, чаще всего ревно­сти, подозрительное отношение к окружающим. Иногда — отдельные отрывочные идеи отношения, преследования. Возможны обманы слуха (иллюзии, элементарные слуховые галлюцинации). Вариант алкогольного атипичного О.

***О. с истерическими чертами*** [Жислин С.Г., 1965]. Характерны театрализо­ванное, с наигранным аффектом поведение, позерство с переходами от самовос­хваления к самоуничижению, стремление представить себя не пьяным, а психически больным и соответственно строить свои поступки. Возможны легкие самоповрежде- ния, демонстрация суицидальных действий. Истерические моторные проявления (астазия-абазия, двигательная буря, истерические припадки, «рефлекс мнимой смерти»). Вариант алкогольного атипичного О.

***О. эпилептоидное.*** Вариант алкогольного атипичного О. Характеризуется депрессивно-дисфорическим настроением и приступами двигательного возбужде­ния. В отличие от О. алкогольного патологического отсутствуют расстройства созна­ния.

Син.: О. с эксплозивностью.

**Опьянение сном** [Hudden H., 1905]. Неполное пробуждение, внезапно насту­пающее среди глубокого сна. Характеризуется аффективной окраской, неясным со­знанием. Нередки агрессивные поступки. Играют роль конституциональное предрас­положение, употребление алкоголя перед засыпанием («алкогольное опьянение сном»), глубокие переживания накануне сна («аффективное опьянение сном»), яр­кие образные кошмарные сновидения («сновидное опьянение сном»), чувство неу­довольствия при пробуждении. Соответствует современным представлениям о про- соночных состояниях патологических.

**Оральная фаза** (*лат. os, oris —* рот). Психоаналитический термин, использу­емый для обозначения начальной фазы нарцистической стадии формирования ли­бидо, когда эротическое наслаждение ребенок получает, хватая инстинктивно губа­ми различные предметы. Основной орган удовольствия — рот (сосание, затем куса­ние). Соответствует возрасту до года. См. *Либидо.*

**Оргазм** (*греч. orgao —* пылать страстью). Высшая степень эротического на­слаждения, возникающая в момент завершения полового акта или других форм по­ловой разрядки.

**Оргастичность.** Показатель, характеризующий состояние половой деятельно­сти женщины и определяющийся отношением (в процентах) частоты наступления оргазма к общему числу имевших место за определенный период половых актов.

**Оргиастические состояния** (*греч. orgia —* обряд). Вид экстатических состоя­ний, связанных с отправлением обрядовых действий, например, камланье шаманов, пляска дервишей и т.п.

**Ориентировка** (*лат. oriens —* восток). Сложная психическая функция, опре­деляющая осознание собственной личности, непосредственной ситуации, про­странственной локализации и текущих хронологических данных. Различают О. алло- психическую (в окружающей обстановке), аутопсихическую (в собственной личности), соматопсихическую (осознание состояния собственного организма и происходящих в нем процессов), топологическую (осознание пространственных па­раметров обстановки), хронологическую (осознание временных критериев). При на­рушении одного из этих параметров говорят о соответствующем виде дезориенти­ровки. Кроме того, дезориентировка может быть бредовой (часто это двойная О.) и амнестической (при фиксационной амнезии).

**Ориентировка двойная.** Характеризуется одновременным сосуществовани­ем правильных и ложных представлений. Наблюдается в структуре некоторых бре­довых синдромов (особенно парафренных) и при некоторых формах нарушенного сознания (делирий, онейроид).

**Ортотонус** (*греч. orthos —* прямой, *tonos —* напряжение). Вынужденное поло­жение тела с выпрямленным туловищем, разогнутыми и приведенными конечностя­ми. Наблюдается *у* больных столбняком, при резком тоническом сокращении всех мышц туловища и конечностей.

**Осгуда—Гофштеттера методика полярных профилей** [Osgood Ch., 1952; Hofstatter R., 1952]. Экспериментально-психологическая методика для исследования личности по самооценке с помощью набора предлагаемых исследуемому полярно противоположных свойств личности. Методически близка к Осгуда методике семан­тического дифференциала, отличаясь от нее более узкой целенаправленностью, может рассматриваться как ее частный вариант.

**Осгуда методика семантического дифференциала** [Osgood Ch., 1952]. Пси­хологическая методика, первоначально предназначавшаяся для экспериментальных психолингвистических исследований, для измерения «прагматических значений» слов. Обследуемый оценивает предлагаемые ему понятия с помощью набора граду­ированных шкал, полярные точки которых представлены словами-антонимами. В по­следнее время методика используется в клинической психологии для характеристик самооценки личности (см. *Осгуда—Гофштеттера методика полярных профилей*) и присущей ей системы отношений, особенно при неврозах. Может сочетаться с при­менением проективных методик.

**Осипова проба** [Осипов В.П., 1923]. Одна из суггестивных проб на выявление делирия. В делириозном состоянии больной после внушения о том, что ему как буд­то вкладывают в кисть руки какой-то предмет и зажимают ее, утверждает, что ощу-

щает этот предмет ладонью и пытается угадать, что же там находится.

**Особые состояния** [Гуревич М.О., 1936]. Расстройства сознания, отличающи­еся от типичных сумеречных отсутствием последующей полной амнезии. Сознание сужено, но окружающее, хотя и искаженно, воспринимается. Сохраняется частичная ориентировка во времени и месте. Характерны психосенсорные расстройства.

О.с. могут быть эквивалентом эпилептического припадка. К ним причисляется и аура, о которой сохраняются воспоминания.

**Остановка речи эпилептическая.** Пароксизмальное эпилептическое прояв­ление, кратковременный эпизод мутизма, вызванный нейронными разрядами в ниж­ней части роландовой области, реже — в дополнительной моторной зоне одного из полушарий. Внутренняя речь при этом не нарушается. Следует отличать от эпилеп­тических афатических припадков [Gastaut H., 1975].

**Остроумова синдром** [Остроумов А.А., 1895]. Типичная форма психогенных дыхательных расстройств, наблюдающихся у больных неврозами и характеризую­щихся «голодом воздуха». В связи с этим, для преодоления ощущения дефицита воздуха, больные форсируют дыхательные движения, делают более глубокие вдохи, что приводит к искусственной гипервентиляции и появлению таких ощущений, как го­ловокружение, тошнота и пугающая больного потребность во вдохе. Характерны му­чительно переживаемое больным углубление вдоха при неполноценном выдохе, утрата непроизвольности дыхания, мысли о неполноценности дыхания, кислород­ном голодании, чувство тревоги и страха смерти от удушья, депрессии [Карвасар- ский Б.Д., 1980]. Один из вариантов системных висцеральных нарушений (см. *Не­врозы системные*)*.*

**Отвлекаемость.** Нарушение внимания, его устойчивости. Характерно бы­строе переключение внимания в связи с появлением новых внешних раздражителей или при возникновении случайных ассоциаций. Наблюдается при маниакальных и гипоманиакальных состояниях.

**Отек мозга.** Увеличение объема головного мозга в результате своеобразных нарушений водно-солевого обмена. Клинически проявляется внутричерепным гипер- тензионным синдромом вследствие чрезмерного накопления воды в тканях головно­го и спинного мозга. Характерны общемозговые явления (головная боль, рвота, за­стойные соски зрительных нервов) и, при очаговом отеке, локальные симптомы. На­блюдается при черепно-мозговой травме, опухолях головного мозга, гиперинсоля­ции, нейроинфекциях. Возможны психотические состояния (см. *Фауста психозы*)*.*

**Отелло синдром.** Бред ревности. Описан J. Todd и K. Dewhurst [1955]. Чаще всего проявляется в четвертой декаде жизни. Появляется подозрение в неверности супруга или супруги. Нередко поводом служит неадекватная интерпретация реаль­ного и весьма банального эпизода супружеских взаимоотношений. Следуют настой­чивые и длительные поиски доказательства измены, требования к партнеру по браку признать свою вину. Как доказательство неверности часто воспринимается отказ су­пруги или супруга от половой близости, что нередко связано с повышенной сексу­альной активностью больного. Чаще болеют мужчины. Бредовой синдром носит ха­рактер параноического и может наблюдаться у алкоголиков, психопатических лично­стей, при шизофрении, эпилепсии, эндогенной депрессии.

**Отематома** (*греч. otos —* ухо, *haimatoma —* кровоизлияние). Кровоизлияние под нахрящницу ушной раковины с последующим воспалением хряща и деформаци­ей уха. Возникновение О. связано с изменением обменных процессов в организме, витаминной недостаточностью, снижением реактивности, сопротивляемости, меха­нической траматизацией. Чаще всего наблюдается при прогрессивном параличе и исходных состояниях шизофрении при длительном лежании на одном боку, при уши­бе.

**Откликаемость.** Включение больным в собственную речевую продукцию слов и звуков из окружающего. Различают О. эхолалическую (первичную), при которой услышанные звуки, слова повторяются без изменения, и вторичную, сложную — эти слова и звуки не только повторяются, но в речи больного содержится и ответ на них.

**Открытых дверей система.** Режим психиатрических стационаров, при кото­ром свобода передвижения больного в здании лечебного учреждения и на прилега­ющей территории не ограничивается. Отсутствие замков на дверях компенсируется тщательным надзором персонала.

**Отреагирование.** Двигательная или речевая деятельность, снимающая пси­хическую напряженность. Термин был предложен J. Breuer и S. Freud [1895] для обозначения процесса, при котором психическая травма и связанный с ней аффект находят выход в словах и действиях, результатом чего является устранение внутри- психического напряжения. О. происходит при психотерапии — в гипнозе, катарзисе.

**Отсроченная реакция.** Целенаправленная поведенческая реакция, реализу­ющаяся не сразу после воздействия стимула, а через некоторое время, с задержкой.

**Отчуждение чувств.** Проявление психического автоматизма. Больной испы­тывает чувство утраты контроля над своими эмоциями, возникающими и исчезаю­щими в результате постороннего воздействия.

Син.: отчуждение эмоций.

**Отчуждение эмоций.** См. *Отчуждение чувств.*

**Офидиофобия** (*греч. ophidion —* змея, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь змей.

**Офтальмоплегия истерическая** (*греч. ophtalmos —* глаз, *plege —* удар, пора­жение, *hystera —* матка). Симптом, имитирующий истинную офтальмоплегию, однако мышцы глаза при этом не парализованы, автоматизированные движения глазных яблок сохранены и при отвлечении внимания больного явления О.и. исчезают. Тако­го же эффекта можно добиться гипнотическим внушением.

**Охлофобия** (*греч. ochlos —* толпа, *phobos —* страх). См. *Демофобия.*

**Оценка ремиссий при шизофрении.** [Серейский М.Я., 1939]. Предусматрива­ет четыре типа лечебных ремиссий: А — отсутствуют признаки болезни, восстанав­ливается критическое отношение к перенесенному, социально-трудовая приспособ­ленность не снижается; В — незначительно выраженные признаки психического де­фекта и остаточная болезненная симптоматика существенно не мешают трудовой деятельности больного; С — выраженный психический дефект со снижением трудо­способности; Д — незначительное (так называемое внутрибольничное) улучшение.

**Очаг эпилептический.** Группа нейронов, участвующих в возникновении фо­кального эпилептического припадка. При распространенных или генерализующихся припадках О.э. считаются те нейроны, с которых начался разряд. Наличие О.э. обна­руживается на ЭЭГ и вне припадка по наличию при соответствующих отведениях ло­кальной эпилептической активности.

**Очаг эпилептогенный.** Локальное морфологическое поражение мозга (рубец, опухоль и т.д.), создающее вокруг перевозбуждение нейронов, то есть эпилептиче­ские очаги — один или несколько.

**«Очень ранее слабоумие»** (*лат. dementia praecocissma*)*.* См. *Санте де Сан­тиса болезнь.*

**Ощущение.** Первая ступень познавательной деятельности человека. О. — от­ражение свойств предметов объективного мира, как внешней среды, так и собствен­ного организма. Они возникают в результате воздействия предметов внешнего мира на органы чувств. О. представляют процесс чувственно-образного отражения пред­метов и явлений в единстве их свойств. На основе ощущений формируется процесс восприятия. Ощущения различают по модальности (зрительные, слуховые и т.д.). Три основных класса О.: экстероцептивные (дистантные и контактные); проприо­цептивные или кинестетические; интероцептивные или органические. В генетиче­ском аспекте H. Head разделял более древнюю протопатическую и более молодую эпикритическую чувствительность.

**Ощущение эпилептическое.** Элементарное чувствительное проявление, воз­никающее без внешнего раздражителя и представляющее собой основное (часто начальное), а иногда и единственное проявление фокального эпилептического при­падка при наличии эпилептического очага в сенсорной зоне коры. В соответствии с локализацией очага различают ощущения слуховые, зрительные, вкусовые, обоня­тельные, сомато-сенсорные, головокружения.

***О.э. вегетативное*** возникает при локализации эпилептического очага в ви- сочно-инсуло-орбитальной области и носит характер дигестивных (сухость во рту, сжимание в горле, неприятное ощущение в эпигастрии, боли в животе), сердечных (тахикардия, повышенная возбудимость сердца), респираторных (покалывание в гортани, чувство удушья), вазомоторных (ощущение жара, холода) ощущений.

***О.э. генерализованное соматическое*** захватывает все тело, особенно ко­нечности. Характерно для локализации очага в височной доле, средней лобной об­ласти, вторичном или добавочном чувствительном поле. Описывается больными как чувство тяжести, слабости, стягивания, холода и т.п.

***О.э. головы*** наблюдается при локализации очага в височной доле, нижней роландовой области, добавочном или вторичном чувствительном поле. Характери­зуется как чувство тяжести, пустоты в голове, стягивания ее и т.д.

\_П\_

**Павлова симптом.** Находящийся в состоянии кататонического ступора боль­ной не выполняет инструкций и остается мутичным при обращении к нему обычным или громким голосом, но выполняет просьбу врача и отвечает на вопросы, заданные тихим голосом или шепотом. И.П. Павлову принадлежит патофизиологическая трак­товка этого симптома как проявления ультрапарадоксальной фазы в коре головного мозга у больных шизофренией.

**Павлова теория** [Павлов И.П.]. Теория высшей нервной деятельности. Психи­ческие процессы изучаются с детерминистических материалистических позиций в связи с концепцией условных рефлексов. Для психиатрии особое значение приобре­ли разработанные школой Павлова положения о двух сигнальных системах, о дина­мической локализации функций, материалы изучения гипноидно-фазовых состояний в коре большого мозга и взаимоотношений между основными нервными процесса­ми, исследование экспериментальных неврозов. Принцип динамической локализа­ции функций лег в основу разработанной советскими психологами и нейрофизиоло­гами концепции функциональных систем в головном мозге [Леонтьев А.П., Лурия А.Р., Анохин П.К.].

П.т. сыграла значительную роль в изучении патофизиологических механизмов ряда важных психопатологических проявлений — кататонических симптомов, бреда, маниакальных и депрессивных состояний [Иванов-Смоленский А.Г., Протопопов В.П., Чистович А.С.].

В работах Павлова были раскрыты механизмы истерического, навязчивого и параноического симптомообразования.

Разработанный Павловым совместно с С.П. Боткиным принцип нервизма сы­грал свою роль в развитии теории и практики отечественной медицины.

Концепция Павлова о сне как о разлитом торможении, имеющем охранитель­ное значение для деятельности центральной нервной системы, послужила основой разработки методов лечения нервно-психических и соматических заболеваний — лечение сном (медикаментозным и электросном), психотерапии, в первую очередь

— гипнотерапии.

В отечественной психологии и психиатрии широко используется разработан­ная Павловым типология высшей нервной деятельности.

**Пажизм** (*фр. page —* паж, в средние века юноша дворянской фамилии, состо­явший в качестве личного слуги при знатной особе). Проявление мазохизма, поло­вое удовлетворение от роли слуги, пажа.

Син.: сервилизм.

**Палеофрения** (*греч. palaios —* древний, *phren* — ум, разум) [Pierson, 1955]. Попытка выделения в качестве самостоятельной нозологической формы психозов, проявляющихся в импульсивных реакциях с выраженными антисоциальными, крими­нальными тенденциями и совершаемыми в силу этого особенно жестокими преступ­лениями. Отмечается у народов экономически отсталых стран, находившихся дли­тельное время в колониальной зависимости (Марокко). Концепция Pierson близка к теории первобытного «дологического» мышления L. Levy-Bruhl [1930], якобы прису­щего первобытным и нецивилизованным народам, однако, в отличие от последней, при ней речь идет о глубинных инстинктах, о чувственной сфере, будто бы мало из­меняющейся со времен глубокой старины, о скрытых «подземных» архетипах (см. *Юнга аналитическая психология*)*.* Концепция палеофрении, утверждающая, что не­цивилизованным народам в силу их глубинной психологической структуры присуще, иногда даже несмотря на приобретенный внешний лоск, презрение к человеческой жизни и полное отсутствие сознания совершенного преступления, полностью игно­рирует социально-экономические факторы жизни этих народов, является биологиза- торски-расистской. Она клинически недостоверна и методологически неприемлема для отечественных психиатров. Так же, как и теория L. Levy-Bruhl, она не объясняет, почему в развитии психической деятельности современного человека возможен про­вал в стадию присущей первобытному человеку аффективной сферы.

**Палилалия** (*греч. palin —* вновь, опять, снова, *lalia —* речь) [Brissaud E., 1899; Souques M.A., 1908; Pick A., 1921]. Стереотипное многократное повторение одного и того же слова или двух-трех слов, часто в нарастающем темпе. Отличается от пер­северации тем, что повторяются слова независимо от их положения в фразе, а так­же тем, что повторяемые слова не всегда тождественны прототипу. В процессе па- лилалического повторения слов звучность голоса может убывать, и тогда наблюда­ется афоническая П.

Является выражением стриарной патологии, может наблюдаться в структуре постэнцефалитического паркинсонизма, псевдобульбарного синдрома. Типичный симптом картины распада речи при болезни Пика.

**Палилалия эпилептическая.** См. *Припадок палилалии эпилептический.*

**Палимпсест алкогольный** (*греч. palimpsestos —* вновь соскобленный) [Bonhoeffer К., 1901]. Симптом, характеризующийся неспособностью воспроизводить отдельные детали, эпизоды, подробности, относящиеся к периоду алкогольной ин­токсикации. Появление П. [Пятницкая И.Н., 1966] — признак систематического зло­употребления алкогольными напитками, предшествующий появлению амнестиче­ских форм алкогольного опьянения. П. обнаруживаются в начальной стадии алкого­лизма, тогда как амнезии появляются на фоне уже сформировавшегося синдрома физической зависимости. Первоначально этот термин в психиатрии и криминологии был применен C. Lombroso в 1899 г. в переносном смысле для обозначения давно стертых надписей в местах заключения, прочтение которых может якобы дать воз­можность проникнуть в психологию заключенных.

П. — в древности и в раннем средневековье рукопись, написанная на перга­менте по смытому или счищенному первичному тексту. Сквозь новый текст П. иногда проступает прежний.

**Палингенез** (*палин + греч. -genes* — порождающий). Бред, воспроизводящий картины каких-либо этапов прошлой жизни больного (П. в биологии — повторение в онтогенезе филогенетических качеств). Бред, близкий к метемпсихотическому, то есть в фабуле которого фигурирует переселение в прошлом души в разные суще­ства и неживые предметы.

Син.: палинбиоз.

**Палинграфия** (*палин + греч. grapho —* писать). Расстройство письменной речи в виде многократного повторения слов или коротких фраз. Проявление в пись­ме палилалии. Эти симптомы часто сочетаются при поражении стриарной системы головного мозга. Наблюдается при постэнцефалитическом паркинсонизме, псевдо- бульбарном синдроме, болезни Пика.

**Палинергия** (*греч. palin —* вновь, опять, снова, *ergon —* работа) (Гиляровский В.А., 1931]. Многократное бессмысленное повторение одних и тех же сложных дви­жений и действий. Наблюдается при болезни Пика.

Син.: двигательные итерации (*лат. iteratio —* повторение).

**Палинкинезия** (*палин + греч. kinesis* — движение). Расстройство моторики в виде многократного повторения одного и того же движения, жеста. Проявление дви­гательной стереотипии.

**Палинмнезия** (*греч. palin —* вновь, опять, снова, *mnesis —* воспоминание, па­мять). Восстановление в памяти больного событий, ранее подвергшихся амнезии.

**Палинопсия** (*палин* + *греч. opsis —* зрение). Нарушение зрительного восприя­тия. Зрительный образ увиденного предмета сохраняется или повторно возникает после краткого перерыва, хотя сам объект из поля зрения больного исчез.

**Палинпраксия** (*палин* + *греч. praxis —* дело, действие). См. *Палинергия.*

**Палланестезия** (*греч. pallo —* дрожать, трясти, *an —* отрицание, *aisthesis —* чувство, ощущение). Нарушение восприятия вибрации предметов, наблюдается при спинной сухотке.

**Паллестезия.** Вибрационная чувствительность, вид проприоцепции.

**Паллиативный** (*лат. pallio —* прикрывать, сглаживать, *фр. palliatiff —* паллиа­тив, полумера). Имеющий характер полумеры, приносящий лишь временное облег­чение, ослабляющий проявления болезни, но не излечивающий ее.

**Пальпеброспекция** (*лат. palpebra —* веко, *spectratio —* смотрение, глядение) [Завилянская Л.И., 1987]. Психотерапевтический прием, дополняющий аутогенную тренировку и заключающийся в вызывании элементарных зрительных ощущений типа фотопсий при дозированном надавливании на глазные яблоки при закрытых глазах и сосредоточении на этом внимания пациента. В описании полученных таким образом зрительных восприятий учитывается фон (его цвет, изменчивость, зависи­мость интенсивности зрительных ощущений от яркости цвета, проникающего через сомкнутые веки, появление калейдоскопических узоров, положительная аффектив­ная значимость восприятия). П. имеет значение успокаюшего воздействия и может использоваться для коррекции эмоционального состояния при невротических состо­яниях и декомпенсации акцентуаций характера.

**Память.** Способность организации и сохранения прошлого жизненного опыта, позволяющая его повторное использование в деятельности или возвращение в сфе­ру сознания. П. осуществляет связь времен — прошлого, настоящего и будущего и является важной психической функцией, обеспечивающей развитие индивидуума и его обучение. Основные процессы П. — запоминание, удержание, воспроизведение, забывание. Характеристика П. и ее расстройств имеет важное диагностическое зна­чение и в значительной мере определяет возможности социально-трудовой реаби­литации, особенно при органических заболеваниях головного мозга.

***П. ассоциативная*** характеризуется тем, что элементы запоминаемого связы­ваются между собой ассоциативно (См. *Ассоциации*)*.*

***П. двигательная.*** Ее объект — движения, их координация и последователь­ность. В значительной мере является автоматизированной.

***П. долговременная*** обеспечивает длительное удержание знаний (часы, годы, иногда десятилетия). Относится также к умениям и навыкам. Характеризуется значи­тельным объемом удерживаемой информации. Для перевода запоминаемого мате­риала в П.д. необходима его осмысленная интерпретация.

***П. зрительная.*** Вид, модальность П., связанной с деятельностью зрительно­го анализатора. Может носить характер наиболее выраженной, по сравнению с дру­гими видами П.

***П. кратковременная*** обеспечивает оперативное удержание и преобразова­ние материала, необходимого в процессе непосредственной деятельности. Перевод запоминаемого из сенсорной сферы в П.к. осуществляется благодаря функции ак­тивного внимания. Продолжительность удержания информации не превышает де­сятков минут.

Син.: П. оперативная.

***П. логическая*** построена на логически-смысловой (причинно-следственной) связи между запоминаемыми элементами.

Син.: П. смысловая.

***П. механическая*** направлена на запоминание не связанных между собой ассоциативно или в логически-смысловом отношении элементов.

Син.: П. непосредственная.

***П. непосредственная.*** См. *П. механическая.*

***П. непроизвольная.*** Запоминаемый материал фиксируется в памяти вне уча­стия произвольного внимания.

***П. образная*** характеризуется преимущественной направленностью на опре­деленные образы (зрительные, слуховые, тактильные и др.).

***П. оперативная.*** См. *П. кратковременная.*

***П. опосредованная*** включает в себя П. ассоциативную и логическую.

***П. панорамическая*** (*греч. pan —* всё, *horama —* вид, зрелище). Характеризу­ется быстрым течением насильственных воспоминаний, в которых за короткое вре­мя, в ускоренном темпе больной как бы заново переживает продолжительные пери­оды своей жизни. Наблюдается при височной эпилепсии в сочетании с обонятельны­ми и вкусовыми галлюцинациями и сноподобными состояниями.

***П. произвольная.*** Процесс запоминания осуществляется целенаправленно, при участии активного внимания. Ср.: П. непроизвольная.

***П. словесная*** направлена на запоминание слов. Иногда термин употребляет­ся в смысле доминирования этой модальности П. над другими.

***П. слуховая*** направлена на запоминание звуков (музыки, шумов и т.д.).

***П. смысловая.*** См. *П. логическая.*

***П. эмоциональная.*** В запоминании того или иного материала важную роль иг­рают чувства, эмоции, аффективная значимость. См. *Закон Рибо.*

**Паналгия** (*греч. pan* — всё, *algos —* боль). Ощущение боли во всем теле.

**Панацея** (*лат. panacea —* по имени древнегреческой богини Панакии всеис­целяющей). Универсальное лекарство, исцеляющее от всех болезнен, поиском кото­рого в средние века занимались алхимики. Термин употребляется в переносном смысле, в образном значении, когда хотят подчеркнуть заранее заданную обречен­ность на неуспех какого-либо средства, претендующего на универсальный лечебный эффект.

**Панневроз** (*греч. pan —* всё + *невроз*) [Hoch P., Polatin P., 1948]. Форма псев- доневротического течения шизофрении, для которой характерно одновременное со­существование навязчивых, истерически-конверсионных и вегетоневротических симптомов, появляющихся одновременно с выраженным страхом уже в начале забо­левания. Преморбидно больные отличаются аутистическими особенностями лично­сти. В течении заболевания возможны психотические эпизоды («микропсихозы»), в картине которых наблюдаются ипохондрические идеи, идеи воздействия, явления деперсонализации.

**Панплегия** (*пан + греч. plegos —* удар, поражение). Паралич всех мышц тела вследствие органического поражения головного мозга или интоксикации (нарколеп­тические и катаплектические приступы, укус некоторых ядовитых змей).

**Пантомимика** (*пан*(*то*) + *греч. mimikos —* подражательный). Совокупность выразительных движений лица, головы, конечностей и туловища, сопровождающих речь и эмоции. Ассоциативная связь П. с мышлением и аффективностью лежит и основе использования мимико-жестовой речи для общения глухонемых.

**Пантофагия** (*пан*(*то*) *+ греч. phagein* — есть, пожирать). См. *Эврифагия.*

**Пантофобия** (*пан*(*то*) *+ греч. phobos —* страх). Навязчивое состояние, боязнь всего, что может произойти — любых событий, действий больного и окружающих, ка­ких бы то ни было изменений внешней и внутренней среды, боязнь всего вокруг.

Син.: панфобия, панофобия.

**Парабулия** (*греч. para —* рядом, вблизи, отклонение от чего-либо, *bule —* воля). Извращение волевой активности, сопровождающееся соответствующей дея­тельностью — негативизмом, импульсивностью, вычурностью и т.д.

**Парагевзия** (*пара + греч. geusus —* вкус). Извращение вкусовой чувствитель­ности, появление вкусовых ощущений при отсутствии соответствующего раздражи­теля. Наблюдается при поражении центрального отдела вкусового анализатора в коре головного мозга (оперкулярная область и гиппокамп) или проводящих путей вкусовой чувствительности.

**Парагномен** (*пара + греч. gnoma —* признак, знак) [Brzezicki E., 1950]. Неожи­данный, нехарактерный для данного больного с присущими ему до заболевания осо­бенностями поведения болезненный поступок. Может быть первым проявлением, продромальным признаком шизофренического процесса. Симптом имеет суще­ственное значение для судебно-психиатрической практики, когда наблюдаются слу­чаи совершения преступления, не мотивируемого бредовыми переживаниями, аф­фективными сдвигами, не обусловленного жизненной ситуацией. В этом плане П. совпадает с понятием «инициальный деликт» E. Stransky.

Син.: Бжезицкого симптом, Бжезицкого феномен.

**Параграфия** (*пара + греч. grapho* — писать). Расстройство письменной речи, аналогичное парафазии в устной. Проявляется неправильным написанием отдель­ных слов или букв, заменой одних букв другими.

**Парадоксия** (*греч. paradoxos —* неожиданный, странный). Патологическая по­ловая активность, наступающая либо преждевременно, до пубертатного периода (например, мастурбация у трехлетнего ребенка, коитус в семилетнем возрасте), либо в старческом возрасте. Детская П. часто связана с патологической наслед­ственностью или примером взрослых, но может быть и проявлением опухоли гипо­физа или гипоталамуса с преждевременным половым созреванием и макрогенито- сомией. Сенильная П. обычно является признаком деменции, при этом часто ожив­лению либидо не соответствуют физические возможности.

**Паразитофобия** (*греч. parasitos —* нахлебник, *phobos —* страх). 1. Навязчи­вый страх, боязнь насекомых-паразитов (блох, клопов и т.д.). 2. [Jarosz M., 1959]. На­вязчивый страх заболеть паразитарным кожным заболеванием.

**Паракинез** (*пара + греч. kinesis —* движение). Форма гиперкинеза, характери­зующегося сложными непроизвольными координированными, внешне напоминаю­щими целенаправленные, движениями. Эти действия, движения не поддаются контролю со стороны больного. Наблюдается при поражении коры лобных отделов (чаще правого полушария) головного мозга.

**Паралексия** (*пара + греч. lexis —* речь, слово). Нарушение речи, появление при чтении искажений и замен слов — литеральных и вербальных П., аналогичных литеральным и вербальным парафазиям в спонтанной устной речи.

**Параламбдацизм** (*пара +* греч. буква *ламбда,* обозначающая звук «Л»). Де­фект речи, замена буквы «Л» другими (р, в).

**Паралипофобия** (*греч. paraleipo —* пренебрегать, *phobos —* страх) [Zihen Th.]. Навязчивый страх, боязнь, что беспечные и ошибочные действия больного мо­гут причинить вред его близким родственникам.

**Паралитическая триада.** Совокупность основных признаков в клинике про­грессивного паралича: дизартрия, синдром Аргайлла Робертсона и тотальная де­менция.

**Паралич** (*греч. paralyo —* развязывать, расслаблять). Нарушение двигатель­ной функции, полное отсутствие произвольных движений вследствие нарушения ин­нервации соответствующих мышц. Различают П. центральные, обусловленные пора­жением центральных двигательных нейронов, характеризующиеся повышением мы­шечного тонуса и сухожильной гиперрефлексией, патологическими рефлексами и синкинезиями, исчезновением кожных рефлексов (син. П. пирамидный, П. спастиче­ский) и периферические, обусловленные поражением передних рогов спинного моз­га, передних корешков спинного мозга и (или) спинномозговых нервов, а также дви­гательных черепных нервов и (или) их ядер и характеризующиеся атрофией и атони­ей мышц, арефлексией (Син.: П. атонический, П. атрофический, П. вялый).

В клинике истерии наблюдаются П. функциональные (истерические), характе­ризующиеся отсутствием объективных симптомов органического П.

Типичные признаки истерического П.: отсутствие патологических рефлексов, нормальные, а иногда повышенные глубокие рефлексы, сниженный или нормальный мышечный тонус, отсутствие мышечной атрофии (за исключением многомесячных расстройств), нормальная функция парализованной конечности при отвлечении вни­мания больного, активное сопротивление при пассивных движениях, локализация П. не соответствует физиологии и др. [Jakubik A., 1979].

***П. бульварный.*** Синдром поражения каудального отдела продолговатого мозга. Симптоматика обусловлена поражением ядер IX, X, XI и XII черепномозговых нервов, проводящих путей (двигательных, симпатических, чувствительных) и сетча­той субстанции. Включает дисфагию, дисфонию, дизартрию, нарушения дыхания, кровообращения, выпадение бульбарных рефлексов (глоточного, небного, чихатель­ного), атрофии и мышечные подергивания языка. Остро развивающийся грубый П.б. приводит к смерти в связи с дыхательными и сердечными расстройствами. Наблю­дается при нарушении мозгового кровообращения в бассейне позвоночной и основ­ной артерий, опухолях, сирингобульбии, боковом амиотрофическом склерозе и др. Возможно одностороннее поражение.

***П. детский церебральный.*** Заболевание, характеризующееся разнооб­разными двигательными нарушениями (параличами, дискоординированными и из­быточными непроизвольными движениями) в сочетании с расстройствами психики (умственная отсталость, задержки речевого развития, повышенная эмоциональная возбудимость), иногда — с эпилептиформными припадками. Следствие органиче­ского поражения головного мозга во внутриутробном периоде, во время родов или в первые месяцы жизни. Отсутствует тенденция к прогрессированию симптоматики, часто отмечается положительная динамика, происходит восстановление нарушен­ных функций.

***П. послеприпадочный*** [Todd R., 1856]. Преходящие гемиплегии или гемипа­резы, возникающие главным образом после односторонних эпилептических припад­ков и объясняющиеся временным истощением нейронов, в которых происходил раз­ряд.

***П. прогрессивный*** [Bayle A., 1822]. Поздний сифилитический психоз. Возни­кает через 10-15 лет после перепесенного сифилиса, чаще всего в возрасте 40-50 лет. При отсутствии своевременного лечения через марантическую стадию приво­дит к смерти. Сифилитическая природа заболевания была окончательно доказана исследованиями H. Noguchi [1911], обнаружившего в головном мозге больных блед­ную спирохету. Патологоанатомически — дегенеративно-атрофические изменения нервной ткани, воспалительные изменения в оболочках и сосудах головного мозга, пролиферативная реакция со стороны глин. В генезе заболевания подчеркивается особая роль серорезистентных случаев раннего нейросифилиса. Формы течения: простая (дементная), экспансивная, припадочная, депрессивная, циркулярная, пара­ноидная, ажитированная, лиссауэровская, корсаковская (с амнестически-парамне- стическим синдромом), ювенильная (начало в возрасте 10-15 лет в связи с врожден­ным сифилисом).

Терапия прогрессивного паралича методом J. Wagner-Jauregg и его многочис­ленными вариантами и комбинациями с другими пирогенными средствами и анти­биотиками существенно изменила прогноз при этом ранее считавшемся неизлечи­мым заболевании.

***П. псевдобульбарный.*** Возникает вследствие двустороннего поражения кор­тиконуклеарных путей, чаще в области внутренней капсулы или подкорковых узлов. Включает в себя дизартрию, дисфагию, иногда — расстройство фонации, дыхания и мимики. От П. бульварного отличается отсутствием атрофии, мышечных подергива­ний, появлением рефлексов орального автоматизма, сохранностью оральных ре­флексов, появлением насильственного плача, смеха. Наблюдается при церебраль­ном атеросклерозе, двусторонних очагах сосудистой природы, прогрессивном пара­личе, боковом амиотрофическом склерозе и др. Прогноз более благоприятный, чем при П. бульбарном.

***П. стационарный*** (лат. stationarius — стоящий, неподвижный). Атипичная ма­лопрогредиентная форма прогрессивного паралича с хроническим многолетним течением. Деменция даже без лечения не достигает большой выраженности.

***П. ювенильный*** (*лат. juvenilis —* юношеский). Юношеская форма прогрессив­ного паралича. Проявление врожденного или приобретенного в раннем детстве си­филиса. Начало в возрасте 10-15 лет. Протекает по типу дементной формы, часто присоединяются эпилептиформные припадки, парезы, параличи, поражения мозжеч­ка (атаксия), эндокринная патология (карликовость, ожирение). Течение относитель­но медленное. При отсутствии лечения смерть наступает через 5-8 лет.

**Паралогия** (*греч. paralogos —* противный разуму, неразумный). См. *Мышле­ние паралогическое.*

**Парамимия** (*пара + греч. mimia —* подражание). Извращение мимических вы­разительных проявлений, их несоответствие эмоциям больного или переживаемой ситуации.

**Парамнезии** (*пара + греч. mnesis —* память) [Kraepelin E., 1886]. Вид расстройств памяти, извращение памяти. Различались простые парамнезии, к кото­рым относились конфабуляции, псевдореминисценции, фантазмы больных прогрес­сивным параличом; ассоциированные парамнезии, связанные с бредовыми и галлю­цинаторными переживаниями, например, у больных шизофренией, у лиц, перенес­ших алкогольные психозы; идентифицирующие парамнезии, включающие в себя двойные ощущения (феномены «уже виденного», «уже пережитого», «уже испытан­ного»). К идентифицирующим парамнезиям относят и описанную позже A. Pick редуплицирующую парамнезию [Schneider K., 1928].

**Парамнезия редуплицирующая** (*лат. reduplico —* снова удваивать) [Pick А., 1901 ]. Феномен удваивания переживаний обыденной жизни. Одни и те же события происходят как бы по нескольку раз. Больному кажется, что он уже лежал в такой же, подругой больнице, видел другого, но такого же врача, которого и звали так же.

Характерно то, что фигурирующие в ложных воспоминаниях прежние переживания являются такими же, но не совсем теми, что теперь. Это отличает П.р. от феномена «уже виденного».

При П.р. страдает логически-смысловая память и преобладает относительно сохранная чувственно-образная память. Непосредственные воспоминания распада­ются на фрагменты, из которых последующие воспринимаются как повторение пре­дыдущих.

Наблюдается при грубых органических поражениях головного мозга (прес- биофрения, прогрессивный паралич, Корсакова синдром) различной этиологии.

**Парамузия** (*пара + греч. musa —* музыка). Разновидность амузии, при кото­рой утрачивается способность определять высоту музыкальных тонов, интервалы между ними, характер звукосочетаний.

**Паранестезия** (*пара + греч. an —* отрицание, *aisthesis —* чувство, ощущение). Отсутствие чувствительности в симметричных участках тела, чаще в области конеч­ностей.

**Параноид** (*пара + греч. поео —* воспринимать, мыслить, *-eides —* подобный). Психопатологический синдром, характеризующийся первичным или образным бредом, часто в сочетании со слуховыми галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, явлениями психического автоматизма.

Син.: синдром параноидный, параноидное состояние.

***П. алкогольный.*** Острый алкогольный психоз, развивающийся чаще всего при алкоголизме II-III стадии. Характерны бред преследования, аффект тревоги, страха, двигательное возбуждение, импульсивные поступки.

***П. алкогольный острейший*** [Позднякова С.П., 1978]. Форма острого скоро­преходящего алкогольного П., характеризующегося стремительным развитием в ко­роткий срок, критическим выходом из психоза, отсутствием стойких резидуальных явлений, Развивается в периоды обострения алкоголизма, при массивной алкоголи­зации и, нередко, с участием психогенных и соматогенных факторов. Характерны аффект страха, чувственный бред преследования, идеи особого значения, рудимен­тарные идеи физического воздействия. Бред несистематизирован, конкретен. Дли­тельность психоза — от нескольких часов до 2-2,5 дней. Наблюдается преимуще­ственно в судебно-психиатрической практике.

***П. внешней обстановки*** [Жислин С.Г., 1940]. Острые П., возникающие при компликации незначительных, взятых в отдельности, ситуационных вредностей и не­резко выраженной экзогении. Рассматриваются как реакция патологически изменен­ной почвы. В генезе — важная роль астении (переутомление, перенесенные телес­ные заболевания, лишения сна, употребление алкогольных напитков). Характерны бред преследования, аффект страха.

Часто возникает в особых условиях (в дороге, иноязычном окружении и т.д.). Отсюда прежнее название — железнодорожный П.

Син.: П. ситуационный.

***П. малого размаха.*** Характеризуется бредовыми идеями ущерба, преследо­вания, отравления, обкрадывания, распространяющимися на лиц, непосредственно окружающих больного — родственников, близких, соседей. Наблюдается при бредо­вых психозах позднего возраста.

***П. острый.*** Остро возникающий транзиторный бред преследования, обычно близкий к конкретной ситуации по содержанию, с наличием вербальных иллюзий, галлюцинаций, аффектом тревоги, страха. Причины различны, но чаще всего речь идет о компликации нескольких патогенных факторов. Разновидностью П.о. можно считать и П. внешней обстановки. В ряде случаев симптоматикой П.о. дебютирует параноидная шизофрения, особенно при наличии соматического неблагополучия, интеркуррентной инфекции (например, манифестация параноидной шизофрении в связи с гриппозной инфекцией).

***П. психогенный.*** Разновидность реактивного психоза. Чистый параноид встречается редко, чаще наблюдается галлюцинаторно-параноидные состояния, при этом, как правило, в психопатологической симптоматике отражаются психоген­но-травматическая ситуация и выраженный аффект страха, играющий важную роль в патогенезе. Характерны острое начало, наличие недостаточно ясного, приближаю­щегося к сноподобному [Бунеев А.Н., 1946], сознания, персекуторный характер бре­да, обильные слуховые и зрительные галлюцинации. Нередки явления индуцирован­ного синдрома Кандинского—Клерамбо [Иммерман К.Л., 1961].

Син.: П. реактивный.

**Паранойя** (*пара + греч. поео —* воспринимать, мыслить). Выделена K. Kahlbaum [1863] в качестве душевного расстройства с преимущественными наруше­ниями рассудочной деятельности. Паранойяльный бред является систематизиро­ванным, в его построении играет важную роль неверная интерпретация реальных фактов. E. Kraepelin [1912, 1915], выделявший П. как самостоятельную нозологиче­скую форму, вскоре сузил ее рамки, исключив из П. случаи парафрении и выделив психогенное кверулянтское бредообразование. K. Birnbaum [1915] и E. Kretschmer [1918] рассматривали П. уже только в плане психогенной патологии, в клинике кото­рой находят отражение такие факторы, как предиспозиции характера, психогенно травмирующая среда и наличие ключевых переживаний. П.Б. Ганнушкин [1914, 1933] различал паранойяльное симптомообразование у психопатических личностей и обозначал его как параноическое развитие наряду со случаями паранойяльного симптомообразования в рамках процессуальной патологии, главным образом вяло­текущей шизофрении. Эта точка зрения является преобладающей и в настоящее время — выделяются параноическое развитие у психопатических личностей и пара­нойяльный вариант (стабильный, длительный) атипично протекающей параноидной шизофрении. При шизофрении же можно говорить о паранойяльном (преходящем) этапе бредообразования, предшествующем параноидному.

***П. алкогольная.*** Хронический бредовой психоз, развивающийся у больных алкоголизмом. В большинстве случаев — систематизированный бред ревности, ино­гда — связанные с ним идеи преследования. Этиопатогенез сложен — речь идет о психогенном параноическом бредообразовании на почве алкогольной энцефалопа­тии.

***П. борьбы.*** Устаревший термин, соответствующий представлениям о парано­ическом развитии, протекающем с повышенной активностью и фанатизмом и направленном на защиту мнимо попираемых прав.

***П. желания.*** Устаревший термин: применялся для обозначения систематизи­рованного бреда помилования, изобретения или любовно-эротического (эротомани­ческого).

***П. инволюционная*** [Kleist К., 1912]. Психоз, характеризующийся преимуще­ственно систематизированным бредом и возникающий у женщин в возрасте климак­са, между 40 и 50 годами. Характерны острое начало и длительное стационарное течение психических расстройств. Отмечалась конституциональная природа заболе­вания (гипопараноическая конституция). В преморбиде — психопатические черты характера. К. Kleist относил П.и. к группе конституциональных аутохтонных психозов с непрогредиентным течением.

***П. ипохондрическая.*** Систематизированный ипохондрический бред, обычно начинающийся со стадии сенестопатий, на фоне которых возникают бредовые ин­терпретации.

***П. острая*** [Westphal С., 1876]. Острые психозы, протекающие с галлюцина­торно-бредовой, а также ступорозной симптоматикой. П.Б. Ганнушкин [1904] пока­зал, что П.о. является сборным понятием, симптомо-комплексом, а не нозологиче­ской формой.

***П. острая экспансивная.*** Рассматривалась как вариант острой паранойи, в клинической картине которой преобладают мегаломанические бредовые идеи (изоб­ретательства, величия, могущества или религиозного содержания).

***П. персекуторная*** (*лат. persecutor —* преследователь). Систематизирован­ный интерпретативный бред преследования.

***П. сенситивная.*** См. *Бред отношения сенситивный.*

***П. совести.*** Систематизированный бред виновности, самообвинения, харак­терный для депрессивных состояний.

***П. суггестивно-бредовая*** [Бехтерев В.М., 1910]. Вариант паранойи, характе­ризующийся преимущественным преобладанием в клинической картине описанного В.М. Бехтеревым в 1905 г. бреда гипнотического очарования.

***П. сутяжная.*** Разновидность П. борьбы, при которой особой выраженности достигает сутяжное поведение.

***П. хроническая*** [Berger H., 1913]. Заболевание, характеризующееся пара­нойяльным бредом и возникающее в инволюционном возрасте. Несмотря на хрони­ческое течение, не ведет к образованию слабоумия. Одно из названий инволюцион­ной паранойи (ср.: Клейста инволюционная паранойя).

**Параонимия** (*пара* + *греч. onyma —* имя). Присвоение себе больным чужого имени, но этот феномен может наблюдаться у психически здоровых в криминальной практике (следует отличать от кличек). В некоторых случаях называется совершенно выдуманное имя, в других, чаще всего из бредовых побуждений, имя какого-либо значительного лица, исторического или литературного героя.

**Парапарез** (*пара* + *греч. paresis —* ослабление). Парез обеих рук (верхний П.) или обеих ног (нижний П.).

**Параплегия** (*греч. para —* около, рядом, отклонение от чего-либо, *plege —* удар, поражение). Паралич обеих рук (верхняя П.) или обеих ног (нижняя П.).

**Парапраксия** (*пара + греч. praxis —* деятельность) [Перельман А.А., 1963]. Объединение всех проявлений неадекватности поведения больных шизофренией по отношению к внешним раздражителям: неадекватные, манерные, нередко импуль­сивные действия, негативизм, амбитендентность, парамимия, такие двигательные проявления, как мимоговорение, симптом последнего слова, неадекватная манер­ность речи. Рассматривается как проявление нарушения единства, цельности психи­ки при шизофрении, ее расщепления. В патофизиологической трактовке большое значение придается наличию ультрапарадоксальной фазы. В генезе П. предполага­ется важная роль нарушений деятельности акцептора результатов действия [Блей- хер В.М., 1983].

**Парапсихология** (*пара* + *психология*)*.* Направление, утверждающее возмож­ность форм восприятия, не связанных с деятельностью известных органов чувств. Такого рода экстрасенсорное восприятие, а также опыты по воздействию живого ве­щества, психической деятельности на физические явления вне организма (телеки­нез) при тщательно контролируемом проведении исследований не подтверждаются и не воспроизводятся при попытке повторить их в более строгих условиях. Нередко так называемые парапсихологические феномены оказываются результатом обмана, мистификаций. Каких-либо научных доказательств их существования до сих пор не обнаружено.

**Парасигматизм** (*пара +* греч. буква *сигма,* обозначающая звук «С»). Дефект речи, при котором звук «С» заменяется другими.

**Парасимболия** (*пара + греч. symbolon* — знак) [Бехтерев В.М., 1909]. Расстройство речи, включающее в себя парафазии и параграфии. Описано после инсульта с локализацией поражения в левой височной доле, при явлениях сенсор­ной афазии.

**Парасимпатикотония** (*анат. pars parasympathica* — парасимпатическая часть, *греч. tones —* напряжение, тонус). Преобладание тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Син.: ваготония.

**Парасомния** (*пара + греч. somnus —* сон). Общее название нарушений сна.

**Паратимия** (*пара + греч. thymos —* настроение, чувство). Несоответствие аф­фективных проявлений вызвавшей их причине, ситуации, содержанию сознания в это время: например, плач при радостном известии. П. бредовая — несоответствие содержания бреда эмоциональному фону, например, мегаломанический бред при наличии апатических изменений аффективности.

**Парафазия** (*пара + греч. phasis —* речь). Искажение отдельных элементов речи — замены слов в устной речи другими, близкими по смыслу или звучанию (П. вербальная) и пропуски, замены, перестановка отдельных звуков в словах, приводя­щие к их искажению (П. литеральная). Единичные эпизодические П. наблюдаются и вне рамок афазий при диффузных органических поражениях головного мозга, напри­мер, при безинсультном течении церебрального атеросклероза. Наиболее часто П. наблюдается в рамках афатичсских синдромов. При моторной афазии — это нару­шения структуры слова, при сенсорной в более легких, транскортикальных формах, обнаруживаются вербальные П., а при значительной тяжести поражения появляются литеральные — замены звуков при сохранении рисунка слова [Бейн Э.С., 1964].

**Парафилия** (*пара + греч. philia —* любовь, склонность). См. *Половое извра­щение.*

**Парафрения** (*пара + греч. phren —* ум, разум). [Kraepelin E., 1913]. Первона­чально была выделена как отдельная нозологическая форма, характеризующаяся своеобразной клинической картиной, в первую очередь наличием парафренного бреда (см.), систематизированного или несистематизированного, фантастического, с идеями величия, преследования, конфабуляциями, ретроспективными тенденциями в бредообразовании, галлюцинациями, ложными узнаваниями. В последующем рассматривались синдромологически, в структуре различных психозов — шизофре­нии, инволюционных, органически обусловленных. Еще в период признания П. отдельной нозологической формой E. Kraepelin выделил следующие ее формы: 1) систематическую, характеризующуюся сменой бредовых идей преследования отно­сительно стабильным бредом большого масштаба, идеями величия, при сохранно­сти интеллекта и памяти, достаточной эмоциональной живости и значительной роли слуховых галлюцинаций; 2) фантастическую — в клинической картине преобладают неустойчивые, легко возникающие и легко сменяющиеся другими, крайне нелепые бредовые идеи, по своей направленности преимущественно относящиеся к идеям величия; 3) конфабуляторную — с типичным для нее конфабуляторным бредом и возникновением галлюцинаций даже вне наличия явных расстройств памяти; 4) экс­пансивную — типичные бредовые идеи величия, протекающие при гипертимии, ино­гда с галлюцинациями. В настоящее время парафренное бредообразование рассматривается большинством психиатров в синдромологическом аспекте как тип течения группы параноидных симптомокомплексов различного происхождения [Фрумкин Я.П., 1939]. Систематическая и экспансивная формы парафрении чаще всего наблюдаются при шизофрении как одна из стадий динамики бреда и при дли­тельном течении сменяются картинами типичного исходного состояния. Конфабуля- торная и фантастические формы чаще наблюдаются при экзогенно-органических за­болевания головного мозга, особенно в позднем возрасте. Выделяют также галлю­цинаторную парафрению, в клинической картине которой преобладают галлюцина­торные переживания, чаще — вербальные псевдогаллюцинации и сенестопатии [Ко­ган Я.М., 1941; Петрова Э.С., 1967]. Л.М. Халецкий [1973] отмечал типичную для ши­зофрении особенность парафренного синдрома — при смене им параноидного син­дрома происходит замещение отрицательного варианта синдрома Кандинского— Клерамбо положительным, тягостное чувство воздействия, управляемости, безво­лия заменяется контрастным, положительным чувством «сделанного» обновления, больной сам становится обладателем особой силы, новых знаний, власти над миром.

***П. инволюционная*** [Serko A., 1919]. Бредовой психоз позднего возраста. Ха­рактерны бредовые идеи воздействия и преследования, нередко приводящие к из­менению оценки собственной личности. В содержании бреда большую роль играют сексуальные мотивы. Отмечаются обманы памяти (конфабуляции), колебания на­строения, меняется речь.

***П. меланхолическая.*** Эндогенные депрессии преимущественно позднего воз­раста, являющиеся кульминацией депрессии с бредом. Депрессивные идеи (самооб­винения, ипохондрические, самоуничижения) носят фантастический характер. Не­редко они сочетаются с нигилистическим бредом и бредом громадности (Котара син­дром). Отсутствие сновидно-онейроидных расстройств и нарушений самосознания личности является доказательством фазно-аффективной природы П.м. [Пападопу­лос Т.Ф., Шахматова-Павлова И.В., 1983].

***П. острая.*** Приступ шизофрении, протекающей с парафренным синдромом и преходящими кататоническими включениями. Характерен несистематизированный чувственный и образный бред [Вертоградова О.П., 1976].

***П. поздняя*** [Roth M., 1965]. Психоз, возникающий в возрасте 75-80 лет и ха­рактеризующийся высокосистематизированным парафренным бредом. Характерны бредовые идеи ущерба, обкрадывания, эротического содержания. Возможна депрес­сивная окраска. Часты слуховые галлюцинации. Длительное время — правильная ориентировка, хороший контакт, сохранность памяти и внимания. В ряде случаев со временем образуется психический дефект, характерный для сенильной деменции. П.п. рассматривалась автором как форма старческой шизофрении. В настоящее время относится к группе эндоформных психозов позднего возраста.

***П. пресенильная*** [Albrecht F., 1914]. Психоз, описанный преимущественно у женщин в инволюционном возрасте, в 45-55 лет. Для клиники характерно сочетание систематизированного бредового синдрома (идеи отношения, преследования, ве­личия, нередко — сексуального характера) со слуховыми галлюцинациями.

***П. эротическая*** [Carpas M.J., 1915]. Заболевание, наблюдающееся преиму­щественно у женщин в возрасте 40-50 лет, часто неблагополучных в семейной жиз­ни, и характеризующееся слуховыми галлюцинациями эротического содержания, иногда — угрожающими. Галлюцинации содержат упреки в безнравственных поступ­ках, развратности, обвинения в изменах мужу. Иногда галлюциноз сопровождается бредовыми идеями преследования и отношения, также эротически окрашенными. Начало подострое, течение приступообразное. По современным представлениям, относится к хроническим галлюцинозам пожилого возраста.

**Парашизофрения** (*пара + шизофрения*) [Зурабашвили А.Д., 1976]. Шизофре- ноподобные состояния реактивной природы. Несмотря на внешнее сходство симпто­матики, своей клинической сущностью и прогнозом они в корне отличаются от истин­ной шизофрении. Характерна большая, чем при шизофрении, терапевтическая по­датливость, особенно по отношению к психотерапии. Парашизофрення относится к группе шизоаффективных психозов.

**Паргедония** (*пара + греч. hedone —* удовольствие, наслаждение). Половая перверсия, получение полового удовлетворения неадекватным способом, например, при фетишизме у мужчин — рассматриванием предметов женского туалета, манипу­лированием с ними.

**Парез** (*греч. paresis —* ослабление). Уменьшение силы и (или) амплитуды ак­тивных движений в связи с нарушениями иннервации соответствующих мышц.

**Парейдолии** (*пар + греч. eidolon —* изображение). [Kahlbaum К., 1866; Jaspers К., 1913]. Разновидность зрительных иллюзий. Ложные изображения возникают при иллюзорном восприятии реального объекта. Разворачиваются на плоскости, напри­мер, при рассматривании рисунка обоев па стене больному видятся изменчивые, фантастические пейзажи, лица людей, необычных зверей и т.п. Основой иллюзор­ных образов являются детали действительного рисунка. Относятся к сенсорным ил­люзиям дополнения [Фотьянов М.И., 1976].

Син.: иллюзии парейдолические.

**Парергазия** (*греч. para —* около, рядом, *ergasia —* работа, действие, деятель­ность) [Meyer А., 1908]. Разновидность эргастических реакций, соответствующая ши­зофрении и паранойе. См. *Майера эргазиология.*

**Парестезия** (*пар + греч. aisthesis —* чувство, ощущение). Нарушение чувстви­тельности в форме спонтанно возникающих неприятных ощущений онемения, пока­лывания, жжения и т.д. Чаще всего обусловлено факторами органическими, интокси­кациями, но может носить и функциональный, психогенный характер.

**Паркинсона болезнь** [Parkinson J., 1817]. Хроническое прогрессирующие за­болевание, проявляющееся нарастающим дрожанием конечностей, экстрапирамид- ными явлениями (акинетико-ригидный синдром) и постепенно развивающимися па­раличами. В психике — аффективные нарушения, явления депрессии, кверулянт- ские тенденции. Периодически — повышенная возбудимость или апатичность. При длительном течении — ослабление памяти, замедление темпа мышления, характе­рологические изменения (назойливость).

Заболевание носит семейно-наследственный характер. Развивается в по­жилом возрасте.

Син.: дрожательный паралич.

**Паркинсонизм** Симптомокомплекс, мало отличающийся от клинической кар­тины при болезни Паркинсона. Некоторые особенности могут быть обусловлены этиологическими моментами, так как П. наблюдается при различных заболеваниях (эпидемический энцефалит, черепно-мозговая травма, опухоли головного мозга, це­ребральный атеросклероз, нейролептическая энцефалопатия и т.д.), поражающих подкорковые, в первую очередь — базальные, ядра и приводящих к нарушению об­мена катехоламинов.

**Пароксизм** (*греч. paroxysmos —* острый приступ болезни). Клинически: вне­запное, острое, обычно повторяющееся кратковременное появление или усиление признаков болезни. Типичный пример — эпилептические припадки (судорожные и бессудорожные П.).

**Пароксизм электроэнцефалографический эпилептический.** Обнаружение на ЭЭГ отдельных волн и (или) их групп, служащих проявлением эпилептического разряда, остро возникающих и внезапно исчезающих и не характерных для фоновой активности. Чаще всего это пики и пики-волны.

**Пароксизмальный.** Протекающий в форме пароксизмов.

**Паросмия** (*пар + греч. osme —* обоняние, запах). Извращение обоняния, обо­нятельные иллюзии или галлюцинации. П. могут наблюдаться и при неврозах — нев­растении, истерии. Для квалификации симптома П. требуется исключение возмож­ности неприятных запахов в связи с заболеваниями носоглотки, при которых также наблюдаются неприятные запахи, обусловленные патологией периферического отдела обонятельного анализатора.

**Паррицид** (*лат. parricida —* убийство ближайших родственников). Чаще всего — это убийство родителей. Помимо случаев корыстной заинтересованности или враждебных взаимоотношений, наблюдается и при психической патологии. Иногда П. совершается в состоянии сильного душевного волнения, например, по отноше­нию к отцу-алкоголику, длительное время тиранящему своих близких. Чаще всего совершается под влиянием бредовых переживаний больными шизофренией или при грубых расстройствах сознания типа делирия, сумеречных состояний. Психоанали­тики трактуют П. в плане представлений об Эдиповом комплексе или комплексе Электры [Hesnard A., 1963], однако клиническими доказательствам эта точка зрения не подтверждается [Burgerois M., Henry P., 1967]. Кроме того, Эдип убил отца, не зная о том, кем он ему приходится [Porot A., Bardenat Ch., 1959].

**Партенофилия** (*греч. parthenos —* девственница, *philia —* любовь). Разновид­ность женского гомосексуализма, характеризующаяся избирательной любовью к девственницам.

**Парциализм** (*лат. partialis —* частичный). Форма нарушения сексуального влечения, характеризующаяся стремлением удовлетворить свои сексуальные по­требности, взглянув на определенную часть тела полового партнера (ногу, бедро, ягодицы и т.д.). Отличается от фетишизма, при котором присутствие партнера не требуется и его место занимает предмет, символизирующий гениталии.

**Пассивизм** (*лат. passivus —* безвольный, пассивный). См. *Мазохизм.*

**Пассивно-оборонительная реакция.** Поведенческие реакции, направленные на устранение или ослабление влияния вредных факторов окружающей среды без активной тенденции устранить сами эти факторы.

**Паскаль депрессивная форма раннего слабоумия** [Pascal C., 1907]. Описа­ние формы шизофрении, начинающейся депрессивной симптоматикой. Характерны немотивированность депрессии и наблюдающихся при этом суицидальных попыток.

**Паскаль психастеническая форма раннего слабоумия** [Pascal С., 1911]. Одно из первых описаний шизофрении, начинающейся симптомами навязчивости, к которым впоследствии присоединяется, затушевывая их, основная симптоматика шизофренического процесса.

**Патау болезнь** [Patau К., 1960]. Хромосомное заболевание (трисомия 13), ха­рактеризующееся задержкой психического развития, моторной отсталостью, различ­ными краниоцефальными дисплазиями, расщеплениями губ, нижней челюсти и неба, врожденной глухотой, врожденным дефектом глаз, увеличенным количеством пальцев, множественными капиллярными гемангиомами, аплазией костей носа.

**Патикус** (*греч. pathikos —* проявляющий болезненные свойства). Пассивный партнер при мужском гомосексуализме.

**Патоаидоя** (*греч. pathos —* болезнь, *aidoia —* половые органы) [Dosuzkov Th., 1945]. Симптом болезненной стыдливости. Больной стыдится своего мнимого уродства и старается скрыть его. Из-за боязни осрамиться перед окружающими больной избегает общества других людей (антропофобия). Симптом входит в состав синдрома дисморфофобии.

**Патогенез** (*греч. pathos* — болезнь, *genesis —* происхождение, развитие). 1. Учение об общих принципах, закономерностях развития, течения и исхода заболева­ний (изучение присущих заболеваниям патогенетических механизмов). 2. Механизм развития какого-либо конкретного заболевания, болезненного процесса, состояния, поиски закономерностей в этом.

**Патогенность** (*пато + греч. genes —* порождающий). Свойство вызывать бо­лезненные изменения в организме.

**Патогенный.** Болезнетворный, способный вызвать болезненные изменения.

**Патография** (*греч. pathos* — болезнь, *grapho* — писать). Изучение творчества писателей, поэтов, художников, мыслителей с целью оценки личности автора как психически больного.

**Патокинез** (*пато + греч. kinesis —* движение). Смена стадий, клинических синдромов, анатомических вариантов уже текущего заболевания. Термин предло­жен И.В. Давыдовским.

**Патологическая ревность.** Наличие сверхценных или бредовых идей ревно­сти. В отличие от нормальной ревности, идеи эти в значительно меньшей мере определяются жизненными коллизиями и плохо или совсем не поддаются коррек­ции. Иногда это сверхценные идеи, возникающие психогенно, чаще всего при из­вестной конституциональной или патобиологической (например, алкоголизм) пред­расположенности, которые вскоре перерастают в бредовые, параноические — происходит формирование параноического бреда ревности по типу развития из па­раноической реакции. П.р. наблюдается также в рамках шизофренического пара­нойяльного бреда; при церебральном атеросклерозе она является непродолжитель­ной и по мере нарастания деменции бредовые идеи ревности идут на убыль.

**Патологический альтруизм** (*фр. altruisme,* от *лат. alter* — другой). Вытекаю­щая из бредовых переживаний забота психически больного об окружающих, готов­ность оказать им как страждущим свою помощь, хотя нередко этим наносится тяже­лый вред. К П.а. можно отнести расширенные суициды депрессивных больных (см. *Депрессия альтруистическая*)*.*

**Патологический педантизм** (*фр. pedantisme).* Чрезмерное стремление психи­чески больного к поддержанию порядка, мелочной точности, соблюдению пустя­ковых формальностей, неукоснительному выполнению правил и требований. Харак­терен для личностей эпилептоидного склада, больных эпилепсией. Наблюдается у психастенических личностей, однако в этих случаях объектом чрезмерной педантич­ности являются сам больной и его деятельность.

**Патологический полисемантизм** (*греч. poly —* много, *sema —* знак) [Лебе­динский М.С., 1938]. Проявление расстройств мышления и речи при шизофрении. Характерно сосуществование разных, в том числе и чуждых направлений речевой деятельности, значений одного и того же слова.

**Патологическое коллекционирование.** Собирание психически больными различных, часто необычных коллекций, нередко отражающее их болезненные переживания и направленность интересов. Например, больной инволюционной ме­ланхолией с ипохондрическим бредом ежедневно собирает в спичечных коробках порции своего кала и тщательно инвентаризирует.

**Патологическое состояние.** Устойчивое отклонение от нормы, имеющее от­рицательное для организма биологическое значение (нарушение гомеостаза) и про­являющееся клинико-психопатологической симптоматикой и социальной дезадапта­цией.

**Патоморфоз** (*пато + греч. morphosis —* формирование) [Hellpach W., 1929]. Изменения клинических и морфологических проявлений болезни по сравнению с классическими их описаниями под влиянием различных факторов внешней среды, биологических и социальных. В связи с длительными лечебно-профилактическими мероприятиями возникает терапевтический патоморфоз. Изучение патоморфоза вносит коррективы в критерии диагностики и нозографии. Под влиянием лекарствен­ного патоморфоза происходят существенные изменения синдромогенеза, например, формирование незавершенных психопатологических синдромов в процессе нейро­лептической терапии больных шизофренией [Авруцкий Г.Я., 1968, 1979].

Син.: нозоморфоз [Аничков Н.Н., 1966].

**Патопластика** (*пато + греч. plastike —* формирование, созидание). Внешние проявления болезни, зависящие от различных добавочных факторов, влияющих на картину заболевания.

**Патройофобия** (*греч. patriarches —* родоначальник + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь наследственности, особенно наследственных заболеваний.

**Патронаж психически больных.** Форма внебольничной психиатрической по­мощи больным, не обнаруживающим активной психопатологической симптоматики, однако лишенных способности и возможности самостоятельного проживания и тру­довой деятельности. П. осуществляется в своей или чужой семье, под надзором и контролем медицинских работников, специальных патронажных врача и меди­цинской сестры. Больница выделяет средства на оплачивание питания и ухода за больным. Выбор семьи для патронажа, оплата расходов и контроль за состоянием больного регламентируются специальной комиссией по патронажу при психиатриче­ском учреждении. В связи с введением новой системы пенсионного обеспечения в нашей стране П.п.б. в настоящее время упразднен.

**Пахигирия** (*греч. pachys —* толстый, *анат. gyrus —* извилина). Патологиче­ское уплотнение и увеличение извилин головного мозга.

**Пахименингит** (*пахи* + *анат. meninx —* оболочка + *греч. -itis —* воспаление). Воспаление твердой мозговой оболочки головного и (или) спинного мозга. Различ­ные виды П. различаются по локализации (спинальный, церебральный и др.), по этиологии (сифилитический, туберкулезный и др.), по морфологическим признакам (фиброзный и др.).

**Педераст** (*греч. paiderastes*)*.* Лицо, страдающее педерастией, мужским гомо­сексуализмом. Различают П. активных (педикатор) и пассивных (андрофил, кинелон, патикус). Пассивная форма педерастии является врожденной (см. *Триада врожден­ного гомосексуализма*)*.*

Син.: урнинг.

**Педерастия.** Мужской гомосексуализм.

Син.: урания.

**Педикатор.** Активный партнер при мужском гомосексуализме.

**Педикация.** См. *Педерастия.*

**Педопсихиатрия** (*греч. pais —* ребенок, дитя + *психиатрия*)*.* См. *Психиа­трия детская.*

**Педофилия** (*педо + греч. philia* — любовь, влечение). Вид сексуальной пер­версии, половое влечение к детям.

**Педофилия эротическая** (*педо + греч. philia —* любовь) [Krafft-Ebing R., 1896]. Вид перверсии, половое влечение к детям. Наблюдается чаще всего у психо­патических личностей, слабоумных, алкоголиков, нередко в пресенильном возрасте у мужчин, до того не обнаруживавших отклонений в сексуальном поведении.

**Педофобия** (*педо + греч. phobos —* страх). 1. Навязчивый страх, боязнь де­тей; 2. Навязчивый страх, боязнь рождения ребенка в семье; 3. [Bianchi L., 1906]. Чувство страха перед куклами, похожими на грудных младенцев, маленьких детей.

**Пейрафобия** (*греч. peira —* испытание, проба, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь публичного выступления (произнесения речи, сдачи экзамена и т.п.).

**Пеладофобия** (*фр. pelade —* облысение, выпадение волос, *греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь облысения.

**Пелицеуса—Мерцбахера болезнь** [Pelicaeus F., 1885, Merzbacher L., 1907]. Прогрессирующий лейкодистрофический процесс, характеризующийся демиелини­зацией нервных волокон в головном мозге, особенно в области мозолистого тела и мозжечка. Заболевание носит семейно-наследственный характер (аутосомно-рецес­сивный фенотип), и наблюдалось в нескольких поколениях пораженной семьи. Вы­деляют три формы:

1. Классическую [форма Мерцбахера]. Начинается в первые месяцы или годы жизни. Типичны пирамидные, экстрапирамидные, иногда мозжечковые симптомы, относительно медленное нарастание слабоумия.
2. Зейтельбергера [Seitelberger F., 1954]. Начало в возрасте около 10 лет. Де­миелинизация носит более тотальный характер. Течение более неблагоприятное, быстрое, по сравнению с классической формой.
3. Кампа—Лёвенберга [Camp C.D., Lovenberg K., 1941]. Наблюдается у взрос­лых. Начало в 30-40 лет, нередко с психотическими эпизодами. Син.: врожденная экстракортикальная аксиальная аплазия.

**Пеллагра** (*итал. pelle —* кожа, *agro —* грубый, шероховатый). Заболевание, обусловленное недостаточностью в организме витаминов группы В (никотиновой кислоты, рибофлавина). Проявляется поражением кожи, пищеварительного тракта, психическими расстройствами. См. *Психозы пеллагрозные.*

**Пеллагры триада.** См. *Триада пеллагры.*

**Пениафобия** (*греч. penia — бедность, phobos* — страх). Навязчивый страх, боязнь обнищания.

**Пенфилда симптом** [Penfield W.]. Так называемое «принудительное мышле­ние», форма эпилептического эквивалента. Может рассматриваться как эпизодиче­ские проявления психического автоматизма. Наблюдается при Браве—Джексона эпилепсии.

**Перельмуттера метод сомнопсихотерапии** [Перельмуттер М.М., 1949). Пси­хотерапевтический метод, заключающийся в том, что внушение или беседа прово­дятся *с* больным, находящимся в состоянии достаточно глубокого медикаментозного сна. Глубиной сна метод отличается от наркогипноза, наркосуггестии и наркоанали­за. Факт внушения больным амнезируется.

**Переосвидетельствование.** Прохождение в предусмотренный срок очеред­ной комиссии с целью определения наличия или отсутствия динамики в течении за­болевания. Соответственно ВТЭК принимает решение о продлении уже установлен­ной больному ранее группы инвалидности, ее изменении, возможности трудовых ре­комендаций. При наличии показаний больной может быть направлен на комиссию досрочно.

**Переутомление.** Состояние организма, возникающее при выполнении рабо­ты, приводящей к значительному утомлению. Это может быть однократное П., либо результат длительного накопления усталости в течение значительного периода вре­мени. Играет важную роль в возникновении невротических состояний (неврастении) и является существенным патогенетическим моментом в развитии некоторых психо­зов, например, острых параноидов.

**Переходные синдромы** [Wieck H.H., 1956]. Симптомокомплексы, наблюдаю­щиеся в течении острых экзогенного типа реакций и имеющие важное прогностиче­ское значение. Занимают промежуточное положение между острыми экзогенными реакциями и органическим психосиндромом, или, по H.H. Wieck, органическим де- фектсиндромом. Различают 4 формы (регистры) переходных синдромов: 1) характе­ризующиеся изменением побуждений; 2) аффективные (астенический, анксиозно-де- прессивный, депрессивный); 3) шизофреноподобный галлюцинаторно-параноидный; 4) амнестический корсаковский. Э.Я. Штернберг [1969] относил к органическому регистру апатико-абулический, эйфорический, псевдопаралитический, экспансивно- конфабуляторный и корсаковский синдромы. По степени тяжести переходные син­дромы подразделяются на легкие, средней тяжести и тяжелые (см. *Бекера тест*)*.* Переходные синдромы аффективного регистра имеют благоприятное прогностиче­ское значение, тогда как переходные синдромы органического регистра свидетель­ствуют о тенденции перехода процесса в стадию органического психосиндрома (де- фектсиндрома) с образованием деменции.

**Период полового созревания.** Период жизни, характеризующийся появлени­ем вторичных половых признаков и окончательного формирования половых органов и желез. Один из возрастных кризов в онтогенезе человека.

**Персеверация** (*лат. persevezo —* упорно держаться, продолжаться) [Neisser С., 1894]. Склонность к застреванию в речи, мышлении, «устойчивое повторение или продолжение однажды начатой деятельности, например, повторение какого-либо слова в письменной или устной речи в неадекватном контексте». Помимо персеве­рации в мышлении различают также моторные, сенсорные и эмоциональные персе­верации.

**Петтинг** (*англ. petting*)*.* Преднамеренное получение оргазма искусственным возбуждением эрогенных зон в условиях двустороннего контакта, исключающего не­посредственное соприкосновение гениталий [Васильченко Г.С, 1976].

**Петтофобия** (*греч. petto —* переваривать, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь неудержания кишечных газов в присутствии посторонних. См. *Дисмор- фофобия, Бред физического недостатка, неприятного для окружающих.*

**Пётцля—Гоффа синдром** [Potzl О., Hoff H., 1937]. Агнозия на лица. Больной различает лица собеседников, но при их восприятии теряет чувство «знакомости». Лица людей не воспроизводятся по памяти. Наблюдается при органических пораже­ниях головного мозга с локализацией в субдоминантном полушарии, чаще — в пра­вом.

**Пётцля криз** [Potzl О.]. Синдром, характеризующийся сочетанием появления светящихся точек в одном глазу и парестезии на противоположной стороне тела. Наблюдается при гипертонической болезни и может свидетельствовать о преходя­щих нарушениях мозгового кровообращения в бассейне внутренней сонной артерии на стороне нарушения зрения.

**Пётцля синдром** [Potzl О., 1919]. Характеризуется буквенной слепотой (алек­сия), неразличением цвета (цветовая агнозия), и сужением полей зрения. Наблюда­ется при органических поражениях головного мозга с локализацией в язычной изви­лине доминантного полушария.

**Пигмалионизм.** Вид полового извращения, характеризующийся эротическим влечением к статуям, изображающим женщин. В мифологии Пигмалион — скуль­птор, влюбившийся в созданную им совершенную статую женщины.

**Пика—Альцгеймера синдром.** Понятие, введенное T. Sjogren и H. Sjogren [1952] для обозначения случаев пресенильной деменции, когда клиническая диагно­стика не опиралась на данные анатомогистологической верификации. Авторы исхо­дили из положения о недостаточной надежности прижизненной диагностики Пика и Альцгеймера болезней.

**Пика болезнь** [Pick А., 1892]. Заболевание из группы пресенильных демен­ции, обусловленное атрофией головного мозга. Начало заболевания характеризует­ся либо псевдопаралитическим синдромом, либо преобладанием аспонтанности. Рано наступает и неуклонно прогрессирует грубое глобарное слабоумие. Редукция речи. Палилалия. Эхолалия, вначале митигированная, затем истинная. Очаговая симптоматика зависит от локализации процесса (лобный или височный вариант). При височном варианте очаговая симптоматика расстройства речи, гнозиса и прак- сиса напоминает таковую при болезни Альцгеймера. Характерны «стоячие» симпто­мы (см. *Симптомы граммофонной пластинки, Палинергия*)*.* В исходном состоянии — физический и психический маразм, тотальное слабоумие. Патологоанатомически — атрофия вещества головного мозга, особенно лобных долей, внутренняя водянка. Гистологически — атрофия нервных клеток, главным образом верхних слоев коры: глиоз, появление аргентофильных зернышек. Отсутствуют сенильные бляшки и аль- цгеймеровское перерождение нейрофибрилл. Имеются указания на аутосомно-до­минантный тип наследования [Schenk V., 1959].

**Пика— Вернике височно-теменной синдром** [Pick A., Wernicke С.]. Сочета­ние сенсорной афазии, аграфии, центрального пареза нижней конечности, расстройств чувствительности на той же половине тела. Наблюдается при пораже­нии височно-теменной области доминантного полушария головного мозга.

**Пика симптомы** [Pick A., 1902, 1904, 1917]:

1. Своеобразное «расстройство зрения» при старческом слабоумии. Больные временами не видят показываемые им предметы, по начинают видеть их, когда вни­мание привлекается воздействием этого предмета на другой анализатор. Например, больной не видит горящей свечи, но начинает видеть ее, почувствовав исходящий от свечи, приближающейся к лицу, жар.
2. Симптом «потери личности» — приступообразно возникающий страх «поте­ри своей личности». Ориентировка больного не нарушена, сознание ясное, но боль­ной утверждает, что это не его голос, что у него отсутствуют мозги, лоб «как дере­вянный». Расцениваются как эквиваленты эпилептического припадка, в одном слу­чае этот симптом наблюдался автором во время ауры. Близок к описанным М.О. Гу­ревичем особым состояниям.
3. Симптом, наблюдаемый в начальной стадии старческого слабоумия. Слу­чайно заменив в произвольной речи одно слово другим (вербальная парафазия), больные, вместо того, чтобы исправить ошибку, пытаются мотивировать эту замену, используя иногда двойственное значение слов. Так, больная говорит: «Муж (вместо «отец») меня воспитывал»; затем она дает своему высказыванию следующую трак­товку: «Замуж я вышла молодой, пришлось мужу меня воспитывать».

**Пика феномен ощущения отсутствия конечностей** [Pick A., 1915]. Кажущее­ся исчезновение реально существующих частей тела. Расстройство схемы тела, противоположное фантому ампутированных («негативный фантом»). Наблюдается при эпилепсии.

**Пика—Хеда—Шильдера концепция схемы тела** [Pick A., 1908, 1915; Head H., 1911; Schilder Р., 1923]. Выделение системы представлений человека о собствен­ном теле, основанных на восприятии поступающих в головной мозг интеро- и про­приоцептивных сигналов, а также на наблюдении над строением тела других людей. Предположения такого рода высказывались ранее C. Wernicke [1894], писавшем о проекции сигналов, поступающих от различных частей тела, в особые поля коры большого мозга. В клинике диагностическое значение имеют расстройства схемы тела.

**Пикара симптом** [Picard]. Ускорение мышления типа «скачки идей» как экви­валент эпилептического припадка (при Браве—Джексона эпилепсии).

**Пикацизм** (*лат. pica —* сорока) [Eulenburg]. Сочетание копролагнии и уро- лагнии.

**Пиквикский психосиндром.** Психические расстройства, возникающие при длительном существовании Пиквикского синдрома. Характерны аффективные расстройства (гневливость, иногда по незначительному поводу, недержание аффек­та), грубость в межличностных отношениях, склонность к бродяжничеству, антисоци­альным, в том числе и уголовно наказуемым поступкам. Описан U.H. Peters и H. Rieger [1976], может рассматриваться как характеропатический вариант органиче­ского психосиндрома E. Bleuler.

**Пиквикский синдром.** Расстройства сознания, непроизвольные приступы сонливости с мышечными подергиваниями и ускоренным или поверхностным дыха­нием, возникающие в связи с гиповентиляцией при ожирении и некоторых заболева­ниях легких. Имеются предположения о наследственном (аутосомно-рецессивный тип передачи) происхождении. Название подсказано образом одного из персонажей романа Ч. Диккенса «Записки Пиквикского клуба» — слуги Джо. Впервые был описан J. Elliot [1781], а затем W. Wald [1819]. Название П.с. предложено C.S. Burwell, S.D. Robin, R.O. Whaley, A.G. Bickelman [1956].

**Пиквикский тип личности.** Особенности личности, характерные преморбид- но для больных с пиквикским синдромом: добродушие, оптимистичность, общитель­ность, физическая и психическая активность, неумеренность в еде, практичность, преуспевание в жизни. Описан U.H. Peters и H. Rieger [1976].

**Пикнолепсия** (*греч. pyknos —* частый, *Iepsis —* схватывание, приступ) [Friedmann M., 1906]. Заболевание, начинающееся обычно в возрасте 4-10 лет и ха­рактеризующееся множественными (от 15 до нескольких сот в день) и кратковремен­ными (от 2 до 30 с) припадками типа абсансов. Иногда в пубертатном периоде у больных исчезают припадки и наступает практическое выздоровление без признаков психического дефекта. В большинстве случаев является этапом течения генерали­зованной эпилепсии, в таких случаях правомерно пользоваться термином «пикно­эпилепсия». Па ЭЭГ также типичные абсансы с комплексами пик-волна частотой 3 колебания в с.

**Пикрогевзия** (*греч. pykro —* горький, *geusus —* вкус). Разновидность извраще­ния вкусовой чувствительности. Появление горького вкуса во рту при отсутствии со­ответствующего раздражителя.

**Пиктограмма** (*греч. piktus —* нарисованный, *gramma* — запись, рисунок) См. *Выготского—Лурия методика пиктограмм.*

**Пикфорда тест проективных рисунков** [Pickford R.W., 1963]. Психологиче­ская методика, использующая 20 серий рисунков. Каждая серия состоит из 6 рисун­ков, изображающих детей в определенных жизненных ситуациях. Используется для исследования особенностей взаимоотношений в семье, школе, в коллективе сверст­ников.

**Пинеля реформы** [Pinel Ph., 1793]. Коренное изменение отношения к психи­чески больным, запрет мер насилия, рекомендация внедрения в практику психиатри­ческих больниц трудовой терапии.

**Пинтнера—Паттерсона невербальная шкала** [Pintner R., Patterson D., 1919]. Психологическая методика, состоящая из 15 невербальных методик (субтестов). Предназначена для исследования интеллектуального уровня у больных с поражени­ем слуха и речи, а также не знающих английского языка. Применяется при психоло­гическом исследовании лиц старше 15 лет.

**Пиролагния** (*греч. pyr —* огонь, жар, *lagneia —* похоть). Сексуальная первер­сия, при которой половое возбуждение вызывается видом пожара или разжиганием огня.

**Пиромания** (*пиро + греч. mania —* страсть, влечение). Непреодолимое влече­ние к поджогам.

Син.: импульсивное поджигательство.

**Пиротерапия** (*пиро + греч. therapeia —* лечение). Общее название видов терапии путем искусственного повышения температуры тела (сульфозинотерапия, маляриотерапия).

Син.: терапия пирогенная, гипертермия искусственная.

**Пирофобия** (*пиро + греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь огня, пожара.

**Письмо зеркальное.** Нарушение письма, соответствующее зеркальной речи. Наблюдается при шизофрении и некоторых органических поражениях головного мозга.

**Питиатизм** (*греч. peitho —* внушение, *iatos —* излечение). [Babinski J., 1900]. Определение истерии. Под питиатическими, то есть «излечивающимися внушением», понимаются патологические феномены, которые вызываются произ­вольно самовнушением и также произвольно внушением прекращаются. Из истерии исключались, таким образом, патологические состояния эмотивного и рефлекторно­го генеза, то есть возникшие в связи с переживаниями или в ответ на внешние раз­дражения кожи, слизистых оболочек. Из истерии были исключены отек гортани, кро­вохарканье, сужение полей зрения и т.д. Эмоциям в генезе истерии отводилась роль дополнительного фактора.

**Питра закон.** См. *Закон Питра.*

**Питра правило.** См. *Закон Питра.*

**Планотопокинезия** (*лат. planus —* ясный, понятный, *topos —* место, *греч. kinesis —* движение) [Marie P., Bouttier R., Bayley P.]. Глубокое нарушение про­странственной ориентировки, пространственная агнозия. Неспособность ориентиро­ваться на плане, карте местности. Приводит к неполноценности произвольных дви­жений, их неловкости, неуклюжести [Porot А., 1965].

**Платонова метод внушения лечебных сновидений** [Платонов К.И., 1930]. Больному внушается сновидение, которое по своему содержанию является противо­положным алкогольному сновидению или исправляет его. Такие «лечебные снови­дения» могут реализоваться по указанию врача в момент гипнотического сеанса или же в качестве постгипнотического внушения осуществляться во время ближайшего естественного сна, этой же ночью. Рекомендуется для влияния на остаточные явле­ния влечения к алкоголю [Зеневич Г.В., Либих С.С., 1965].

**Платонова методика длительного гипноза-отдыха** [Платонов К.И., 1925]. Психотерапевтическая методика, направленная на использование охранительно­восстановительной роли гипноза. Больного вечером погружают в гипнотический сон, который сам по себе переходит в естественный сон. Возможно и продление ночного сна с помощью проведения гипнотического сеанса утром, до пробуждения. Длитель­ность пребывания больного в гипнозе-отдыхе — 18-20 ч в сутки. Курс лечения про­должается около двух недель. Положительные результаты отмечены при лечении реактивных состояний, невроза навязчивых страхов, гипертонии, язвенной болезни. К методике длительного гипноза-отдыха близка Рожнова методика удлиненной гип­нотерапии [1953].

**Плацебо** (*лат. placebo —* понравлюсь, удовлетворю). Фармакологически ин­дифферентное вещество, внешне напоминающее по вкусу и цвету какое-либо ле­карственное средство и назначаемое обычно при испытании новых фармакологиче­ских препаратов для исключения эффекта, обусловленного внушением и самовну­шением. Употребляется также в психотерапии и в терапии лекарственными сред­ствами вместо введения нежелательного препарата, например, наркотиков.

**Плюригландулярный** (*лат. pluria —* многие, *glandula —* железа). Обуслов­ленный деятельностью или ее нарушениями многих желез, например, плюригланду- лярные заболевания желез внутренней секреции.

**Плюшкина синдром.** Патологическое влечение с собиранию и хранению все­возможных выброшенных за непригодностью, ненужных предметов, тряпок, ветоши. Наблюдается преимущественно в позднем (старческом) возрасте, при сенильной и глубокой атеросклеротической деменции.

Плюшкин — персонаж «Мертвых душ» Н.В. Гоголя, отличавшийся скряжниче­ством и стремлением собирать отжившие свой срок, ненужные вещи.

**Пневмоэнцефало(вентрикуло)графия** (*греч. рпеита —* воздух, *enkephalos —* мозг, *анат. ventriculus —* желудочек, *grapho —* писать, изображать) [Dandy W., 1918, 1919]. Методы контрастного рентгенографического исследования головного мозга. При пневмоэнцефалографии воздух вводится в позвоночный канал после удаления 60-120 мл спинномозговой жидкости. При пневмовентрикулографии воздух вводится непосредственно в желудочки головного мозга после вентрикулопункции, при этом спинно-мозговая жидкость выводится по 10 мл и заменяется таким же ко­личеством воздуха. С диагностической целью методы пневмографии используются при подозрении на опухоль, абсцесс или гуммозное поражение головного мозга, бо­лезнь Пика или Альцгеймера. Пневмоэнцефалография применяется и с лечебной целью, например, при эпилептиформных припадках вследствие арахноидита, для ку­пирования эпилептического статуса.

**Побеги и бродяжничество.** Форма патохарактерологических реакций у под­ростков [Личко А.Е., 1985]. П. носят преимущественно ситуативный характер и де­лятся на три типа: из намерения избежать наказания (импунитивные П.); с целью из­бавиться от чрезмерного контроля и опеки взрослых (эмансипационные П.); как про­явление реакции оппозиции (демонстративные П.).

**Поведение.** Совокупность действий, поступков, совершаемых индивидом в его взаимодействии с окружающей средой, опосредованных внешней (двигательной) и внутренней (психической) активностью. В психиатрии имеют значение П. агрессив­ное, бредовое, девиантное (отклоняющееся от общепринятых норм), делинквентное (с нарушением законов), неадекватное окружающей обстановке, установочное (си­муляция, диссимуляция, осознанное или неосознаваемое желание представить себя в определенном свете).

**Пограничное состояние.** Психопатологическое состояние, являющееся объектом исследования и лечения психиатрии, невропатологии, соматической меди­цины, социальных наук. К ним относятся неврозы, психопатии, некоторые формы ре­активных состояний, неврозо- и психопатоподобные состояния при соматических и психических болезнях.

**Поза эмбриональная** (*греч. embrion —* зародыш). Максимальное сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах, руки охватывают колени, подбородок при­жат к коленям. Наблюдается при кататоническом ступоре, глубокой олигофрении, состояниях маразма.

**Пойкилотимия** (греч. poikilos — неодинаковый, разнообразный, thymos — на­строение, чувство) [Kahn E., 1928]. Частые смены настроения, усиление выраженно­сти аффективных реакций. Вариант психопатии. См. *Психопатия реактивно-ла­бильная.*

**Поле сознания.** Содержание индивидуального сознания в определенный мо­мент, в соответствии с актуальными побудителями его активности. В связи с этим говорят о полевом поведении, при котором важную роль играет ориентация индиви­дуума на ситуативно значимые объекты, отличающиеся от ориентации на цель дея­тельности.

**Полидипсия** (*греч. polys —* многий, *dipsa —* жажда). Повышенное потребле­ние жидкости вследствие патологически усиленной жажды. Может быть первичной (при органических поражениях головного мозга), вторичной (при значительной по­тере организмом жидкости — обильное потоотделение, полиурия) и психогенной (при нарушениях психики).

**Полинаркомания** (*поли + наркомания*)*.* Наркомания с одновременным или по­переменным употреблением нескольких наркотических средств.

**Полиомиелит** (*полио + греч. myelos —* спинной мозг, *-itis —* суффикс, обозна­чающий воспаление). Острое инфекционное вирусное заболевание, поражающее центральную нервную систему, в первую очередь клетки передних рогов спинного мозга, мозговые оболочки. Чаще болеют дети.

Син.: паралич детский спинальный, паралич детский эпидемический, болезнь Гейне—Медина (устар.).

**Полиопия** (*поли* + *греч. ops —* глаз, зрение) [Mingazzini G., 1908]. Одна из форм расстройств оптического гнозиса, при которой предметы воспринимаются в увеличенном количестве. Наблюдается при начальной катаракте, при истерии, при некоторых органических поражениях головного мозга. По мнению некоторых иссле­дователей [Hoff H., Potzl О., 1933], является следствием нарушений окулостатики.

**Полиоэнцефалит** (*полио + энцефалит*)*.* Воспаление серого вещества голов­ного мозга.

**Полиоэнцефалит геморрагический.** См. *Гайе—Вернике алкогольная энце­фалопатия.*

**Полипное** (*поли* + *греч. рпое —* дыхание). Учащенное дыхание, одышка.

**Полипсевдомелия парестетическая** (*поли + греч. pseudos —* ложь, *melos* — часть тела, конечность + *парестезия*) [Бехтерев В.М., Останков П.А., 1904]. Син­дром, характеризующийся утверждением больного о наличии у него ложных или мнимых частей тела, конечностей (две руки на одной стороне, шесть ног, три голо­вы). Описан у больного с левосторонней гемиплегией и нарушениями кожной и глу­бокой чувствительности слева. Является вариантом аутопатогнозии (нарушения ориентировки в собственном теле).

**Полифагия** (*поли + греч. phagein —* есть, поедать). Чрезмерное потребление пищи либо вследствие постоянного чувства голода (булимия), либо как результат расторможенности влечений (ситиомания).

**Полифразия** (*поли* + *греч. phrasis —* речь). См. *Логорея.*

**Полифрения** (*поли + греч. phren* — ум, разум) [D'Allon R., 1923]. Объединение психозов с преобладанием в их клинической картине явлений психического автома­тизма, слуховых галлюцинаций и псевдогаллюцинаций в качестве отдельной нозоло­гической формы. П. понималась ранее как приобретенное заболевание с четко опре­деляющимся началом и относительно благоприятным течением. При длительном течении П. развивается своеобразное слабоумие с сохранной аффективностью, ра­ботоспособностью и социабельностью. Формы П. различались по остроте течения галлюциноза, наличию или отсутствию бредовых идей, депрессивных и токсических компонентов. Рассматривается как попытка изучения синдрома психического авто­матизма не в синдромологическом, а нозологическом аспекте [Гулямов М.Г., 1965]. Не получила признания как самостоятельное заболевание.

**Полле синдром.** Описан J. Burman [1977]. Относится к детям лиц с синдро­мом Мюнхгаузена, у которых часто наблюдаются наследственные заболевания — сахарный диабет, психические расстройства и высокая смертность в очень молодом возрасте. Назван по имени Полле, дочери барона Мюнхгаузена, умершей на первом году жизни.

**Поллюции** (*лат. polluo —* пачкать в желтый цвет). Непроизвольное испуска­ние семени. Могут наблюдаться в дневное (П. дневные) и ночное (П. ночные, чаще в связи с эротическими сновидениями) время. Наблюдается при длительной сексуаль­ной абстиненции, неврастении, спинной сухотке.

**Поллюционизм.** Форма пикацизма, стремление испачкаться выделениями полового партнера с целью полового возбуждения.

**Половая активность.** Индивидуальный показатель, определяемый присущей конкретному лицу частотой половых сношений. Уровень П.а. зависит также от воз­растных периодов и ряда дополнительных факторов, среди которых важную роль иг­рают психическое и соматическое здоровье.

**Половая девиация.** Отклонения от общепринятых норм полового поведения, не относящиеся к болезненным состояниям [Свядощ A.M.]. К П.д. относится онанизм во всех его проявлениях.

**Половая жизнь.** Совокупность психических, физиологических и социальных процессов, посредством которых удовлетворяется половое влечение.

**Половая зрелость.** Стадия индивидуального развития, с наступлением кото­рой для мужчины становится возможной половая жизнь и способность к оплодотво­рению, а для женщины — способность к половой жизни, зачатию и родам без ущер­ба для здоровья.

**Половая область.** Область тела, в которой расположены наружные половые органы.

**Половая холодность.** Слабость полового влечения или неспособность к переживанию оргазма у женщины. В ряде случаев сочетается с нимфоманией — от­сутствие оргазма побуждает женщину искать все новых партнеров.

Син.: фригидность (*лат. frigiditas*)*.*

**Половое извращение.** Патологические нарушения направленности полового влечения или его удовлетворения [Свядощ A.M.]. К П.и. относятся аутоэротизм, го­мосексуализм, педофилия, геронтофилия, инцестофилия, зоофилия, некрофилия, пигмалионизм и др.

Син.: сексуальная перверсия, парафилия.

**Полукретин.** Индивидуум с неполными признаками кретинизма.

**Полушарие доминантное.** Полушарие головного мозга, обеспечивающее осуществление высших корковых функций (речи, гнозиса, праксиса), действия пред­почтительно используемой руки и контроль над ними. У большинства людей П.д. яв­ляется левое, у левшей, в том числе и скрытых, — правое.

**Полушарие субдоминантное.** Полушарие, противоположное доминантному. Осуществляет компенсацию пораженных высших корковых функций, но помимо это­го, само участвует в ряде важных психологических процессов, что обнаруживается в выпадении их при поражении этого полушария (см. *Бабенковой синдром правого по­лушария*)*.*

**Полюсность эмоций.** Сочетание диаметрально противоположных сильных чувств (соответственно — поступков, действий, обусловленных ими). Например, злобность, жестокость, злопамятность, мстительность в сочетании с льстивостью, угодливостью, подобострастностью, преувеличенной любезностью, слащавостью со­ставляют эпилептическую или глишроидную пропорцию. См. *Кречмера пропорции темперамента, Глишроидия.*

**Помешательство моральное** (*англ. moral insanity*) [Prichard J.C., 1835, 1847]. Одно из первых описаний психопатии, причину которой автор видел в наследствен­ной отягощенности психозами. J.C. Prichard различал интеллектуальное и мораль­ное помешательство. К первому относились мономания, мания, спутанность и сла­боумие. В П.м. (патомания) включались расстройства аффективной и волевой сфе­ры, в том числе и извращение так называемых нравственных чувств и привязанно­сти с резко выраженной наклонностью к антисоциальным поступкам, наступающие в подростковом возрасте. Последующими исследованиями также отмечалась связь возникновения такого рода состояний, характеризующихся «аморальным», антиоб­щественным поведением с пубертатным и юношеским возрастом; был введен тер­мин «ювенильный преступник» [Marro A., 1863]. По современным представлениям этот вариант П.м. соответствовал более поздним представлениям о гебоидной ши­зофрении [Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., Беляев Б.С., 1986]. Концепция П.м. была тесно связана с концепцией наследственной дегенерации.

**Помешательство циркулярное** (*лат. circularis —* круговой) [Falret J.-P., 1851]. Первое описание типично протекающего циркулярного (маниакально-депрессивного) психоза, характеризующегося «последовательным и правильным чередованием ма­ниакальных состояний, депрессивных состояний и светлых промежутков». Выделяя циркулярный психоз как самостоятельную нозологическую группу, J.-P. Falret осно­вывался на «целом комплексе явлений», подчеркивал последовательность смены фаз, закономерности течения болезни, ставил вопрос о прогностическом значении клинических проявлений.

**Помрачение сознания.** Расстройство отражения окружающей действитель­ности — реального мира, предметов, явлений, их связей. Проявляется полной или частичной невозможностью восприятия окружающего, ауто- и аллопсихической дез­ориентировкой, нарушением ориентировки во времени, расстройствами мышления, амнезией по выходе из состояния П.с. (полной или частичной). По М.О. Гуревичу [1949], различают синдромы расстройства сознания (сумеречное состояние, дели­рий, онейроид) и выключения сознания (кома, сопор, оглушение).

Синдромы расстроенного сознания возникают при нарушении деятельности коры головного мозга и характеризуются как дезинтегративные; они протекают с па­тологической продукцией (бред, галлюцинации) и характерны для острых психозов.

Выключение сознания происходит вследствие поражения ствола головного мозга, оно является не дезинтеграцией, а выпадением функции сознания различной степени глубины и протекает без психопатологической продукции.

**Понопатии** (*греч. ponema* — труд, *pathos —* болезнь) [Kraepelin E., 1915].

Группа психогенных заболеваний, связанных с деятельностью человека, физиче­ским и умственным трудом (неврозы деятельности), к которой относились неврасте­ния и невроз ожидания. Ср.: гомилопатии, симбантопатии.

**Понятие.** Одна из форм мышления, характеризующаяся высоким уровнем обобщения. П. могут быть конкретными и абстрактными, наиболее абстрактные П. обозначаются как категории. П. выражается словами и только в этой форме суще­ствует.

**Попова симптом** [Попов Е.А., 1956]. Соответствие аффективной окраски сно­видений фазе маниакально-депрессивного психоза.

**Попова смесь** предназначена для купирования алкогольного делирия и вклю­чает в себя фенобарбитал и этиловый спирт, разведенный водой.

**Пориомания** (*греч. poreia —* путешествие + *мания*)*.* См. *Дромомания, Вага- бондаж.*

**Порнография** (*греч. роте —* развратница, *grapho —* писать, изображать). Письменная или изобразительная продукция с чрезмерно натуралистическими, не­пристойно-сладострастными изображениями или описаниями полового акта. Ввоз П. из-за рубежа и распространение в стране по отечественным законам запрещены.

**Порнографомания** (*порнография + мания*)*.* Сексуальная перверсия. Половое возбуждение и удовлетворение при разглядывании или чтении порнографической продукции.

**Порропсия** (*греч. porro —* далеко, *opsis —* зрение) [Heilbronner К., 1904]. Расстройство восприятия, при котором меняется восприятие расстояния, отделяю­щего объект от больного, но размеры этого объекта остаются неизменными, в от­личие от описанной L. van Bogaert микротелеопсии.

**Порэнцефалия** (*греч. poros —* отверстие, пора, *enkephalos* — головной мозг) [Henschl R.L., 1895]. Аномалия развития головного мозга, характеризующаяся на­личием в нем воронкообразных полостей, кист, выстланных изнутри эпителием и за­полненных ликвором, связанных с боковыми желудочками. Связывается с родовыми травмами и заболеваниями раннего детского возраста. Может сочетаться с интел­лектуальной недостаточностью.

**Последовательный образ.** Задерживающееся после прекратившегося дей­ствия на зрительный анализатор раздражителя ощущение. См. *Эйдетизм.*

**Постгипнотическое действие.** Деятельность подвергшегося гипнозу лица, проявляющаяся в реализации поступков, внушенных в гипнозе, совершить которые пациент должен после выхода из гипнотического состояния.

**Потамофобия** (*греч. potamos —* поток, *phobos —* страх). Навязчивое состоя­ние, возникновение страха при созерцании стремительного движения воды, быстро­го течения реки, водоворотов.

**Потатор** (*лат. potator*)*.* Пьяница, лицо страдающее алкоголизмом.

**Походка.** Совокупность особенностей позы и движений при ходьбе. Некото­рые виды походки имеют диагностическое значение, например, атактическая П. (см. *Атаксия*); гемиплегическая (см. *Гемиплегия, Гемипарез*) походка (паретическая нога отводится в сторону и, не сгибаясь, производит полукруг — отсюда: косящая, цирку­лирующая П.). При паркинсонизме наблюдается кукольная П. — мелкими шагами, без синергических движений рук, с застывшим и не сгибающимся туловищем. При поражении лобных долей головного мозга — лисья П. (постановка ступней по одной линии). При истерии наблюдается походка летающего пера — большие шаги-прыж­ки, больной останавливается лишь наткнувшись на препятствие. П. старческая — мелкими шаркающими шажками с неуверенными, недостаточно координированными содружественными движениями рук.

**Походка метущая** [Todd R.]. Наблюдается при истерической псевдогемипле­гии. Парализованная нога волочится метлой, а не «загребает», описывая дугу нос­ком, как это бывает при истинной гемиплегии.

**Прагматамнезия** (*греч. pragma —* дело, действие, вещь, предмет, *а —* отри­цание, *mnesis —* память). 1. Амнезия совершенных ранее действий. 2. Амнезия, при которой утрачены знания о внешнем виде хорошо знакомых предметов.

**Прадера—Вилли синдром** [Prader A., Willi H., 1956]. Характеризуется сочета­нием олигофрении и церебрального ожирения. Психически — резко выраженное ум­ственное недоразвитие, в ряде случаев наблюдается аспонтанность, на фоне кото­рой эпизодически возникают агрессивные вспышки. Соматически — малый рост, ак- ромикрия, гипогенитализм, мышечная гипотония. Нередко характерные диспласти- ческие черты, обусловливающие специфический внешний облик больных — долихо­цефалия, деформированные и низко расположенные ушные раковины, мягкий уш­ной хрящ, миндалевидные глазные щели, эпикант, гипертелоризм, страбизм, высо­кое небо, подковообразная форма рта с короткой верхней губой, неправильный рост зубов. У мальчиков наблюдается гипогенитализм, крипторхизм, у девочек — недо­развитие больших и малых половых губ. В пубертатном возрасте нередко присоеди­няется диабет. Этиология неизвестна, в патогенезе большое значение придается поражению гипоталамуса.

**Праксис** (*греч. praxis —* действие). Способность производить целенаправлен­ные действия, движения. Различные формы нарушений действия объединяются по­нятием «апраксия». Кроме того, к апраксиям в качестве относительно самостоятель­ной их формы относят расстройства письма, аграфию.

**Превентивный** (*лат. praeventum —* упреждать, предупреждать). Предупреди­тельный, профилактический, предохранительный, например, П. госпитализация, П. симуляция.

**Прево симптом** [Prevoust]. Одновременное отклонение головы и глазных яблок в сторону поражения при гемиплегиях (по образному выражению, «больной как бы смотрит на свой патологический очаг»).

**Предболезнь.** [Семичов С.Б., 1987]. Дисфункциональное состояние, психиче­ская дезадаптация, выходящая за рамки нормы, но не достигающая степени болез­ни. П. отражает вероятность возникновения заболевания. Присущая ей дезадапта­ция достигает степени субклинических расстройств, однако от болезни они отлича­ются одним или несколькими следующими признаками: клинической неочерченно- стью расстройств, большей их обратимостью, эпизодичностью, парциальностью, до­ступностью контролю сознания и воли, наличием критики. Такое понимание П. способствует улучшению диагностики психических расстройств, решению вопросов прогноза заболевания, выделению групп повышенного риска. В теоретико-методоло­гическом аспекте оно позволяет более точно решать проблемы психиатрической нормологии, снабжает психиатров предпосылками для изучения саногенетических, противостоящих болезни, факторов.

**Предвестники болезни.** Ранние симптомы болезни, предшествующие ее основным проявлениям, манифестации. См. *Форпостсиндромы при шизофрении.*

**Предвестники припадка.** Соматические или психические изменения, иногда предшествующие наступлению судорожного припадка. Иногда они обнаруживаются только на ЭЭГ. Возникают за несколько часов или суток до наступления припадка. Проявляются чувством жара, холода, болями, локализуемыми в различных частях тела, тошнотой, головной болью, слабостью, чувством разбитости, тоской. Следует отличать от ауры, которая является началом самого припадка.

Син.: продром эпилептический, проявления предприпадочные эпилептиче­ские.

**Пределирий** (*лат. prae —* находящийся впереди чего-либо, предшествующий + *делирий*)*.* Начальная стадия делирия, характеризующаяся беспокойством, тревож­но-подавленным настроением, страхами в вечернее время, бессонницей, недоста­точностью внимания, затруднением его концентрации и неустойчивостью, вегетатив­ными расстройствами. Нередко, при своевременном начале лечения, симптоматика собственно делирия не развивается, он протекает в редуцированном виде.

**Предилекционные расстройства** (*пре + лат. diligo, dilexi —* высоко ценить). Предпочтительные, типичные, очень характерные, хотя и не строго специфические, патогномические проявления отдельных психических заболеваний или их групп.

**Предрасположение.** Наличие врожденных или приобретенных признаков ин­дивидуума (биологических, личностных), способствующих возникновению опреде­ленного заболевания.

**Предсердная тоска.** Чувство невыносимой психической боли (см. *Психал- гия*)*,* сопровождающееся крайне тяжелым ощущением в области сердца. Боль на­столько невыносима, что больной начинает стонать и метаться. Наблюдается в пре­дынфарктных состояниях и при эндогенных (витальных) депрессиях.

**Представление.** Наглядный образ предмета или явления, возникающий на основе припоминания или же продуктивного воображения, на основе имевших место ощущений и восприятия. В познавательной деятельности П. занимает положение, промежуточное между восприятием и абстрактно-логическим мышлением. В связи с тем, что П. воскрешают прошлый опыт в памяти или воображении, различают П. па­мяти и П. воображения. П. различают также по их модальности — зрительные, слу­ховые, кинестетические и т.д. П. является суммированными образами многих вос­приятий отдельных объектов. При некоторых психических расстройствах П. могут быть либо более, либо менее яркими, чувственными. При опухолях затылочной об­ласти они вовсе отсутствуют в сновидениях [Гринштейн A.M.].

**Предфаза** [Юдин Т.И., 1941]. Начальный этап шизофренического процесса, характеризующийся наличием негативной симптоматики (аффективное снижение, угасание психической продуктивности, затруднения осмысления нового материала, непродуктивные расстройства мышления) и предшествующий манифестации про­дуктивной психотической симптоматики. Понятие, близкое к гипофазе. Часто наблю­дается при начинающейся гебоидным синдромом юношеской злокачественной ши­зофрении [Элиава В.Н., 1982], при этом отмечено, что развивающийся на негатив­ном фоне гебоидный синдром носит редуцированный характер.

**Предынсультное состояние.** Наблюдающиеся у больных гипертонической болезнью и церебральным атеросклерозом состояния, характеризующиеся нараста­ющей головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой. АД при этом оказывает­ся или резко повышенным или падает. П.с. нередко предшествует острым наруше­ниям мозгового кровообращения, функциональным и органическим.

**Прекома** (*пре + кома*)*.* Начальная стадия коматозного состояния в виде оглу­шенности, сопора. В отличие от развернутого коматозного состояния сохраняются рефлекторные реакции, сильным болевым, звуковым или световым раздражением больной может быть выведен из этого состояния.

Син.: прекоматозное состояние.

**Преморбидное состояние** (*пре* + *лат. morbus —* болезнь). Совокупность факторов (врожденных и приобретенных, биологических и психологических), прини­мающих участие в возникновении, формировании и течении заболевания. К факто­рам П.с. относятся конституционально-биологические особенности, явления резиду­ально-органической церебральной патологии, интеркуррентные заболевания, как со­матические, так и психические. П.с. не может рассматриваться как нечто фатальное, роковое, тем более, что оно включает в себя не только имеющие отрицательное значение моменты, но и защитные механизмы — физиологические и психологиче­ские (см.). Понятие П.с. шире понятия предболезни (см.), отражающего наличие пси­хической дезадаптации, протекающей, однако, на субклиническом уровне.

Син.: преморбид.

**Препсихопатическое состояние** (*пре + психопатия*) [Tramer M., 1949; Керби- ков О.В., Гиндикин В.Я., 1960]. Стадия, предшествующая окончательному сформиро­ванию краевых психопатий, завершающая психопатическое развитие. На этой ста­дии еще отсутствуют тотальность патологических черт личности и существенные на­рушения социальной адаптации, психопатические черты личности еще обратимы и, при благоприятных условиях, психопатия может не сформироваться.

**Пресбиофрения** (*греч. presbys —* старый, *phren —* ум, разум) [Wernicke С., 1881]. Особая форма старческого слабоумия, характеризующаяся относительно не­глубокой деменцией с эмоциональной живостью при наличии выраженных расстройств памяти. Различались хроническая П., соответствующая современным представлениям о конфабуляторной форме старческого слабоумия, и острая П. с клинической картиной старческого делирия. В ряде случаев пресбиофренный син­дром является лишь стадией развития заболевания, например, Альцгеймера болез­ни. Этиопатогенез неоднороден — пресбиофренные синдромы могут быть сенильно­атрофического, атеросклеротического и сочетанного, сосудисто-атрофического гене­за.

Понятие П. введено впервые K. Kahlbaum [1863], но в его понимании оно отли­чалось более широким содержанием и соответствовало современным представле­ниям о старческом слабоумии.

**Пресенильный** (*пре + сенильный*)*.* Предстарческий, предшествующий сениу- му. Термин используется для определения ряда психических заболеваний пожилого возраста — П. депрессия, П. психозы, П. деменция.

**Пресениум** (*пре + лат. senium —* старость). Возрастной период, предшеству­ющий старости. Охватывает возраст 45-60 лет (по геронтологической классифика­ции ВОЗ этот возраст определяется как средний), в котором наиболее часто об­остряются или развиваются некоторые психозы, протекающие с нарастающей де­менцией или аффективно-бредовыми расстройствами.

**Преследуемые—преследователи.** Феномен, часто наблюдающийся при пер- секуторном бреде, когда больные в порядке бредовой защиты совершают агрессив­ные действия, направленные против мнимых преследователей.

**Пресомноленция** (*пре + лат. somnolentus —* сонливый) [Walther-Buel H., 1951]. Синдром расстроенного сознания, комбинация амнестических расстройств и оглушенности. Рассматривается как легкое проявление органического психосиндро­ма. Характерны дезориентировка, затруднение понимания, ослабление запомина­ния. Возникает остро. Наблюдался при опухолях головного мозга.

**Приапизм.** Чрезмерно длительная и болезненная эрекция, при этом нередко половое влечение отсутствует. Наблюдается при органической патологии ЦНС. На­звано по имени Приапа — бога садов и плодородия, а в последующие времена — бога сладострастия в древней Элладе.

**Привыкание.** Особенность состояний хронической интоксикации, когда опре­деленная доза наркотического или токсического вещества перестает давать желан­ный эффект и требуется прибегать для его получения к повышению дозы. Один из механизмов формирования наркомании и токсикоманий.

**Приливы.** Преходящее чувство жара в коже лица, шеи, груди, вызываемое резким расширением сосудов кожи. Частый признак климаксов.

**Примордиальный** (*лат. primordialis —* первоначальный, изначальный). Пер­вичный. Например, П. бред — синоним понятия «первичный бред».

**Принцип нестеснения.** Принцип содержания психически больных в стациона­рах при условиях, максимально приближающихся к режиму обычных соматических больниц, с устранением любых мер принуждения.

**Принцип открытых дверей.** См. *Принцип нестеснения.*

**Принцип соответствия** [Фрумкин Я.П., Завилянский И.Я., 1964]. Психиатриче­ская диагностическая концепция. В установлении диагноза большое значение при­дается соотношению: 1) между состоянием больного и анамнезом, сроками течения болезни, особенностями развития симптомов; 2) между признаками, наиболее ти­пично отражающими сущность болезни, и дополнительными; 3) между психопатоло­гическими особенностями и данными лабораторных и соматоневрологических ис­следований; 4) между синдромами и основными типами течения (например, фазой, реакцией, процессом). Придается значение совместимости типичных и не свой­ственных заболеванию признаков в развитии болезни, их сочетаниям.

**Припадок.** Внезапно появляющееся кратковременное, обычно многократно повторяющееся болезненное состояние, характеризующееся потерей сознания, су­дорогами и др. Патогенез сложен, причины разнообразны — наличие эпилептоген­ных и эпилептических очагов, аноксия, нарушения обмена веществ в ткани головно­го мозга, психогении (психический П.), явления нарколепсии, каталепсии. Возможно сочетание нескольких патогенных факторов.

***П. децеребрационный*** Характеризуется тоническими судорогами всех мышц с опистотонусом и развивается при острой ишемии головного мозга, например, при диффузном некрозе коры больших полушарий.

***П. диакоптический*** (*греч. diakopto —* насильственное прерывание) [Janzen R., 1961]. Особая форма эпилептиформных припадков, характеризующаяся внезап­но наступающими расстройствами дыхания (Чейна— Стокса дыхание, апноэ), проте­кающими без судорожных проявлений. Наблюдается при органических заболевани­ях головного мозга мезенцефальной локализации, а также при поражении продолго­ватого мозга.

***П. истерический*** возникает психогенно, обычно в присутствии посторонних, содержит элементы театральности. Падение тела медленное, без ушибов и других повреждений. Бурные выразительные движения (заламывания рук, катание по полу), возможна истерическая дуга. Протекает на фоне суженного сознания.

***П. катаплектический*** характеризуется кратковременной утратой мышечного тонуса при внезапном воздействии внешнего раздражителя в состояниях перехода от сна к бодрствованию и наоборот. Может наблюдаться при нарколепсии, некото­рых поражениях головного мозга.

***П. паралитический*** наблюдается при прогрессивном параличе и протекает по типу эпилептиформного, напоминающего джексоновский. После него могут остаться преходящие параличи или парезы.

***П. синкопальный*** (*лат. syncope —* обморок) [Schulte W., 1949]. Кратковре­менные припадки слабости. Обморочному состоянию предшествуют неопределен­ные ощущения, чувство потемнения в глазах, страх, обильное потоотделение. Отме­чается кратковременное помрачение сознания. Судороги отсутствуют. Иногда на­блюдаются случаи самоповреждения. Наблюдается в дневное время, часто после длительных прогулок, сильного возбуждения, значительной статической нагрузки, вследствие испуга. Могут возникать и вне какой-либо внешней причины. По генезу могут быть идиопатическими и симптоматическими (например, после травмы голов­ного мозга). Занимают промежуточное положение между истерическими и органиче­скими припадками, однако при длительном течении заболевание может приобрести характер психомоторной эпилепсии.

Син.: П. вегетативные, П. вазомоторные, П. ваговазальные.

***П. экламптический*** наблюдается при эклампсии беременных, носит эпизоди­ческий характер. В анамнезе нет указаний на эпилепсию. Характерны фибрилляр­ные судороги мышц лица, распространяющиеся на скелетную мускулатуру, затем то­нические судороги мышц тела, сменяющиеся клоническими судорогами мышц тела и затем верхних и нижних конечностей. Завершается коматозным состоянием. Появ­лению П. предшествует симптоматика нефропатии.

***П. эпилептиформный*** возникает при активно текущих экзогенно-органиче­ских и органических процессах — инфекционном, интоксикационном, опухолевом, — либо вследствие резидуальной органической патологии, например, после черепно­мозговой травмы. П. носят аутохтонный характер, обычно не зависят или мало зави­сят от внешних провоцирующих факторов, по клиническим проявлениям напомина­ют эпилептические, однако в межприпадочном периоде больные не обнаруживают присущих эпилепсии психических изменений. (См. *Кронфельда интерпароксизмаль­ный синдром*)*.*

**Припадок эпилептический.** Припадок при эпилепсии, возникающий в связи с чрезмерным возбуждением и разрядом в нейронах головного мозга, в том числе в зоне эпилептического очага.

***П.э. абдоминальный*** характеризуется неприятными ощущениями или болями в околопупочной и подложечной областях, явлениями дисфункции желудочно-ки­шечного тракта. Часто протекает с помрачением сознания. Локализация эпилептиче­ского очага в инсулярной или периинсулярной области.

***П.э. абортивный*** — редуцированный, с отсутствием или слабой выраженно­стью отдельных его компонентов.

***П.э. автоматизма*** — генерализованный или фокальный припадок с непроиз­вольной относительно координированной, упорядоченной двигательной активно­стью на фоне помраченного сознания, с последующей амнезией.

***П.э. адверсивный*** характеризуется движением глаз, головы, туловища. Поза больного производит впечатление поворота как бы для того, чтобы посмотреть вбок или назад. Поворот всегда противоположен стороне локализации эпилептического очага, располагающегося в лобной или височной области или в дополнительной мо­торной области.

***П.э. акинетический*** (*греч. а —* не, *kinesis —* движение) [Doose H., 1964]. Фор­ма малого эпилептического припадка. Чаще наблюдается у детей в возрасте от 9 месяцев до 9 лет. Больной внезапно застывает, как будто пораженный молнией. От­сутствуют элементы мышечного возбуждения. На ЭЭГ типичные комплексы «пик- волна». Прогноз мало благоприятен. Часто наблюдается прогрессирующая демен­ция.

Син.: акинетический пти-маль, амиостатический припадок, миоклонически- амиостатический припадок, статический припадок [Hunt J.R., 1922].

***П.э. акустикогенный.*** См. *П.э. рефлекторный слуховой.*

***П.э. амбулаторный*** протекает с амбулаторным автоматизмом. При большой продолжительности говорят об эпилептической фуге.

***П.э. амнестический с сохранением сознания* —** невозможность запомнить происходящее, хотя сознание не нарушено. Наблюдается при эпилептическом очаге в коре лобной доли.

***П.э. атонический*** — генерализованный, с падением постурального тонуса и тела больного, с потерей сознания. По длительности различают мгновенное паде­ние (доли секунды), атонический абсанс (3-5 сек) и истинный атонический П.э. (несколько минут).

***П.э. аудиосенсорный.*** См. *П.э. рефлекторный слуховой.*

***П.э. аутоиндуцированный*** произвольно вызывается самим больным. Встре­чается редко, главным образом наблюдается у детей с умственным недоразвитием. Для самопровоцирования П. используется прерывание быстрыми движениями рук поступления в глаз солнечных лучей, гипервентиляция, длительная фиксация взгля­да на резко контрастном объекте.

Син.: П.э. аутопровоцированный.

***П.э. афатический*** — фокальный П., характеризуется полной или частичной моторной или сенсорной афазией. Эпилептический очаг в области нижней лобной

или височно-теменной области доминантного полушария.

***П.э. аффективный.*** 1. Возникающий под влиянием аффекта. 2. Начальные проявления характеризуются немотивированным резким аффектом (чувство страха, реже — радости, удовольствия, ярости). Очаг в переднемедиальной части височной доли.

***П.э. большой*** — типичный П.э., протекающий с тоническими, а затем клони­ческими судорогами, непроизвольными мочеиспусканием и дефекацией, прикусыва- нием языка, последующими нарушением сознания и сном.

Син.: П.э. тонико-клонический.

***П.э. вегетативный.*** 1. Разновидность генерализированного или фокального П. с преимущественно вегетативными расстройствами (тахикардия, гипертензия, учащение дыхания, мидриаз и др.), сенсорными или моторными феноменами. Ино­гда при этом преобладают вазомоторные расстройства, иногда вегетативные прояв­ления возникают рефлекторно (П.э.в. рефлекторный). В некоторых случаях имеет место внезапное возникновение чувства жажды или голода, сексуальное возбужде­ние (П.э.в. галлюцинаторный).

***П.э. височный.*** Пароксизмы вызываются височной локализацией нейронных разрядов.

***П.э. вкусовой.*** Фокальный П., клиническая картина которого характеризуется, главным образом, вкусовыми ощущениями. Это либо усиление вкусовых ощущений, гипергевзия, либо искаженное восприятие вкуса (П.э.в. иллюзорный), либо появле­ние вкусовых ощущений без раздражителя (П.э.в. галлюцинаторный). Локализация очага в инсуло-периинсулярной зоне коры.

***П.э. вокальный*** характеризуется либо остановкой речи неафатического типа, либо продолжительной речевой артикуляцией или ритмической модуляцией гласных (эпилептическая вокализация). В случаях фокального П.э.в. локализация очага в нижней роландовой области или в дополнительной моторной зоне.

***П.э. вращательный*** характеризуется одним или несколькими поворотами ту­ловища вокруг вертикальной оси.

***П.э. вызванный.*** Вызывается каким-либо определенным фактором, предрас­полагающим или играющим роль пускового механизма (гипертермия, гипервентиля­ция, алкоголь, аффективное возбуждение, первичное, непосредственное воздей­ствие на органы чувств).

***П.э. галлюцинаторный.*** Разновидность фокального П., выражающегося ис­ключительно или преимущественно эпилептическими галлюцинациями (слуховыми, зрительными, обонятельными, вкусовыми, смешанными).

***П.э. галлюцинаторный экмнестический.*** Содержание зрительных или слу­ховых галлюцинаций отражает в мельчайших деталях прошлый опыт больного, происходит как бы кратковременное погружение в прошлое.

***П.э. генерализованный.*** Характеризуется нарушением сознания, массивны­ми вегетативными нарушениями. Может проходить с тонико-клоническими судорога­ми, только лишь тоническими или клоническими судорогами, миоклоническими про­явлениями. Возможны бессудорожные формы П.э.г. — абсансы, акинетические и атонические П.

***П.э. глазодвигательный*** характеризуется сочетанным отклонением глаз в сторону, противоположную эпилептическому очагу, располагающемуся в лобной ад- версионной зоне.

Син.: П.э. окулогирический.

***П.э. джексоновский.*** Соматомоторный припадок с типичным джексоновским маршем судорог — в порядке их представительства в коре головного мозга. Ре­зультат эпилептического разряда с фокальным началом, распространяющегося по контрлатеральной прероландовой и построландовой коре. Характерен для Браве—

Джексона эпилепсии.

***П.э. дисмнестический.*** Разновидность фокального П.э., клиническая картина которого определяется нарушением памяти. Локализация очага в височной доле. Включает экмнестические галлюцинации, эпилептическое панорамное видение, а также ощущения «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого» или «ни­когда не виденного», «никогда не слышанного», «никогда не пережитого». Локализа­ция эпилептического очага — в височной доле.

***П.э. диэнцефально-автономный*** (*анат. diencephalon* — промежуточный мозг) [Penfield W., 1929]. Характеризуется преобладанием вегетативной симптомати­ки: покраснение или побледнение лица, усиленное потоотделение, слюнотечение, зевота, позывы к рвоте, приступообразная головная боль, сердцебиение. Может рассматриваться как вариант джексоновского припадка.

Син.: (гипо)таламический припадок.

***П.э. единичный.*** Наблюдается в жизни больного лишь один раз, обычно воз­никает при наличии судорожной предрасположенности. Может носить характер слу­чайного, но может быть и спонтанным единичным, хотя в этом случае не должен рассматриваться как доказательство того, что больной страдает эпилепсией [Gastaut H., 1975].

***П.э. жевательный.*** Фокальный П., характеризующийся ритмическими жева­тельными движениями и слюнотечением на фоне нарушенного сознания. Локализа­ция очага — миндалевидное ядро, инсуло-периинсулярная зона, оперкулярная об­ласть.

Син.: П.э. мастикаторный.

***П.э. зрительный.*** Фокальный П., характеризующийся зрительными ощущени­ями (фотопсиями, иллюзиями, галлюцинациями). Наблюдается при затылочной эпи­лепсии с локализацией очага в специфически зрительных зонах коры.

***П.э. идеаторный.*** Фокальный П., проявляющийся насильственным мышлени­ем. Очаг — в коре лобной или височной доли.

***П.э. итеративный.*** См. *П.э. палилалический.*

***П.э. катамениальный*** (*греч. katamenia —* менструация). Возникает в непо­средственной временной связи с менструациями.

***П.э. клонический.*** Разновидность генерализованного, наблюдается у грудных детей.

***П.э. локальный.*** См. *П.э. фокальный.*

***П.э. малый.*** Развивается при первично генерализованной эпилепсии и проте­кает по типу абсансов или миоклонии. Эти разновидности П. могут наблюдаться сами по себе и в сочетании с тонико-клоническими П.

***П.э. миоклонический*** протекает в форме пароксизмов миоклонии.

***П.э. музыкогенный.*** Редкая форма фокального П., обусловленного эмоцио­нальным воздействием музыки.

***П.э. обонятельный*** характеризуется неприятными обонятельными иллюзия­ми и галлюцинациями. Очаг — в специфически обонятельной коре. Понятие, близ­кое П. ункусному.

***П.э. односторонний.*** Генерализованный П.э., при котором судороги охваты­вают лишь одну сторону тела. Чаще наблюдается у детей.

***П.э. палилалический.*** Фокальный П.э., картина которого исчерпывается пали- лалией. Очаг — в дополнительной моторной зоне.

Син.: палилалия эпилептическая, П.э. итеративный.

***П.э. парамнестический.*** См. *П.э. дисмнестический.*

***П.э. перемещающийся.*** Разновидность большого П.э., при котором судороги поочередно возникают то на одной, то на другой стороне тела.

***П.э. прокурсивный*** характеризуется кратковременным помрачением созна­ния, при котором больной делает несколько шагов или бежит вперед.

***П.э. пропульсивный*** (*лат. pro —* вперед, *pella —* толкать) [Janz D., 1955]. Ва­риант малых эпилептических припадков. Припадки отличаются тоническим сгибани­ем верхней части туловища или наклоном головы вперед, очень кратковременны, наблюдаются на первом году жизни. Чаще всего связаны с задержкой развития моз­га в эмбриональном периоде («внутриутробная эпилепсия»), отмечается значение патологической наследственности. Прогноз неблагоприятный.

Син.: салаамовы судороги, молниеносные судороги, инфантильный (детский) спазм.

***П.э. психический.*** Обобщенное понятие, включающее в себя П. со сложными психическими проявлениями — идеаторный, дисмнестический, аффективный.

Син.: умственный П.э.

***П.э. психомоторный*** [Gibbs F.A., Lennox W.G., 1937]. На фоне помраченного сознания проявляются двигательные автоматизмы. Часты бессмысленные поступки. Припадок заканчивается вегетативными симптомами. Клиническая картина вариа­бельна. Аура носит характер обонятельной, вегетативной, эпигастральной, вкусо­вой, приступов страха, явлений «уже виденного» и «уже слышанного». После ауры следуют глотательные, жевательные движения, чавканье, фрагменты более слож­ных действий (манипулирование тряпкой, болтание ногами, вязание узлов). Иногда выполняются довольно сложные действия. Лицо краснеет или бледнеет. Припадок длится секунды, иногда минуты. На ЭЭГ — двусторонние пароксизмальные волны (4-6 в 1 с) с преимущественной локализацией в височных и, реже, в лобно-височных отделах головного мозга.

Соответствует сноподобным состояниям, оральным малым припадкам Галле- на [Hallen O., 1954].

Син.: П.э. автоматизма.

***П.э. ретрокурсивный*** — больной делает несколько шагов назад, туловище также выгибается кзади. Разновидность абсанса.

***П.э. ретропульсивный*** (*лат. retro* — направленный назад, *pello —* толкать) [Janz D., 1955]. Вариант малых эпилептических припадков. П.э.р. характеризуется откидыванием головы назад, разгибанием туловища, отведением плеч и направлен­ным вверх взглядом. Рассматриваются как гипертонические абсансы при повышении постурального тонуса. Нередко возникают после психогении. Чаще наблюдаются у девочек. Частота припадков может доходить до 50 в день. Относятся к пикнолепсии.

***П.э. рефлекторный*** возникает под воздействием ярких световых (*П.э.р. зри­тельный*) и громких звуковых (*П.э.р. слуховой*) раздражителей.

***П.э. светочувствительный.*** См. *П.э. рефлекторный* (*зрительный*)*.*

***П.э. сенсорный*** характеризуется элементарными и сложными симптомами нарушения восприятия (эпилептические ощущения, иллюзии, галлюцинации).

***П.э. соматосенсорный*** характеризуется тягостными ощущениями в различ­ных областях тела, в том числе телесными галлюцинациями.

***П.э. субклинический*** обнаруживается только на ЭЭГ. Клинические признаки П.э. отсутствуют.

***П.э. субкортикальный*** характеризуется подкорковыми двигательными и (или) вегетативными пароксизмами.

***П.э. тонический.*** Генерализованный, очень кратковременный, характеризу­ется помрачением сознания, массивными вегетативными проявлениями и двусто­ронними симметричными тоническими судорогами. Наблюдается у детей. См. *Лен- нокса—Гасто синдром.*

***П.э. ункусный*** (*анат. uncus —* крючок гиппокамповой извилины) [Jackson J.H., 1899]. Форма П.э., наблюдаемая при локализации эпилептического очага в перед­невнутренней части височной доли, особенно в крючке (ункусе), извилине гиппокам­па. Характерно внезапное появление обонятельных и вкусовых галлюцинаций. Ино­гда сочетается с нарушением сознания, сноподобными состояниями.

***П.э. фокальный*** отличается тем, что его начальные симптомы выражены меньше, чем при генерализованном, и отражают локализацию эпилептического оча­га.

***П.э. циркумкурсивный*** (*лат. circum —* круг, *cursus —* бег, движение). П. авто­матизма, при котором больной ходит по кругу.

Син.: П.э. ротаторный (*лат. rotatio —* вращение).

***П.э. энуретический*** характеризуется пароксизмальным недержанием мочи с помрачением сознания. Может быть генерализованным или фокальным (поражение височной доли).

***П.э. эпигастральный.*** Фокальный П.э., характеризующийся неприятными ощущениями в эпигастрии. Обычно предшествует абдоминальному, психическому, психомоторному и психосенсорному П.э.

**Присвоения феномен** [Аккерман В.И., 1936]. Наблюдающееся в рамках пер­вичного шизофренического бредообразования вынужденное отнесение к себе боль­ным не зависящих от него объективных связей действительности с последующим приданием им особого символического смысла. Полярный по отношению к присвое­нию феномен отчуждения сводится к приписыванию важной роли чужому влиянию в осуществлении психической деятельности больного. Феномены присвоения и отчуж­дения рассматриваются в единстве их некоей психопатологической пропорции и со­ответствуют клиническим представлениям о деперсонализационно-дереализацион- ном комплексе, значение которого в генезе шизофренического бреда подчеркивает­ся G. Langfeldt [1956], M. Bleuler [1972], А.А. Меграбяном [1975].

**Приступ падения** (*англ. drop attack*)*.* Внезапное падение вследствие резкого снижения постурального тонуса при нарушении кровообращения в области ретику­лярной формации ствола головного мозга. Сознание не нарушено. Сопутствуют яв­ления астении, адинамии. Ср.: коллапс, обморок.

**Приступы клише** (*фр. cliche —* негатив). Проявления психоза — рецидивы, эпизоды, совершенно однотипные по своей клинической картине. Например, реци­дивы при некоторых формах шизофрении, периодически протекающие психотиче­ские состояния, припадки и эквиваленты у больных эпилепсией (последние Я.П. Фрумкин характеризовал как фотографически повторяющиеся).

**Пробанд** (*нем. Proband*)*.* Лицо, с которого начинается составление родослов­ной при генеалогическом анализе. В последние годы термин употребляется более широко, для обозначения объекта клинического наблюдения, особенно в тех случа­ях, когда понятие «больной» неприемлемо, например, когда речь идет об акцентуи­рованной личности.

**Прогерия** (*греч. progeros —* преждевременно состарившийся). См. *Вернера синдром, Гетчинсона—Гильфорда синдром.*

**Прогноз болезни** (*греч. pro —* приставка, обозначающая «находящийся перед чем-либо», «предшествующий чему-либо», *gnosis —* знание). Обоснованное на данных клиники и этиопатогенеза предположение о дальнейшем течении и исхо­де болезни.

**Прогноз восстановления функций.** Прогностическое предположение о компенсаторных возможностях индивидуума, учитывающее как общие положения о функциональной сохранности органов и систем при данном заболевании, так и инди­видуальные (биологические и личностные) особенности индивидуума. Играет важ­ную роль при врачебно-трудовой и медико-педагогической экспертизе.

**Прогноз социально-психиатрический.** Прогностическое предположение о возможностях социально-трудовой реабилитации больного и наиболее рациональ­ных методах ее осуществления.

**Прогноз трудовой.** Прогностическое предположение о возможной трудо­способности больного в будущем и выбор в соответствии с этим наиболее соответ­ствующих особенностям течения болезни, профессии больного до заболевания и со­отношению в клинике функциональных и морфологически-деструктивных проявле­ний поражения ЦНС трудовых рекомендаций.

**Прогредиентность** (*лат. progredior —* идти вперед). Признак, характерный для психических заболеваний, протекающих по процессуальному типу, как эндоген­ных (шизофрения), так и ряда органических (эпилепсия, старческое слабоумие, бо­лезни Пика и Альцгеймера и др.). П. может быть неуклонной, непрерывной, но наря­ду с этим наблюдается прогредиентное течение с остановками, ремиссиями. При­мер непрерывно-прогредиентного течения — соответствующая форма шизофрении, атрофические психозы. Прогредиентность второго типа наблюдается при приступо­образной, рекуррентной шизофрении, церебральном атеросклерозе.

**Продром** (*греч. prodromos -* бегущий впереди). См. *Предвестник болезни.*

**Продромальный период.** Стадия болезни, предшествующая ее основным клиническим проявлениям, манифестации, например, астения в начале прогрессив­ного паралича.

**Проективные методики** [Frank L.K., 1939]. Понятие, введенное для объеди­нения ряда психологических методик по общему для них принципу выявления специ­фических личностных особенностей в ситуации эксперимента, отличающейся неопределенностью стимульного материала. В соответствии с концепцией С.Л. Ру­бинштейна, по которой внешние причины действуют через внутренние условия, ко­торые сами формируются в результате внешних воздействий на психику, проектив­ные психологические методы можно рассматривать как приемы опосредованного изучения личности, базирующиеся на создании специфической пластической сти­мульной ситуации. Такого рода экспериментальная ситуация в силу активности про­цесса восприятия создает условия, благоприятные для проявления тенденций, уста­новок, эмоциональных состояний и других особенностей личности [Блейхер В.М., Бурлачук Л.Ф., 1976, 1978]. По Е.Т. Соколовой [1980] проективный метод, ориентиро­ванный на изучение неосознаваемых или не вполне осознанных форм мотивации, является чуть ли не единственным собственно психологическим методом проникно­вения в наиболее интимную область человеческой психики. Различают следующие группы проективных методов: 1) методы структурирования (Роршаха тест); 2) мето­ды конструирования (Шнейдермана тест составления картинки, Лёвенфельд—Бю- лер тест миросозидания); 3) методы дополнения (Закса—Леви тест незаконченных предложений, Юнга ассоциативный эксперимент); 4) методы катарзиса (Морено пси­ходрама); 5) методы изучения экспрессии (анализ почерка, особенностей речевого общения); 6) методы изучения продуктов творчества (Гуденах, Маховер тесты, Букка тест рисунка дома — дерева — человека).

**Проекция.** Один из механизмов психологической защиты. Бессознательная попытка освободиться от неприемлемой, навязчивой тенденции (мысли, чувства, мотивы), приписывая их другим. Так, окружающим приписываются собственные от­рицательные черты. Невозможность объективно оценить себя с помощью механиз­ма проекции приводит к интактности морального самосознания, к убежденности в том, что происшедшие неприятные события являются результатом личностных осо­бенностей и проявлением деятельности других людей.

**Прозопагнозия** (*греч. prosopon —* лицо, *а —* не, *gnosis —* познание) [Bodamer J., 1947]. См. *Агнозия.*

**Промышленная реабилитация.** Метод трудовой терапии на промышленном производстве. Больной перемещается из психиатрического стационара в общество здоровых людей, участвует в коллективном труде. Включает в себя элементы трудо­вой терапии, терапии средой, терапии занятостью. Речь идет о социотерапии в условиях открытого производства. Программа участия в трудовых процессах инди­видуализирована и осуществляется под медицинским контролем. Вовлечение в тру­довые процессы с дальнейшим трудообучением и трудоустройством носит поэтап­ный, ступенчатый характер.

**Проприоцептор** (*лат. proprius —* собственный *+ рецептор*)*.* Нервные оконча­ния, расположенные в тканях мышечно-суставного аппарата, воспринимающие их растяжение и сокращение. Периферическое звено анализатора мышечно-суставной чувствительности, проприоцепции.

**Пропульсия** (*лат. propello —* толкать вперед). Непреодолимое ускорение движения туловища больного вперед при ходьбе или после легкого толчка. Наблю­дается при болезни Паркинсона и паркинсонизме.

**Проскинезия** (*греч. pros* — сверх того, еще, *kinesis —* движение) [Leonhard К., 1936]. Симптом кататонии, заключающийся в том, что любое внешнее раздражение вызывает двигательную реакцию.

**Просоночное состояние патологическое.** Разновидность исключительных состояний, расстройство пробуждения ото сна. Пробуждение после глубокого сна носит неполный характер, переход отдельных систем головного мозга от сна к бодрствованию неравномерен. При «пробуждении» относительно более простых двигательных функций остается заторможенным сознание. Это приводит к помраче­нию сознания по сумеречному типу с глубокой дезориентировкой. Под влиянием ил­люзорных и галлюцинаторных переживаний в сумеречном состоянии больные могут совершать ряд автоматизированных, неосознаваемых действий, часто опасных для себя и окружающих. После окончательного пробуждения — амнезия. Важную роль в этиопатогенезе играют резидуально-органическая патология головного мозга и вре­менно действующие патогенные факторы (алкоголь), отмечается также роль пред­шествующего эмоционального напряжения, переутомления, вынужденной бессонни­цы, соматогенной астенизации [Морозов Г.В., 1988]. Ср.: опьянение сном.

**Протопопова триада** [Протопопов В.П., 1920]. Симптомы, обусловленные на­рушениями деятельности автономной нервной системы (симпатикотония) при цирку­лярном психозе: учащение пульса, расширение зрачков, склонность к запорам. На­блюдается в остром периоде болезни, при депрессивной (главным образом), но и при маниакальной фазах.

**Протрагированный** (*лат. protraho —* затягивать). Затянувшийся, затяжной. Например, П. реактивное состояние, П. сумеречное состояние, П. инсулиновый шок.

**Протромбиновый индекс.** Показатель, сравнивающий протромбиновое вре­мя (продолжительность в секундах свертывания сыворотки крови с образованием сгустка в присутствии тромбопластина и солей кальция) обследуемого больного со стандартными нормативами. Выражается в процентах. Характеристика П.и. важна для начала проведения терапии нейролептиками.

**Профилактика** (*греч. prophilaktikos —* предохранительный). Совокупность ме­роприятий, направленных на предупреждение развития заболевания или его реци­дива. Задачи П.: 1. Предотвращение действия на организм болезнетворных причин. 2. Предупреждение развития заболевания путем ранней диагностики и лечения. 3. Предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

**Профундосомния** (*лат. profundus —* глубокий, *somnus —* сон) [Буянов М.И., 1985]. Чрезмерно глубокий сон, протекающий практически без сновидений; спящего трудно разбудить. При П. у детей наблюдается недержание мочи и кала.

**Процесс-психоз.** Термин был предложен Н.П. Бруханским [1934], различав­ший П.-п. как самостоятельное заболевание, близкое, по нашим представлениям, ядерной шизофрении и противопоставлявшим его так называемой «шизофрении развития». Эта точка зрения не получила дальнейшего развития. В настоящее вре­мя термин П.-п. употребляется крайне редко и обозначает эндогенное прогредиент­ное психическое заболевание, приводящее к стойким, необратимым изменениям личности.

**Псевдоабсанс височный** (*греч. pseudo —* ложь, *фр. absence —* отсутствие) [Gastaut H., 1954]. Несудорожные эпилептические припадки, напоминающие истин­ные абсансы, но отличающиеся отсутствием характерных для них комплексов пик- волна с частотой 2-3 в 1 с. Рассматриваются как упорядоченные, редуцированные моторные припадки. Характерно кратковременное помрачение или выключение со­знания.

Син.: фокальный припадок височной доли с затемнением сознания, псевдоаб­санс височной доли.

**Псевдогаллюцинации** (*псевдо* + *лат. hallutinatio —* бред, видение) [Кан­динский В.Х., 1880]. Расстройства восприятия, подобные галлюцинаторным, однако, в отличие от них, лишенные «ощущения объективности и действительности». Не отождествляются *с* реальными образами и не проецируются вовне. Восприятия сохраняют чувственный характер. Различают П. зрительные, слуховые, обонятель­ные, двигательные, кинестетические, проприоцептивные, речедвигательные. Боль­ные «слышат» голоса, звучащие в голове, воспринимают звучание мыслей, видят «внутренним глазом», говорят о запахах, исходящих из головы, из крови, из глаз и т.п.

Входят в Кандинского—Клерамбо синдром психического автоматизма.

***П. Вайтбрехта.*** См. *Вайтбрехта псевдогаллюцинации.*

***П. гипнагогические*** [Grzywo-Dabrowski W., 1912]. Проявляются при закрытых глазах, воспринимаются «внутренним глазом». Содержание их стереотипно повторя­ется, оно не зависит от действительных переживаний больного, восприятие характе­ризуется большой четкостью. Сохраняется критическое отношение к П.г., понимае­мым как нечто чужеродное. Описаны при соматогенных психических нарушениях, протекающих с лихорадочным состоянием.

***П. опосредованные*** [Фрумкин Я.П., 1939]. Достаточно громкие обманы слуха, воспринимаемые внутри тела, которые повторяют мысли больного или читаемые им слова, комментирующие его поступки. Они сопровождаются чувством сделанности.

***П. рефлекторные*** [Руднев В.И., 1911]. Псевдогаллюцинаторно больной слы­шит слова, действительно произносимые в это время и воспринимаемые им обыч­ным путем.

***П. экстракампинные*** (*лат. extra —* вне, *campus —* поле) [Гиляровский В.А., 1938]. Зрительные псевдогаллюцинации, локализуемые вне поля зрения. Описанная больная видела особые световые полосы позади своих глаз, где-то внутри головы.

**Псевдогаллюциноз** (*псевдо + лат. hallutinatio* — бред, видение, -*osis* — суф­фикс, обозначающий болезнь, болезненное состояние) [Рыбальский М.И., 1982]. Синдром расстройств восприятия, обладающих интрапроекцией и имеющих экзоген­ную природу. В отличие от Кандинского псевдогаллюцинаций, слышимые внутри го­ловы голоса или видимые в экстрапроекции, но мозгом, а не глазами, зрительные образы возникают на фоне измененного сознания или же в ночное время, вечером, в состоянии утомления, сонливости, им не сопутствуют нарушения мышления (до и после галлюцинирования), они не сопровождаются чувством чуждости или сделан­ности. Восстановление сознания характеризуется восстановлением полной критики к перенесенному. Критика может ослабевать при хроническом течении П. Наблюда­ется при хронической алкогольной интоксикации. Отличается от истинного галлюци­ноза особенностями проекции галлюцинаторных образов.

**Псевдодеменция** (*псевдо + деменция*) [Wernicke С., 1900]. Один из вариантов истерической реакции, обычно подостро возникающий и характеризующийся симп­томами миморечи, мимодействия, картиной мнимого снижения уровня интеллекту­альной деятельности. Больные бессмысленно таращат глаза, дурашливы, не могут ответить на элементарный вопрос и тут же неожиданно верно выполняют более сложное задание. От Ганзера синдрома отличается меньшей глубиной расстроенно­го сознания, хотя вопрос о том, является ли П. самостоятельным синдромом или же составной частью Ганзера синдрома, до сих пор остается дискуссионным.

**Псевдодипсомания** (*псевдо* + *дипсомания*)*.* В отличие от истинной дипсома­нии интервалы в злоупотреблении алкоголем обусловлены внешними обстоятель­ствами (отсутствие средств, некоторые жизненные коллизии), но способность про­должать прием спиртных напитков в этот период не утрачена, воздержание носит вынужденный характер. Влечение к алкоголю сохранено.

Син.: дипсомания ложная, запой ложный, псевдозапой.

**Псевдоимпотенция** (*псевдо + импотенция*)*.* Ошибочное представление неко­торых мужчин относительно их сексуальной полноценности, вызванное отсутствием правильных представлений о нормальных проявлениях половой функции (длитель­ность полового акта, количество фрикций, характеристика половой активности).

**Псевдология фантастическая** (*псевдо + греч. logos —* речь, рассказ) [Delbruck A., 1891]. Патологическая лживость. Однако в описанном автором виде она не может считаться полным синонимом мифомании, так как при П.ф. не подчеркива­ется роль особой конституциональной предрасположенности и каких-либо внешних обстоятельств. Более того, A. Delbruck писал о том, что П.ф. наблюдается при пси­хических заболеваниях различной этиологии: при эпилепсии, циркулярном психозе, прогрессивном параличе. Таким образом, термины П.ф. и мифомания следует рассматривать как близкие, частично совпадающие понятия.

**Псевдомелия** (*псевдо + греч. melos —* часть тела, конечность). Проявление соматоагнозии. Ложное ощущение наличия лишней конечности на стороне, противо­положной субдоминантному полушарию при поражении его органическим процес­сом.

**Псевдомелия парестетическая.** Ложное ощущение парестезии и движений парализованной конечности.

**Псевдопаралич** (*псевдо + паралич*)*.* См. *Синдром псевдопаралитический.*

***П. алкогольный.*** Вид хронической алкогольной энцефалопатии. Развивается после тяжелых делириозных состояний и острых алкогольных энцефалопатии, одна­ко возможно и постепенное его развитие на фоне прогрессирующей алкогольной де­градации. Клиническая картина напоминает дементную или экспансивную форму прогрессивного паралича. Характерны глубокое слабоумие глобарного типа, нару­шения критичности мышления, признаки морально-этического снижения, мегалома- нические или нигилистические бредовые идеи, эйфорическое или тревожно-депрес­сивное настроение. Возможны как регредиентное (после острого алкогольного пси­хоза), так и прогредиентное течение.

***П. атеросклеротический.*** Различают два типа П.а.: первый характеризуется сочетанием «неполностью» глобарной деменции с эйфорией или экспансивно-мани­акальным состоянием при относительной устойчивости, стабильности течения; вто­рой — эпизодический, транзиторный, протекающий обычно на фоне измененного со­знания [Посвянский П.Б., 1960]. Второму типу более присуще мерцание симптомати­ки.

***П. сифилитический.*** Наблюдается при сосудистом сифилисе головного моз­га, клиническая картина напоминает простую форму прогрессивного паралича. Глу­бокое слабоумие глобарного типа. Настроение либо беспечно-эйфорическое, либо депрессивно-ипохондрическое. Развитие постепенное или острое, после инсультов. Нередко наблюдаются расстройства памяти по корсаковскому типу.

***П. эпилептический*** [Pelez, 1907]. Развивается постепенно. Характеризуется бредовыми идеями величия, благодушно-эйфорическим настроением, беспечно­стью, снижением критичности мышления, достаточно быстро прогрессирующим сла­боумием, рано приобретающим характер глобарного. Экспансивные бредовые идеи нелепы, фантастичны. Бред всегда крупномасштабен, близок к бреду воображения, в нем отсутствуют элементы интерпретации. Течение медленное, относительно ста­бильное. Уже в самом начале П.э. отмечается выраженное снижение основных мо­рально-этических свойств личности и антисоциальные тенденции [Левятов В.М., 1972]. Тот же автор с помощью пневмоэнцефалографии установил при П.э. наличие атрофии коры головного мозга и подкорки и гидроцефалии, как при истинном про­грессивном параличе.

**Псевдоперверсии** (*псевдо* + *перверсии*)*.* Влечение, интерес к некоторым пер- версным проявлениям при сохранной способности к нормальной половой жизни. Обычно вне особых жизненных условий перверсные тенденции остаются нереализо­ванными. Иногда П. носят характер навязчивых представлений, мыслей, своего рода перверсиофобии.

**Псевдопсихопатия** (*псевдо + психопатия*) [Осипов В.П., 1936]. Вариант крае­вой психопатии (см. *Кербикова—Фелинской генетическая систематика психопа­тий*)*.* Психопатизация, характерологические изменения личности, является след­ствием перенесенного приступа эндогенного психоза (понятие спорное, так как в этих случаях трудно доказать факт остановки прогредиентности эндогенного заболе­вания, речь может идти о психопатоподобном дефекте текущего процесса) или орга­нического заболевания головного мозга (характеропатический вариант органическо­го психосиндрома).

**Псевдоптиализм** (*псевдо + греч. ptyalon —* слюна) [Осипов В.П., 1923]. На­капливание во рту больными кататонической формой шизофрении большого количе­ства слюны, которая затем проглатывается или выплевывается. При этом явления гиперсаливации отсутствуют.

**Псевдореминисценции** (*псевдо + лат. reminiscentia —* воспоминание). Вид простых парамнезий. Обманы памяти, заключающиеся в смещении времени собы­тий, действительно имевших место в жизни больного. События прошлого выдаются за настоящее. В отличие от конфабуляций П. относительно более стойки, менее разветвлены, повторно высказываются больными. П. наблюдаются при корса- ковском синдроме.

**Псевдотумор** (*псевдо* + *лат. tumor —* опухоль). Ложная опухоль. Псевдотумо- розный синдром развивается при различных органических поражениях головного мозга неопухолевого генеза, наиболее часто при сосудистых заболеваниях (в связи с аневризмой сосудов головного мозга, особенно интракраниального отдела вну­тренней сонной артерии, при гипертонической болезни). В первом случае клиника характеризуется периодической мучительной болью в глазу и половине лба, зри­тельными нарушениями (амавроз, скотома, височная квадрантная гемианопсия), па­резом или параличом глазодвигательного, отводящего и тройничного нервов; во вто­ром — напоминает картины опухоли головного мозга лобной локализации (головные боли, эйфория, иногда мория, раздражительность, гневливость, брадипсихизм). При П. сосудистого генеза обнаруживаются явления гипертензионного синдрома. П. на­блюдается также при одном из вариантов течения лейкоэнцефалита Шильдера.

**Псевдошизофрения** (*псевдо + шизофрения)* [Rumke Н.С., 1958; Zec N., 1966]. Психотические состояния, внешне напоминающие по своей клинической картине ши­зофрению, но отличающиеся иным генезом симптомов и своеобразием течения. По N. Zec, различаются три группы псевдошизофренических синдромов:

1. *Эпилептоидная П.* характеризуется бредовыми идеями, слуховыми галлю­цинациями, явлениями деперсонализации и дереализации, возникающими чаще всего после прекращения эпилептических припадков или в связи с кратковременны­ми состояниями помраченного сознания. При отсутствии эпилептического анамнеза важное диагностическое значение приобретают характерные изменения ЭЭГ и успешность противоэпилептической терапии.
2. *Невротическая П.* возникает у невротиков и сенситивных личностей. Реак­тивно-психогенное начало. Типичны идеи самообвинения и греховности, упорные су­ицидальные попытки. Отмечается кататоническая и гебефренная симптоматика.
3. *Симптоматическая П.* соответствует представлениям о соматогенно-обу­словленных (экзогенных) психозах, протекающих с шизоформной симптоматикой.

Для всех форм характерно отсутствие отчужденности, больные остаются до­ступными, эмоционально сохранными.

**Психагогика** (*греч. psychagogia —* привлечение души, убеждение) (Kronfeld A., 1924, 1927]. Один из методов рациональной психотерапии, метод лечебного обу­чения, воспитания и перевоспитания больного. Под П. понимают все способы, прие­мы лечебно-воспитательной работы с больным, не основанные на внушении (хотя и не исключающие его) и проводимые в состоянии бодрствования. Основная идея П. — обращение к разуму больного, переубеждение его доводами [Bilikiewicz Т., 1976].

**Психалгия** (*псих + греч. algos —* боль). 1. Телесное чувство боли, возникшее психогенно, протекающее обычно на фоне симптомов вегетативных расстройств, со­провождается аффектом тревоги и страха. Наблюдается при неврозах, особенно истерическом.

Син.: невралгия истерическая.

2. Чувство боли без четких анатомических границ, лишенной какого-либо телесного субстрата. Чаще всего это боли в голове, груди, сердце. Нередко эта боль трактуется как соматическое проявление страха. Типический симптом эндогенной депрессии и шизофрении по U.H. Peters [1977]. К такому пониманию П. близок и В.А. Жмуров [1988], понимающий ее как мучительную душевную боль и описывающий ее в структуре меланхолического синдрома в качестве признака витальности психиче­ских переживаний.

**Психастения** (*псих + астения*)*.* 1. Син. невроза навязчивых состояний (устар. и нерекомендуемый). 2. Форма психопатий, основными чертами которой, по П.Б. Ганнушкину [1933], являются «крайняя нерешительность, боязливость и постоянная наклонность к сомнениям» (см. *Патологические сомнения*)*.* Характер психастеника определяется тревожной мнительностью, неуверенностью в себе, однако нередко у психастеников проявляются компенсаторные черты личности в виде эпилептоидных компонентов (торпидность, ригидность, застревание эмоций и мыслительной дея­тельности, педантичность) [Janet P., 1908]. Такая «сверхточность» при психастени­ческой акцентуации личности и психопатии, по K. Leonhard [1964, 1968], вместо компенсации личностной дезадаптации приводит к усугублению, заострению выра­женности аномальных черт, невротическим срывам. У психастеников особенно легко развивается и принимает затяжное течение невроз навязчивых состояний.

**Психиатр** (*псих + греч. iatros —* врач). Врач, получивший специальную подго­товку (в интернатуре, на курсах усовершенствования) по психиатрии и владеющий методами диагностики, лечения, профилактики и экспертизы психических заболева­ний.

**Психиатрия** (*псих + греч. iatreia —* врачевание, лечение). Клиническая дисци­плина, изучающая этиологию, патогенез, клинику, распространенность психических заболеваний, разрабатывающая методы их клинической и лабораторной диагности­ки, вопросы диагностики, прогноза, профилактики, критерии экспертизы, порядок проведения социально-трудовой реабилитации. В П. выделяют такие разделы как П. организационная, "возрастная (детская, подростковая, геронтологическая), военная, реабилитационная, социальная (изучает роль социальных факторов в происхожде­нии психических заболеваний и в проведении реабилитационной работы), судебная, эндокринологическая.

**Психиатрия «вращающихся дверей».** Особенность лечения психически больных, характеризующаяся частыми повторными госпитализациями вследствие нестойкости достигаемого медикаментозными средствами терапевтического эффек­та и отсутствия систематизированного поддерживающего лечения.

**Психиатрия общая.** Раздел П., изучающий общие закономерности возникно­вения и развития психических заболеваний, психопатологических процессов и состо­яний, а также особенности наблюдаемых при них симптомов и синдромов.

Син.: психопатология общая.

**Психиатрия пограничная.** Раздел П., изучающий неврозы, неврозоподобные состояния, психопатии и реактивные состояния непсихотического уровня.

Син.: П. малая.

**Психиатрия частная.** Раздел П., изучающий отдельные психические заболе­вания, их этиологию, патогенез, клинику, лечение, вопросы экспертизы при них.

**Психика** (*греч. psychikos —* относящийся к душе, душевным свойствам). Свойство высокоорганизованной материи, мозга, являющееся особой формой ак­тивного отражения субъектом объективной реальности. П. возникает в результате взаимодействия высокоорганизованных живых существ с окружающей действитель­ностью. Психическое отражение порождается деятельностью субъекта, оно опо­средует ее и выполняет функцию ориентации, управления ею. Благодаря П. дея­тельность человека и его поведение постоянно подвергаются саморегулировке. П. определяет деятельность человека, в процессе которой происходит проверка аде­кватности отражения действительности. П. человека характеризуется возникновени­ем сознания как ведущего уровня регуляции деятельности и формирования лично­сти, являющейся источником высших проявлений активности П. В ней различают осознанные и неосознаваемые формы деятельности (сознательное и бессознатель­ное).

Син.: психическая деятельность.

**Психическая активность.** Одна из характеристик психики, от которой зависит продуктивность психической деятельности. Определяется индивидуально-личност­ными свойствами человека, присущим ему уровнем побуждений, жизненным тону­сом. Не является категорией константной. Можно судить о преимущественном для определенной личности уровне П.а., однако на протяжении жизни она претерпевает подъем и спады, зависящие как от биологических, так и от социальных моментов. П.а. не всегда соответствует уровню протекания мыслительной деятельности, способностям человека, из-за чего в ряде случаев при выраженной П.а. достижения могут быть незначительными.

**Психическая диссоциация.** Нарушение внутренней связи, последовательно­сти и согласованности психических процессов. См. *Атаксия интрапсихическая. Расщепление, Дезагрегация.*

**Психическая заторможенность.** Замедление темпа протекания психических процессов, психомоторики. Наиболее часто встречается при депрессиях, эпилепсии, постэнцефалитическом паркинсонизме. См. *Брадипсихизм.*

**Психическая нагрузка.** Уровень рабочей нагрузки, выполняемой преимуще­ственно за счет психической деятельности человека в зависимости от условий его работы и обусловленного ими объема переработки информации. Условно различа­ют сенсорную (анализаторную), эмоциональную и интеллектуальную П.н., однако та­кое разделение относительно и возможно только при учете превалирования какого- либо фактора нагрузки.

**Психическая незрелость.** См. *Инфантилизм психический.*

**Психически больной.** Страдающий психическим заболеванием, врожденным или приобретенными расстройствами психики.

**Психические процессы.** Отдельные проявления психической деятельности человека, изучаемые в динамике и условно вычленяемые в качестве относительно изолированных объектов исследования — П.п. ощущения, восприятия, мышления, памяти и т.д.

**Психический распад.** Глубокое расстройство психики, охватывающее все ее проявления, в первую очередь мышление и основные морально-этические свойства личности, протекающее с глубоким нарушением взаимодействия с окружающим миром и полной беспомощностью. Понятие, тождественное психическому маразму.

**Психическое свойство.** Категория, указывающая на известную устойчивость известных психических проявлений, присущую индивиду, на их преобладание в его психической деятельности, закрепленность и повторяемость в структуре личности. Примеры П.с. — тревожная мнительность, эмоциональная лабильность, гипертим- ность, интро- или экстравертированность и др.

**Психическое состояние.** 1. В психологии: понятие, используемое, в отличие от понятия «психический процесс», для изучения психики в статике. Одно и то же проявление психики может рассматриваться как процесс и состояние, например, аф­фект характеризует П.с. в определенный относительно ограниченный отрезок вре­мени, но как психический процесс он характеризуется известной стадийностью раз­вития эмоций.

2. В психиатрии: совокупность признаков расстройств психики и характеристи­ка ее сохранных элементов, обнаруживаемые в определенный момент (при первич­ном осмотре, в процессе лечения, перед выпиской).

**Психоанализ.** См. *Фрейда теория, Неофрейдизм.*

**Психобиограмма.** См. *Кречмера психобиограмма.*

**Психовалеология** (*лат. valetudo* — здоровье, *греч. logos —* наука) [Милев В., 1985, 1988]. Комплекс научных дисциплин, изучающих проблемы психического здо­ровья человека — индивида, группы людей, народа. Включает в себя проблемы пси­хогигиены и психопрофилактики, клинической психиатрии, использует широкий диапазон методов — общемедицинские, психологические, психофизиологические, психопатологические, генетические, социологические и др. Основные задачи: повы­шение и укрепление резистентности личности к стрессовым и особенно дистрессо- вым воздействиям; улучшение культуры интерперсональных отношений; воздей­ствие на психику через соматическое оздоровление и др.

**Психогении военного времени.** Психогенно-реактивные состояния, обуслов­ленные психическими травмами военного времени. Наиболее частые формы: острые аффектогенные (эмоциогенные) реакции, аффективные сужения сознания, псевдодементные формы, реактивные депрессии и параноиды [Иванов Ф.И., 1970].

**Психогении следовые** [Фрумкин Я.П., Лившиц С.М., Мизрухин И.А., 1966]. Отражение в содержании психопатологических проявлений психических травм про­шлого, не связанных непосредственно с началом заболевания.

**Психогения** (*психо + греч. genea —* порождение). 1. Син.: психическая трав­ма. 2. Психогенные заболевания, причиной которых является воздействие психиче­ской травмы — неврозы и реактивные психозы. 3. Психогенные наслоения в клини­ческой картине психозов эндогенного и экзогенно-органического происхождения.

**Психогенные развития личности.** Один из вариантов патологического раз­вития личности (наряду с патохарактерологическим развитием), приводит к образо­ванию краевых психопатий. Включает в себя невротическое и постреактивное разви­тие личности.

**Психогенный** (*психо + греч. genes —* порождающий, вызывающий). Вызван­ный психогенией, психической травмой.

**Психогигиена** (*психо + гигиена*)*.* Наука об обеспечении, сохранении и под­держании психического здоровья, система мероприятий, направленных на эти цели. Непосредственно связана с психопрофилактикой, предупреждением возникновения и развития психических заболеваний. Разделы П. отличаются как направленностью мероприятий соответственно основным возрастным периодам (например, П. детско­го возраста, юношества, пожилых людей), так и характеру деятельности человека (П. труда, П. школьная и т.д.).

**Психодиагностика.** Раздел прикладной (медицинской) психологии, изучаю­щий качественно и количественно состояние основных психических функций при по­мощи психологических методов. В отличие от патопсихологии, П. в основном ис­пользует тестовые методы исследования интеллекта и личности, позволяющие дать оценку изучаемых факторов в количественных показателях.

**Психодизлептики** (*псих* + *греч. dys —* расстройство, нарушение функции, *leptikos —* способный взять). Группа средств психотропного действия, вызывающих у здоровых людей психические расстройства — иллюзии, яркие зрительные и слухо­вые галлюцинации, нарушения мышления, явления деперсонализации и дереализа­ции, эйфорию. К П. относятся диэтиламид лизергиновой кислоты, диметилтрипта- мин, мескалин. Лечебного значения П. не имеют, однако употребляются наркомана­ми.

Син.: галлюциногены, психотомиметики.

**Психодрама.** См. *Морено метод психодрамы.*

**Психоза структура по Бирнбауму** [Birnbaum К., 1919]. Представление о структуре психоза как о сложном комплексе, в формировании которого принимают участие факторы патогенетические, патопластические и предрасполагающие. К предрасполагающим относятся и этопластические факторы, обусловленные соот­ветствующими чертами характера. В каждом психозе различаются моменты эндо­генные, экзогенные, психогенно-реактивные, соматические, функциональные и орга­нические. Их соотношение определяет нозологическую индивидуальность психоза. Такое понимание структуры психоза приводит к необходимости сложного диагноза, многомерной, полидименсиональной диагностики.

См. *Диагностика полидименсиональная.*

**Психозов систематика по Вику** [Wieck H.H., 1961]. Разделение экзогенных психозов на функциональные (обратимые) и протекающие с образованием органи­ческого дефектсиндрома.

**Психозомиметические вещества** (*психоз + греч. mimetikos —* подражающий). См. *Психодизлептики.*

**Психозы** (*псих + оз*)*.* Выраженные формы психических расстройств, при кото­рых психическая деятельность больного отличается резким несоответствием окру­жающей действительности, отражение реального мира грубо искажено, что прояв­ляется в нарушениях поведения и проявлении в психозе несвойственных ей в норме патологических симптомов и синдромов (расстройств восприятия, памяти, мышле­ния, аффективности и др.).

***П. акинетический.*** См. *П. двигательный.*

***П. акрихиновый.*** Острый экзогенный П., протекающий чаще с маниоформ- ным возбуждением, реже — с депрессией, ступором. Возможны различные степени помрачения сознания, галлюцинаторные переживания, при выраженной интоксика­ции развивается картина делирия.

***П. антабусные.*** Наблюдаются при лечении алкоголизма антабусом (тетура- мом) как непосредственно в процессе лечения, так и спустя несколько месяцев по­сле окончания антабусной терапии. В их течении выделяют 3 стадии: продрома, кульминации психоза и выхода из него. Стержневую роль (осевого синдрома) при П.а. приобретает аментивно-ступидный, как бы сочетающий элементы аменций и «острой деменции» [Зальцман Г.Я., Попова Л.П., 1983]. Те же авторы клинико-фено­менологически выделяют 5 вариантов П.а.: 1) аментивно-ступидный вариант, 2) ва­рианте фрагментарными галлюцинаторными и бредовыми расстройствами, 3) дели- риозно-онейроидный, 4) острый бредовой, 5) аффективный. Аментивно-ступидный синдром присутствует во всех вариантах, однако в первом им определяется преиму­щественно вся клиническая картина. Выход в астеническое состояние.

Син.: П. тетурамовые.

***П. алкогольные.*** Развиваются во II-III стадиях алкоголизма. Наиболее частые формы — белая горячка пьяниц (алкогольный делирий), алкогольный галлюциноз (острый и, значительно реже, хронический), алкогольные бредовые П. (острый, абортивный, затяжной параноиды, алкогольный бред ревности, принимающий хро­ническое течение). П.а. могут быть сложными по структуре — в клинике поочередно сменяются картины острых психозов — параноида, вербального галлюциноза, дели­рия. П.а. возникают при большой давности течения алкоголизма, поражении вну­тренних органов и метаболизма, в связи с чем в последнее время принято называть их металкогольными.

***П. астматоловый.*** Острый экзогенный П., вызванный интоксикацией астма- толом. Характеризуется картиной делирия (см. *Делирий астматоловый*)*,* протекаю­щего на фоне гипоманиакального аффекта, с вегетативными расстройствами и на­рушениями схемы тела. Длится 1 -3 дня.

***П. атропиновый.*** Острый экзогенный П., возникающий при интоксикации атропином (прием атропиносодержащих медикаментозных средств, поедание коро­бочек мака, листьев белены, красавки детьми). В психиатрической практике П.а. на­блюдается при передозировке корректоров при лечении нейролептиками. Характер­но резкое психомоторное возбуждение, протекающее с картиной делирия (см. *Дели­рий атропиновый*), с обильными зрительными, слуховыми и тактильными галлюци­нациями, аффектом страха и тревоги. Обычно длится 2-3 дня, но при значительной дозировке возможны коматозные расстройства сознания и летальный исход.

***П. аффективные*** [Zihen Th., 1911]. Эндогенные психозы, клиническая карти­на которых в первую очередь определяется расстройствами аффективной сферы, то есть маниакально-депрессивный психоз, инволюционная меланхолия и другие родственные заболевания. Реактивные психозы, например, психогенная депрессия, в эту группу не включаются. Следует отличать от понятия аффективных психозов K. Kleist, включающего в себя психозы страха (ажитированный психоз страха, ступороз- ную депрессию страха, ажитированно-ступорозные психозы страха).

***П. аффективный монополярный.*** Эндогенный аффективный П., характери­зующийся монополярными фазными состояниями (только депрессивными или толь­ко маниакальными), разделенными светлыми промежутками. Рассматривается как атипичное течение МДП или форма циклоидных психозов [Leonhard К., 1959].

***П. аффективные органические*** [Хвиливицкий Т.Я., 1959]. Выделены при анализе форм аффективных психозов, рассматриваемых как атипичные формы ма­ниакально-депрессивного П. (смешанные состояния, а также случаи, в которых ма­ниакальные или депрессивные фазы протекали с кататоническими включениями или чередовались с онейроидными состояниями). Характерны: 1) наличие диссоциирую­щей с маниакальными или депрессивными состояниями симптоматики или таких грубых нарушений, как расстройства сознания; 2) стабильность атипичных симпто­мов, сохраняющихся в течение всего заболевания; 3) часто наблюдающиеся не­благоприятные исходы в виде стойких астено-абулических изменений личности; 4) злокачественность течения, нарастание частоты приступов; 5) наличие рассеянной неврологической симптоматики, в том числе и изменений глазного дна; 6) изменение состава и давления спинно-мозговой жидкости. Эти клинические особенности под­тверждаются данными рентгенологических и электрофизиологических исследова­ний, свидетельствующих об органических изменениях в головном мозге, относящих­ся к внутриутробному и родовому периодам или раннему детству.

***П. биполярные.*** Эндогенные П., в течении которых отмечается чередование противоположных аффективных фаз (мании и депрессии) или других синдромов (счастья — страха, акинеза — гиперкинеза).

***П. Брайта*** [Bright R., 1827]. Симптоматические психозы, развивающиеся при выраженной почечной недостаточности на заключительных этапах хронических не­фритов и нефрозов. Характерна симптоматика острых экзогенного типа реакций.

Син.: П. уремические.

***П. бредовой.*** Клиническая картина определяется преимущественно бредом (параноидным, параноическим, паранойяльным, парафренным). Выделяют П.б. позднего возраста (инволюционная парафрения, инволюционный параноид).

***П. бромистый.*** Возникает при интоксикации бромом. Характерны нарушения сознания (оглушение, делирий), явления псевдопаралича, амнестического корса- ковского синдрома.

***П. бруцеллезный.*** В начальной стадии — астения, гиперестезия, эмоцио­нальная лабильность. В острой стадии возникают психотические состояния, характе­ризующиеся помрачением сознания по делириозному, аментивному или сумеречно­му типу, с явлениями эпилептиформного возбуждения. При подостром или хрониче­ском течении отмечаются преимущественно депрессивные или маниоформные со­стояния. В случаях длительного течения происходит образование органического психосиндрома с выраженными характеропатическими изменениями.

***П. галлюцинаторно-параноидный.*** Характеризуется преобладанием в кли­нической картине галлюцинаторно-параноидного синдрома с явлениями психическо­го автоматизма. Понятие неспецифическое — может быть проявлением как эндо-, так и экзогенной патологии.

***П. генеративный.*** П., возникающий в связи с беременностью или родами. См. *П. послеродовые.*

***П. гепатогенный.*** Разновидность соматогенных психозов, обусловленных поражением печени. Течение (его длительность и тяжесть) зависит от характера со­матической патологии. При инфекционных гепатитах возможно более кратковремен­ное, преходящее течение, преимущественно с симптоматикой астении (раздражи­тельная слабость), депрессии, гиперестезии, адинамии, нередко при этом отмечают­ся явления гневливости, злобности. При хронических гепатитах, особенно при про­грессирующем циррозе печени, характерологические изменения, депрессия, углуб­ляющиеся расстройства сознания (от обнубиляции до комы), эпилептиформные при­падки.

***П. гиперкинетический.*** См. *П. двигательный.*

***П. гипертонический.*** П. вследствие сосудистого поражения головного мозга при гипертонической болезни. Часто психотическому состоянию предшествует дли­тельный период психического дискомфорта, церебрастении. Сами П. чаще всего но­сят характер острых экзогенного типа реакций. Как правило, наблюдаются синдромы помрачения сознания (делириозный, аментивный, сумеречный). При этом клиниче­ская картина расстройств сознания характеризуется незавершенностью симптомати­ки, се редуцированностью, частыми изменениями глубины. Такое состояние созна­ния может быть определено как ундулирующее. Этот тип расстройств сознания определяется как состояние спутанности [Bleuler M., 1966; Willi G., 1966]. Выход из острого психотического состояния — через стадию переходных синдромов — невро­зоподобных, аффективных, шизоформных, органического регистра. Последние — наиболее неблагоприятны в прогностическом отношении и свидетельствуют о фор­мировании органического психосиндрома. Особенно неблагоприятный исход наблю­дается при П.г., возникших в пред- или послеинсультном состоянии.

***П. гипоксемические.*** Клиническая картина определяется характером гипок­сии. Острая гипоксия сопровождается острыми экзогенного типа реакциями с син­дромами помраченного сознания и эпилептиформными проявлениями. При длитель­ной гипоксии — затяжные астено-депрессивные состояния, эмоциональная лабиль­ность, слабодушие, адинамия.

***П. гриппозные.*** Разновидность соматогенных инфекционных психозов. На­чальная стадия характеризуется чаще всего дисфорически-апатическим синдромом [Целибеев Б.А., 1972], протекающим на фоне тяжелой астении. Наиболее часты аментивные, депрессивные и маниоформные состояния. Аффективные синдромы отличаются атипичностью и часто сочетаются с явлениями спутанности. Различают токсические П.г. и энцефалитические их формы. Н.Я. Дворкина [1975] отмечает, что последние встречаются редко, в тех случаях, когда грубая неврологическая симпто­матика обнаруживается уже в начале заболевания, либо сразу же после окончания острого периода можно установить наличие деменции и характеропатнческих изме­нений. Часто грипп провоцирует манифестацию шизофрении, при этом клиническая картина вначале носит характер острой экзогенного типа реакции, но уже вскоре проявляется стойкий галлюцинаторно-параноидный синдром, протекающий на фоне эмоционального прогрессирующего опустошения.

***П. двигательный.*** Одна из разновидностей циклоидных психозов [Leonhard К., 1959]. Наблюдаются две фазы. Гиперкинетическая характеризуется двигатель­ным возбуждением и речевой бессвязностью при отсутствии или бедности продук­тивной психопатологической симптоматики. Движения при гиперкинезе выразитель­ны, «реактивны». Может наблюдаться отсутствие речи («немой гиперкинез»). Проти­воположная по клиническим особенностям фаза — акинетическая — характеризует­ся обеднением или отсутствием движений (в том числе мимических), снижением ак­тивности мыслительной деятельности. Течение моно- или биполярное, со светлыми промежутками, в которых отсутствуют признаки психического дефекта.

***П. дегенеративные.*** Периодически протекающие психозы, возникающие чаще всего у лиц с резидуальной органической патологией головного мозга. Психо­тические приступы типа клише (маниоформные, шизоформные, синдромы расстроенного сознания). Выход из психоза — через астению.

Син.: П. периодические, П. аутохтонно-дегенеративные, сумеречные состоя­ния эпизодические Клейста.

**П. дегенеративные аутохтонные** (*лат. degenerare —* вырождаться) [Kleist К., 1921; Schroeder P., 1926]. Периодически протекающие психотические состояния, клинически проявляющиеся картинами галлюциноза, ступора, возбуждения, парано- ида. Выделены авторами из маниакально-депрессивного психоза на основании дан­ных о наличии в этих случаях наследственного предрасположения. К ним же был от­несен «онейроидный тип» психозов [Mayer-Gross W., 1924]. Рассматривались авто­рами как атипичные аффективные психозы.

***П. дискордантный*** [Chaslin P.H., 1912]. Понятие, идентичное расщеплению, интрапсихической атаксии. П.д. словесный соответствует понятию шизофазии.

Син.: дискордантное помешательство.

***П. диэнцефалопатические.*** [Голант Р.Я., 1941]. Разновидность периодиче­ских психозов, обусловленных патологией межуточного мозга. Протекает в виде при­ступов аффективных и психомоторных расстройств, состояний нарушенного созна­ния. Характерна выраженная вегетативная симптоматика, обусловленная диэнце­фальной патологией.

Син.: центральные типозы.

***П. единый.*** См. *Целлера—Гризингера—Неймана концепция единого психоза.*

***П. злокачественный.*** Термин, используемый O. Fenichel для обозначения особого, тяжело протекающего типа шизофрении, в отличие от ее приступообразно­го течения. Общее в этих формах течения автор видел в аномальности поведения, абсурдности и непредсказуемости аффективных реакций и мыслей, а также в диссо­циации между аффективностью и мышлением. Понятие, идентичное ядерной ши­зофрении, шизокарному процессу.

***П. инволюционные.*** Сборная группа психозов, объединяемая по признаку манифестации в позднем возрасте; включает инволюционную депрессию (меланхо­лию), инволюционные бредовые П. (параноиды, парафрению, паранойю). Характер­ный признак — отсутствие ослабоумливающих тенденций, поэтому отнесение к П.и. старческого слабоумия и пресенильных деменций неправомерно.

***П. индуцированные.*** П., развивающиеся под влиянием психической болезни другого лица. Характеризуются индуцированным бредом, возникающим при перера­ботке бредовых идей психически больного, с которым соприкасается индуцируемый. Индуцируемый начинает высказывать те же бредовые идеи и в такой же форме, что и индуктор. Обычно индуцируются те лица из окружения больного, которые близко с ним связаны, особенно семейно-родственными отношениями. Способствует этому убежденность, с которой высказывает свой бред индуктор, авторитет, которым он пользовался до болезни, и, с другой стороны, личностные особенности индуцируе­мого — их повышенная внушаемость, впечатлительность, невысокий интеллектуаль­ный уровень. Разъединение больного с индуцированным приводит к исчезновению у последнего бреда. Индукторами чаще всего выступают больные шизофренией, ин­волюционными бредовыми психозами, иногда страдающие острыми параноидами.

Ср.: конформный бред Байера, П. симбионтические Шарфеттера.

***П. инсоляционный.*** См. *П. Фауста.*

***П. интоксикационные.*** Разновидность симптоматических психозов, возни­кают при острых и хронических интоксикациях. Острые П.и. протекают по типу острых экзогенных реакций, затяжные (протрагированные) — с выраженной астени­ей, гиперестетической лабильностью, и, чаще чем острые, приводят к формирова­нию органического психосиндрома с психопатизацией и эпилептиформными прояв­лениями. Известная специфика клинической картины обусловлена характером ток­сического вредного фактора, например, при длительных П.и. в связи с интоксикаци­ей ртутью отмечается дизартрия, атаксия, тремор, при П.и., вызванных свинцом, — эпилептиформные припадки, выраженные нарушения памяти и др.

***П. истерические.*** Возникают психогенно, обычно после массивной психиче­ской травмы. Большую роль играет конституциональная предрасположенность, склонность к истерическим формам реагирования. Наиболее частые клинические варианты — бредоподобные фантазии, синдром Ганзера, истерический ступор, псевдодеменция, пуэрилизм, синдром регресса психики («одичания»), истерическая депрессия. Как и при истерическом неврозе, в патогенезе психической травмы при П.и. играет роль механизм «бегства в болезнь» и «условной приятности или жела­тельности» болезненного симптома [Свядощ A.M., 1982]. Относительно редко клини­ка психоза в каждом конкретном случае определяется одним из названных синдро­мов, чаще они чередуются или сочетаются.

***П. истощения.*** Развиваются при длительном голодании (алиментарной дис­трофии), иногда при большом психическом переутомлении, особенно при длитель­ной бессоннице. Характерны делириозные (акинетические) состояния и аменция, иногда ступор. При значительной роли депривации сна отмечаются вялость, мало­подвижность, безразличие, угнетенно-раздраженное настроение, поверхностность мышления; это состояние сменяется нарастающим возбуждением, иллюзорными и галлюцинаторными зрительными переживаниями с чувством тревоги, к которым ино­гда присоединяется спутанность.

***П. кардиогенные.*** Обусловлены тяжелой, острой или хронической, сердечной патологией (инфаркт миокарда, приступы аритмии, стенокардия и другие нарушения сердечной деятельности). Острые П.к. протекают по типу острых экзогенных реак­ций, с помрачением сознания по типу обнубиляции, оглушения (иногда комы). Часты психомоторное возбуждение, беспокойство, сенестопатии, явления двойной ориен­тировки. При наличии коронаро-церебрального синдрома [Боголепов Н.К., 1949] воз­можны явления анозогнозии. Хронические, затяжные формы П.к. наблюдаются при исподволь нарастающей сердечной недостаточности; при них наблюдаются астено- депрессивные состояния, страх, тревога, иногда — неадекватная эйфория.

***П. климактерический.*** Чаще всего под этим термином понимают депрессии инволюционного генеза, однако последние в значительной своей части появляются не в связи с климаксом или непосредственно после него. Поэтому термин П.к. не мо­жет быть рекомендован для употребления.

***П. кокаиновый.*** Острый интоксикационный психоз, возникающий при интокси­кации кокаином. Характерны синдромы нарушенного сознания (делирий, сумеречное состояние, онейроид), яркие зрительные, сенестопатические и кинестетические гал­люцинации, психомоторное возбуждение, бредовые переживания.

***П. колибациллярный.*** Развивается вследствие интоксикации продуктами жизнедеятельности кишечной палочки (нейротропным экзотоксином). В начале — заторможенность, сонливость, затем наступает помрачение сознания (аменция), развивается кататоническое состояние.

***П. коллективный.*** Индуцированный истерический психоз, охватывающий большие контингенты людей, обычно фанатично настроенных и подверженных пред­рассудкам, суевериям. Иногда наблюдается при выполнении культовых ритуалов в сектах, где обряды проводятся в экстатическом состоянии.

Син.: психическая эпидемия.

***П. конъюгальный.*** Вариант П. индуцированного, развивающегося у супругов, один из которых психически болен, а другой повышенно внушаем.

См. *П. индуцированные.*

***П. Корсаковский.*** См. *Корсакова болезнь.*

***П. краевые.*** 1. [Kleist К., 1908]. Психозы, занимающие промежуточное положе­ние между маниакально-депрессивным и шизофренией. Отличаются периодическим течением и относительно благополучным прогнозом, в то же время отмечается на­личие шизофренной симптоматики. Первоначально к ним относили двигательный психоз и психоз спутанности, а позже психоз страха—счастья [Leonhard K.]. В связи с тезисом о биполярности заболевания термин «краевые психозы» был заменен тер­мином «циклоидные психозы».

2. [Kretschmer E., 1948]. Психозы, возникающие у лиц с нечетко выраженными конституциональными особенностями, например у человека, чьи конституциональ­ные особенности занимают промежуточное положение между пикническим и лепто- сомным кругами. Понятие, противоположное ядерным психозам.

***П. легированные*** (*нем. legieren* от *лат. ligare —* связывать, соединять) [Arnold О., 1966]. Формы психозов, в клинической картине которых сочетаются (сплавлены) проявления маниакальные, депрессивные и шизофренического круга. Различаются четыре формы П.л.: I — шизофреническая и циклотимическая симпто­матика возникают синхронно и равномерно в виде коротких приступов с длительны­ми интервалами между ними; II — характеризуется выступающими на первый план шизофреническими симптомами, более продолжительными приступами и кратковре­менными интервалами (маниакально- или депрессивно-легированные шизофрении); III — ведущее место в картине болезни занимают аффективные расстройства, ши­зофреническая симптоматика непостоянна и нерезко выражена (шизофренически- легированные маниакальные и депрессивные формы); IV — рецидивирующая ката­тония с прогредиентным течением, характеризующаяся преобладанием меланхоли­ческих расстройств. Лишь первая форма относится автором к маниакально-депрес­сивному психозу, остальные квалифицируются как неотличимые от шизофрении с фазным или рецидивирующим течением.

***П. лекарственный.*** Интоксикационный П., связанный с употреблением како­го-нибудь лекарственного препарата.

Син.: П. фармакологический.

***П. лизергиновые.*** См. *ЛСД-25.*

***П. маниакально-депрессивный.*** Эндогенное психическое заболевание, про­текающее в виде аффективных фаз (депрессивных и маниакальных), разделенных светлыми промежутками, интермиссиями. Даже при длительном течении признаков психического дефекта, существенных изменений личности не наблюдают. Включает в себя клинически выраженные (циклофрения) и мягкие, облегченные (циклотимия) формы. В настоящее время дискуссионным является вопрос о нозологической само­стоятельности монополярных аффективных психозов [Leonhard К., 1957; Angst J., 1966; Perris С., 1966]. По Т.Ф. Пападопулосу и И.В. Шахматовой-Павловой [1983], разделение аффективных П. только по одному клиническому признаку моно- или би­полярности течения недостаточно обосновано, хотя различия между классическим биполярным типом и монополярным типами течения имеются, при этом играют роль факторы возрастные и конституционально-генетические.

В течении заболевания возможны смешанные состояния (см.), в которых представлены элементы обеих фаз.

Син.: циркулярный психоз, МДП, циркулярное помешательство, циклофрения, циклотимия.

***П. маниакальный.*** Атипичная, монополярная форма П. маниакально-депрес­сивного, клиника которого определяется наличием одних лишь маниакальных фаз. По K. Leonhard [1958], относится к фазным психозам.

***П. малярийные.*** Возникают главным образом при упорном течении малярии, в межприступных, апиретических состояниях. Протекают остро (с помрачением со­знания по делириозному и аментивному типу с маниоформными и галлюцинаторны­ми включениями, сумеречными расстройствами сознания с эпилептиформным воз­буждением), протрагированно (главным образом с маниоформной симптоматикой, достигающей степени спутанности) и хронически, с образованием органического психосиндрома. В некоторой части П.м. обусловлены развитием энцефалитов, при­водящих к дефекту личности [Молохов А.Н., 1953, Меграбян А.А., Оганесян В.О., 1956].

***П. марганцовый.*** Интоксикационный П., характеризуется астенией, сонливо­стью, нарастающей апатией, энцефалопатическими признаками (насильственный смех или плач).

***П. менструальный.*** Термин неправомерен. Подразумеваются, главным об­разом, эндогенные психозы, при которых экзацербация психопатологических прояв­лений связана с наступлением менструаций.

***П. мескалиновый.*** Вызывается приемом мескалина, являющегося психодиз- лептиком. Яркие расстройства восприятия, гиперакузия и гиперопсия, зрительные иллюзии и галлюцинации, парестезии, сенестопатии, явления деперсонализации (чувство раздвоения «Я»).

***П. металкогольные.*** См. *П. алкогольные.*

***П. металюэтические*** (*греч. meta —* после, *лат. lues —* сифилис). См. *Про­грессивный паралич.*

***П. метэнцефалитические*** (*греч. meta —* после + *энцефалит*)*.* П. возникаю­щие на отдаленных этапах хронически протекающего энцефалита. На фоне органи­ческого психосиндрома наблюдаются аффективные и шизоформные галлюцинатор­но-бредовые расстройства, ступорозные состояния, синдромы помрачения созна­ния.

***П. органические.*** Сборное понятие. Группа П., возникающих вследствие экзо­генно-органических заболеваний головного мозга. Характерна динамика от острых экзогенного типа реакций через стадию переходных синдромов к органическому пси­хосиндрому с явлениями деменции или преимущественно характеропатических из­менений.

***П. острый.*** Преимущественно П. типа острых экзогенных реакций. Возмож­ность острого начала эндогенных психозов остается дискуссионной, в большинстве случаев при этом имеет место экзогенная провокация эндогенного заболевания.

***П. отношения.*** Устаревший термин, обозначавший параноидные П. с преоб­ладанием в клинической картине идей отношения. Соответствует в современном по­нимании одному из этапов параноидной шизофрении.

***П. периодические*** [Kirn L., 1878]. Периодически возникающие психотические состояния, в генезе которых существенную роль играют перенесенные в прошлом церебрально-органические заболевания, изменения сопротивляемости организма (например, в пубертатном возрасте) и случайные дополнительные вредности, сома­тогенные и экзогенные. В межприступных периодах — стертая психопатологическая, главным образом астеническая, симптоматика. Исход — либо слабоумие, либо вы­здоровление.

П.п. — сборная группа, включающая в себя, по современным представлени­ям, атипичное течение циркулярного психоза, периодическую шизофрению. Некото­рые их варианты («центральные типозы») соответствуют диэнцефалопатическим психозам Голант. Периодическое течение присуще ряду экзогенно-органических пси­хозов.

***П. послеоперационные*** [Kleist K., 1916]. Психические расстройства, наступа­ющие вскоре после операции, обычно в течение первых двух недель. Наиболее ха­рактерны состояния нарушенного сознания, депрессии, непродолжительные парано- иды, галлюцинаторно-параноидные состояния. Рассматриваются как проявления синдромов острых экзогенного типа реакций.

В симптоматике П.п. K. Kleist различал гомономные (маниакально-депрессив­ные состояния, раздражительные и недоверчиво-параноические изменения настрое­ния) и гетерономные (оглушенность, сумеречные состояния, делирий, ступор, ги­перкинетическое возбуждение, боязливо-беспомощную спутанность, галлюцинозы, бред). .

***П. послеродовые*** [Furstner, 1875]. Психозы, развивающиеся в течение шести недель после родов и носящие характер острого галлюциноза. Помимо галлюцина­торных и иллюзорных переживаний в клинической картине отмечаются психомотор­ное возбуждение, страх, беспокойство, бредовые интерпретации, расстройства вле­чений, настроения. Furstner эти психозы дифференцировал с дебютирующими в по­слеродовом периоде эндогенными психозами, большинством психиатров такие пси­хозы рассматриваются как синдромы острых экзогенного типа реакций, которые мо­гут не повториться при последующих родах. Л. Иванова [1959], как и Furstner, выде­ляла нозологически самостоятельную группу П.п. (пуэрперальных), отличающихся от шизофрении, циркулярного психоза и соматогенных психозов, наблюдающихся в по­слеродовом периоде. В их возникновении Л. Иванова особое значение придавала возникающим в связи с родами изменениям внутренней секреции, обмена веществ и интероцепции. Как фактор, облегчающий возникновение этих психозов, рассматри­вался молодой возраст больных.

Син.: П. пуэрперальный.

***П. полиневритический.*** См. *Корсакова болезнь.*

***П. посттравматический острый*** Возникает в первые 2 недели после че­репно-мозговой травмы с коммоционно-контузионным синдромом. См. *П. Фауста.*

***П. предстарческий***. См. *П. инволюционный.*

***П. пресенильный.*** См. *П. инволюционный.*

***П. психогенные*** [Sommer R., 1894]. См. *П. реактивные.*

***П. пубертатные.*** Возникают в пубертатном периоде. Речь идет об изменен­ном течении начавшихся в этом периоде П., присущих и другим возрастным группам, а также о специфических психозах подросткового возраста — пубертатном периоди­ческом органическом П., эндореактивных подростковых П. [Личко А.Е., 1979, 1985].

***П. путешествия*** [Nilson L., 1966]. Возникают во время заграничного путеше­ствия, в иноязычной среде. Бредовые идеи отношения и преследования, страх, тре­вога, расстройства сознания, галлюцинации. В генезе играют роль речевая изоля­ция, переутомление, недостаточное и нерегулярное питание, легкие интеркуррент- ные инфекции, конституциональная предрасположенность. Иногда так начинается шизофрения.

***П. реактивный.*** П., возникающий, главным образом, в связи с острой психо- генией или, значительно реже, на фоне длительной психической травматизации. В отличие от неврозов, протекают с продуктивной психотической симптоматикой. Раз­личают острые шоковые (гипо- и гиперкинетические формы), подострые (психоген­ные депрессии, параноиды и галлюцинозы) и истерические П.р.

***П. ревматический.*** Симптоматический П., протекающий как остро, с наруше­ниями сознания по аментивному, делириозному, онейроидному типу (чаще всего эти синдромы в клинической картине выступают как этапы ее течения), так и в форме подострых и хронических психозов, часто с шизофреноподобными картинами [Двор­кина Н.Я., 1975]. Органический психосиндром формируется медленно, слабоумие не достигает значительной выраженности. Иногда отмечаются эпилептиформные при­падки. Типична астения с частыми дистимическими колебаниями настроения.

См. *Легран дю Солля триада ревматических психозов.*

***П. ремиттирующий.*** П., протекающий приступами, разделенными светлыми промежутками. См. *П. маниакально-депрессивный, П. фазный.*

***П. секундарный*** (*лат. secundarius —* вторичный). Психоз, выявленный при ге­неалогическом исследовании у членов семьи пробанда.

***П. сенильный.*** Обобщающее определение П., развивающихся в старческом возрасте — функциональных и органических. Термин лишен конкретного содержа­ния, нерекомендуемый.

***П. симбионтические*** (*греч. sym —* совместно, одновременно, *biosis —* жизнь) [Scharfetter Ch., 1970]. Групповые П., вариант индуцированных. Среди инду­цирующих преобладают больные шизофренией, у индуцируемых наблюдаются ши- зофреноподобные П. При полидименсиональном понимании их этиопатогенеза учи­тывается роль психогенных, конституционально-наследственных и социальных фак­торов.

***П. симптоматические.*** П., возникающие вследствие инфекций, интоксика­ций, заболеваний внутренних органов.

***П. симуляции*** [Birnbaum К., 1919]. Психогенно возникающие состояния, вна­чале протекающие по типу симуляции, но в дальнейшем психопатологические про­явления все больше отключаются от воли и сознания и развивается психотическое состояние, например, псевдодеменция.

***П. сифилитические.*** Общее название, объединяющее психозы сифилитиче­ской этиологии — прогрессивный паралич и сифилис головного мозга, сифилитиче­скую неврастению, психические нарушения при специфических менингитах и менин­гоэнцефалитах, спинной сухотке, врожденном сифилисе.

***П. смешанные*** [Gaupp R., Mauz F., 1926]. Психозы, в клинической картине ко­торых сочетаются циклотимическая и шизофренная симптоматика. Их происхожде­ние связывалось с интерференцией наследственной предрасположенности к обоим заболеваниям, сочетанием двух конституциональных основ. Понятие, близкое к кра­евым психозам в понимании K. Kleist.

***П. соматогенно обусловленные*** [Schneider K., 1959]. Симптоматические П., обусловленные соматическим заболеванием. Понятие, близкое к синдромам острых экзогенного типа реакций. Подчеркивается значение генетических факторов.

K. Schneider противопоставлял П.с.о. эндогенным, считая различия между ними существенными и принципиальными. H.J. Weitbrecht [1963] отрицал абсолют­ность такого дихотомического деления П., обосновывая гипотетически положение о соматозе при эндогенных психозах, в частности, при шизофрении, а также приводя возражения клинического характера (возможность острых органических психозов без нарушения сознания и, наоборот, острой шизофрении, протекающей с нарушением сознания, наблюдения над соматогенными симптоматическими маниакально-де­прессивными П., переход эндогенных психозов позднего возраста после многих лет течения в состояние органического слабоумия и т.д.).

***П. соматогенный.*** См. *П. симптоматические, П. соматогенно обусловлен­ные по K. Schneider.*

***П. соматореактивные.*** Группа П., возникающих при сочетании факторов психогенно-травматических и соматогенной астении. Включает в себя как острые па- раноиды, так и затяжные заболевания с шизоформной симптоматикой.

***П. сосудистые.*** См. *П. гипертонические, П. атеросклеротические.*

***П. сосудистые хронические*** (***эндоформные***)***.*** Наблюдаются при цере­бральном атеросклерозе и гипертонической болезни. Нередко отмечаются пре- морбидные личностные особенности шизоидного или гипертимного круга [Шумский, 1968]. В клинической картине — систематизированный бред ревности, идеи ущерба, нередки проявления нарастающего органического психосиндрома. По мере углубле­ния деменции бредовые переживания редуцируются, теряют свою актуальность, идут на убыль. К П.с.х. относятся и атеросклеротический вербальный галлюциноз, сосудистые депрессии.

***П. спутанности.*** Разновидность циклоидного П. [Leonhard К., 1959]. Харак­терно возбуждение с бессвязностью мышления и речи. Лабильность настроения, ча­сто тревожность. На другом полюсе П.с. отмечается заторможенность вплоть до сту­пора («беспомощный ступор»). Протекает фазно. Фазы заторможенной и возбужден­ной спутанности могут чередоваться. В промежутках между фазами — отсутствие психического дефекта.

***П. страха--счастья.*** Разновидность циклоидного психоза [Leonhard К., 1959]. Один из полюсов характеризуется чувством страха и идеями отношения, ипохондри­ческими, самообвинения. Возбуждение может перемежаться со ступором, мутизмом. Противоположный полюс — психоз внушения или счастья — характеризуется идея­ми, аффективно положительно окрашенными, экстатическим настроением. Возмож­но моно- и биполярное течение.

Син.: тревожно-экстатический бредовой психоз.

***П. табетический.*** Психические нарушения при спинной сухотке; проявляют­ся главным образом в форме псевдоневрастении («табетическая неврастения»), ор­ганического психосиндрома с умеренно выраженной деменцией и снижением лично­сти. П. типа острых экзогенных реакций крайне редки. Допускается возможность перехода спинной сухотки в прогрессивный паралич [Штернберг Э.Я., 1983].

***П. тимические*** (*греч. thymos* — настроение) [Delay G., Deniker P., 1957]. Груп­па аффективных психозов, к которым относятся как циркулярные, так и монополярно протекающие фазы и генез которых связывается с диэнцефальной патологией. И мания, и депрессия рассматриваются как гипертимические состояния, так как при них речь идет о крайних нарушениях настроения с симметрично противоположной симптоматикой.

***П. транзиторный.*** Кратковременное психотическое состояние, представ­ляющее собой единичный приступ болезни.

Син.: психотический эпизод.

***П. тюремные*** [Delbruk А., 1853; Sommer R., 1884]. Психические расстройства, возникающие в связи с арестом. Неоднородная группа психических расстройств, в которую, наряду с реактивными, включаются и дебютирующие в ситуации заключе­ния в тюрьму эндогенные психозы, в первую очередь — шизофрения. Из реактивных психозов наиболее типичны Ганзера синдром, псевдодеменция, реактивный ступор, бредоподобные фантазии.

***П. уремический.*** Острый симптоматический П., возникающий вследствие по­чечной недостаточности. Характерно состояние помраченного сознания — оглуше­ние, сумеречное расстройство, делирии, сопор, реже — псевдопаралитический син­дром.

***П. фазные*** [Leonhard К., 1954]. К П.ф. отнесены экзогенные аффективные пси­хозы, характеризующиеся фазным би- или монополярным течением. К. Leonhard различает три группы их:

1. классическая маниакально-депрессивная болезнь (соответствует понятию циркулярных форм у других авторов);
2. чистая меланхолия и чистая мания (периодическое монополярное течение, клиническая картина более чиста и свободна от атипичных, смешанных форм);
3. чистые депрессия и эйфория (так называемые простые аффективные забо­левания, в отличие от заболеваний предыдущих групп, для которых характерны на­рушения мышления и волевой сферы). Выделяют пять форм чистых депрессий (ажитированно-тревожная, ипохондрическая, депрессия с идеями самообвинения, подозрительно-недоверчивая и апатическая) и пять форм чистых эйфории (непро­дуктивная, ипохондрическая, экзальтированная, конфабуляторная, апатическая) При чистых депрессиях и эйфориях, в отличии от чистых маний и меланхолий, расстрой­ства мышления и волевой сферы, если и наблюдаются, носят вторичный характер. Это утверждение вызывает возражение [Штернберг Э.Я., 1960].

Между фазными психозами и шизофренией располагаются циклоидные пси­хозы.

***П. Фауста*** [Faust С., 1955]. Психозы, развивающиеся в связи с отеком голов­ного мозга (черепно-мозговая травма, инсоляция, повешение). Являются острыми экзогенного типа реакциями. Симптоматика разнообразна — эйфория с повышенной активностью, депрессия, маниоформные состояния параноиды, галлюцинозы, оней- роидные картины. Часты конфабуляции, мегаломанические представления.

***П. фенаминовый.*** Симптоматический интоксикационный П. В клинике — де­прессия, параноид, делирий, инкогеррентность мышления.

***П. функциональный.*** Обобщающее определение П., протекающих без де­структивно-морфологических изменений головного мозга и формирования органиче­ского психосиндрома. Относится к эндогенным (но не экзогенно-органическим) и ре­активным П.

***П. хореический.*** Симптоматический П. при ревматической хорее, протекает с делирием, психомоторным возбуждением, иногда отмечаются апатия и аспонтан- ность. См. *Сухаревой триада ревматической хореи.*

***П. хронический.*** П., характеризующийся многолетним, чаще всего прогресси­рующим течением, с образованием психического дефекта в мышлении и аффектив­но-личностной сфере.

***П. цефалгические*** (*греч. kephale —* голова, *algos —* боль) [Mingazzini G., 1893]. Острые психотические состояния, возникающие во время приступов мигрени и характеризующиеся нарушениями сознания по сумеречному типу и сочетанием слуховых и зрительных галлюцинаций. Вначале больные видят неопределенной формы вспышки, зигзаги, затем зрительные образы становятся отчетливыми и при­обретают форму мертвых тел, черных фигур, злобно лающих и прыгающих собак, свирепых людей с ножами и т.д. Отмечается соответствие между выраженностью мигрени и наступлением психотических расстройств. Болезненные переживания воз­никают при максимальной интенсивности головной боли и длятся в течение присту­па. Длительность психотического состояния при транзиторной форме цефалгических психозов от нескольких часов до суток. Описана и протрагированная форма, отлича­ющаяся длительным течением, колебаниями в степени выраженности болезненных проявлений и наличием своеобразных кризов (устрашающие галлюцинации, спутан­ное сознание, импульсивные поступки).

***П. циклоидные*** (*греч. kykloides —* кругообразный) [Leonhard K., 1954]. Цикло­идные психозы рассматриваются как группа атипичных эндогенных заболеваний, за­нимающих промежуточное положение между маниакально-депрессивным психозом и шизофренией, но не относящихся к указанным психозам. Характерно относитель­но благоприятное течение, без образования психического дефекта. Течение присту­пообразное, биполярное. Различают три формы циклоидных психозов: 1) двигатель­ный с гиперкинетическими и акинетическими фазами; 2) психоз спутанности, возбу­жденной и заторможенной; 3) психоз счастья—страха с чередованием фаз депрес­сии со страхом и «экстатического счастья».

1. [Polonio P., 1954]. Острые психозы, возникающие на фоне «сверхъясного» или помраченного сознания, изменения настроения и психомоторной активности. Течение эпизодическое, прогноз благоприятный. По особенностям клинической кар­тины различают конфабулёз, галлюциноз, онейрофрению, параноидный экспансив­ный психоз, параноид отношения к себе, параноиды внушения и воздействия, бессвязные гиперкинетические и акинетические психозы. По Т.Ф. Пападопулосу [1975], относятся к острым античным эндогенным психозам.

***П. циркулярный.*** См. *П. маниакально-депрессивный.*

***П. шизоаффективные*** [Kasanin J., 1933]. Формы, занимающие промежу­точное место между аффективными психозами и шизофренией. Начало заболева­ния характеризуется депрессивной симптоматикой. Затем развивается психотиче­ский симптомокомплекс, включающий в себя аффективные компоненты и параноид­ные идеи.

***П. шизофреноподобные.*** Сборная группа П. не шизофренической этиологии, лишь внешне, по клиническим проявлениям сходных с ней.

Син.: П. шизоформные.

***П. экзогенные.*** П., возникающие в связи с экзогенными вредностями, в от­личие от П. эндогенных. Однако в ряде случаев эндогенный П. манифестирует после экзогении, играющей роль провоцирующего фактора. В таких случаях дебют заболе­вания протекает с симптоматикой экзогенного П., постепенно идущей на убыль, в связи с чем приобретает все большую выраженность симптоматика основного, эндо­генного заболевания. Например, дебют шизофрении в связи с гриппозной нейроин­фекцией.

Син.: П. симптоматические.

***П. экламптические.*** Возникают при эклампсии беременных, протекают на фоне нефропатии. Характерны состояния оглушения, зрительные галлюцинации, от­рывочные бредовые переживания, экламптические припадки.

***П. экстремальных состояний.*** Сборная группа острых реактивных П., воз­никающих при ситуациях, угрожающих жизни (землетрясениях, транспортных ката­строфах, наводнениях, и др.). Протекают либо с тяжелой депрессией и ступором, либо с психомоторным возбуждением, повышенной деятельностью, эйфорией, вы­раженными маниоформными состояниями. Возможны состояния эмоционального паралича.

***П. эмоциональные*** [Stachelin J.E., 1944; Labhardt F., 1963]. Шизофреноподоб- ные психозы, остро психогенно или соматогенно возникающие и отличающиеся благоприятным течение и обратимостью психических расстройств. Симптоматика напоминает острую шизофрению — параноидные и кататонические проявления, чув­ство страха, резкое возбуждение, переживание гибели мира, грандиозной катастро­фы, ступор. Отсутствуют признаки формальных расстройств мышления.

***П. эндогенные*** [Mobius J., 1892]. П., возникающие вследствие внутренних причин, заложенных в самом организме, конституционального предрасположения. J. Mobius считал эндогенность проявлением вырождения. По R. Sommer, эндогенными могут считаться П., протекающие без морфологических изменений субстрата голов­ного мозга. Эндогенная природа П. не дает оснований полностью отрицать роль в его происхождении внешних факторов. Нередко патологическое предрасположение проявляется в связи с воздействием внешнего патогенного фактора или их совокуп­ности. Типичные П.э. — шизофрения, МДП, инволюционная меланхолия.

***П. эндореактивные подростковые*** [Личко А.Е., 1979]. Группа психических заболеваний, в происхождении которых психогенные и эндогенные факторы столь тесно переплетаются, что невозможно отдать предпочтение ни одному из них. Пси­хическая травма включает эндогенные механизмы, которые, в свою очередь, подго­тавливают почву для воздействия новых психогенных факторов. Выделяют три основные клинические формы — эндореактивную депрессию у циклоидов, психиче­скую анорексию (эндореактивную пубертатную анорексию) и подростковую дисмор- фофобию.

***П. энцефалитические.*** Общее название психотических состояний, возникаю­щих вследствие инфекционных энцефалитов. В острой стадии энцефалитов отмеча­ются синдромы нарушенного сознания, гиперсомнии. В хронической стадии типичны проявления органического психосиндрома с разной степенью выраженности демен­ции и хроническими бредовыми (парафренными, галлюцинаторно-параноидными) синдромами.

***П. эпизодические олигофренов.*** Психотические состояния, эпизодически возникающие у олигофренов. Часто их развитие обусловлено психогенией или ин- теркуррентной, не всегда диагностируемой, патологией. Протекают с психомотор­ным возбуждением, агрессивно-разрушительными действиями, галлюцинаторно-па­раноидными проявлениями, эпилептиформной симптоматикой (сумеречным помра­чением сознания, судорожными припадками).

***П. эпилептические.*** Могут носить острый характер — возникают в связи с припадками и их эквивалентами (сумеречными состояниями и дисфориями). Хрони­ческие П.э. чаще наблюдаются при фокальной, височной, эпилепсии, типично уреже- ние или прекращение судорожных пароксизмов и эквивалентов. Наиболее часто их клиническая картина определяется хроническим бредовым синдромом. Бредооб- разование в этих случаях носит характер резидуального. Наряду с этим у больных эпилепсией нередко наблюдаются патологические (сутяжные) развития.

***П. эрготиновые.*** Развиваются в связи с интоксикацией содержащимся в спо­рынье эрготином. Характерны оглушение, психомоторное возбуждение с делирием, эпилептиформные припадки.

***П. ядерные*** [Kretschmer E., 1948]. Эндогенные психозы (шизофрения, цирку­лярный и эпилептический психозы), которые возникают типичным образом у лиц с определенной конституцией: шизофрения — у лептосомов, циркулярный психоз — у пикников, эпилепсия — при атлетическом телосложении.

**Психолагния** (*психо + греч. lagneia —* похоть). Вызывание полового возбу­ждения сексуальными, сладострастными представлениями.

**Психолепсия** (*психо + греч. lepsis —* приступ, припадок). 1. Внезапно наступа­ющее падение психического тонуса без помрачения сознания, но с кратковремен­ным прекращением мыслительной деятельности; 2. Максимальный седативный эф­фект вследствие приема психотропных средств; 3. Кратковременная потеря созна­ния, например, при эпилепсии.

**Психология** (*психо + греч. logos —* наука, учение). Наука о закономерностях развития и функционирования психики как особой формы жизнедеятельности.

***П. ассоцианистская.*** Направление П., рассматривающее способность к фор­мированию ассоциаций из первичных психических единиц как основу психической деятельности.

***П. возрастная*** изучает особенности психической деятельности, обусловлен­ные возрастом.

***П. глубинная.*** Направление зарубежной психологии и психиатрии, предметом изучения которого является бессознательное как источник мотивов поведения чело­века и причин возникновения психических расстройств. Включает в себя психоана­лиз, индивидуальную психологию Адлера, аналитическую психологию Юнга, неофрейдизм и др.

***П. детская.*** Раздел П. возрастной.

***П. индивидуальная Адлера.*** См. *Адлера индивидуальная психология.*

***П. криминальная.*** Раздел правовой (юридической) П., изучающий психологи­ческие закономерности формирования противоправных установок и их реализации в преступном поведении. В последние годы приобретает все большее значение наря­ду с судебно-психиатрической судебно-психологическая экспертиза.

***П. медицинская*** изучает психологическими методами особенности психики больного человека, а также психологические особенности профессиональной дея­тельности медицинских работников, взаимоотношения между ними и больными. Включает в себя патопсихологию, нейропсихологию, соматопсихологию, психофи­зиологию, социально-психологическую диагностику применительно к медицинской практике, медицинскую профессиональную ориентацию, психологические аспекты психопрофилактики, психогигиены и психотерапии.

***П. «объективная».*** Направление П., изучающее главным образом реакции организма на влияние внешних, ситуационных факторов, абстрагируясь при этом от субъективных переживаний больного.

***П. социальная.*** П., изучающая закономерности поведения и деятельности людей, обусловленные фактором их вхождения в социальные группы, а также психо­логические характеристики самих групп.

***П. старения.*** Геронтопсихология. Изучает особенности психики при старении. Раздел возрастной П.

***П. судебная.*** Раздел юридической психологии, изучающий механизмы и зако­номерности деятельности людей по расследованию, судебному рассмотрению и предупреждению преступлений.

***П. труда*** исследует психическую деятельность, личностные особенности че­ловека в процессе трудовой деятельности. Имеет важное значение для организации реабилитации психически больных.

**Психометрия** (*психо + греч. metreo —* измерять). Направление прикладной психологии, характеризующееся измерительной тенденцией — стремлением к коли­чественным характеристикам определенных психических факторов, в первую оче­редь — интеллектуальных и личностных. Позволяет математически верифициро­вать полученные данные.

Нашла свое применение в психодиагностике, при проведении тестовых иссле­дований.

**Психомеханика** (*психо + механика*)*.* Вульгарно-материалистическое направ­ление в психологии, сводившее сложнейшие проблемы мыслительной деятельности человека, сознания непосредственно к физическим процессам.

**Психоморфологизм** (*психо + морфология*)*.* Направление в психиатрии, родо­начальником которого были Th. Meinert и C. Wernicke, односторонне объяснявшее происхождение психических заболеваний локальными органическими поражениями головного мозга, стремившееся обнаружить очаговый морфологический субстрат любого психопатологического симптома и синдрома.

**Психомоторика** (*психо + моторика*)*.* Совокупность произвольных, сознатель­но управляемых двигательных действий.

**Психомоторное возбуждение.** Нарушение психомоторики, характеризующе­еся ее расторможенностью, повышенной речевой и двигательной активностью.

**Психомоторные расстройства.** Нарушения произвольных действий, мимики и пантомимики.

**Психоневроз** (*психо + невроз*)*.* Устаревший термин, бывший очень популяр­ным после публикации работ P. Dubois [1909], применявшим это понятие для суже­ния группы неврозов, к которым в то время относили не только психогенные заболе­вания, но и циклотимию, иногда — эпилепсию, дрожательный паралич. Так, В.К. Хо- рошко [1943], рассматривая неврозы как функциональные заболевания, выделяет П., подчеркивая их сугубо психогенную природу. В настоящее время термин П. дол­жен рассматриваться лишь в историческом аспекте.

**Психоневрология** (*психо + неврология*)*.* 1. Пограничная область психиатрии и невропатологии, изучающая неврозы и другие пограничные состояния (предпочти­тельнее — пограничная психиатрия); 2. Термин для обозначения психиатрических учреждений, принятый главным образом из деонтологических соображений и мало целесообразный в связи со значительным развитием и дифференциацией включае­мых в него областей знания, наук.

**Психоника** (*психо + бионика*)*.* Раздел бионики, использующий данные психо­физиологических исследований для создания кибернетических моделей, систем управления.

**Психопат** (*психо + греч. pathos —* страдание, болезнь). Страдающий психопа­тией, психопатическая личность.

**Психопатии латентные** [Ганнушкин П.Б., 1933]. Понятие, введенное для ха­рактеристики количественной стороны динамики психопатий, степени выраженности психопатических проявлений. Клиническое выявление психопатии связывается с суммой внешних влияний, воздействующих на психопатическую личность, вне кото­рых черты конституциональной психопатии остаются скрытыми, компенсированны­ми. Понятие, аналогичное акцентуированным личностям K. Leonhard [1968].

**Психопатические реакции.** Выраженное усиление психопатических особен­ностей личности под влиянием разного рода психогений или при возникновении дру­гого (непсихического) заболевания. Примером последнего могут служить эпилепти­ческие характерологические реакции у эпилептоидов, развивающиеся при соматиче­ских заболеваниях, однако в этих случаях невозможно совершенно исключить роль психогенно-травматических факторов (реакцию на болезнь).

**Психопатические фазы.** Аутохтонно, без видимых внешних причин возникаю­щие у психопатических личностей непрогредиентные психотические приступы, по окончании которых устанавливается состояние, имевшее место до приступа [Ган­нушкин П.Б., 1933]. В понятие П.ф. включались, в первую очередь, фазы циклоидно­го круга, состояния угнетения и приступы бродяжничества у эпилептоидов, острые шизоидные состояния и другие.

**Психопатические эпизоды.** По П.Б. Ганнушкину [1933], более кратковремен­ные, по сравнению с психопатическими фазами, состояния.

**Психопатия.** Аномалия личности, характеризующаяся дисгармоничностью ее психического склада. Основные критерии выделения П.: 1. Выраженность патологи­ческих свойств личности до степени нарушения адаптации; 2. Тотальность психопа­тических особенностей, определяющих весь психический облик индивида; 3. Их от­носительная стабильность, малая обратимость [Ганнушкин П.Б., 1933; Кербиков О.В., 1961]. Наряду с врожденными, ядерными, выделяют П. приобретенные, нажи­тые (см. *Кербикова—Фелинской генетическая систематика психопатий*)*.* Изучая П. не только в статике, но и в динамике, П.Б. Ганнушкин наряду с конституциональ­ным развитием в рамках П. выделил ситуационные, возникающие вследствие психи­ческих травм, протекающие сдвигами, с появлением качественных изменений лично­сти; при этом конституциональные факторы больного в процесс развития вовле­каются не тотально, а избирательно, соответственно характеру и содержанию ситуа­ции.

***П. агрессивно-параноидная.*** Вариант паранойяльной П., характеризуется наличием агрессивных тенденций.

***П. ананкастическая.*** См. *Ананкастия.*

***П. астеническая.*** Обнаруживается уже в детском возрасте. Характеризуется повышенной психической и физической утомляемостью, робостью, чрезмерной сен­ситивностью и впечатлительностью, заниженной самооценкой, малодушием, слабо­характерностью.

Син.: П. группы тормозимых.

***П. аффективная.*** Характеризуется преимущественно аффективными прояв­лениями личностной аномалии. К П.а. относятся психопатические личности циклоид­ного круга, а также, в зависимости от преобладания того или иного аффективного полюса, гипотимики и гипертимики.

***П. бесчувственная.*** Характеризуется выраженным анетическим компонен­том (эмоциональная холодность, недостаточная совестливость, бесцеремонность, отсутствие сочувствия, сострадания окружающим, эгоцентризм, легкость причинения зла ближним и т.д.). См. *Помешательство моральное Причарда.*

***П. гипертимическая.*** Вариант П. аффективной. Преобладает повышенное настроение, стремление к деятельности, большая активность, самоуверенность, по­вышенная самооценка, гедонические тенденции, чрезмерный оптимизм. Выделяют также недостаточно уравновешенных, возбужденных гипертимиков [Schneider К., 1946] и эгоистичных, властных и, в то же время, поверхностных экспансивных гипер- тимиков [Petrilowitsch N., 1960].

***П. гипотимическая.*** Вариант П. аффективной. По П.Б. Ганнушкину — это «прирожденные пессимисты». Характерны постоянно пониженное настроение, склонность к депрессивным реакциям. По работе эти лица ценятся как хорошие вдумчивые исполнители, добросовестные работники.

Син.: П. дистимическая.

***П. дистимическая.*** См. *П. гипотимическая.*

***П. истерическая.*** См. *Истерия.*

***П. круга мозаичных.*** Смешанный, по П.Б. Ганнушкину [1933], тип П. Извест­ная мозаичность присуща стадии структурирования большинства П., однако это вре­менный этап в становлении П., сменяющийся в дальнейшем формированием опре­деленной личностно-аномальной структуры [Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980]. Мо­заичность остается на заключительном этапе лишь в группе мозаичных личностей. Сочетание нескольких личностных свойств большей частью приводит к их взаимно­му усилению, например, сочетание черт эпилептоидной и истероидной П.; нейтрали­зация их наблюдалась K. Leonhard [1968] при сочетании ананкастных и истерических особенностей акцентуации личности. Описываются различные сочетания психопати­ческих черт — истерические и эпилептоидные; шизоидные и циклоидные; возбуди­мые и неустойчивые; астенические и истерические и другие. Наличие стойкого осе­вого (облигатного) психопатического синдрома при формировании П.к.м. установить не удается [Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980].

***П. круга неустойчивых.*** Характеризуется чертами психической неустойчиво­сти, обусловливающими трудности в поведении, выраженной зависимостью от осо­бенностей микросреды. Проявления неустойчивости (повышенная внушаемость, подверженность постороннему влиянию) особенно проявляются в неблагоприятной среде. Часто наблюдаются аффективные взрывы, реакции протеста. Несмотря на отсутствие устойчивого стереотипа поведения и трудности выработки положитель­ных установок [Коротенко А.И., 1971], в значительном количестве случаев в динами­ке П.к.н. все же прослеживается установление хорошей социальной адаптации в благополучных условиях жизни.

***П. органическая.*** Форма П. нажитой, развивающейся на резидуально-органи­ческой почве. Речь идет о воздействии экзогенно-органических факторов в возрасте до 3-х лет при условии полного затухания органического процесса и отсутствия ин- теллектуально-мнестического снижения [Гуревич М.О., 1924, Сухарева Г.Е., 1959]. Наиболее характерны явления психомоторной расторможенности, расстройства влечений, эксплозивность, склонность к истерическим реакциям.

***П. параноическая.*** Характеризуется недоверчивостью, неоткровенностью, подозрительностью, ригидностью аффекта, узостью интересов, непререкаемостью суждений, настойчивостью. Отмечается склонность к резонерству, изъяны мышле­ния в виде тенденции к односторонним и паралогическим умозаключениям [Суханов С.А., 1912]. В неблагоприятной ситуации легко возникают сверхценные идеи, стано­вящиеся источником параноического развития. Этому способствуют явления эгоцен­тризма, склонность противопоставлять себя окружающим, чувство внутренней неу­довлетворенности, позиция нетерпимости к любым проявлениям несправедливости.

В рамках П.п. выделяют два полярных варианта. Экспансивный вариант — с бредом ревности, сутяжническим, склонностью к конфликтности и реформаторству. Он включает и группу фанатиков, исключительно страстно посвящающих себя одно­му делу, одной идее, увлекающих ими окружающих. Сенситивный вариант характе­ризуется сочетанием контрастных личностных черт — астенических, сенситивных со стеничностью. Лица сенситивного склада склонны к стойким выраженным психоген­ным реакциям по поводу разного рода этических конфликтов, у них наблюдается сенситивное бредообразование в рамках параноического развития.

***П. пойкилотимическая*** (*греч. poikilos —* пестрый, разный, *thymos —* на­строение). См. *П. реактивно-лабильная, Пойкилотимия.*

***П. психастеническая.*** Занимает неопределенное положение и смыкается на одном полюсе с группой шизоидов, а на другом с состояниями, по клинической структуре выходящими за пределы психопатий и относящимися скорее к группе не­вротических состояний [Смулевич А.Б., 1983]. См. *Психастения.* N. Petrilowitsch [1966] относил психастению к ананкастической П. (см.).

***П. реактивно-лабильная.*** П. с частыми сменами настроения, повышенными эмоциональными реакциями. См. *Пойкилотимия.*

***П. сексуальная.*** П., протекающая с сексуальными расстройствами. Однако перверсии могут наблюдаться при многих психических заболеваниях, а также у пси­хически здоровых. Поэтому одного фактора обнаружения сексуальных расстройств еще недостаточно для диагностики психопатии.

***П. сенситивная.*** Вариант П. параноической (см.) [Личко А.Е., 1977].

***П. сутяжная.*** Вариант П. параноической (см.).

Син.: П. кверулянтская.

***П. циклоидная.*** Разновидность П. аффективной. Психопатические личности циклоидного круга отличаются синтонностью, общительностью, приветливостью, до­бродушием, незлопамятностью. Они общительны, реалистически настроены, не склонны к фантазированию. Основная их особенность — аутохтонно возникающие колебания настроения типа аффективных фаз — гипоманиакальной и субдепрессив­ной. Существует точка зрения относительно неправомерности отождествления П.ц. с циклотимией — фазные колебания при первой все же не всегда достигают патоло­гического уровня, а эндогенные депрессии и аффективные психозы у циклоидных психопатов наблюдаются не чаще, чем у шизоидов и психастеников [Petrilowitsch N.,

1960; Leonhard К., 1968; Личко А.Е., 1977].

***П. шизоидная.*** Включает в себя большое многообразие личностных проявле­ний, общим для которых является аутизм. Первые проявления в 3-4 летнем воз­расте (см. *Аспергера синдром*)*.* Основная симптоматика — отгороженность от окру­жающего мира, необщительность, дисгармоничность, парадоксальность внешнего облика и поведения, эмоциональных проявлений, своеобразие, оригинальность увлечений. Наличие шизоидной гиперестетической пропорции обусловливает значи­тельный диапазон аномально-личностных проявлений. Крайние полюса его пред­ставлены сенситивным и экспансивным вариантами. Сенситивные шизоиды сверх­чувствительны, долго и в себе переживают обиду, грубость, тонко и глубоко чувству­ют, склонны к утонченному самонаблюдению вплоть до мучительства себя, мечта­тельны; легко астенизируются и, в то же время, болезненно самолюбивы. Склонны к реакциям шизоидного типа в ответ на психогенно-травматическую ситуацию — по­давленность, вялость, усиление отгороженности от окружающей действительности, недоверчивость, потеря аппетита, плохой сон, возможны идеи отношения. Шизоид­ные реакции проходят по миновании неблагоприятной ситуации.

Экспансивные шизоиды решительны, не склонны к колебаниям, холодны к окружающим, безразличны к их огорчениям. Они склонны к эксплозивным реакциям, и в то же время легко уязвимы, неуверены в себе, неудовлетворены своей судьбой. Наблюдаются у них и параноидные реакции.

***П. эпилептоидная.*** Характеризуется сильной эмоциональной возбудимо­стью, приступами гнева, ярости, возникающими по незначительному поводу, неред­ко протекающими с суженным сознанием и резким двигательным возбуждением. Эта симптоматика присуща эксплозивному полюсу П.э. На другом, дефензивном, полюсе — вязкость аффекта, его прилипчивость, тугоподвижное инертное мышление со склонностью к детализации. См. *Глишроидия, Анехетическая конституция.*

Син.: П. возбудимого круга.

**Психопатология общая** (*психо + патология*)*.* См. *Психиатрия общая.*

**Психопатология понимающая.** Направление в зарубежной психиатрии, пы­тающееся устанавливать психологически понятные связи между психопатологиче­скими явлениями. Ведет начало от K. Jaspers. В отечественной психиатрии это направление сторонников не имеет.

**Психопатоподобные состояния.** Изменения личности, напоминающие по клиническим проявлениям психопатии, но возникающие после рано перенесенного шизофренического приступа, не повторяющегося в течение многих лет, без призна­ков прогредиентности процесса. Характеризуется стойкой дисгармоничностью лич­ности чаще всего по шизоидному типу.

Син.: псевдопсихопатии, нажитая псевдопсихопатия мозаичного шизоидного типа [Наджаров Р.А., 1977].

**Психоприемник.** Психиатрическое учреждение, занимающееся госпитализа­цией иногородних психически больных в крупных городах для последующей транс­портировки их по месту жительства. В настоящее время функции П. выполняет один из психиатрических стационаров города.

**Психопрофилактика** (*ncuxo + профилактика).* Раздел общей профилактики, включающий в себя мероприятия по предупреждению психических заболеваний. П. первичная охватывает систему мероприятий, направленных на изучение психиче­ских воздействий на человека, свойств его психики и возможностей предупреждения психогенных и психосоматических болезней; П. вторичная — мероприятия, направ­ленные на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического или другого заболевания, она включает в себя раннюю диагностику, прогноз и предупреждение опасных для жизни больного состояний, раннее начало лечения и применение адекватных методов коррекции с достижени­ем наиболее полной ремиссии, длительной поддерживающей терапии, исключаю­щей возможности рецидива болезни; П. третичная направлена на предупреждение возникновения инвалидности при хроническом течении заболевания.

**Психосексуальная ориентация.** Направленность полового влечения, опре­деляющая выбор полового партнера и особенности полового поведения.

**Психосенсорные расстройства** (*психо + сенсорный*)*.* Нарушения сенсорного синтеза, проявляющиеся в искаженном восприятии величины, размеров, веса, фор­мы собственного тела и окружающих предметов. Идентификация объектов, в от­личие от иллюзий, не нарушена [Жмуров В.А., 1988]. Включает в себя метамор- фопсии, аутометаморфопсии, обманы ориентировки в пространстве (синдромы по­ворота окружающего на 90 град. или 180 град.), нарушения осознавания времени.

**Психосиндром органический** (*психо + синдром*) [Bleuler E., 1916]. Совокуп­ность симптомов органического поражения головного мозга, в первую очередь ин- теллектуально-мнестическое снижение. Некоторыми исследователями рассматрива­ется как синоним деменции. Различают, в зависимости от преобладания в клинике снижения интеллекта или характерологических изменений, два типа П.о. — демент- ный и характеропатический.

Вариантами органического психосиндрома являются Блейлера М. церебраль­но-очаговый психосиндром и Блейлера М. эндокринный психосиндром.

Син.: органический синдром, психоорганический синдром.

**Психосиндром пиквикский.** См. *Пиквикский психосиндром.*

**Психосиндром резидуальный** (*лат. residuus —* оставшийся, остаточный). Последствия перенесенного психоза в виде стойкого снижения уровня личности и психической активности.

Син.: постпсихотическая личность.

**Психосиндром церебрально-очаговый** [Bleuler M., 1943]. Характеризуется в первую очередь патологией влечений, расстройством настроения и определяется такими симптомами, как беспокойство, несдержанность, повышенная деятельность или, наоборот, апатия, недостаток побуждений и т.д. Описан при летаргическом эн­цефалите и других органических заболеваниях головного мозга с локализацией в стволе и лобных долях. При прогрессировании заболевания наблюдается симптома­тика деменции.

**Психосиндром эндокринный** [Bleuler M., 1948]. Совокупность психопатологи­ческих изменений, обусловленных патологией эндокринных желез. В первую оче­редь характерны аффективно-личностные изменения — нарушения сферы инстинк­тов, влечений, настроения. Изменения личности не бывают столь грубыми, как при истинных психических заболеваниях. П.э. соответствует варианту Блейлера Э. орга­нического психосиндрома, наблюдающемуся при заболеваниях с определенной ло­кализацией органического процесса в головном мозге, например, при летаргическом энцефалите.

**Психосинтез.** Термин психоаналитической терапии, заключающийся в обоб­щении, толковании и разъяснении больному информации, полученной методами психоанализа. По C. Jung, это метод конструктивного синтеза, обобщения главным образом продукции бессознательного — сновидений, фантазий и др.

**Психосоматика** (*психо + греч. soma —* тело). 1. Направление в зарубежной психологии и психиатрии, изучающее происхождение соматических заболеваний с позиции психоанализа. Жалобы соматического характера рассматриваются как про­явление символического языка внутренних органов, отражающего либидонозные тенденции, вытесненные комплексы. Подавление такого рода неприемлемых бессо­знательных влечений, по мнению представителей зарубежной психосоматики, еще больше обостряет их и создает цепь отрицательных воздействий на организм. П. в таком понимании представляет биологически ориентированный вариант учения S.

Freud. По F. Alexander [1948, 1951], все заболевания человека являются психосома­тическими.

2. Направление в медицине, изучающее роль психических, в первую очередь личностных, факторов в возникновении и течении ряда болезней. Получила широкое распространение в нашей стране.

**Психосоматические расстройства.** Расстройства функций органов и систем в связи с воздействием психогенно-травмирующих факторов при определенной лич­ностной диспозиции. Различают: истинные («органические») психосоматозы — яз­венная болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма; функциональ­ные психосоматозы, например, логоневроз; психосоматические заболевания «в ши­роком смысле», например, уличный травматизм, который во многом зависит от лич­ностных свойств пострадавших [Bleuler M].

**Психосоматическое балансирование.** Корреляция по типу обратной пропор­циональности между психическими и соматическими проявлениями в клинике ряда психических, особенно пограничных, психосоматических заболеваний. Е.К. Краснуш- кин считал П.б. всеобщим законом, определяющим отношения между соматической и психической патологией. При эндогенных депрессиях интенсивность вегетосомати- ческих проявлений тем больше, чем слабее депрессия [Краснушкин Е.К., 1942; Би- рюкович П.В., 1960; Невзорова Т.А., Дробижев Ю.З., 1962]. Это же явление обнару­жено Т.Т. Сорокиной при латентных депрессиях [1981]. Ипохондрическое симптомо- образование при шизофрении по степени своей выраженности также обнаруживает обратную зависимость от значительности имеющейся у больных соматической пато­логии [Блейхер В.М., 1957].

**Психосоциология** (*психо + социология*)*.* Направление в зарубежной социоло­гии, рассматривающее психику человека как основную силу, определяющую законо­мерности общественного развития. Близко примыкает к неофрейдизму. В частности, по E. Fromm, в бессознательном заложены стремление к свободе, истине, счастью.

**Психостимуляторы** (*греч. psyche —* душа, *лат. stimulo*) *—* возбуждать, побу­ждать). Группа психотропных средств, обладающих избирательным стимулирующим психическую деятельность эффектом. Временно повышается психическая актив­ность, уровень бодрствования, снимаются утомляемость, астения, улучшается на­строение. К П. относят группу препаратов, дающих быстро наступающий стимулиру­ющий эффект (кофеин, центедрин, фенамин, индопан, сиднокарб) и ноотропы (см.).

**Психотерапия** (*психо + терапия*)*.* Процесс лечебного воздействия врача пси­хологическими методами на психику отдельного больного или группы больных. По В.Н. Мясищеву [1968, 1973], основная задача П. заключается в изменении личности больного на основе осознания причин и характера развития болезни и перестройки отношения больного к патогенным факторам заболевания.

Описание основных методов и методик П. в тексте Словаря приводится в отдельных статьях.

**Психотерапия дисцентная** (*греч. didasko —* учить, обучать) [Condas О., 1969]. Один из методов бихевиоральной психотерапии (ср.: Линдсли—Вольпе— Айзенка бихевиоральная психотерапия). Характеризуется систематической апплика­цией на психотерапевтический процесс теоретических принципов психологии обуче­ния. При исправлении затруднений или нарушений поведения больного учитывают­ся общая структура личности больного, характеристики его нормальной психической деятельности, история развития нарушений психики и характер преобладающих от­ношений больного. Методы бихевиоральной психотерапии (десенситизация, трени­ровка самоутверждения) сочетаются с методами рациональной психотерапии. Со­держит ряд оригинальных методических приемов, например, ослабление напряже­ния гальванизацией определенной группы мышц при лечении невротических тиков, методика подражания при лечении заикания.

**Психотический** (*англ. psychotic*)*.* Относящийся к психозу или к психозам.

**Психофармакологические средства.** Лечебные препараты, оказывающие преимущественное действие на психику (нейролептики, антидепрессанты, транкви­лизаторы и др.).

Син.: психотропные средства.

**Психофармакология** (*психо + фармакология*)*.* Раздел фармакологии и пси­хиатрии, изучающий действие лекарственных средств на психику, разрабатывающий методы лекарственной терапии психических заболеваний.

**Психофизиология** (*психо + физиология*)*.* Пограничная наука, возникшая на стыке психологии и нейрофизиологии и изучающая психику в единстве с ее физио­логическим субстратом. Отдельные ее разделы — П. сенсорная (органов чувств), ак­тивности, памяти и обучения, речи, мотивации и эмоций, стресса и др.

**Психофизический параллелизм.** Психологическая концепция, рассматрива­ющая психическое и физическое (физиологическое) как два ряда параллельно иду­щих, но независимых друг от друга, процессов. Противоречит пониманию психиче­ского как активного отражения объективной реальности.

**Психохирургия** (*психо + хирургия*)*.* Раздел нейрохирургии, разрабатывающий хирургические методы лечения психических заболеваний и психопатологических синдромов (эпилепсия, паркинсонизм и др.).

**Психрофобия** (*греч. psychro —* холодный, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь холода.

**Пункция спинномозговая** (*лат. punctio —* укол, прокол). Прокалывание под­паутинного пространства спинного мозга с целью получения ликвора. Применяется с диагностической (для произведения анализа ликвора и контрастных методов R-ис­следования) и лечебной (при эпилептическом статусе) целью.

П. поясничная производится в люмбальной области, при проколе в области желудочков головного мозга говорят о вентрикулярной П., в промежутке между зад­ним краем большого затылочного отверстия и задней дужкой атланта — о субокци­питальной П.

**Пуэрилизм** (*лат. puer —* ребенок, *puerilis —* детский) [Dupre E., 1903]. Форма истерических психозов, характеризующаяся детскостью поведения на фоне истери­чески суженного сознания. Чаще встречаются отдельные черты П., чем целостный пуэрильный синдром [Введенский И.Н., 1944; Турова З.Г., 1954]. Обычно вкрапления П. отмечаются при ганзеровском синдроме, псевдодеменции (псевдодементно-пуэ- рильный синдром). Характерные симптомы П. — детскость речи и моторики, детские эмоциональные реакции. Поведение пуэрильного больного отличается от поведения ребенка сочетанием детскости с привычками, отражающими жизненный опыт взрос­лого [Иммерман К.Л., 1988].

**Пфистера—Хейса тест цветовых пирамид** [Pfister M., 1950; Heiss R., 1951]. Экспериментально-психологическая методика, направленная на исследование лич­ности. Обследуемому предлагают в качестве образца нарисованные на листе бума­ги пирамиды из квадратиков и наборы из 24 бумажных квадратиков необходимого размера различных цветов и оттенков. Пользуясь этим материалом, обследуемый должен, накладывая на схему цветные квадратики, сложить наиболее приятную и неприятную пирамиды. Обращается внимание на выбор различных цветов, их взаи­моотношение, положение в структуре пирамиды, симметричность и т.д. Установлено влияние на результаты исследования патологии. По мнению R. Meili [1960], выдвину­тые автором критерии оценки результатов не являются достаточно четкими, а сама методика уступает Роршаха методу, однако достоинство его в легкости практическо­го использования даже при исследовании заторможенных или интеллектуально-при­митивных лиц.

**Пфропфгебефрения** (*нем. Pfropfung —* прививка + *гебефрения*) [Kraepelin E., 1910]. Вариант течения шизофрении, «привитой» в раннем детстве на олигофрени­ческий фон. По A. Glaus [1936], различают два варианта пфропфгебе(шизо)френии: 1) комбинация шизофрении с олигофренией, характеризующаяся катастрофическим течением и скудностью продуктивной симптоматики; 2) начало шизофрении в ран­нем возрасте, когда в клинической картине, наряду с олигофреническими, прояв­ляются и гебефренические черты, а в возрасте 20-30 лет возникает настоящий гебе­френический шуб. Следует учитывать, что раннее начало и катастрофическое тече­ние шизофренического процесса сами по себе приводят к задержке умственного развития, к образованию интеллектуального дефекта.

Син.: пфропфшизофрения.

\_Р\_

**Рабдофобия** (*греч. rhabdos —* прут, палка, полоса, *phobos* — страх). Навязчи­вый страх, боязнь наказания.

**Работоспособность психическая.** Способность воспринимать и перерабаты­вать информацию, поддерживая способность организма в определенном заданном режиме, не допуская срывов. Во многом зависит от эмоциональных и астенизирую- щих соматогенных факторов.

**Равена тест** [Raven J.C., 1936]. См. *Рейвена тест.*

**Развитие личности невротическое.** Форма психогенного развития, характе­ризуется специфической динамикой. Приводит к формированию краевой психопа­тии. Возникает при длительно существующей психогенно-травматической ситуации. По Н.Д. Лакосиной [1967], первый этап Р.л.н. протекает с депрессивной и астено-де- прессивной симптоматикой, второй — с характерологическими изменениями лично­сти с преобладанием истерических черт либо взрывчатости, с появлением в даль­нейшем ипохондричности и дисфорий, либо астенического синдрома со склонно­стью к навязчивостям.

См. *Кербикова—Фелинской генетическая систематика психопатий.*

**Развитие личности параноическое.** Одна из форм патологического развития личности. Бред, вначале сверхценный, а затем параноический, развивается у психо­патических личностей. Речь идет о развитии конституциональном, отличающемся от ситуационного (постреактивного или психогенного) меньшим значением каких-либо чрезвычайных раздражителей. Патологическая динамика в первую очередь обуслов­лена внутренним предрасположением, а психогенные моменты сводятся к повсед­невным, почти обыденным влияниям. Р.л.п. чаще всего возникает у личностей пара­нойяльного склада, однако наблюдается и при шизоидной психопатии, психастении, у эпилептоидов.

**Развитие личности патологическое.** Термин, обозначающий определенные виды динамики и формирования психопатий в результате взаимодействия комплек­са конституциональных, психогенных, соматогенных и других факторов. При ядер- ных психопатиях П.р.л. проявляется в нарастании и заострении, гипертрофии опре­деленных преморбидно четко обозначенных у пробанда черт личности, отражающих проходимые им возрастные периоды, социально дезадаптирующие аномальную личность факторы и другое. При нажитых психопатиях — органических, постпроцес­суальных и краевых — последние характеризуются возможностью формирования личности по типам патохарактерологического и психогенного (невротического или постреактивного) развития. См. *Кербикова—Фелинской генетическая систематика психопатий.* При Р.л.п. важную роль играют конституциональная предрасположен­ность (склад личности) и характер психотравмирующих факторов.

**Развитие личности патохарактерологическое.** Вариант патологического развития личности (наряду с психогенным), приводящий к формированию краевых психопатий (См. *Кербикова—Фелинской генетическая систематика психопатий*)*.* Динамика его, по В.А. Гурьевой и В.Я. Гиндикину [1980], представлена тремя этапа­ми: 1. Повседневное хроническое травматизирование, длительное отрицательное социально-психологическое воздействие на ребенка (на этом этапе — значительные динамические отклонения и возможность установления причинной связи между фор­мирующимися патологическими свойствами личности и особенностями микросреды), постепенное возникновение аномальных свойств личности; 2. На фоне продолжающейся хронической микротравматизации характерологические наруше­ния усиливаются и постепенно начинают структурироваться, развивается выражен­ная мозаичность, возникают компенсаторные механизмы или псевдокомпенсации, выражающиеся в асоциальных формах поведения; 3. Черты мозаичности нивелиру­ются. Появившаяся на втором этапе аутизация (шизоидность) оформляется в психо­патию шизоидного круга. Появляются первые декомпенсации и эпизоды, в понима­нии П.Б. Ганнушкина.

К Р.Л.П. близко примыкает описанное в детской психиатрии [Ковалёв В.В., 1968] психогенное патологическое формирование личности, являющееся одним из его вариантов. Динамические нарушения, приобретенные под влиянием неблагопри­ятных факторов, обладают у детей и подростков тенденцией к переходу в более или менее стойкие патологические изменения характера и личности в целом. В отличие от Р.л.п. у взрослых, в основе патологического формирования личности у детей и подростков лежит не патологический сдвиг уже сформированной личности, а изме­нения формирования незрелой личности в патологическом направлении.

**Развитие личности постреактивное.** Вариант психогенного развития лично­сти (см. *Кербикова—Фелинской генетическая систематика психопатий*)*.* Психопа­тическая структура личности формируется вследствие затяжного реактивного состо­яния, особенно при рецидивирующем типе его течений в условиях массивной психо­генной травматизации. Типичная динамика, по В.А. Гурьевой и В.Я. Гиндикину [1980]: реактивное состояние -> углубление и усложнение доминирующих отрица­тельно окрашенных представлений, формирование комплекса сверхценных пережи­ваний, психопатоподобное реагирование -> появление психопатических личностных особенностей. Один из путей формирования краевых психопатий.

**Развратные действия.** Действия сексуального характера перверсного типа, направленные на малолетних и несовершеннолетних. Констатация факта Р.д, вле­чет за собой направление на судебно-психиатрическую экспертизу.

**Разгрузочно-диетическая терапия** [Николаев Ю.С., 1948]. Один из общебио­логических методов лечения психических заболеваний. Основывается на дозирован­ном голодании с употреблением воды и последующим диетическим питанием. Восстановительная диета Ю.С. Николаева включает преимущественно молочно­растительную пищу с уменьшенным количеством соли. Объем и энергетическая ценность пищи, содержание в ней белков, жиров и углеводов после периода голода­ния увеличиваются строго постепенно. Показана при вялотекущей и малопрогреди­ентных вариантах приступообразной шизофрении, при затяжных неврозах и невро­зоподобных состояниях экзогенно-органического происхождения [Николаев Ю.С., Полищук Ю.И., Заиров Г.К., 1979].

**Раздражение.** Воздействие внешних или внутренних раздражителей на орга­ны и ткани организма.

**Раздражитель.** Фактор внешней или внутренней среды, изменяющий состоя­ние возбудимых структур. Р. различают по их модальности, то есть по направленно­сти на определенные рецепторы, а также специфические (соответствующие специ­альному, адекватному рецептору), неспецифические, неадекватные (действующие на специально не приспособленную для их восприятия биологическую структуру), патологические (являющиеся причиной возникновения болезненных расстройств), чрезвычайные, стрессовые (вызывающие мобилизацию защитно-приспособитель­ных механизмов, но не приводящие к возникновению болезни), подпороговые и по­роговые (неспособные или способные вызвать доступную изучению реакцию).

**Раздражительная слабость.** Психопатологический синдром, характеризую­щийся сочетанием повышенной возбудимости со снижением работоспособности, по­вышенной утомляемостью, недостаточностью концентрации внимания. Проявление астении.

**Раздражительность.** Склонность к неадекватным, чрезмерным реакциям на обычные раздражители внешней и внутренней среды. Проявляется обычно в недо­вольстве неприятными для больного обстоятельствами, поступками окружающих, иногда — своим состоянием.

**Разорванности коэффициент** [Заимов К., 1961]. Количественный показатель, отражающий удельный вес смысловых разрывов на сто слов произвольной речи больных шизофренией и соответствующий, по мнению автора, глубине фазового со­стояния коры большого мозга. Метод анализа речи по точной записи называется ло­гографическим и позволяет учитывать при анализе логограммы наличие неологиз­мов, неправильных грамматических форм, «обломков» слов.

**Разорванность.** См. *Мышление разорванное, Речевая разорванность.*

**«Разрешающие» методы психотерапии.** Понятие, включающее психокатар- зис и отреагирование. См. *Методы Асатиани, Крестникова, Чолакова.*

**Разряд генерализованный эпилептический.** Сопровождающийся припадком или обнаруживаемый в межприпадочном состоянии электроэнцефалографический пароксизм. Характерные для него ЭЭГ-феномены (пики, комплексы пик-волна или медленные волны) носят билатеральный синхронный и симметричный характер.

**Разряд фокальный эпилептический** отличается от генерализованного стро­гой локализацией и обнаруживается главным образом в межприпадочных состояни­ях. Характерен для фокальной эпилепсии. Во время припадка генерализуется.

**Райли—Дея вегетативная семейная дисфункция** [Riley C.M., Day R.L , 1949]. Наследственное заболевание, проявляющееся дисфункцией автономной нервной системы. Тип наследования аутосомно-рецессивный. В патогенезе придает­ся значение дезинтеграции деятельности вегетативной нервной системы, нарушени­ям метаболизма в ней (на уровне образования эпинефрина и норэпинефрина). Па­тологоанатомически — очаги демиелинизации в области задних корешков и задних столбов спинного мозга, дегенеративные изменения в гипоталамусе, ретикулярной формации и симпатических ганглиях. Клинически — нарушение секреции слез, эри­тема кожи в связи с волнениями или после еды, пустулы на коже, повышенная пот­ливость (особенно при волнении), затруднения при глотании, слюнотечение, эмоци­ональная лабильность, нарушения координации движений, гипо- или арефлексия, снижение болевой чувствительности. Иногда наблюдается повышение артериально­го давления, периодическая рвота, периодические лихорадочные состояния, полла- киурия, энурез, эпилептиформные припадки. В очень редких случаях — слабоумие.

Син.: семейная дизавтономия.

**Раншбурга симптом** [Ranschburg P., 1905]. Признак патологии речи, главным образом письменной. Созвучные (гомогенные) слоги или части слова сплавляются, контаминируются или наоборот, опускаются. Наблюдается при переутомлении как обмолвка и в рамках шизофазии.

**Рапопорта проба** [Рапопорт A.M., 1924]. Используется для диагностики опья­нения. Основана на обнаружении в выдыхаемом воздухе паров этилового спирта. Реактив — смесь дистиллированной воды с химически чистой концентрированной серной кислотой и раствора перманганата калия. При продувании сквозь реактив воздуха, содержащего этиловый спирт, смесь обесцвечивается.

**Раппорт** (*фр. rapport —* связь, отношение). Контакт, устанавливающийся во время гипнотического сеанса между гипнотизируемым и гипнотизирующим Отлича­ется высокой степенью избирательности восприятия вследствие суженного в гипно­тическом состоянии сознания и наличия гипноидно-фазовых состояний коры голов­ного мозга — относительно слабый вербальный раздражитель (то есть формула словесного внушения, гипнема) оказывается значимее, сильнее воздействий, посту­пающих из других источников.

**Раптус.** Приступы острого, исступленного возбуждения, вызванного чрезмер­но сильным аффектом (тоски, страха).

***Р. ипохондрический.*** Наблюдается в дебюте ипохондрических состояний или является следствием резкого обострения психоза. Характеризуется наплывом мучи­тельных сенестопатических ощущений, тревожно-тоскливым аффектом, чувством страха, ожиданием на/двигающейся беды, смерти. Возможны суицидальные тенден­ции, агрессивные действия, направленные против не уделяющих, по мнению боль­ного, ему должного внимания медицинских работников.

***Р. истерический.*** Всегда возникает психогенно, отражает неприемлемость сложившейся ситуации. Характеризуется выраженным психомоторным возбуждени­ем — больной мечется, причитает, в его высказываниях фигурируют неблагоприятно складывающиеся для него обстоятельства. Поведение больного рассчитано на при­влечение внимания окружающих, театрально. Тем не менее, состояния Р.и. нельзя недооценивать в плане опасности для себя. Сознание часто сужено.

***Р. кататонический.*** Импульсивное кататоническое возбуждение. Иногда стереотипно повторяется при повторении ситуации — прохождение мимо находяще­гося в кататоническом ступоре больного того же самого лица сопровождается им­пульсивным возбуждением с агрессивными тенденциями. Может возникать и без ви­димой внешней причины.

***Р. маниакальный.*** Остро, внезапно наступающее, в большинстве случаен кратковременное, маниакальное состояние.

Син.: furor maniacalis (маниакальное буйство).

***Р. меланхолический*** характеризуется двигательным беспокойством и не­преодолимым влечением к совершению насильственных действий. Возникает вне­запно, неожиданно для окружающих (можно думать, что предваряющая его стадия накопления аффекта остается в этих случаях незамеченной для окружающих), или же развивается постепенно. В начале его характерно чувство предсердечной тоски. Двигательное возбуждение протекает очень бурно, сопровождается суицидальными действиями. Гораздо больше опасности в плане реализации суицидальных тенден­ций представляют остро возникшие состояния Р.М.

***Р. эпилептический.*** Возникает либо во время фокального, чаще височного, эпилептического припадка, либо в послеприпадочном состоянии нарушенного созна­ния (эпилептическая спутанность), либо в межприпадочном состоянии, чаще всего в связи с характерологическими реакциями. Может быть проявлением дисфории. Ха­рактеризуется большой выраженности яростью и агрессивными тенденциями, направленными как против себя, гак и против окружающих.

Син.: ярость эпилептическая, furor epilepticus (эпилептическое буйство).

**Рапунцель синдром.** Закупорка кишок, вызванная систематическим прогла­тыванием волос. В кишках больного образуются волосяные конгломераты — трихо- безоары. Наблюдается при психопатиях, шизофрении, эпилепсии, олигофрении, преимущественно в детском возрасте. Нередко требует хирургического вмешатель­ства. Описан E.D. Vaughan, J.L. Sawyers и H.W. Scott [1968] .

Рапунцель — персонаж одной из сказок братьев Гримм, девушка с длинными косами.

**Раскина шкала депрессий** [Raskin A., 1968]. Шкала для оценки депрессивных состояний. В отличие от Гамильтона шкалы позволяет судить не только о симптома- тологической картине депрессии, но и о ее глубине. Симптомы депрессии разделя­ются на группы проявляющихся вербально изменений поведения и вторичных при­знаков заболевания (бессонница, расстройства деятельности желудка и кишечника, плохой аппетит, трудности сосредоточения, припоминания, суицидальные тенден­ции). Используется для дифференциальной диагностики, оценки динамики течения заболевания и эффективности проводимой терапии.

**Расписание болезней.** Перечень заболеваний и врожденных патологических состояний (в том числе и психических), с учетом которого решается вопрос о годно­сти к военной службе. Определяется специальным приказом Министра Обороны.

**Распределение внимания.** Качество внимания, заключающееся в способно­сти одновременно выполнять несколько видов деятельности. Нарушается при мно­гих психических заболеваниях и состояниях (астения, гиперметаморфоз и др.).

**Рассеянность.** Расстройство внимания. Нарушение способности сосредото­чивать внимание на избранном объекте на длительное время, при этом страдает концентрация внимания, его устойчивость, перераспределение. Характерна для со­стояний утомления, невротических. При последних часто создает у больных пред­ставление о снижении памяти. Иногда за Р. принимают состояния увлеченности своим занятием, когда человек не замечает окружающее (псевдорассеянность).

**Расстройства схемы тела.** См. *Пика—Хеда—Зиттига концепция схемы тела.*

**Расстройства тазовых органов.** Нарушения половых функций, дефекации и мочеиспускания. Наблюдается при органических заболеваниях ЦНС с локализацией поражения, захватывающей соответствующие спинальные центры, проходящие пути между ними и корковыми центрами или сами корковые центры.

**Расстройство активности «Я».** Одно из проявлений деперсонализации. Учи­тывается сознание собственной активности. Больные испытывают чувство затрудне­ния, замедления, ослабления активности своих психических процессов. Мышление, принятие решений, речь, поступки субъективно воспринимаются затрудненными. Не­редко совершаемые больным поступки, его действия, речь воспринимаются как про­явление чужой воли (в структуре психического автоматизма). При этом возможны бредовые интерпретации, когда больной считает себя объектом проводимого над ним эксперимента.

Син.: расстройство самосознания активности.

**Расстройство идентичности «Я».** Проявление деперсонализации. Утрачива­ется чувство непрерывности своего «Я» на протяжении жизни, в различные ее пери­оды. Появляется чувство чуждости собственной личности, больной перестает осо­знавать, кто он есть.

Син.: расстройство идентичности самосознания.

**Расстройство границ «Я».** Утрата психически больным чувств четкого отгра­ничения собственной личности от окружающей действительности. Протекает либо в форме открытости личности воздействию окружающего (см. *Присвоения и отчужде­ния феномены*), либо в плане отгороженности (аутизм). При этом нередки бредовые трактовки. Является проявлением деперсонализации, входит в структуру синдрома психического автоматизма.

Син.: расстройство демаркации «Я».

**Расстройство осознавания времени.** Утрата чувства непрерывности тече­ния времени, переживания его фрагментарности, непоследовательности. Иногда больные утверждают, что время движется очень медленно или как бы остановилось, в других случаях переживается ускорение его течения. Нередко проявляется в не­возможности установления границы между временем настоящим, прошедшим, буду­щим. В ряде случаев как бы размывается граница между настоящим и прошлым (сдвиг ситуации в прошлое), в других — Р.о.в. носит характер бредовых пережива­ний (бред вечного существования, бред метемпсихоза).

**Расстройство самосознания витальности.** Снижение или потеря чувства собственной жизненности, В тяжелых случаях жалуются на то, что не воспринимают себя живыми, живущими («Я мертвый, это только моя оболочка»). В более легких случаях больные говорят об утрате жизненного тонуса, физического (телесного) благополучия. Характерно для эндогенных психозов.

**Расстройство целостности «Я».** Проявление деперсонализации, утрачива­ется чувство целостности «Я», его единства, взаимосвязанности и принадлежность к «Я» всех видов собственной психической деятельности. Характеризуется пережива­нием внутреннего распада, раздвоения, вызывающим чувство страха.

Син.: расстройство самосознания целостности.

**Растерянность.** Мучительное непонимание больным ситуации и своего состо­яния, которые представляются ему необычными, приобретают какой-то непонятный смысл, сопровождаются тревогой, тоской, страхом. Характерен аффект недоумения (см.). Р. может протекать с акинезией или, наоборот, с двигательным возбуждением. При этом часто наблюдаются явления гиперметаморфоза (сверхотвлекаемости вни­мания). Р. «пустая» ограничивается аффектом недоумения и гиперметаморфозом. Чаще Р. сочетается с продуктивными психопатологическими симптомами (образный бред, вербальные галлюцинации, синдромы помраченного сознания, ложные узна­вания, явления психического автоматизма и др.). Р. «пустая» наблюдается главным образом при органических психозах; сочетающаяся с продуктивной симптоматикой — при экзогенно-органических психозах и, особенно, при шизофрении. У больных шизофренией углубление Р. приводит к своеобразной загруженности, характеризую­щейся множественными психопатологическими расстройствами и отрешенностью от окружающего [Морозов Г.В., 1988].

**Растерянность сенестопатическая** [Эглитис И.Р., 1974]. Острые психотиче­ские состояния, в клинической картине которых наряду с сенестопатиями выступают явления депрессии и деперсонализации. Характерно помрачение сознания типа растерянности (см. *Аффект недоумения*)*.* Контакт затруднен. В мышлении — со­скальзывания, элементы психического автоматизма. Часто — неполная ориентиров­ка во времени. Страх, тревога. Сенестопатические переживания интенсивны, измен­чивы. Такие состояния развиваются в течение нескольких часов или дней, по выходе из них отмечается частичная амнезия. Наиболее часто встречается при приступооб­разно-прогредиентной шизофрении, реже — при эпилепсии.

**Расторможение влечений.** Болезненное состояние усиления и бесконтроль­ности влечений (пищевых, социальных, сексуальных и др.). Характерны соответству­ющие нарушения социально выработанных норм поведения, сознательных личност­ных установок. Наблюдается при эндогенных психозах (шизофрения, маниакальная фаза МДП), психопатиях, органических поражениях головного мозга (постэнцефали- тические состояния, хорея Гентингтона, болезнь Пика в начальной стадии и др.).

**Расширенное меланхолическое самоубийство.** Происходит с проекцией де­прессии на близких (см. *Депрессия альтруистическая*) или по бредовым мотивам (депрессивные бредовые переживания распространяются больным на членов се­мьи, близких ему людей).

**Расщепление психическое** [Bleuler E., 1911]. Признак (по E. Bleuler — основ­ной) расстройств психической деятельности при шизофрении. Под Р.п. понималось функциональное разрыхление ассоциативных связей, приводящее к появлению «вторичных» симптомов заболевания, таких, как бред и галлюцинации. Р.п. выража­ется в нарушении единства психических функций, цельности личности, в распаде ее на отдельные фрагменты, рассогласованности между мышлением и аффектами. Проявление Р.п. в мышлении — разорванность, в эмоциональной и волевой сферах

— амбивалентность и амбитендентность.

Понятие, идентичное интрапсихической атаксии, дискордантности, дезагрега­ции.

**Расщепление сознания.** Проявление расщепления психического, симптом деперсонализации, выражающийся, в первую очередь, в утрате сознания единства «Я», когда возможно чувство переживания одновременного сосуществования двух или больше личностей, ведущих свою совершенно самостоятельную жизнь.

**Рауш—состояние** (*нем. Rausch —* опьянение). Легкая степень помрачения сознания, при которой существенно не нарушены алло- и аутопсихическая ориенти­ровка, однако страдают критика к своему состоянию, адекватное отношение к ситуа­ции, нарушены двигательные и речевые реакции («вуаль на сознании»).

**Рационализация** (*лат. rationalitas* — разумность). Один из Фрейда механиз­мов психологической защиты, характеризующийся бессознательной попыткой раци­онально обосновать абсурдный, иррациональный импульс, противоречащую обще­принятому идею, преследующую неблаговидную цель. Так, например, не оказав по­мощи ближнему в экстремальной ситуации, человек пытается это логически обосно­вать тем, что его вмешательство все равно оказалось бы безрезультатным и приве­ло бы только к увеличению, числа жертв; страдающий алкоголизмом ссылается на советы врача применять небольшие дозы алкоголя при язвенной болезни желудка. Термин предложен E. Jones [1908].

**Рациональная психотерапия.** См. *Дюбуа рациональная психотерапия.*

**Рвота истерическая.** Возникает вне связи с нарушениями деятельности же­лудочно-кишечного тракта, при отсутствии органической его патологии.

Обычно бывает нетрудно объяснить ее связь с психогенно-травмирующей си­туацией, с феноменом «условной приятности или желательности» по А.М. Свядощу [1982]. Например, Р.и. описана как проявление невроза военного времени, у бере­менных она иногда возникает в связи с желанием прервать беременность. Нередко происходит фиксация симптома — так, помещение больного солдата в госпиталь и связанная с этим перемена обстановки, выключение его из длительной психогенно­травматической ситуации, способствует закреплению Р.и., являющейся в этом слу­чае проявлением механизма психологической защиты.

По A. Jakubik [1979], Р.и. характеризуется упорством (до 10 месяцев и более), высокой частотой (по несколько раз в день, после каждого приема пищи), отсутстви­ем первоначальной тошноты, хорошим или повышенным аппетитом, отсутствием признаков телесного истощения (очевидно, часть пищи все же усваивается). В рвот­ных массах обнаруживаются остатки непереваренной пищи.

Лишь при тяжелой истерии вследствие упорных, непрекращающихся рвот на­блюдается похудание вплоть до кахексии [Карвасарский Б.Д., 1980].

**Рвота циклическая.** Наблюдается у детей. Начинается внезапно, приступооб­разно. Наблюдается в течение нескольких дней и внезапно прекращается, обрыва­ется. Следующий цикл повторяется через несколько недель или месяцев. Этиология неясна.

**Реабилитация** (*лат. re —* вновь, *habilis —* удобный, приспособленный). Комплексное, направленное использование медицинских, социальных, образова­тельных и трудовых мероприятий с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне (определение ВОЗ). Основные принци­пы реабилитации сформулированы М.М. Кабановым [1971]: 1. Единство биологиче­ских и психосоциальных воздействий — при построении системы реадаптации, восстановления, компенсации учитываются клинико-биологические и психологиче­ские факторы; 2. Разносторонность («разноплановость») усилий для организации реабилитационной программы — учитываются разные стороны жизнедеятельности больного, различные сферы реабилитации (психологическая, общественная, семей­ная, профессиональная); 3. Аппеляция к личности больного, принцип «партнерства» — личность больного включают в лечебно-восстановительный процесс, добиваясь активного его участия в восстановлении нарушенных функций организма и социаль­ных связей; 4. Ступенчатость (переходность) проводимых воздействий и мероприя­тий — используются переходные режимы внутри лечебных отделений, в дневных и ночных стационарах, в санаториях и профилакториях.

Им же разработаны этапы реабилитации: I — этап восстановительного лече­ния, задачей которого является предупреждение формирования психического де­фекта, инвалидизации, госпитализма (ведущая роль биологической терапии, вклю­чающей психофармакологические средства; ликвидация или смягчение психотиче­ской симптоматики создает предпосылки для организации психосоциальных меро­приятий); II — этап реадаптации, заключающейся в развитии возможностей при­способления больных к условиям внешней среды (основную роль здесь играют пси­хосоциальные воздействия, направленные на стимуляцию социальной активности больного; биологические средства выполняют роль поддерживающей терапии); III — этап собственно реабилитации, задача которого — восстановить больного в его пра­вах, в его доболезненных отношениях с окружающей действительностью (социаль­ные мероприятия по упорядочению быта больного и его трудоустройству).

**Реадаптация** (*ре + лат. adaptatio —* приспосабливание). Комплекс мероприя­тий, направленный на приспособление на том или ином уровне к условиям внешней среды. По М.М. Кабанову [1978, 1985], Р. является этапом реабилитации, на кото­ром преобладают психосоциальные методы воздействия, стимуляции социальной активности больных (трудовая терапия, профессиональное обучение или переобу­чение, специальная педагогическая работа с психотерапевтической направленно­стью, проводимая с больными и их родственниками).

**Реактивная эпилепсия** [Bonhoeffer K.]. См. *Аффект-эпилепсия.*

**Реактивные состояния.** См. *Психогении.*

**Реакции.** В психиатрии: патологические изменения психической деятельности в ответ на психическую травму или неблагоприятно сложившуюся жизненную ситуа­цию. В их происхождении важную роль играют факторы конституциональной пред­расположенности, особенности личности, соматическое состояние больного, его возраст. Протекают на невротическом (см. *Неврозы*) или психотическом (реактивные психозы) уровне. И те, и другие относятся к клинической группе реактивных состоя­ний, однако реактивные психозы, в отличие от неврозов, характеризуются большей остротой развития, лабильностью симптоматики, ее большей тяжестью, выраженны­ми психомоторными и аффективными расстройствами, наличием психопатологиче­ской продукции (бред, галлюцинации, расстройства сознания), нарушениями поведе­ния. Реактивным психозам присуща значительная обратимость психопатологических расстройств.

***Р. алкогольная истерическая.*** Истерическая реакция в состоянии алкоголь­ного опьянения. Опьянение, как правило, облегчает проявление истерических форм реагирования даже у лиц без выраженной до того истероидности. Характеризуется нарочито-демонстративным поведением, преувеличенным реагированием на окру­жающее, суицидальными высказываниями и попытками, совершаемыми обычно в присутствии окружающих и также демонстративно, например, больной наносит себе многочисленные поверхностные кожные порезы ножом или бритвой в области пред­плечий. Наблюдается обычно уже при наличии алкогольной деградации личности по психопатоподобному типу, во второй стадии алкоголизма.

***Р. аномальные*** [Ушаков Г.К., 1978]. Простейшие, элементарные формы расстройств, которые составляют начальный элемент формирования аномалии ин­дивидуальности. Характеризуются изменением форм реакций на стимул, неадекват­ностью реакции стимулу по силе и содержанию. Клинически различаются невротиче­ские, неврозоподобные, психопатические и психопатоподобные реакции. Учащение, сгущение аномальных реакций приводит к так называемым преходящим развитиям и в дальнейшем — к формированию приобретенных психопатий.

***Р. астеническая.*** Характеризуется острым астеническим состоянием, насту­пающим в психогенно-травмирующей ситуации. Характерны жалобы на общую сла­бость, повышенную раздражительность, плохой сон, снижение памяти, утрату трудо­способности, плохое самочувствие. Гипотимия.

***Р. аффективно-шоковая.*** Характеризуется остро наступающим аффектом страха или ужаса, сужением сознания, двигательными расстройствами. Кратковре­менное психотическое состояние, возникающее в экстремальных ситуациях, угрожа­ющих жизни.

***Р. аффективно-шоковая гиперкинетическая.*** Разновидность Р.а.-ш., ха­рактеризующаяся беспорядочным психомоторным возбуждением.

***Р. аффективно-шоковая гипокинетичекая.*** Разновидность Р.а.-ш., харак­теризующаяся двигательным оцепенением, ступором.

***Р. аффективные острые у подростков*** [Личко А.Е., 1985]. Состояния крайнего эмоционального напряжения, обусловленные психической травмой или кризисной ситуацией. Длятся от нескольких минут до многих часов и даже суток. Психотического уровня аффект не достигает, явления дезориентировки и последую­щей амнезии отсутствуют.

1. *Р. агрессивная* (экстрапунитивная) проявляется в виде нападения на обид­чиков, нанесения им побоев, или в виде вымещения злобы на случайных лицах, в виде разрушительных действий по отношению к вещам обидчиков или случайно ока­завшихся в поле зрения предметов. Р. направлена на разрядку аффекта, отреагиро­вание.
2. *Р. аутоагрессивная* (интрапунитивная) — нанесение повреждений себе вплоть до покушений на самоубийство. При нанесении себе повреждений, напри­мер, порезов, демонстративные тенденции отсутствуют.
3. *Р. импунитивная.* Аффект разряжается путем бегства из психотравмирую­щей ситуации (побеги из дома, из интерната).
4. *Р. демонстративная.* На фоне крайнего аффективного напряжения прояв­ляются тенденции привлечь к себе внимание, пробудить сочувствие, жалость, изба­виться от неприятностей. Чаще всего наблюдаются демонстративные суицидальные попытки, нарочито делинквентное поведение.

***Р. бегства.*** Примитивная реакция бессмысленного, бесцельного. Одна из форм гипобулических механизмов.

***Р. группирования со сверстниками.*** Проявляются в стремлении под­ростков образовывать более или менее спонтанные группы, объединенные нефор­мальными отношениями. Нередки групповые правонарушения. По О.В. Кербикову [1968], Р. такого рода особенно подвержены педагогически запущенные дети.

***Р. депрессивная.*** Р. в форме психогенной депрессии — пониженное настрое­ние, тоскливый аффект, в переживаниях звучат психогенно-травмирующие обстоя­тельства.

***Р. имитации*** [Ковалёв В.В., 1979]. Одна из форм характерологических реак­ций у детей и подростков. Характеризуются изменениями поведения, связанными с подражанием поведению окружающих, представляющихся ребенку или подростку авторитетными. В большинстве случаев не имеют патологического характера, то есть являются характерологическими Р., однако при этом не исключена возмож­ность перехода в невротические расстройства и развития социально-отрицательно­го поведения.

***Р. ипохондрическая*** проявляется возникшими опасениями за свое здоровье, нередко — убежденность в том, что больной страдает тяжелым соматическим забо­леванием. Нередко характеризуется истерическими механизмами «бегства в бо­лезнь».

***Р. истерическая*** проявляется истерическими формами реагирования.

***Р. компенсации и гиперкомпенсации*** [Ковалёв В.В., 1979]. Форма преходя­щих расстройств поведения у детей и подростков. Происходит усиление личностных проявлений и появляются защитные формы поведения, маскирующие слабые сторо­ны личности. Своеобразная попытка избавиться от переживаний собственной непол­ноценности. Могут быть как характерологическими, так и патохарактерологическими Р. К этому виду Р. относятся компенсаторные фантазии замещающего характера, проявление показной бравады, нарушения школьной дисциплины, приписывание себе проступков и преступлений и др.

***Р. личностные аффективные параадаптивные*** [Заимов К., 1981]. Крат­ковременные или более продолжительные реакции, вызванные состоянием аффек­тивного напряжения и характеризующиеся отклонением от адекватных форм пове­дения. Они остаются близкими к нормальным человеческим переживаниям. Мышле­ние приобретает характер сверхценных переживаний и никогда не достигает степе­ни бредообразования. Наблюдаются у психически здоровых и при личностной акцен­туации. Интерпретация их природы связана с выделением единой психофизиологи­ческой, аффективно-поведенческой системы, объединяющей уровни безусловно-ре­флекторной (инстинктивной) и условно-рефлекторной деятельности, подчиняющие­ся принципам реципрокной иннервации Введенского—Шерингтона и реципрокной индукции И.П. Павлова. Различаются два основных типа реакций: компенсаторные и инверсионные. При первых характер деятельности остается прежним, меняется лишь объект, при вторых действие переходит в другую подсистему, например ауто­агрессия заменяется агрессией. Некоторые варианты аффективных пара-адаптив­ных реакций личности феноменологически близки к отдельным вариантам проявле­ний механизмов психологической защиты по S. Freud.

***Р. мнимой смерти.*** Примитивная гипобулическая Р., проявляющаяся внешне состоянием полной обездвиженности.

***Р., обусловленные формирующимся сексуальным влечением*** [Личко А.Е., 1977]. Личностные реакции подросткового периода, связанные с повышенным, но недостаточно дифференцированным сексуальным влечением (мастурбация, беспо­рядочные половые связи, преходящие гомосексуальные тенденции и др.).

***Р. оппозиции.*** См. *Р. протеста.*

***Р. отказа.*** Форма патохарактерологических реакций у детей и подростков. Проявляются потерей инициативы, переживанием отсутствия перспектив, чувством отчаяния, избеганием контактов с окружающими, страхом перед всем новым, пас­сивностью, «отказом от притязаний». Часто наблюдается у детей, лишившихся ро­дителей и попавших в закрытые детские учреждения в условия неправильного вос­питания.

***Р. отрыва.*** Возникает при длительной изоляции человека от коллектива и привычной окружающей обстановки. Наблюдаются аффективная напряженность, возбуждение, беспокойство, страх, иногда, наоборот, беспричинное веселье.

***Р. параноидная*** характеризуется бредовыми переживаниями и галлюцинаци­ями, но своему содержанию близкими с породившей Р. психогенно-травмирующей ситуацией.

***Р. параноические*** [Молохов А.Н., 1940]. Психогенные реакции, в основе кото­рых лежат сверхценные идеи, отражающие патологическую целеустремленность. Р.п. служат началом параноическому развитию. Наиболее типичны сутяжничество и бред ревности. Перерастание сверхценных идей в бредовые происходит на высоте аффекта, когда особенно выражена кататимность мышления. В отличие от реактив­ных параноидов, важную роль играет особая структура психики, без которой невоз­можно перерастание сверхценной идеи в бредовую — характер жизни влечений, эгоцентризм, особая направленность интересов, склонность к кататимному мышле­нию. Предпосылка Р.п. — эпилептоидные черты личности. По K. Leonhard [1976], Р.п. особенно часто наблюдаются в случаях сочетания параноически-застревающих и эпилептоидно-возбудимых особенностей личностной акцентуации и психопатии. Разграничение параноических реакций и развитии весьма условно. Очевидно, об окончании Р.п. в тех редких случаях, когда она не перерастает в развитие, можно су­дить лишь ретроспективно.

***Р. патохарактерологические*** [Ковалёв В.В., 1973]. Реактивные состояния у детей и подростков, преимущественно проявляющиеся нарушениями поведения, приводящие к социально-психологической дезадаптации и нередко сопровождающи­еся невротическими, соматовегетативными расстройствами. Принимают затяжное течение, длятся недели, месяцы и даже годы. Часто приводят к психопатическим развитиям и патохарактерологическим формированиям личности.

***Р. примитивные.*** Р., обусловленные гипобулическими, по E. Kretschmer [1922], механизмами. Включают Р. бегства, паники, мнимой смерти и др., в том чис­ле и эксплозивную — импульсивные реакции паники, крики, аффективный ступор.

***Р. примитивная бредовая.*** Проявляется в бредовой трактовке происходя­щего вокруг. Связана в своем генезе с аффектом страха. События окружающей дей­ствительности интерпретируются бредовым образом в плане переживаний, обуслов­ленных психогенными переживаниями, например, страх ареста приводит к появле­нию психогенных бредовых идей отношения, преследования (мнимая слежка).

***Р. протеста*** [Ковалёв В.В., 1979]. Формы преходящих расстройств поведе­ния у детей и подростков. Могут быть характерологическими и патохарактеролсгиче- скими.

Первые проявляются в форме непослушания, грубости, вызывающего, иногда — агрессивного, поведения. Наблюдаются в психогенно-травматической ситуации, имеют четкую направленность, отличаются непродолжительностью. Чаще наблюда­ются у эмоционально возбудимых детей.

Вторые отличаются большей интенсивностью проявлений, обязательно агрес­сивным, вплоть до жестокости, поведением, выраженным вегетативным компонен­том. Склонны к повторению и фиксации, нарушенное поведением при этом приобре­тает привычный характер.

Возможны Р. пассивного протеста — элективный мутизм, уходы, суицидаль­ное поведение.

Син.: Р. оппозиции.

***Р. ситуационная*** [Homburger A.]. P., сохраняющаяся, пока длится неблаго­приятная ситуация.

***Р. психическая личностная.*** Вид психогенной Р., в формировании симпто­матики которой значительную роль играют преморбидные особенности личности, например, Р. истерическая у истероидной личности.

***Р. сутяжная.*** См. *Р. параноические.*

***Р. тимопсихическая*** [Bleuler E.]. Примитивная Р., протекающая со страхом, депрессией, реактивными характерологическими изменениями.

***Р. увлечения*** [Личко А.Е., 1973]. Личностные реакции преимущественно под­росткового периода. Характеризуются чрезмерно выраженными увлечениями (азартные игры, спорт, самодеятельность и др.), которые приводят к нарушениям по­ведения и социальной дезадаптации — запускается учеба, устанавливаются кон­такты с асоциальными лицами, проявляется делинквентное поведение. Нередко протекает на уровне сверхценных образований.

Син.: хобби-реакции.

***Р. фиксированная.*** Р., принимающая протрагированное течение, несмотря на завершение неблагоприятной ситуации, исчезновение психической травмы. При этом возникают сверхценные идеи и нередко наблюдается патологическое (парано­ическое) развитие личности.

***Р. характерологические*** [Ковалёв В.В., 1973]. Непатологические нарушения поведения у детей, проявляющиеся только в определенной ситуации, не приводя­щие к дезадаптации в разных сферах личностных отношений и не сопровождающие­ся соматовегетативными нарушениями.

***Р. шизоидного типа*** [Фрумкин Я.П., 1928]. Остро и реактивно возникающие изменения личности по шизоидному типу, характерологическая реакция типа «шизо- идизации» личности. Реактивно обусловленный характерологический сдвиг прояв­ляется в усилении присущих больному конституционально-личностных особенно­стей.

Син.: острое шизоидное состояние.

Ср.: Ганнушкина эиилептоидный тип реакции.

***Р. шизофренные, шизофренические.*** Обобщающее понятие, охватывающее ряд непроцессуальных, реактивно возникающих и протекающих с шизоформной симптоматикой, состояний:

1. Шизофренный тип реакции [Popper Е., 1920]. Соматогенно и психогенно обусловленные реакции, протекающие с шизофреноподобной симптоматикой. Про­цессуально-дефектные изменения отсутствуют.
2. Шизоидный тип реакции [Kahn Е., 1921]. Соматогенные и психогенные реак­ции у шизоидов. Конституциональная предрасположенность является обязательным фактором, что, по мнению автора, сближает их с истинной шизофренией.
3. Шизомания [Claude H., 1923]. Острые психотические шизоформные состоя­ния, возникающие у шизоидных психопатов и обнаруживающие тенденцию к обрат­ному развитию.
4. Психогенно-невротические реакции, протекающие с шизофренной симпто­матикой [Speer E., 1933]. Автор, стоявший на позициях E. Kretschmer, видел разницу между нормой, шизоидией и шизофренией только в количественном отношении и *с* такими критериями подходил и к оценке Р.ш.
5. По номенклатуре заболеваний 1952 г. в США в соответствии с концепцией А. Meyer — острая шизофрения.
6. По G. Langfeldt [1939], начинающиеся по типу острой шизофрении психоти­ческие состояния, развивающиеся у лиц, преморбидно без проявлений шизоидии и с хорошей социальной адаптацией, манифестирующие всегда в связи с психогенией, экзогенными факторами. Протекают прогностически благоприятно.

***Р. экзогенного типа острые*** [Bonhoeffer К., 1908, 1910]. Психические расстройства, возникающие экзогенно и носящие характер, главным образом, состо­яний нарушенного сознания. Количество форм острых экзогенного типа реакций в ответ на различные внешние вредности относительно ограничено. Современными исследователями острые экзогенного типа реакции объединяются в понятие острого психосиндрома, сменяющегося переходными синдромами, за которыми следует либо выздоровление, либо формирование хронического психосиндрома, варианта­ми которого являются органический психосиндром и церебрально-очаговый психо­синдром.

***Р. эмансипации*** [Иванов Н.Я., 1973]. Личностные реакции преимущественно пубертатного возраста, характеризующиеся повышенным стремлением подростков к самостоятельности, независимости от родителей и покровительства взрослых. В крайних случаях подростки уходят из дома, иногда начинают бродяжничать.

***Р. эпилептоидного типа*** [Ганнушкин П.Б., 1927]. Длительные, нередко по­вторно возникающие и обусловленные влиянием психогенных факторов, неблаго­приятной жизненной ситуации реакции. Проявляются направленной против окружа­ющих дисфорической симптоматикой, озлобленностью, гневливостью, тоской. Эти состояния косят преходящий характер, иногда длятся месяцами. После них остается готовность к дальнейшему патологическому развитию личности. Возникают обычно у лиц с различной степенью выраженности эпилептоидных свойств, у которых, по вы­ражению П.Б. Ганнушкина, «эпилептоидный круг... если не ясно выражен, то хотя бы намечен».

В качестве психотического эпизода могут отмечаться при ряде патологических процессов (эпидемический энцефалит, травматическое поражение головного мозга, церебральный атеросклероз).

Син.: острое эпилептическое состояние, эпилептическая реакция.

**Ревматизм мозговой.** Группа заболеваний головного мозга, включающая в себя сосудистые формы (ревмоваскулиты, тромбозы сосудов, эмболии, кровоизлия­ния субарахноидальные и в вещество мозга и др), ревматические менингоэнцефали­ты, ревмосептические поражения головного мозга (малая хорея и др., гиперкинезы, диэнцефалиты, паркинсонизм, корковые и стволовые менингоэнцефалиты), ревмо- сентические поражения головного мозга, эпилептиформный синдром ревматическо­го генеза, церебральный ревматический арахноидит, острые и затяжные ревматиче­ские психозы, ревматические энцефаломиелиты.

**Ревматическая хорея.** См. *Хорея Сиденгама.*

**Ревность сверхценная.** Ревность патологическая, протекающая на уровне сверхценных идей. Часто — начальный этап параноического развития. В ряде случа­ев — стадия формирования шизофренического паранойяльного бреда ревности.

**Регредиентность** (*лат. regredere —* отводить назад). Тип течения психиче­ской болезни с намечающейся со временем тенденцией к обратному развитию пози­тивных, а иногда и негативных, симптомов. Наиболее характерна для экзогенно-ор­ганических психозов (Р. травматической деменции, Р., отмечающаяся при своевре­менном лечении прогрессивного паралича). В известной мере Р. присуща психозам при наступлении качественной ремиссии, особенно после первых приступов шубооб­разной и рекуррентной шизофрении, когда признаки аффективного дефекта в ре­миссии еще малозаметны.

**Регрессия** (*лат. regredere —* движение вспять) [Freud S., 1900]. Один из меха­низмов психологической защиты, при котором субъект возвращается к формам по­ведения, типичным для предшествующих стадий его развития. В трудных ситуациях человек, подобно ребенку, проявляет свою зависимость от окружающих, отказывает­ся от самостоятельности в поступках, от приема собственных решений, от своей от­ветственности за что-либо. Это явление играет большую роль в развитии госпита­лизма, в уходе в болезнь, бегстве в мир мечтаний.

**Редлиха симптом** [Redlich E.]. Мидриаз и исчезновение реакции зрачков на свет при истерическом припадке, сопровождающемся сильным мышечным напряже­нием (истерической дугой).

**Редлиха—Флатау болезнь** [Redlich E., 1927; Flatau E., 1928]. Рассеянный эн­цефаломиелит. По клиническим проявлениям близка к рассеянному склерозу. Пато­генез характеризуется процессом демиелинизации. Протекает с психическими нару­шениями — в начальной стадии отмечаются явления астении, в дальнейшем — па­раноидный синдром с элементами онейроида.

**Редукция энергетического потенциала** (*лат. reductio —* отведение назад, возвращение) [Conrad К., 1958]. Наблюдающийся при шизофрении синдром глубоких изменений личности в виде редукции психической активности и продуктивности, не­возможности активно пользоваться имеющимся у больного жизненным опытом. Основные симптомы: 1) стойкое снижение активности и работоспособности; 2) суже­ние круга интересов; 3) побледнение и стирание черт индивидуальности; .4) повы­шенная утомляемость и раздражительная слабость; 5) нерезко выраженные дисмне- стические расстройства. Различают типы «регресса поведения» в связи с Р.э.п. — эпилептоидизация, псевдопаралитический и апатико-абулический варианты. По А.В. Снежневскому, Р.э.п. охватывает сферы психической активности, продуктивности и эмоциональности. G. Huber [1976] рассматривает «чистую» Р.э.п. как основной ши­зофренический процессуальный синдром, органическое ядро резидуальной ши­зофрении, являющееся причиной необратимости исходных состояний.

Ср.: опустошение динамическое.

**Режи симптом** [Regis E.]. Дромомания, непреодолимое, страстное влечение к перемене мест, бродяжничеству.

Син.: вагабондаж.

**Резерфорда синдром** [Rutherford М.Е., 1931]. Симптомокомплекс признаков наследственно обусловленной аномалии развития:

1. дистрофия роговицы и ее помутнение;
2. гиперкератоз десен с нарушением сроков прорезывания зубов;
3. задержка умственного развития.

**Резидуальные психические расстройства** (*лат. residuus —* оставшийся, сохранившийся). Отдельные продуктивные психопатологические симптомы, чаще всего — галлюцинации или бред, сохранившиеся после острого психотического при­ступа и не всегда обнаруживающие тенденции к дальнейшему развитию. Исключе­ние — резидуальный бред больных эпилепсией, который в силу повторяемости при­падков и эквивалентов, протекающих с бредовыми переживаниями, становится ста­бильным, хронифицируется.

**Резидуальный.** Остаточный, сохранившийся после перенесенного психиче­ского заболевания, психотического приступа, например, резидуальная астения, Р. галлюциноз, Р. бред.

**Резистентность** (*лат. resistentia* — сопротивление, устойчивость). 1. Свой­ство устойчивости организма против тех или иных патогенетических факторов; 2. Устойчивость стереотипа течения заболевания против воздействия определенной группы лекарственных средств или по отношению ко всем лечебным методам вооб­ще (терапевтическая Р.).

**Резникова метод растормаживания** [Resnikoff, 1941]. Внутривенное введе­ние амфетамина с диагностической целью, например, для растормаживания мутич- ных больных. В зарубежной психиатрии применяется также для лечения шизофре­нии, в психотерапевтических целях. В настоящее время не употребляется.

**Резонанс аффективный** (*лат. resonans —* дающий отзвук). 1. Свойство лич­ности проявлять сочувствие, эмоциональную отзывчивость по отношению к окружа­ющим, способность к сопереживанию. Характерен, главным образом, для синтонных личностей.

Отсутствие или слабость Р.а. наблюдается при выраженных депрессивных со­стояниях и шизофреническом эмоциональном отупении.

1. Повторение больным эмоционального выражения лица собеседника, его чрезмерная, утрированная откликаемость на аффективно-мимические проявления общающегося с ним человека. Например, стоит врачу принять грустно-озабоченное выражение лица, и больной разражается рыданиями. Наблюдается при церебраль­ном атеросклерозе с выраженной деменцией и слабодушием.

Син.: феномен имитации.

**Резонерство.** Патологическое свойство личности, проявляющееся, в первую очередь, в особенностях мышления (см. *Мышление резонерское*)*.* Структура резо­нерства определяется особенностями личностно-мотивационной сферы [Тепеницы- на Т.И., 1965, 1968]. Характеризуется чрезмерной потребностью в

«самовыражении» и «самоутверждении», утрированной претенциозно-оценочной позицией больного, аффективной неадекватностью выбора объекта рассуждатель- ства, несоответствием этого объекта способам доказательств и рассуждений, тен­денцией к «сверх-обобщениям» по пустячному поводу, недостаточной самокритич­ностью, своеобразной манерой речи. Р. наблюдается и у психически здоровых, од­нако в этих случаях степень искаженности мотивации и ее аффективная неадекват­ность не достигают значительной выраженности. У психопатических личностей Р. описывалась в структуре логопатии [Суханов С.А., 1912]. Наиболее части резонер­ство наблюдается при шизофрении, где оно сочетается с типично-процессуальными расстройствами мышления (искажением обобщения, соскальзываниями и др.). Р. наблюдается и в клинике органических поражений головного мозга, эпилепсии, де­бильности; в этих случаях речь идет о компенсаторной тенденции к рассуждатель- ству при ограниченных интеллектуальных возможностях.

**Реинтеграция** (*лат. re* — приставка, обозначающая повторно возобновляе­мое действие, *integro —* восстанавливать). Восстановление психических функций по­сле их дезинтеграции. По М.О. Гуревичу [1949], Р. может происходить неправильно, патологически, путем установления ненормальных связей в синапсах, что приводит к появлению бреда, галлюцинаций, нарушений сознания. Прототип патологической Р. — сновидения. Наиболее резко выражена патологическая Р. при расстройствах сознания.

**Рейвена тест** [Raven J.C, 1936]. Одна из методик для исследования интеллек­та, по результатам которой судят не столько об интеллектуальном уровне, сколько о способности к планомерной, методичной, систематизированной умственной дея­тельности. Состоит из серии заданий (таблиц) возрастающей сложности. В каждой таблице имеется пробел, который обследуемый должен восполнить, уловив законо­мерность расположения деталей рисунка. Оценка результатов количественная.

Син.: шкала прогрессивных матриц.

**Рейтера синдром** [Reiter P.J., 1956]. Психические расстройства, наступающие после серьезных стоматологических вмешательств, например, после экстракции зу­бов. Характерны бредоподобные идеи отношения, навязчивые страхи. Чаще всего опасения больных связаны с полостью рта. Так, больные утверждают, что язык не помещается во рту. Преморбидно у многих больных отмечалась склонность к невро­тическим реакциям, язвенной болезни желудка.

**Рейхардта симптомы** [Reichardt M.]:

1. Появление внушенных зрительных галлюцинаций при рассматривании боль­ным белой горячкой листа чистой бумаги. Галлюцинаторные образы характеризуют­ся малой величиной, изменчивостью, бывают черными и разноцветными, подвижны­ми и неподвижными. Р.с. наблюдается уже после прекращения: типичных для дели­рия зрительных галлюцинаций и объясняется присущими хроническим алкоголикам повышенной внушаемостью и своеобразной «галлюцинаторной готовностью». Опи­сан в 1905 г.

Син.: симптом белого листа.

1. Своеобразное «сальное лицо» у больных кататонической шизофренией вследствие нарушения секреторной функции сальных желез кожи. Может наблю­даться также при энцефалитах.

**Рейхардта триада** [Reichardt М.]. Нарушения психики, моторики и вегетатив­ные расстройства при энцефалитах.

**Рекуррентный** (*лат. recurro —* бежать назад, возвращаться). Термин, приме­няемый для обозначения психических заболеваний, протекающих с тенденцией по­вторного возникновения психопатологических проявлений или их усиления после имевших место ремиссий.

**Реклингхаузена болезнь** [Recklinghausen F.D., 1882]. Множественный нейро­фиброматоз. Семейно-наследственное заболевание. Начинается в детском воз­расте. Множественные очаги гиперпигментации (бляшки); безболезненные мягкие нейрофибромы. В области нервных стволов — нейроглиомы. Прогрессирующее течение. Умственное недоразвитие или образование деменции, аспонтаность, абу­лия. Периодически — раздражительность, приступы двигательного беспокойства.

**Реконвалесценция** (*лат. re —* приставка, обозначающая повторно возобнов­ленное действие, восстановление, *con —* с, *valeo —* быть здоровым). Выздоровле­ние, восстановление здоровья после перенесенного заболевания.

**Рекомпенсация** (*лат. re —* в смысле: вновь, заново, *compenso —* замещать, заменять). Восстановление предшествовавшей периоду декомпенсации болезненно­го состояния компенсации. Наблюдается в динамике психопатий.

**Рекрудесценция** (*лат. re-crudesco —* взрываться, возобновлять). Ухудшение болезненного состояния после некоторого периода улучшения. См. *Рецидив.*

**Ректофобия** (*анат. rectum —* задний проход, *греч. phohos —* страх). Навязчи­вый страх, боязнь не иметь стула.

**Релаксация** (*лат. relaxatio —* ослабление напряжения). Состояние покоя, рас­слабленности различной степени длительности. Вызывается разными способами: возникает спонтанно при засыпании, развивается вследствие действия некоторых психотропных препаратов, является одним из моментов психотерапии (главным об­разом наступает в связи с применением некоторых приемов аутогенной тренировки, аутогипноза).

**Реманенция** (*лат. гетапео —* оставаться, сохраняться) [Tellenbach H.]. Не­возможность поспевать за требованиями жизни или собственными запросами. Мо­жет быть причиной развития депрессии.

**Ремиссия** (*лат. remitto —* отпускать, ослаблять). Этап течения болезни, ха­рактеризующийся временным уменьшением степени выраженности или ослаблени­ем психопатологической симптоматики. Различают Р. спонтанные, обусловленные патогенезом и наступающие без лечения, и терапевтические, наступающие вслед­ствие лечений. По клинической симптоматике, характеризующей состояние Р., раз­личают:

*Р. астенические,* протекающие с астеническими проявлениями.

*Р. бредовые,* при которых обнаруживаются резидуальные бредовые симпто­мы.

*Р. гиперстенические,* при которых наблюдается повышенное стремление к однообразной постоянной деятельности.

*Р. психопатоподобные,* при которых обнаруживаются приобретенные в психо­зе характерологические изменения, не всегда соответствующие определенному виду психопатий.

*Р. тимопатические,* протекающие с аффективными, часто напоминающими циклотимические, проявлениями.

См. *Оценка качества ремиссий.*

**Ремиттирующий.** Термин применяется для обозначения заболеваний, проте­кающих с тенденцией к повторным ремиссиям.

**Ренифлёр** (*фр. renifleur —* сопун). Сексуальная перверсия, проявляющаяся а половом возбуждении при вдыхании запахов мочи и кала партнера. Сочетание уро- лагнии и копролагнии.

**Реоэнцефалография** (*греч. rheos —* ток, поток + *энцефалография*)*.* Метод исследования функционального состояния головного мозга, основанный на том, что его ткани проводят электрический ток с определенным сопротивлением, зависящим от состава ткани и ее кровенаполнения. Р. позволяет определить тонус сосудов го­ловного мозга и характер кровообращения в них. Метод направлен, в первую оче­редь, на диагностику состояния мозговых сосудов при заболеваниях, характеризую­щихся нарушением кровообращения, сосудистого тонуса, эластичности стенок сосу­дов.

**Ресоциализация** (*ре + лат. socialis —* общественный). Один из аспектов реа­билитации. Характеризуется возвращением или укреплением социальных связей, устранением проявлений общественной дезадаптации.

**Ретардант** (*лат. retardo —* задерживать). Поздно созревающий юноша с за­держками социального развития и часто переживаемым из-за этого чувства соб­ственной неполноценности, зависимости от родителей, затрудненного проявления эмоциональности, что способствует гипертрофии у Р. воображения, компенсаторно­го фантазирования.

**Ретенция** (*лат. retentio—* удержание). Удержание приобретенной информа­ции. В психотерапии: удержание внушения.

**Ретикулярная формация** (*anam. formatio reticularis*)*.* Отдел ЦНС, представ­ленный скоплением нейронов, окруженных нервными волокнами. Расположена в центральных отделах ствола головного мозга и между боковыми и задними рогами спинного мозга. Функция Р.ф. — активирующее воздействие на кору головного мозга и контроль рефлекторной деятельности спинного мозга.

Син.: сетевидная формация, ретикулярная субстанция.

**Ретинопатия** (*анат. retina —* сетчатка, *греч. pathos —* болезнь, страдание). Общее название болезненных изменений сетчатки глаза, являющихся проявлением ряда патологических процессов и приобретающих специфическую офтальмоскопи­ческую картину.

***Р. атеросклеротическая*** — извитость сосудов сетчатки, их сужение или об­литерация.

***Р. гипертоническая*** — сужение артерий сетчатки, кровоизлияние и белые очаги в ней, отек диска зрительного нерва.

***Р. диабетическая*** — аневризмы сосудов сетчатки, очаги мелких кровоизлия­ний и белые очаги в окружности диска зрительного нерва.

***Р. травматическая*** — белые пятна вокруг диска зрительного нерва я полос­чатые кровоизлияния в сетчатку.

**Ретифизм.** Одна из разновидностей фетишизма, при которой особое значе­ние придается женским туфлям. Ретиф де ля Бретон (1734-1806) — французский пи­сатель, автор многочисленных романов, изобилующих эротическими сценами. В описании своих героинь Ретиф де ля Бретон акцентировал любование их ножками, маленькими стопами и, особенно, туфельками. Лица, страдающие Р., стремятся завладеть привлекающим их объектом, не останавливаясь перед совершением краж (сексуальная клептомания).

Син.: фетишизм обуви.

**Ретропульсия** (*лат. retro —* назад, обратно, *pello —* толкать). Непреодоли­мое ускорение движения больного назад после толчка спереди. Наблюдается при паркинсонизме.

**Ретроспективные чувства** (*ретро + греч. skopeo —* смотреть). Склонность к переживанию событий прошлого, например, чувство вины, раскаяния, сожаления (часто наблюдается у депрессивных больных). Значительно реже переживания чув­ства благодарности, признательности (также у депрессивных больных — по типу контрастных переживаний).

**Ретта синдром** [Rett E., 1965]. Наследственное заболевание, передача по до­минантному типу. Для мужчин оказывается летальным в эмбриональном периоде. Характерный симптом — повышенное содержание аммония в сыворотке крови. Основной признак — симптом потирания рук (стереотипные ритмические движения кистей рук). Психически: отставание в развитии с 1-1,5 лет (утрата речи, локомотор­но-статических и предметно-манипуляционных навыков, стереотипные движения рук, приступы крика). Образуется глубокая умственная отсталость. При этом отмеча­ется прогрессирующий сколиоз. Нередко наблюдаются эпилептиформные припадки.

**Рефлексия** (*лат. reflexus* — отражение). Форма психической деятельности, проявляющаяся в стремлении к постоянному анализу своих мыслей, поступков, переживаний, эмоций. Характерна для личностной интровертированности.

**Рефлексология** (*рефлекс + греч. logos —* речь, учение). Механистическое направление в психологии и психиатрии начала XX века, основоположником которо­го был В.М. Бехтерев. Рассматривая психику с позиций изучения рефлексов, Р. основное значение придавала конечному двигательному звену рефлекса и, таким образом, с точки зрения Р., как и бихевиоризма, поведенческие реакции играли зна­чительно большую роль, чем интрапсихические процессы, сознание. Изучая психи­ческую деятельность как совокупность условных рефлексов Р., тем не менее, огра­ничивалась исследованием внешних ее проявлений, а сами психические процессы рассматривала как сопутствующие актам поведения.

**Рефлексотерапия** (*рефлекс + терапия*)*.* Общее определение лечебных ме­тодов, основанных на раздражении специфических (биологически активных) зон, то­чек кожной поверхности — иглоукалывание, электропунктура, аурикулотерапия и др.

**Рецепторы клеточные мозговые** (*лат. recipio —* брать, принимать). Участки клеточной оболочки, молекулярная структура которых характеризуется избиратель­ным сродством к некоторым определенным веществам, например, медиаторам, ле­карственным веществам. Изменениям чувствительности пре- и постсинаптических Р., расположенных в дофаминовых синапсах мозга отводится известная роль в происхождении шизофрении.

**Рецепция** (*лат. receptio —* прием, принятие). Восприятие поступающих к пе­риферическим отделам анализаторов раздражений и преобразование их в нервные импульсы. Виды Р. — интро-, экстра- и проприоцепция.

**Рецидив** (*лат. recidivus —* возвращающийся, возобновляющийся). Повторное возникновение психопатологической симптоматики после периода ремиссии, при­знак рецидивирующего течения.

**Рецидивы абортивные** [Александровский А.Б., 1957]. Вариант рецидивов шизофрении, как правило, первых, отличающихся от других типов рецидивов крат­ковременностью, особенно пререцидивного периода, остротой возникновения, ха­рактером клинической симптоматики (чаще всего кататонические проявления и онейроидные расстройства сознания) и относительно хорошим исходом. По мере их учащения они становятся все более длительными, отмечается усложнение психопа­тологической симптоматики, а в состоянии ремиссии все больше выявляются черты шизофренического дефекта.

Р.а. автором рассматривались как временный этап развивающегося, но неза­вершенного рецидива шизофрении.

**Речевая бессвязность.** Патологическое речевое возбуждение с утратой смысловых и грамматических связей между словами. Отражает бессвязность мыш­ления. Отмечаются грубые нарушения монологической и диалогической речи, утра­чивающей какую-либо связь *с* реальной ситуацией и становящейся фрагментарной. Иногда речь состоит из отдельных обрывков воспоминаний прошлого, между кото­рыми невозможно установить какие-либо ассоциации. Характерен случайный, хаоти­ческий набор слов. Фразы, если они сохраняются, построены неправильно, речь больных состоит из обрывков предложений. Наблюдается при острых экзогенных психозах.

Син.: речевая спутанность, речевая инкогеррентность (*лат. in —* без, не, *cohaereo —* быть связанным).

**Речевая разорванность.** Отражает разорванность мышления. Речь больных лишена содержания, хотя при нерезкой выраженности разорванности отмечается известная сохранность синтаксических связей между отдельными элементами фраз, что придает речи внешнюю упорядоченность. Поэтому P.p. определяется как семан­тическая диссоциация при синтаксической сохранности. Однако при значительной выраженности P.p. страдает и грамматический строй речи, наряду с нарушениями ее логического построения. Несмотря на известную сохранность синтаксического строя речи, нет оснований говорить об отсутствии грамматических расстройств во­обще; страдает фонетическая сторона речи — замена звуков, появление неправиль­ных ударений, искажение интонаций, модуляций голоса. К P.p. относится и деструк­ция слов, появление неологизмов.

P.p. проявляется в спонтанной речи даже при отсутствии собеседника (симп­том монолога). Она раньше и легче обнаруживается в письменной речи, нередки при этом сопровождается нарушениями моторного компонента письма (витиеватая ма­нерность почерка, стереотипные украшения букв завитушками, написание букв без нажима с удвоением параллельными линиями отдельных их фрагментов).

**Речевое новообразование.** См. *Неологизм.*

**Речевой автоматизм.** Син.: глоссолалия. Является, в сущности, психогенным (неполным, редуцированным) вариантом психического автоматизма.

**Речевой напор.** Патологическое усиление речевой активности, специфиче- ски-речевое возбуждение, которое может не сопровождаться возбуждением мысли­тельной деятельности и двигательным. Речь при этом часто утрачивает коммуника­тивное значение, лишается смыслового содержания. При значительной степени вы­раженности симптом Р.н. приобретает нередко характер вербигерации. Часто вхо­дит в структуру речевой разорванности наряду с симптомом монолога.

**Речевой эмбол** (*греч. embolos —* клин, затычка). Проявление речевой стереотипии. Наблюдается при глубокой, корковой, моторной афазии. Чаще всего — слово или речевой оборот, произнесенный больным в момент инсульта. Р.э. являет­ся единственной формой речевого общения больного, содержание его видоизменя­ется только сопутствующей мимической и пантомимической реакцией.

**Речевые зоны.** Специфические зоны в коре головного мозга, в которых пред­ставлены центры экспрессивной и импрессивной речи. См. *Центр Брока, Центр Вернике.*

**Речь.** Исторически сложившаяся форма общения людей посредством языка. Между Р. и языком сложные диалектические взаимоотношения: Р. осуществляется по правилам языка и, в то же время, под влиянием ряда факторов (требования об­щественной практики, развитие науки и т.д.) она изменяет и совершенствует язык. Р. является основным механизмом мышления. Вне Р. невозможно формирование со­знания. Различают Р. устную и письменную. Основные функции Р. — коммуникатив­ная (осуществление процесса общения); Р. как средство выражения и образования, развития мыслей; сигнификативная или номинативная (обозначение предметов, яв­лений, действий, живых существ и т.д.).

В Р. устной различают также Р. монологическую и диалогическую. Р. моноло­гическая более развернута и отвечает более сложным в смысловом и грамматиче­ском отношении требованиям. Обычно при заболеваниях, протекающих с распадом Р., монологическая Р. обнаруживает свою недостаточность раньше, чем диалогиче­ская.

***Р. автоматизированная.*** Воспроизведение хорошо заученных в прошлом жизненном опыте словесных блоков, серий (паспортные данные, последовательное перечисление числовых рядов, дней недели, месяцев, воспроизведение заученных в детстве или многократно повторяемых стихотворных отрывков и т.д.). Относительно долго остается сохранной в процессе распада речи. Для выявления расстройств Р.а. инструкция больному должна содержать элементы ее дезавтоматизации (перечис­ление указанных рядов в обратном порядке и т.п.).

***Р. внутренняя.*** Форма речи, участвующая в процессах мышления и созна­ния, но не предназначенная для непосредственного общения. Р.в., по С.Л. Рубин­штейну [1946], — это «речь минус звук», она не сопровождается произнесением звуков. Р.в. является непосредственным выражением процессов мышления, она но­сит фрагментарный, конспективный характер. В ней часто опускаются само собой разумеющиеся понятия. Мысль воспроизводится в Р.в. «пунктиром», тезисно, но в устной Р., предназначенной для общения, она приобретает законченную, словесно завершенную форму. Разработаны экспериментальные приемы, позволяющие опре­делить степень сохранности Р.в., например, сосчитать про себя количество слогов в заданном слове.

***Р. вычурная.*** Характеризуется употреблением не совсем адекватных в дан­ной смысловой ситуации словоупотреблений, нарочитых интонационных подчерки­ваний отдельных слов и выражений, иногда указывающих на их необычный смысл, витиеватых оборотов. Часто используются в речи малоизвестные и не совсем под­ходящие по смыслу слова. Подбор слов для высказывания нередко осуществляется в соответствии с их другим, мало подходящим к настоящей ситуации, значением (см. *Патологический полисемантизм*)*.* Сопровождается вычурной, манерной мимикой. Наблюдается при шизофрении, иногда при истерии. См. *Манерность.*

Син.: речь манерная.

***Р. зеркальная.*** Произношение и чтение слов и предложений в обратном по­рядке, с конца. Наблюдается при шизофрении (на протяжении обычно короткого пе­риода), в структуре навязчивостей, при некоторых органических поражениях голов­ного мозга. Ср.: письмо зеркальное.

***Р. импрессивная*** (*лат. impressio —* выразительное впечатление). Одна из сторон речевого общения — восприятие и понимание обращенной к больному речи, устной или письменной. Страдает при сенсорной афазии и алексии.

Син.: Р. сенсорная.

***Р. мимико-жестикуляционная.*** Общение между людьми, основанное на си­стеме жестов и мимических движений. Используется глухонемыми.

Син.: Р. жестовая.

***Р. монотонная.*** Нарушение речи, характеризующееся незначительностью интонационного выделения слов и слогов. Наблюдается при органических пораже­ниях головного мозга (паркинсонизм). Иногда отмечается у практически здоровых.

***Р. обстоятельная.*** Нарушение речи, проявляющееся замедлением ее тем­па, явлениями брадилогии, излишней обстоятельностью, склонностью к детализа­ции, вязкостью, застреванием на незначительных по смыслу обстоятельствах. Цель высказывания, речевая задача при этом сохраняются, но путь к ним значительно за­медляется. Характерна для эпилепсии.

***Р. олигофазическая*** (*греч. oligos* — малый, *phasis* — речь). Нарушение речи, при котором наблюдается оскуднение речевого запаса, обеднение, редуцирован­ность грамматического строя, интонационная монотонность. Наиболее типична для эпилепсии (См. *Олигофазия*)*,* проявления ее наблюдаются при органических пора­жениях головного мозга с элементами амнестической афазии (при некоторых пост­инсультных состояниях, в начальной стадии болезней Пика и, особенно, Альцгейме­ра).

***Р. парадоксальная.*** Нарушение речи, при котором в ней сосуществуют проти­воположные по смыслу высказывания. Наблюдается при шизофрении, иногда при выраженных маниакальных состояниях с нарушением логического строя мышления.

***Р. персевераторная*** (*лат. persevero —* упорно держаться, продолжаться). Нарушение речи, при котором больной многократно повторяет одно и то же слово или речевой оборот, хотя речевая ситуация уже изменилась и не соответствует ре­чевым проявлениям. Отличается от речевых стереотипии, которые не ведут начало от какого-то адекватного импульса речевой деятельности и существуют сами по себе, тогда как речевые персеверации — это застревание на первоначально в ка­кой-то мере обусловленной речевой продукции. После перерыва в речевой деятель­ности возможно появление персевераций другого содержания, а речевые стереоти­пии в этом отношении отличаются аутохтонностью. См. *Персеверация, Мышление персевераторное.*

***Р. пуэрильная*** (*лат. puerilis —* детский) Напоминает детскую — картавость, сюсюкание, детские искажения слов, нередко больной о себе говорит в третьем лице. Сочетается с детскостью поступков, поведенческих реакций. Наиболее часто наблюдается при истерических психозах, иногда при истериформных реакциях, при органических поражениях головного мозга.

***Р. рифмованная.*** Нарушение речи, при котором преобладает тенденция риф­мовать слова. Чаще всего это рифмования низкого уровня, по созвучию, использует­ся в ущерб смыслу. Наблюдается при состояниях маниакального и кататонического возбуждения, нередко — при эпилепсии в сочетании со слащавостью.

***Р. скандированная.*** Нарушение речи, для которого характерны брадилалия, слова четко разделены на слоги («разрублены»). Р. тугоподвижна, иногда — с распевными интонациями. Наблюдается при поражении мозжечка (рассеянный скле­роз).

***Р. слащавая.*** Нарушение речи, являющееся проявлением дефензивного компонента эпилептической пропорции темперамента. Больные говорят вкрадчиво, льстиво, слащаво, часто употребляют уменьшительные суффиксы, шаблонные хва­лебные обороты. Наиболее типична для эпилепсии, наблюдается также иногда у психопатических личностей, главным образом у эпилептоидов.

***Р. эксплозивная*** (*лат. explodo* — извергать с шумом). Неритмичная речь, при которой на фоне задержек и растягивания звуков и слов происходят своеобразные словесные «выбросы», характеризующиеся скачкообразным ускорением, непроиз­вольно форсированной громкостью звуков (наблюдается при поражении полушарий мозжечка).

***Р. экспрессивная*** (*лат. expressio —* выразительность). Одна из сторон рече­вого общения, проявляющаяся в спонтанном выражении своих мыслей, чувств, же­ланий, в произнесении слов и фраз. Страдает при моторной афазии и аграфии.

Син.: Р. моторная.

**Рибо закон.** См. *Закон Рибо.*

**Ригидность психическая** (*лат. rigiditas —* твердость). Психопатологическое состояние, характеризующееся недостаточной подвижностью психических процес­сов, нарушениями переключаемости мышления и речи, инертностью установок. Все это значительно затрудняет адаптацию психики больных к изменяющимся условиям внешней среды. Наиболее характерно для экзогенно-органических поражений голов­ного мозга, эпилепсии .

**Риккельса — Даунинга шкала депрессий** [Rickels K., Downing R.W., 1972]. Шкала для оценки клинической картины и степени выраженности депрессивных со­стояний. Учитывает 23 симптома расстройств настроения, психомоторики, мышле­ния, соматики, группирующихся соответственно шести ортогональным факторам (например, беспокойство, заторможенность, враждебные установки и т.п.).

Используется для дифференциальной диагностики, оценки динамики течения заболевания и эффективности проводимой терапии.

**Рингеля пресуицидальный синдром** [Ringel E., 1953]. Психологический симптомокомплекс, чаще наблюдающийся, по мнению автора, у лиц с присущей им тенденцией к суицидальным актам в сложных ситуациях (суицидопатия). В основе — «ограничение психической жизни» в силу то ли особенностей личности, то ли дина­мики развития характера, интерперсональных контактов, присущей человеку систе­мы оценок. В связи с этим возникает торможение агрессии вовне, преобладают аутоагрессивные тенденции (в понимании теории фрустрации), появляются желание смерти, фантазирование о смерти. «Ограничение психической жизни» может быть и следствием психического заболевания.

Длительность синдрома — от нескольких минут до недель и месяцев. Диагно­стика Р.п.с. имеет значение в профилактике самоубийств.

**Рипофобия** (*греч. rhypos —* грязь, *phobos —* страх). Навязчивый страх, бо­язнь грязи, нечистот. Понятие, близкое мизофобии.

**Ритуалы** (*лат. ritualis —* обрядовый). Двигательный акт, простой или слож­ный, выполняемый попреки воле и внутреннему сопротивлению больного, символи­чески выражая надежду таким образом предотвратить предполагаемое несчастье. В таком плане может рассматриваться как проявление механизма психологической за­щиты. Достигая значительной выраженности, Р. сам по себе становится мучитель­ным ананкастическим феноменом.

Навязчивые Р. сочетаются с навязчивыми мыслями и страхами в рамках об­сессивно-компульсивного синдрома. Символически-ритуальные действия иногда сложно соотносятся с породившей их причиной. Так, навязчивое мытье рук не все­гда является следствием мизофобии (боязни загрязнения); оно может носить симво­лический характер, и, как следствие смещения понятий, их подстановки, выражает стремление больного быть чистым от вины, греха.

Навязчивые защитные Р. могут быть достаточно сложными; так, при компуль­сивном влечении к педантичности, больные свою повседневную жизнь превращают в расписанную поминутно стереотипную систему затверженных церемоний, начиная от утреннего вставания до вечернего туалета («ритуал спальни»). S. Freud выделял при этом два вида защитных механизмов: уничтожение и изоляцию. Пример уничто­жения — бесконечное мытье рук при мизофобии, пример изоляции — церемониал, заключающийся в запрещении возможности прикосновения к нежелательному пред­мету (табу на прикосновение).

**Рише—Тулуза метод лечения эпилепсии** [Richet Ch., 1899, Toulose E., 1900]. Заключается в применении бромидов при одновременном обесхлоривании организ­ма с помощью диеты, содержащей мало пищевой соли (до 3 г в сутки). В настоящее время в качестве самостоятельного метода не применяется, однако является со­ставной частью лечебного и диетического режима при эпилепсии.

**Робина синдром** [Robin P., 1929]. Наследственное заболевание, характеризу­ющееся триадой признаков: 1) глоссоптоз в сочетании с другими аномалиями поло­сти рта, нередко приводящий к тяжелым нарушениям дыхания; 2) микроцефалия; 3) умственное недоразвитие. Тип наследования — аутосомно-рецессивный.

**Роджерса «центрированная на клиенте» психотерапия** [Rogers С., 1951]. Форма недирективной психотерапии, в которой врач лишь создает оптимальную для больного обстановку, а формулирование актуальных для него проблем и поиск пути их разрешения предоставляются самому больному. Стимулируется развитие у боль­ного чувства ответственности за свое поведение, его тенденция к независимости. Психотерапевт ограничивается лишь ролью доверенного лица, показывающего больному, что он понимает его состояние, он избегает каких-либо оценок, не направ­ляет разговор и поведение больного. Однако тактика врача способствует появлению и укреплению у больного чувства уверенности, безопасности, дружеского располо­жения. Наиболее часто применяется для лечения детей и подростков и основана на вере в способность людей самостоятельно разрешать актуальные для них, в том числе и психогенно травмирующие, проблемы.

**Рожнова концепция эмоционально-стрессовой психотерапии** [Рожнов В.Е., 1979, 1980]. Основана на признании важности состояний целебного, саногенно- го стресса, вызываемого самыми различными психотерапевтическими эмоциональ­ными приемами, в том числе и специальной Рожнова методикой эмоционально­стрессовой гипнотерапии. Концепция исторически опирается на представления о ле­чении идеалами А.И. Яроцкого (см. *Яроцкого аретотерапия*) и на представления H. Selye о благотворном, живительном действии эмоционального стресса, лишенного отрицательного аффективного компонента, дистресса (см. *Селье синдром адапта­ции*)*.* Развивается в исследованиях М.Е. Бурно [1982], Л.П. Баканевой и Ю.В. Мель­никова [1982].

**Рожнова методика коллективной эмоционально-стрессовой гипно­терапии** [Рожнов В.Е., 1971]. Применяется для лечения хронического алкоголизма. С помощью гипнотического внушения вырабатывается условно-рефлекторная эмо­ционально отрицательная реакция на вкус и запах алкоголя. Здесь играют роль груп­повой аффект, директивность, создание стрессовой ситуации, взаимоиндукция и т.д.

**Рожнова удлиненный гипноз** [Рожнов В.Е., 1953]. Гипнотический сеанс длит­ся 1-1,5 ч, что способствует углублению гипнотического торможения и повышает терапевтическую активность лечебного внушения. Рекомендуется для групповой гипнотерапии в стационаре и амбулаторных условиях. Врач приходит к больным каждые 15-20 мин и проводит лечебные внушения продолжительностью 2-3 мин.

**Розенберга симптом** [Rosenberg M., 1912]. Нарушение ориентировки в пра­вом-левом в двигательных проявлениях. Один из симптомов расстройств «схемы тела».

**Розенталя синдром** [Rosenthal С., 1927]. Пароксизмально развивающийся ка- таплектически-галлюцинаторный синдром страха, включающий в себя слуховые, зрительные и тактильные псевдогаллюцинации, чувство страха, возникающее спонтанно, без связи с какими-либо причинами, и катаплектиформные расстройства («приступы бодрствования» в ночное время). Описан при энцефалитах и шизофре­нии.

**Розенцвейга тест фрустрации** [Rosenzweig S., 1945]. Проективная методика исследования особенностей личности. Согласно теории Розенцвейга, фрустрация возникает, когда организм (личность) сталкивается с более или менее непреодоли­мым препятствием на пути к удовлетворению какой-либо жизненной потребности. Фрустрационная устойчивость — способность приспособиться к стрессовой ситуа­ции. Обследуемому показывают рисунки, на которых изображены фрустрационные ситуации, и он вкладывает в уста одного из персонажей рисунка слова, которые тот должен высказать по этому поводу. Реакции обследуемого различают по их направ­ленности (порицание фрустрирующего фактора или себя, стремление нивелировать конфликтность ситуации), по типу реакции (подчеркивание фрустрирующего факто­ра, самозащита, потребность разрешения ситуации).

Методика полезна при исследовании личностных особенностей больных, страдающих неврозами, психопатиями.

**Ромена методика активного самовнушения** [Ромен А.С., 1964]. Психо­терапевтическая методика, основанная на самовнушении и состоящая из двух эта­пов — стабильного и мобильного. Первый характеризуется обучением больного способности активно погружать себя в особое самовнушенное состояние покоя и мышечной релаксации. Второй этап посвящен реализации необходимых направлен­ных самовнушений. В процессе занятий активным самовнушением происходит и обучение пациента способности произвольно направленно воздействовать на тече­ние психофизиологических процессов в организме (например, вызывать у себя ане­стезию или гипералгезию, изменять температуру тела и т.п.). Важное условие мето­дики — короткие сроки овладения самовнушением (1,5-3 недели).

**Роршаха тест** [Rorschach H., 1921]. Проективный метод исследования лично­сти с помощью 10 специальных таблиц («пятен»). В ответах обследуемого на во­прос, что он видит в этих пятнах, обращают внимание на такие показатели, как фор­ма, цвет, величина деталей пятна, привлекших его внимание, кинетичность образа и т.д., и интерпретируют эти показатели. При анализе результатов руководствуются следующими основными критериями:

1. что видит обследуемый в предъявляемых ему пятнах -изображениях (силу­эты людей, зверей, предметов);
2. использует ли он при создании образа отдельные детали или изображение в целом;
3. что преобладает в ответе — цвет, форма, движение и т.д.

В отечественной клинической психологии Р.т. разрабатывали в исследовани­ях Л.Ф. Бурлачука [1975, 1979], И.Г. Беспалько [1978], И.И. Белой [1978].

**Россолимо метод психологических профилей** [Россолимо Г.И., 1909]. Пси­хологический метод, направленный на разностороннее исследование психики, в пер­вую очередь — интеллектуально-мнестического уровня. Состоит из ряда экспери­ментальных приемов, позволяющих характеризовать состояние внимания, памяти зрительных образов (фиксационной, репродукционной и ретенционной), запомина­ние вербального и цифрового материала, осмысления, пространственной комбина­торики.

**Рубинстейна—Тейби синдром** [Rubinstein G., Taybi H., 1963] Симптомо- комплекс признаков врожденной аномалии развития: удлиненные большие пальцы рук и ног, аномалия лица, глаз, микроцефалия, олигофрения, В крови — повышен­ное содержание меди. Обусловлен хромосомной аномалией.

**Руброфобия** (*лат. ruber —* красный, *греч. phobos —* страх). См. *Эритрофо­бия.*

**Руда синдром** [Rud E., 1927]. Триада признаков врожденной аномалии разви­тия: ихтиоз, идиотия, эпилептиформные припадки.

**Руминация** (*лат. ruminatio —* пережевывание, повторение). Возвращение уже пережеванной пищи из пищевода и желудка в рот и повторное ее проглатывание. Наблюдается при неврозах.

**Руминация психическая** (*лат. ruminatio —* пережевывание, повторение). На­вязчивое состояние в виде многократного или постоянного явления в сознании боль­ного одних и тех же мыслей, повторений. Наблюдается при неврозе навязчивых со­стояний, иногда при шизофрении.

Син.: умственная жвачка.

**Рюмке симптом чувства шизофрении —** Praecox-Gefuhl [Rumke H.G., 1957]. Возникающее у врача-психиатра при беседе с больным шизофренией специфиче­ское переживание, которому придается важное диагностическое значение, аналогич­ное Шнейдера симптомам первого ранга. Подчеркивается роль интуиции врача, его личностных свойств диагноста, своеобразного личностного резонанса, возникающе­го в условиях межчеловеческой коммуникации. Без чувства шизофрении, по мнению автора, все известные шизофренические симптомы лишаются характерной окраски. Выделение чувства шизофрении и взгляды H.G. Rumke на его сущность отражают влияние на зарубежную психопатологию идеалистических идей — субъективизма, гуссерлианской феноменологии. Р.с.ч.ш. является выражением опыта психиатра, его врачебной интуиции, и в таком плане должна оцениваться его диагностическая значимость.

\_С\_

**Саарма симптом** [Саарма Ю.М., 1953]. Проявление негативизма: больной не отвечает на непосредственно к нему обращенные вопросы, но когда беседуют окру­жающие его люди, принимает участие в их разговоре.

**Садизм.** Сексуальная перверсия, характеризующаяся стремлением причинить половому партнеру боль, увечье. Проявлением садизма в ряде случаев бывают истязания и даже убийства жертв извращенного полового влечения с последующим половым актом (см. *Бертранизм*) *.*

Термин был введен R. Krafft-Ebing. Связан с именем французского писателя XVIII в. маркиза де Сада, в произведениях которого подробно описан этот вид пер­версии.

Син.: алголагния активная, половой тиранизм.

**Садомазохизм.** Сексуальная перверсия, характеризующаяся сочетанием са­дизма и мазохизма.

**Сакса—Леви тест незаконченных предложений** [Sachs J.M., Levy S., 1950]. Проективная психологическая методика. Обследуемому предлагают для того, чтобы он их закончил, 60 незаконченных предложений. Предложения разделяются на 15 групп, каждая из которых характеризует какие-либо присущие обследуемому отно­шения — к отцу, матери, семье в целом, знакомым, сотрудникам и т.д. Некоторые группы предложений имеют отношение к испытываемым больным страхам и опасе­ниям, к чувству сознания вины, свидетельствуют об отношении к прошлому и буду­щему. Для каждой группы отношений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений как положительную, отрицательную или индифферент­ную. В советской патопсихологии методика апробирована Г.Г. Румянцевым [1969], показавшим ее значение для проведения реабилитационных мероприятий.

**Самовнушение.** Психотерапевтический метод, характеризующийся направ­ленностью внушения на определенные стороны собственной психической деятель­ности, на некоторые особенности функции нервной системы и внутренних органов своего тела. См. *Куэ метод психотерапии.*

**Самооговор.** Приписывание себе не совершенных проступков и преступле­ний. Часто наблюдается в судебно-психиатрической практике.

Иногда С. носит характер целенаправленной деятельности и производится с целью избежать наказания за более тяжко наказуемое преступление.

**Самооценка.** Оценка субъектом своих личностных особенностей и поступков. Зависит от состояния аффекта, бредовых переживаний и др. Должна учитываться при анализе анамнестических сведений. С. является одним из наиболее частых ме­тодов экспериментально-психологического исследования.

**Самоповреждение.** Нанесение самому себе телесных повреждений, умыш­ленно или по неосторожности, случайно. Умышленное С. — частый признак психиче­ских заболеваний, особенно протекающих с депрессией, истерических.

**Самосознание.** Одна из сторон сознания — осознание человеком себя как личности с присущими ей интересами, целями, мотивами, мировоззрением. Расстройства С. в психиатрии приобретают важное диагностическое значение.

**Самоубийство.** Умышленное лишение себя жизни. Наблюдается при психи­ческих заболеваниях, главным образом протекающих с депрессией, а также и у пси­хически здоровых (см. *Амбрумовой концепция суицидального поведения*)*.* В некото­рых случаях С. совершается одновременно двумя, обычно близкими лицами (С. двойное). Иногда С. предшествует убийство наиболее близких лиц с целью избавить их от переносимых ими или предстоящих им, по мнению больного, страданий (С. расширенное, С. альтруистические).

Син.: суицид (*лат. suis —* себя, *caedo —* убивать).

**Самоуничижение.** Заниженная оценка больным своих физических или мо­ральных свойств, подчеркивание своей ничтожности, незначительности. Наблюдает­ся в структуре бреда С., особенно часто — при депрессивных состояниях.

**Самоутверждение.** Стремление к завышенной самооценке, тенденция пред­ставить свою значительность, важную роль в происходящих событиях. Наблюдается у психопатических личностей параноического и истероидного круга, а также в рамках мегаломанических бредовых синдромов.

**Саногенез** (*лат. sanus —* здоровый, *греч. genesis —* происхождение, разви­тие). Процесс восстановления нарушенных в течение болезни функций организма, его саморегуляции. Понятие, противопоставляемое патогенезу.

**Санте де Сантиса болезнь** [Sante de Sanctis, 1905]. Одно из первых описаний детской шизофрении. Начало чаще всего в возрасте четырех лет. Глубокое эмоцио­нальное и интеллектуальное снижение, кататонические симптомы, стереотипии, не­гативизм, эхолалия, манерность, приступы немотивированного гнева.

Вначале рассматривалась как заболевание экзогенного круга, инфекционного или токсического генеза, затем, с развитием учения о шизофрении E. Bleuler — как форма детской шизофрении.

Син.: «очень ранее слабоумие».

**де Сантиса—Какьоне болезнь** [de Sanctis С., Caccione A., 1932]. Одна из форм олигофрении. Характерны пигментная ксеродермия, малый рост, умственное недоразвитие всех степеней, неврологическая симптоматика (рефлекторные и коор­динационные расстройства), гипоплазия наружных половых органов. Рентгенологи­чески — малые размеры турецкого седла. В основе лежат патология гипофизарно­промежуточного мозга и расстройства порфиринового обмена.

Син.: де Сантиса—Какьоне синдром.

**де Сантиса—Какьоне синдром.** См. *Де Сантиса-Какьоне болезнь.*

**Санфилиппо синдром** [Sanfilippo S.J., 1962]. Комплекс врожденных анома­лий: умственная отсталость, утолщение костей черепа, увеличение печени, патоло­гическое изменение формы поясничных позвонков. В моче при этом — увеличение кислых мукополисахаридов.

**Сапфизм.** Женский гомосексуализм. Название связано с древнегреческой поэтессой Sappho, жившей на острове Лесбос в конце VII в. до н.э.

Син.: лесбианство, лесбийская любовь, трибадия.

**Сатанофобия** (*греч. satanos —* сатана, *phobos —* страх). См. *Демонофобия.*

**Сатириазис** (*греч. satyros —* сатир). Повышенное половое влечение у мужчин с постоянным чувством сексуальной неудовлетворенности и поиском новых парт­нерш. Понятие, близкое к донжуанизму.

**Сатомуры синдром** [Satomura A., 1979]. Своеобразное невротическое разви­тие, при котором основное место занимает страх оказаться смешным и неприятным в глазах значительного или вышестоящего лица. В отличие от антропофобии, боль­ные боятся не окружающих, а себя во взаимоотношениях с ними. Характерны посто­янные сомнения в самооценке, трудности межличностных контактов. Могут возни­кать бредовые идеи по типу сенситивного бреда отношения. С.с. рассматривается как характерный для японцев невроз, тесно связанный с социокультуральными осо­бенностями Японии. Лечение, в том числе и психотерапия, отличается малой эф­фективностью.

**Сатурнизм** (*лат. Saturnus —* свинец в трактатах алхимиков). Хроническая свинцовая интоксикация. Характерны соматические (нарушения обмена порфири­нов, полиневропатия, свинцовая колика и др.) и психические (повышенная боязли­вость, шизофреноподобная симптоматика, эпилептиформные припадки, картина свинцового псевдопаралича) расстройства.

**Сахарная нагрузка.** Метод исследования сахарного обмена путем дозирован­ного перорального введения сахара и последовательного определения уровня саха­ра в крови в течение 2-х часов. Позволяет судить о состоянии инкреторной функции поджелудочной железы. Используется в эндокринологии для выявления латентного сахарного диабета и в психиатрии при подготовке к проведению инсулинокоматоз­ной терапии.

**Сверхценное увлечение.** Вид деятельности, приобретающей доминирующее в жизни человека значение, характеризующейся значительной аффективной насы­щенностью, увлеченностью. К С.у. относятся коллекционирование, выходящая за рамки обычного разработка системы мероприятий по физическому оздоровлению, уход в сферу не совсем обычных для данного круга лиц интересов (йога, парапсихо­логия и др.).

**Сверхценные идеи.** См. *Идеи сверхценные.*

**Светлый промежуток.** При фазном или приступообразном течении болезни — интервал между психопатологическими состояниями, во время которого симпто­мы болезни отсутствуют. При наличии признаков резидуальной дефектной симпто­матики употребление термина С.п. неправомерно, например, при ремиттирующем течении шизофрении.

**Свидетельство о болезни.** Документ военно-медицинского учета, с помощью которого оформляется результат военно-врачебной (психиатрической) экспертизы военнослужащего. Содержит сведения паспортного характера, данные анамнеза, объективного исследования, вывод военно-врачебной комиссии о пригодности к про­должению военной службы, данные о связи заболевания со службой в армии, реко­мендации по транспортировке в случае признания обследуемого непригодным для службы.

**Свинцовая кайма.** Симптом хронической интоксикации свинцом (сатурнизма) — полоска лилово-серого цвета вследствие отложения сульфида свинца по краю десен и зубов.

**Свядоща верификационная концепция внушения** [Свядощ А.М., 1982]. Во внушении помимо смыслового (семантического) компонента выделяется фактор ве­рификации информации. Достоверность и значимость вводимой психотерапевтом информации верифицируются путем их автоматической, неосознаваемой оценки. Благодаря этому организм, не загружая сознания, ограждается от неадекватного ре­агирования на сигналы, которые либо не имеют существенного для него значения, либо несут ложную или неосуществимую информацию. Такая добавочная (верифи­цирующая) информация повышает достоверность основной (семантической). При­меры верифицирующей информации — интонация речи и мимика психотерапевта, его врачебный авторитет.

**Свядоща информационная теория неврозов и психотерапии** [Свядощ A.M., 1960, 1964, 1967, 1969]. Психогении рассматриваются как раздражители, дей­ствие которых определяется не физическими параметрами, а информационным, сигнальным, значением. Невроз — болезнь, вызванная информацией. Такой подход основан на этиологическом принципе понимания сущности неврозов. Психотерапия рассматривается как лечение информацией, которая может адресоваться к одному больному или одновременно к группе больных. Действие информации может быть непосредственным или отставленным во времени. Информация может передавать­ся не только речевым путем, но и сопутствующими речи психотерапевта мимикой, жестами, интонациями и т.п. Информацией определяется и эмоциональное воздей­ствие врача на больного. Виды психотерапии различаются соответственно характе­ру ввода, переработки или действия информации.

**Свядоща методика угашения условной связи** [Свядощ А.М., 1959]. Психо­терапевтическая методика лечения невротических симптомов, особенно фобий, при которой возникший патологический условный рефлекс угашают многократным по­вторением сходных или более слабых условнорефлекторных раздражителей по сравнению с теми, которые его первоначально вызвали. Например, с ребенком, ис­пугавшимся набросившейся на него черной собаки, играют в домики, которые долж­на сторожить игрушечная, вначале белая, а затем — черная собака.

**Свядоща — Ромена методика аутогенной тренировки** [Свядощ A.M., Ромен А. С., 1963]. Модификация метода аутогенной тренировки. Перед началом трениров­ки применяется подготовительное упражнение. направленное на обучение умению вызывать у себя релаксацию. Изменен и характер некоторых упражнений первой ступени, например, перед воздействием на ритм сердечной деятельности предвари­тельно вызывается ощущение тепла в области грудной клетки.

**Сдавление головного мозга.** Симптомокомплекс, включающий признаки по­вышенного внутричерепного давления и очаговые неврологические симптомы. На­блюдается при наличии в полости черепа объемного образования (опухоли, абсцес­са головного мозга, гематомы и др.).

Син.: компрессия головного мозга.

**Сегла симптом** [Seglas J., 1892]. Наблюдается при кататоническом мутизме. Выражение лица и губ больного свидетельствует о желании ответить на задавае­мые ему вопросы, но это желание остается неосуществимым. Один из симптомов негативизма.

**Седативные средства** (*лат. sedo —* успокаивать). Лекарственные средства, оказывающие общее успокаивающее действие на психику (препараты валерианы, бромиды, барбитураты в малых дозах, транквилизаторы) .

**Седийо симптом** [Sedillot]. Комплекс невротических симптомов, наблюдаю­щихся при различных видах сексуальных расстройств у мужчин (раздражительность, повышенная возбудимость, утомляемость, потливость, снижение потенции).

**Седуксеновый тест.** См. *Диазепамовый тест.*

**Сексология** (*лат. sexus —* пол, *греч. logos —* учение, наука). Наука, изучаю­щая половую жизнь в ее социальном, психологическом и физиологическом аспектах.

**Сексопатология** (*сексо + патология*)*.* Медицинская наука, изучающая поло­вые расстройства, их клинику, течение и методы лечения, разрабатывающая спосо­бы диагностики и предупреждения сексуальной патологии.

**Сексуальная формула.** Условная характеристика для определения индиви­дуальных особенностей половой жизни пациента с помощью оценки основных ее проявлений. С этой целью используются специально разработанные шкалы самоо­ценки, ответы на вопросы регистрируются в баллах, что позволяет проводить срав­нительную оценку С.ф. у разных людей. Шкалы различаются соответственно полу исследуемого.

**Сексуальные игры.** 1. Игры детей с явной эротической окраской их деятель­ности, например, обнажение, показ своих половых органов; 2. Действия сексуальных партнеров в подготовительной стадии близости, цель которых — усиление полового возбуждения.

**Сексуальный эксцесс.** Совершение мужчиной в течение суток более одного полового акта (с эякуляцией). Один из показателей половой активности.

**Секундарная эпилепсия** (*греч. epilambano* — нападать, хватать. *лат. secundarius —* последующий, второй). Вторичная эпилепсия. См. *Эпилепсия симп­томатическая.*

**Селье синдром адаптации** [Selye H., 1936]. Неспецифическая реакция защи­ты, вызываемая воздействием разнообразных внешних раздражителей, стрессоров. Стресс — состояние организма, определяемое этими неспецифическими изменени­ями и рассматриваемое как попытка восстановить гомеостатическое равновесие. Различают три фазы общего адаптационного синдрома: 1) реакция тревога, «аларм», мобилизация; 2) стадия сопротивления, резистентности; 3) стадия истоще­ния, когда исчерпываются адаптивные возможности. Ведущая роль в развертывании адаптивного синдрома принадлежит гормонам; таким образом, из совокупности про­цессов, входящих в понятие стресса, разрабатывается только одно звено. В психиа­трии также отмечались попытки объяснить возникновение некоторых заболеваний, в первую очередь эндогенных, с позиции концепции стресса. Концепция H. Selye способствует углублению наших знаний о соматических основах шизофрении, но не может достаточно объяснить сущность болезненных проявлений [Морозов В.М., 1963]. Эта концепция сыграла важную роль в дальнейшей разработке учения K. Bonhoeffer об острых экзогенного типа реакциях.

Особенности синдрома адаптации на кортикальном, психологическом уровнях могут соотноситься с Розенцвейга теорией фрустрации.

**Семёнова симптом** [Семёнов П.А., 1916]. Неравномерность величины зрач­ков, наблюдающаяся иногда после эпилептического припадка и длящаяся в течение суток. Отсутствует у эпилептиков а межприпадочном периоде, чем отличается от стойкой анизокории при органических поражениях головного мозга. Не наблюдается при истерических припадках.

**Семиотика** (*греч. semeiotikon*)*.* Учение о признаках (симптомах) болезней и патологических состояний.

**Сенестопатии** (*греч. koinos —* общий, *aisthesis —* чувство, ощущение, *pathos —* страдание, болезнь) [Dupre E., Camus P., 1907]. Крайне тягостные и неприятные, неопределенные телесные ощущения, локализуемые на поверхности тела или во внутренних органах и лишенные телесной основы. Чаще всего входят в структуру ипохондрического бреда.

**Сенесценция (***лат. senesco* — стареть). Старение. Телесные и психические изменения, наступающие вследствие старения.

**Сенилизм** (*лат. senilis —* старческий). Ранняя или преждевременная ста­рость, развитие старческих телесных и психических изменений у относительно не­старых людей, в зрелом и пожилом возрасте.

**Сенильный.** Старческий, относящийся к старости, типичный для старческого возраста, например, сенильная деменция, сенильные психозы.

**Сенситивность** (*лат. sensus* — чувство).Повышенная чувствительность, ра­нимость, неуверенность в себе, преувеличенная совестливость, склонность к сомне­ниям, застревание на своих переживаниях.

**Сенсопатии** (*сенсо + греч. pathos —* страдание, болезнь). Нарушения чув­ственного познания (ощущений, восприятий, представлений) при психических болез­нях. Рецепторные, наиболее простые, элементарные расстройства.

**Сенсорная депривация** (*англ. deprivation —* лишение, утрата). Сенсорная изоляция, информационный голод, недостаточность общения. Наблюдается в экс­тремальных ситуациях (длительное одиночество человека в тайге, в пещере, океане и т.п.). Изучается при экспериментальном моделировании.

**Сентиментальный тип личности** (*фр. sentiment —* чувство) [U.H. Peters, 1984, 1987]. Преморбидные особенности личности, отмечающиеся у больных аф­фективными психозами, в частности психозом страха—счастья (см.). Характерны по­вышенная эмоциональность, лабильность протекания аффектов. Поведение про­банда определяется в первую очередь эмоциями. Часты состояния экстаза, острое ощущение переживаний других людей, выраженная эмпатия. Обычно такие люди пользуются любовью со стороны окружающих.

**Серейского синдром** [Серейский М.Я.]. Психические расстройства, наблюда­ющиеся при поражении конвекситатного отдела лобной доли доминантного полуша­рия (абулия, адинамия, аспонтанность).

Син.: синдром трех А.

**Серейского смесь** [Серейский М.Я., 1955]. Предназначена для лечения эпи­лепсии. Порошки содержат фенобарбитал, бромизовал, кофеин, папаверина гидро­хлорид, кальция глюконат. Имеется три варианта дозировок в зависимости от тяже­сти заболевания. Курс лечения длительный.

**Серейского этиологическая триада** [Серейский М.Я., 1934]. Факторы, играю­щие роль в возникновении шизофренических реакций: соматическое заболевание, истощение организма, психическая травма.

**Серодиагностика** (лат. *serum —* сыворотка + *диагностика*)*.* Диагностика на основе серологических реакций (Вассермана, Кана, Закса— Витебского и др.).

Син.: серологическая диагностика.

**Серологическая реакция.** Реакция типа антиген — антитело с учетом одного из наблюдающихся при этом феноменов, сопровождающих формирование имунного комплекса (преципитация, агглютинация, связывание комплемента).

**Серотонин.** Биологически активное вещество из группы биогенных аминов. Содержится во всех тканях организма. Известна роль С. как медиатора в некоторых синапсах.

**Сеттона синдром** [Sutton Th., 1813]. Белая горячка пьяниц.

**Сеюнкция** (*лат. sejunctio —* отделение, расхождение) [Wernicke C., 1880]. По­нятие об «основном процессуальном расстройстве», обусловленном нарушением вследствие болезни системы ассоциативных путей, связывающих друг с другом раз­личные проекционные поля коры большого мозга. Вследствие сеюнкции, по C. Wernicke, возникают первичные процессуальные симптомы выпадения или раздра­жения. В зависимости от локализации поражения в гипотетических транскортикаль­ных путях различались психозы аллопсихические, аутопсихические, психомоторные и психосенсорные. Соответственно выделялись и виды дезориентировки. Понятие С. предшествовало понятию расщепления.

**Сибсы** (*англ. sibs* — брат или сестра). Родные братья и сестры. Термин при­меняется в психиатрической генетике.

**Сивадона—Бюкереля синдром** [Sivadon М.Р., Buquerell, 1946]. Разновид­ность наркомании, влечение к употреблению внутрь духов и одеколона.

**Сигматизм** (*греч.* буква *«сигма»,* обозначающая звук «С»). Дефект речи, не- произнесение звука «С», замена его свистящими и шипящими звуками.

Син.: шепелявость.

**Сиденгама хорея** [Sudenham Т., 1636]. Ревматическое поражение головного мозга, наступающее, главным образом, в детском возрасте и характеризующееся хореатическими гиперкинезами при снижении мышечного тонуса. Психические изме­нения по типу астении, недостаточности внимания, пугливости, снижается память, внимание (см. *Сухаревой триада*)*.* Обязательно наличие ревматизма.

Син.: малая хорея, вульгарная хорея, пляска святого Витта, ревматическая хо­рея.

**Сидеродромофобия** (*греч. sideros —* железо, *dromos —* бег, *phobos —* страх) [Чиж В.Ф., 1912]. Навязчивый страх, боязнь езды в железнодорожном транспорте, особенно при ускорении движения.

**Сила «Я».** Психоаналитический термин, употребляемый для обозначения сте­пени самостоятельности личности, его противостояния окружающему миру и внеш­ним влияниям, направленности и самостоятельности его стремлений и желаний.

**Симбаматопатия** (*греч. sumbama —* случайное событие, *pathos —* страдание, болезнь). Психогенное состояние, возникающее в связи с внезапными катастрофа­ми, стихийными бедствиями (землетрясением, крушением поезда, пожаром и т.д.).

**Симбантопатии** (*греч. sumbama —* случайное событие, *pathos —* страдание, болезнь). [Kraepelin E., 1915]. Группа психогенных заболеваний, связываемых с «превратностями судьбы», к которой относились невроз испуга, возникающий при переживании тяжелой катастрофы (например, землетрясение), и так называемые травматические неврозы. Последние понимались как неврозы, возникающие чисто психически, в связи с волнениями, несчастьями, но не как неврозоподобные состоя­ния травматического генеза. Типичный пример травматического невроза — рентный (сутяжнический) невроз. Ср.: гомилопатии и понопатии.

**Симболофобия** (*греч. symbolon —* знак, значение, *phobos —* страх). Навязчи­вый страх, боязнь предметов, событий, явлений, сновидений, которые для больного носят особый, скрытый смысл и воспринимаются им как знак неблагоприятного предзнаменования.

**Символика симптома.** Психоаналитическое понятие, обозначающее скры­тый, замаскированный смысл тех или иных психических и соматических симптомов, рассматриваемых как проявление вытесняемых импульсов. Особенно широкое рас­пространение получила в психосоматической медицине (органная символика).

**Симметромания** (*греч. simmetria —* соразмерность, зеркальное расположе­ние по отношению к оси, *mania —* страсть, безумие) [Sternberg M., 1913]. Вид навяз­чивых действий. Проявляется в непреодолимом стремлении производить симмет­ричные движения руками, пальцами, глазами и т.п. Рассматривается как расстрой­ство моторики, протекающее по механизму рефлекторной тенденции к содруже­ственной билатеральной деятельности.

**Симмондса—Глинского болезнь.** См. *Кахексия гипофизарная.*

**Симонова информационная теория эмоций** [Симонов П.В., 1964]. Возникно­вение эмоций рассматривается в связи с адекватностью информационного запаса организма реальной ситуации. Возникновение эмоций — способ компенсации недо­статочности информации, например, эмоции оборонительной доминанты, возникаю­щие, когда животное или человек превентивно реагирует на неизвестные ему по прежнему опыту и угрожающие ему раздражители внешней среды. Отрицательный характер эмоций — следствие дефицита прагматической информации, прирост ин­формации ведет к образованию положительно окрашенных эмоций. Возникновение эмоций рассматривается как результат рассогласования между протезируемой ситу­ацией и афферентными сигналами, поступающими из внешней среды. Если требуе­мый ситуацией объем информации соответствует наличной, эмоции не возникают, поведение носит заученный, автоматизированный характер.

**Симпатикотония** (*симпатико + греч. tonos —* напряжение). Преобладание то­нуса симпатического отдела вегетативной нервной системы над парасимпатиче­ским. Противоположна парасимпатикотонии (ваготонии).

**Симптомы** (*греч. symptoma —* совпадение, признак). Клинические проявле­ния болезни. Различают С. общие и местные, функциональные и органические, диф­фузные и очаговые, благоприятные и неблагоприятные.

В соответствии со структурой рефлекторной дуги А.В. Снежневский [1983] раз­личал С., относящиеся к ее рецепторной части (сенсопатии), С. интрапсихические (патология эмоций, мышления, восприятия и др.) и С. эффекторных расстройств (расстройства побуждений, моторики, влечений, импульсивные явления и др.). Буду­чи признаком болезни, взятый сам по себе С. нозологической специфичностью в су­щественной мере не обладает; последняя приобретается им в структуре синдрома.

***С. аллегорической речи*** (*греч. allegoria* — иносказание) [Neisser C.]. Особая форма построения неологизмов. О происшествии говорится иносказательно, одним словом или кратким словесным оборотом, специфическим выражением. Чаще всего наблюдается при шизофрении.

***С. видимых мыслей.*** Появление у больного какой-либо мысли сопровождает­ся возникновением зрительного образа.

***С. витальной тоски*** [Schneider К.]. Наиболее частый симптом эндогенной, особенно циркулярной, депрессии. Тоскливому настроению соответствует оттенок телесного чувства, изменение ощущения собственного тела. Чувство витальной то­ски почти неотделимо от физических страданий больного и нередко локализуется им в теле; например, больной, показывая на грудь, говорит, что там сидит страшная то­ска. В то же время витальные ощущения тождественны так называемым общим ощущениям типа общей усталости, разбитости, которые не связаны ни с каким опре­деленным органом [Weitbrecht H.J., 1960].

***С. включения*** [Mayer-Gross W., 1936]. Наблюдается при конструктивной апраксии и заключается в том, что больной не может отойти от копируемого образ-

ца, рисунка, он наносит свои линии или кружочки на элементы рисунка-образца. На­блюдается и при конструировании фигур из палочек и спичек. Автор объяснял происхождение этого феномена чувством страха, испытываемым больным перед пространством, отделяющим его от образца.

Син.: симптом смыкания *с* моделью [Ajuriaguerra G.].

***С. внушенных галлюцинаций.*** См. *Рейхардта симптомы.*

***С. воздушной подушки*** [Dupre E.]. Длительное приподнятое над подушкой положение головы у лежащих в постели больных-кататоников. Между головой и подушкой — расстояние в 5-10 см. При попытке врача опустить голову больного на подушку отмечается негативистическое сопротивление, и вскоре голова вновь ока­зывается приподнятой.

***С. волоса*** [Вассерман М.А., 1941]. Ощущение во рту инородного тела, чаще всего волоса или нити, вызывающее у больного попытку освободиться от него с по­мощью движений языка и губ. Был описан первоначально как С., патогномоничный для интоксикации тетраэтилсвинцом. В настоящее время рассматривается как про­явление своеобразных зрительно-тактильных галлюцинаций, локализующихся в по­лости рта, зева и глотки [ротоглоточные галлюцинации инородного тела, по М.Г. Гу- лямову, 1972]. С.в. наблюдается при различных интоксикационных психозах, в том числе [Гулямов М.Г., 1984] при некоторых вариантах алкогольного делирия.

Син.: симптом инородного тела, симптом постороннего тела во рту, галлюци­наторное ощущение волос во рту и в горле.

***С. враждебности к семье*** [Желиховский С.М., 1935]. Характерен для ши­зофрении, особенно часто наблюдается в подростковом и юношеском возрасте. Враждебность часто носит характер немотивированной, не вытекает из бредовых переживаний. Симптом отличается своеобразной диссоциацией — враждебность к семье отмечается при индифферентности к другим окружающим. При помещении больного в стационар враждебность нередко нивелируется, при выписке домой — обостряется вновь.

***С. вторичный.*** Признак психической болезни, психологически выводимый из другого ее признака. Это положение представляется спорным, так как большинство современных исследователей считает, что и первичные, и вторичные симптомы обу­словлены единым патогенетическим процессом, но вторичный симптом известное время может просматриваться.

Син.: симптом акцессорный (*лат. accessorius —* добавочный).

***С. выпадения.*** Название негативных психопатологических симптомов, отра­жающих обеднение психики, ее оскудение и упрощение (утрата интересов, мысли­тельной активности, эмоциональное оскудение и т.д.).

***С. гвоздя.*** См. *Гвоздь истерический.*

***С. гетерономный*** (*греч. heteros —* другой, иной, *nomos —* закон). См. *Клей­ста систематика психопатологических симптомов и синдромов.*

***С. гомономный*** (*греч. homos —* тот же самый, *nomos —* закон). См. *Клейста систематика психопатологических симптомов и синдромов.*

***С. граммофонной пластинки*** [Mayer-Gross W., 1931]. Стереотипное и без­остановочное повторение с неизменными интонациями через определенные интер­валы времени одного и того же рассказа или нескольких фраз. Наблюдается при бо­лезни Пика и является одним из вариантов стоячих оборотов.

Син.: симптом курантов.

***С. двойника*** [Гиляровский В.А., 1922]. Наблюдается при сыпнотифозном де­лирии. Тело или отдельные его части кажутся больному удвоенными, причем «двой­ник» находится как бы вне тела больного, а не внутри его, как это бывает при ши­зофрении. Больной активно стремится освободиться от «двойника» как от чего-то постороннего, чужого.

***С. завершения фразы*** [Stengel E., 1935]. Исследующий произносит неокон­ченные фразы, в которых недостающие слова как бы сами собой разумеются, предопределены контекстом, а больной эхолалически повторяет эти фразы, добав­ляя концовку. Наблюдается при кататонической шизофрении.

***С. запойного чтения*** [Вроно М.С., 1971]. Один из начальных признаков ши­зофрении препубертатного возраста. Характеризуется односторонним увлечением чтением. Нередко чтение становится единственным занятием больного ребенка, чи­тающего днем и ночью, в школе и дома. Попытка противодействия вызывает у боль­ного раздражение и злобу. Содержание прочитанного ни с кем не обсуждается, не удается установить, какое оно произвело впечатление на ребенка. Такое чтение но­сит характер сверхценного образования, ему присущи односторонность, непродук­тивность, при этом явственно обнаруживаются аутистические тенденции.

***С. зеркала.*** 1. [Abely P., 1927]. Стремление больных подолгу рассматривать себя в зеркале, обращая внимание на лицо и другие части тела. Наблюдается при начальной шизофрении и при ипохондрически-параноидных состояниях иного гене­за. Нередко является признаком дисморфофобических переживаний. С течением за­болевания исчезает или, в редких случаях, трансформируется в стереотипии.

2. [Останков П. А., 1934]. В отличие от предыдущего симптома зеркала наблю­дается при наличии грубой органической деменции (прогрессивный паралич, бо­лезнь Альцгеймера, болезнь Пика) и при исходных состояниях шизофрении. В гене­зе существенную роль играют стереотипии и наличие сильного раздражителя, преобладание пассивного внимания над активным.

Син.: рефлекторный симптом зеркала.

***С. зубчатого колеса.*** Наблюдается при паркинсонизме и является следстви­ем экстрапирамидной мышечной ригидности. Движения конечностей происходят как бы толчкообразно, прерывисто. При исследовании мышечного тонуса врач испыты­вает ощущение ступенчатости вызываемых им движений.

***С. иллюзии двойника.*** См. *Капгра синдром.*

***С. капюшона*** [Останков П.А., 1936]. Своеобразная поза больных шизофрени­ей, натягивающих на голову рубашку, халат или простыню и таким образом полно­стью или частично закрывающих лицо. Характерна бредовая интерпретация боль­ными своей позы в плане идей физического воздействия.

***С. каски.*** См. *Каска неврастеническая.*

***С. катания пилюль.*** Ритмический тремор II, III и противопоставленного им V пальцев руки. Производит впечатление манипулирования мелкими предметами. На­блюдается при паркинсонизме.

Син.: симптом счета монет.

***С. коротких ассоциаций*** [Bleuler E., 1920]. Склонность больных шизофрени­ей к чрезмерно лаконичным и неразвернутым высказываниям, своеобразной конста­тации фактов. Проявление резонерства. Особенно явственно обнаруживается при патопсихологическом исследовании, в описании рисунков ТАТ.

***С. лишних воспоминаний*** [Mazurkiewiecz J., 1949]. Выявляется при беседе с больным и характеризуется тем, что больной, внешне спокойно и бесстрастно, вклю­чает в общий контекст своей речи не связанные с ним в смысловом отношении фрагменты воспоминаний. Содержание этих воспоминаний не является патологиче­ским, однако они не соответствуют смысловой направленности диалога, немотиви- рованы. Автор рассматривал этот симптом как проявление диссолюции в деятельно­сти нервной системы и высвобождения из под контроля высших ее отделов прелоги- ческих динамизмов (см. *Мазуркевича теория*)*.* Описан при шизофрении и неглубо­ких расстройствах сознания.

***С. «мертвецов» и «уродов»*** [Лаврецкая Э.Ф., 1970]. Входят в состав Капгра синдрома ложного узнавания, наряду с симптомами интерметаморфозы, положи­тельного и отрицательного двойника. Симптом «мертвецов» характеризуется «узна­ванием» больными в окружающих давно умерших людей («людей с того света»); при симптоме «уродов» лица окружающих воспринимаются как уродливые, искаженные, непропорциональные, «плоские», «четырехугольные» и т.д. Рассматриваются как нарушения узнавания индивидуального лица, как дефект идентификации лица и сближаются с прозопагнозией. В отличие от прозопагнозии является проявлением функциональной агнозии па лица. Наблюдаются при шизофрении.

***С.-мишень.*** См. *Мишень-симптомы.*

***С. мнимого диалога.*** Наблюдается у больных алкоголизмом. В состоянии опьянения они ведут продолжительные беседы, споры с воображаемым собеседни­ком, животными, иногда со своим отражением в зеркале. Ср.: диалоголалия.

***С. монолога.*** Проявление расстройств речи, входящих обычно в структуру шизофренической разорванности. Характерна непрерывная экспрессивная речь, иногда даже при отсутствии собеседника.

***С. мышления вслух*** [Шевалев Е.А., 1937]. Характеризуется обнаруживающи­мися в речи больного ненаправленными высказываниями как в присутствии людей, так и в одиночестве. Это могут быть не только законченные слова и фразы, но часто отдельные восклицания, беспричинные внезапные смех или плач, то есть прорыва­ющиеся вовне эмоциональные реакции на внутренне протекающий мыслительный процесс. К С.м.в. относятся и формы речевого общения с галлюцинаторными обра­зами. Наблюдается при некоторых формах психопатий (у так называемых «патоло­гических болтунов»), при неврозах и психозах (шизофрения, маниакально-депрес­сивный психоз, старческое слабоумие). В клинике психозов нередко обнаруживается в начале заболевания, иногда может быть единственным психопатологическим симптомом при ремиссии. Происхождение симптома различно в рамках разных за­болеваний, что придает ему и относительную нозологическую окрашенность.

***С. навязчивых ламентаций*** (*лат. lamentatio —* жалоба, сетование) [Thurzo E., 1928]. Описан при постэнцефалитическом паркинсонизме. Больной многократно, по нескольку раз в день, в одних и тех же словах излагает врачу свои жалобы. Во время обхода, уже при выходе врача из палаты, просит его вернуться и вновь в тех же словах и выражениях повторяет прежние жалобы. Симптом рассматривается как проявление аффективно-автоматических речевых тенденций. Автор проводил ана­логию между этим симптомом и палилалией.

***С. неврологические общемозговые.*** Проявление нарушений деятельности головного мозга вследствие патологического процесса (при повышении внутриче­репного давления, интоксикации и др.) без очаговых нарушений. Например, помра­чение сознания, застойные соски зрительных нервов.

***С. неврологические очаговые.*** Наблюдаются при очаговых поражениях го­ловного мозга, например, нарушения речи при инсульте.

С. недописанного слова. Беспорядочные и хаотические пропуски букв, слов, строчек в письменной речи. Наблюдается при маниакальных состояниях в связи с ускорением ассоциативного процесса и неустойчивостью внимания.

***С. обирания.*** Однообразные движения, имитирующие процесс снимания чего- то со своего тела или с одеяла, простыни. Наблюдается при мусситирующем дели­рии, аментивном состоянии.

***С. облигатный.*** Обязательный для данного заболевания признак, наблюда­ющийся при всех его формах и обусловленный сущностью основного патологическо­го процесса.

***С. общих знакомых*** [Джалдети А., 1959]. В беседе с врачом или другими до того малознакомыми собеседниками больной называет людей, им вовсе не знако­мых, но говорит о них, как об известных собеседнику. Наиболее характерен для ши­зофрении, но наблюдается и при других психических заболеваниях, протекающих с расстройствами мыслительной деятельности. Связан с наличием иллюзий памяти, бредовых интерпретаций, ускорения мышления, его разорванности, слабоумия. В случаях улучшения психического состояния больного исчезает.

***С. отказа в последний момент*** [Йончев В., 1964]. Больной, настаивающий на том, чтобы врач выслушал его жалобы, соображения, в тот момент, когда ему предоставляют возможность высказаться, умолкает. Наблюдается при шизофрении и объясняется с точки зрения механизма гипноидно-фазовых состояний (наличие ультрапарадоксальной фазы) в коре головного мозга.

***С. открытости.*** Переживание больным чувства доступности, известности мыслей и чувств окружающим. Об этом нередко свидетельствуют испытываемые больным эхо-феномены — повторение вслух окружающими мыслей больного (эхо- мыслей), повторение «голосами» мыслей больного (галлюцинаторное эхо), в вер­бальных галлюцинациях его предуведомляют о том, что ему предстоит услышать (предвосхищающее эхо) и др. Возможен итеративный характер эхо-феноменов в виде многократного повторения [Жмуров В.А., 1988]. Переживание открытости на­блюдается и вне эхо-феноменов — больной чувствует, что его мысли известны всем.

***С. патогномонический*** (*греч. pathos —* болезнь, страдание, *gnomonikos —* способный к суждению, знающий). Синдром, наблюдающийся исключительно при данном заболевании и не характерный для других.

***С. первичные.*** Признаки болезни, обусловленные ее сущностью, этиопатоге- незом и не выводимые психологически из других. Ср.: симптомы вторичные.

***С. повторяемости восприятий*** [Глазов В.А., 1946]. Наблюдается при острых интоксикациях (акрихин) и характеризуется тем, что все происходящее во­круг бесконечно повторяется. Возникает приступообразно в связи с внутривенным введением акрихина.

***С. повышенной откликаемости.*** Повторение больным слов и фраз собе­седника, прежде чем ответить на них. Наблюдается при старческом слабоумии, бо­лезни Пика. Проявление митигированной, облегченной, эхолалии.

***С. поиска поддержки*** [Завилянская Л.И., 1977]. Наблюдается при начальной шизофрении в подростковом и юношеском возрасте и отражает личностную компен­саторную реакцию на заболевание, возникающую на фоне процессуальных ши­зофренических изменений. Больной обращается к окружающим с навязчивой прось­бой рассеять его опасения, связанные с болезнью и изменением его положения в семье, коллективе, Получив успокаивающий ответ, через некоторое время больной, как бы не удовлетворяясь им, вновь повторяет тот же вопрос. В повторяемом без из­менений вопросе отмечаются элементы стереотипии. С течением заболевания ме­ханизмы навязчивости лишаются аффективной окраски и задаваемый больным во­прос становится типичным проявлением шизофренических стереотипии.

***С. полигнома*** (*греч. polys —* многий, *gnosko —* познавать). См. *С. энциклопе­диста.*

***С. психические негативные.*** Признаки психических заболеваний, характе­ризующие обеднение личности больного, снижение активности мыслительной дея­тельности и эмоциональное оскудение.

Син.: минус-симптомы.

***С. психические позитивные.*** Проявления психопатологической продукции, например, бред, галлюцинации, гипер- или гипотимия.

Син.: плюс-симптомы.

***С. психотической брани*** [Pary R.J., 1979]. Описан как редкое осложнение по­сле длительного применения нейролептиков. Характеризуется копролалией, грима­сами и нарушением артикуляции в сочетании с пароксизмальным миганием глаз. От­сутствуют признаки орально-буккальной или жевательной дискинезии, а также не­произвольные движения конечностей. Рассматривается как проявление редуциро­ванного Жиля де ла Гуретта синдрома.

***С. редупликации галлюцинаций*** [Узунов Г., Божинов С., Йоцов М., Георгиев И., 1957]. Наблюдается при психозах, возникающих вследствие интоксикации бро­мом. Речь идет о повторяемости галлюцинаторных переживаний, а не воспомина­ний, как при редупликационной парамнезии, или реальных восприятий, как при Гла­зова симптоме повторяемости переживаний. Обычно сочетается с психосенсорными расстройствами. Характерны эмоциональная насыщенность переживаний, их непри­ятный чувственный оттенок. Галлюцинаторные образы часто окрашены в черный цвет.

***С. ретроспективных нарушений узнавания*** [Краснов В.Н., 1976] Один из вариантов ложных опознаний. Ложное опознание формируется спустя некоторое время после визуального контакта с ложно опознаваемым лицом — ретроспективно больные утверждают, что виденный ими ранее человек был определенно им знаком, либо, наоборот, под видом знакомого или родственника предстал совершенно не­знакомый человек. Таким образом, речь идет о ретроспективном, отставленном во времени варианте симптомов положительного и отрицательного двойника, входя­щих в структуру Капгра синдрома.

***С. речевой диссоциации*** [Штернберг Э.Я., 1960, 1967; Блейхер В.М., 1964, 1970]: 1. Симптом аграфически-афатической диссоциации — расстройства письмен­ной речи опережают расстройства устной. На стадии амнестической афазии отмеча­ются нарушения списывания и воспроизведения автоматизированных энграмм, на стадии транскортикальной сенсорной афазии выявляется абсолютная аграфия. 2. Симптом парафатически-афатической диссоциации характеризуется ранним выяв­лением вербальных парафазий, особенно при повышенной речевой нагрузке (на стадии транскортикальной сенсорной афазии).

С.р.диссоциации характерны для динамики афатических расстройств атрофи­ческого происхождения и объясняются множественностью очагов поражения коры большого мозга. Наблюдается при болезни Альцгеймера.

***С. сального лица.*** См. *Рейхардта симптомы.*

***С. сдвига ситуации в прошлое*** [Жислин С.Г., 1956] Проявление характерно­го для старческого слабоумия и Альцгеймера болезни амнестического синдрома. Близок к экмнезии, при которой стирается грань между событиями настоящего и прошлого. События настоящего относятся больными к прошлому, в связи с этим не­редко игнорируется смерть близких (родителей, мужа, сестры); больная утверждает, что только что виделась с ними. На вопрос о том, какие газеты больная читает, она сообщает перечень, в котором фигурируют газеты как современные, так и выходив­шие в прошлом. В генезе симптома играют роль амнестические расстройства, пато­логическое оживление запасов прошлого жизненного опыта, дефектное восприятие больными окружающего.

***С. стоячие.*** Психопатологические признаки, проявляющиеся в стереотипно­итеративной деятельности (речевой, двигательной). Типичные примеры: стоячие обороты и симптом граммофонной пластинки при болезни Пика, двигательные итерации — при пей же.

***С. субъективного переживания повторяемости собственных психиче­ских процессов*** [Насонов Б.А., Куценок Б.М., 1965]. Описан при акрихиновой инток­сикации и близок к Вальтер-Бюэля эхомнезии и симптому повторяемости восприя­тий Глазова. Отличается тем, что повторяемость относится не только и не столько к происходящему вокруг, сколько к собственным движениям и мыслям. Характерно также отсутствие в этот период у больного экспрессивной речи, которая восстанав­ливается одновременно с прекращением переживания повторяемости.

***С. сухого языка*** [Осипов В.П., 1923]. Наблюдается при выраженных депрес­сиях и характеризуется сухостью языка, покрытого фулигинозным налетом, на кото­ром в ряде случаев могут возникать трещины. Характерна гипосаливация. Язык за­стойный, опухший, с отпечатками зубов по краям. Симптом объясняется характерны­ми для депрессивного состояния вегетативными расстройствами.

***С. сходства*** [Смирнов В.К., 1972]. Сочетание ложного узнавания и неузнава- ния одного и того же лица — в облике хорошо знакомого человека больной узнает другого знакомого или родственника. Одно из проявлений патологии узнавания при шизофрении.

***С. счастливых сновидений*** [Попов Е.А., Бирюкович П.В., 1956]. Появление аффективно-положительно окрашенных сновидений у больных циркулярным психо­зом в начале выхода из депрессии. Является ранним признаком начинающегося вы­здоровления.

***С. счета монет.*** См. *С. катания пилюль.*

***С. танцующего дервиша*** («танцующие дервиши» — мусульманская секта, члены которой совершают экстатические танцы) [Gartfield D.A., Gutheil T.G., 1982]. Редкий симптом, описанный у больного шизофренией, в течение ряда лет получав­шего лечение нейролептиками. Характеризуется быстрой ходьбой по кругу не­большого диаметра регулярно раз в 2 недели (иногда в течение 16 часов). Можно думать о роли в генезе симптома явлений акатизии и тасикинезии (см. *Ио синдром*)*.*

***С. турбуленции*** (*лат. turbulentus —* беспорядочный). [Flugel Т., 1956]. Край­няя степень двигательного возбуждения экстрапирамидного происхождения.

***С. указания вины*** [Schneider К., 1932; Scheid W., 1934]. Больной испытывает не столько чувство собственной вины, сколько считает виновными в якобы допущен­ных им проступках и прегрешениях окружающих. Характерен для инволюционных депрессий и имеет известное прогностическое значение. Психозы с идеями самооб­винения протекают более благоприятно, чем когда в структуру бреда входит пережи­вание совиновности окружающих.

***С. умолкания.*** Неожиданное и необъяснимое внешними факторам измене­ние, нивелирование клинической картины заболевания, исчезновение таких его про­явлений, как гипертимия, психомоторное возбуждение и т.п. В некоторых случаях, например при конфабуляторной форме старческого слабоумия, этот симптом даст основания предполагать наличие латентно протекающей соматической патологии (пневмонии, пиелоцистита и др.).

***С. факультативные.*** Необязательные признаки болезни, имеющие второ­степенное диагностическое значение. Учитываются при обнаружении совместно с облигатными симптомами.

***С. физиогенные.*** Симптомы, психического заболевания, обусловленные мор­фологическим субстратом, патологическими изменениями органов и тканей.

***С. фиксации взора.*** Наблюдается при пассивном повороте головы больного с истерической слепотой — глазные яблоки плавно смещаются в противоположную движению головы сторону и зрачки остаются фиксированными на лице врача.

***С. фотографии*** [Коркина М.В., 1973]. Проявление своеобразного отношения больных с дисморфофобией (дисморфоманией) к фотографиям. Фотографии при­влекаются либо в качестве доказательства «уродства» больного, либо же наблюда­ется отказ больных фотографироваться даже для необходимых документов.

***С. фотографического чтения вслух*** [Осипов В.П., 1908]. Монотонное, громкое, быстрое чтение с воспроизведением всех знаков препинания, без необхо­димых модуляций в голосе. Один из кататонических эхокинетических симптомов.

Син.: эхолексия.

***С. Фреголи.*** См. *Фреголи симптом.*

***С. хоботка.*** Стереотипная гримаса, при которой губы больного выпячиваются в трубочку. Варьирует в степени выраженности и продолжительности (от нескольких секунд до спастического удержания гримасы в течение продолжительного времени). Возможны малая выраженность С.х. (абортивный хоботок) и парциальные его прояв­ления, когда выпячивается только одна губа [Сухаребский Л.М., 1966]. Наблюдается при кататонической шизофрении.

***С. циклотимические резидуальные*** [Huber G., Glatzel G., Lungershausen E., 1969]. Резидуальная психопатологическая симптоматика, наблюдающаяся после де­прессивной фазы циклотимии и проявляющаяся аффективными симптомами, менее выраженными, чем во время фазы, снижением психической активности, неполным восстановлением прежних интересов, усилением некоторых преморбидных личност­ных свойств, например, тревожной мнительности.

Понятие, близкое синдрому несостоятельности.

***С. чувства нереальности*** [Jaskin J.C., 1935]. Наблюдается в начальной ста­дии легкой циркулярной (циклотимической) депрессии. Характерно испытываемое больным чувство нереальности, относящееся как к окружающей действительности, так и к собственной личности. Больной знает, что окружающий мир или его тело ре­альны, но не чувствует этого. Характерна жалоба на то, что между ним и окружаю­щим миром как бы возникла стена.

***С. шизофрении второго ранга*** [Schneider К., 1955]. Симптомы меньшего, по сравнению с симптомами первого ранга, диагностического значения. К ним относят­ся не включенные в группу симптомов первого ранга обманы восприятия, бредовые озарения, растерянность, депрессивные или гипертимические расстройства, эмоци­ональное обеднение и др. Если они достаточно выражены и постоянны, они все же имеют, по K. Schneider, известное диагностическое значение.

***С. шизофрении первого ранга*** [Schneider К., 1955]. Совокупность выделен­ных эмпирическим путем симптомов, имеющих важное диагностическое значение. Включает в себя проявления «патологических переживаний»: звучание собственных мыслей, слуховые галлюцинации противоречивого и взаимоисключающего харак­тера, соматические галлюцинации, слуховые галлюцинации комментирующего ха­рактера, внешнее воздействие на мысли, чувства, побуждения, поступки, симптом открытости, обрывы мыслей (шперрунги), бредовые восприятия (реальное восприя­тие чего-либо кажется больному сделанным, иррациональным, имеющим к нему особое отношение). Уверенная диагностика шизофрении, по K. Schneider, правомер­на при наличии всех симптомов первого ранга и при отсутствии знаков органическо­го поражения головного мозга, расстройств сознания. Не являются обязательными, облигатными симптомами шизофрении, их отсутствие не исключает диагностики ши­зофренического процесса. Диагностическая значимость наличия С.ш.п.р. в клиниче­ской картине подтверждается катамнестическими исследованиями [Koehler K.G., Steigerwald F., 1977].

***С. экрана сновидений*** [Lewin B.D., 1946; Rycroft Ch., 1951]. Заключается в том, что сновидения кажутся больному проецируемыми на воображаемый экран. Яв­ляется выражением экзальтации начальной стадии циркулярной мании и может рассматриваться как проявление оживления эмоциональности. Авторами интерпре­тировался психоаналитически — сон якобы отождествляется с материнской грудью, происходит символизация экстатического слияния с грудью и отрицания враждебно­сти к матери.

***С. энциклопедиста*** [Пантелеев Д., 1968]. Наблюдается в письменном и худо­жественном творчестве больных парафренной шизофренией и характеризуется склонностью этих больных к политематической и поливалентной деятельности. Больные пишут на самые различные темы и в самых разнообразных жанрах (ли­тературные произведения, рисунки, портреты, картины, статьи, труды с претензией на научные открытия или научную рационализацию, афоризмы, сентенции, настав­ления и т.п.). В письменном и художественном творчестве больных отражаются их болезненные переживания, искаженное отражение действительности. Особенно ха­рактерен для больных с фантастически-мегаломаническими и персекуторными бре­довыми переживаниями.

Ср.: Кутанина синдром многописательства при паранойяльных состояниях. Син.: С. полигнома.

**Симптоматика.** Совокупность симптомов заболевания или группы болезней. **Симптоматология.** См. *Семиотика.*

**Симптомокомплекс.** См. *Синдром.*

**Симультанный** (*лат. simul —* совместно с). Одновременный. Например, си­мультанный синтез, расстройства которого характерны для поражений головного мозга теменно-височной локализации.

**Симуляция психического заболевания.** Сознательное, притворное поведе­ние, заключающееся в имитации признаков несуществующего психического заболе­вания с целью избежать наказания за совершенное преступление. Различают С. превентивную (предварительную), проявляющуюся перед совершением правонару­шения; интрасимуляцию, осуществляемую в момент совершения преступления, и постсимуляцию, которая проявляется после совершения преступления и является защитным поведением, предпринимаемым с целью избежать наказания.

С. возможна и на патологически измененной почве [Говсеев А.А., 1899], чаще всего у страдающих органическими поражениями головного мозга, олигофренией, при наличии шизофренического дефекта психики, у психопатических личностей. Это не симуляция в истинном смысле, а патологическое притворство. К С. на патологи­чески измененной почве относятся аггравация, метасимуляция и сюрсимуляция.

*Аггравация —* сознательное, нарочитое усиление признаков имеющегося за­болевания.

*Метасимуляция* заключается в умышленном воспроизведении симптомов только что перенесенного заболевания, чаще всего реактивного состояния.

*Сюрсимуляция —* изображение психопатологических симптомов, не свой­ственных, чуждых имеющемуся заболеванию.

**Синапсы** (*греч. synapsis —* соприкосновение, соединение). Специализирован­ные структуры, обеспечивающие передачу нервного импульса с нервного волокна на какую-нибудь клетку. В зависимости от того, за счет какого медиатора осуществляет­ся синаптическая передача, различают дофаминовые, серотониновые и др. С. Изме­нением функции дофаминовой системы мозга на уровне С. и рецепторов (см.) объ­ясняется развитие психических расстройств при шизофрении. Дофаминовая гипоте­за шизофрении заключается в предположении о том, что в тканях мозга больных об­разуется избыточное количество дофамина, повышается активность дофаминерги­ческих структур мозга, появляется гиперчувствительность дофаминовых рецепторов и увеличение их количества. Возникновение эндогенной депрессии первоначально связывали с дефицитом серотонина или норадреналина (серотонинергическая и но­радренергическая гипотезы) ; в настоящее время патогенез депрессии объясняется нарушением равновесия различных систем синаптической передачи, изменением чувствительности рецепторов или нарушениями в синтезе нейротрансмиттеров (ме­диаторов).

**Синдромы** (*греч. syndromos —* вместе бегущий, *syndrome —* стечение при­знаков болезни). Система взаимосвязанных в патогенезе симптомов болезни. Нозо­логическая диагностика возможна при учете статики и динамики С. По А.В. Снежнев- скому [1983], развитие психического заболевания сопровождается увеличением чис­ла симптомов, возникновением новых, изменениями в их взаимоотношениях, что приводит к превращению одного синдрома в другой. Смена синдромов, их патокинез отражает специфический для заболевания механизм развития патологического про­цесса [Давыдовский И.В., 1962].

Термин С. иногда употребляется для обозначения заболевания, главным об­разом это относится к наследственным болезням).

***С. абстинентный.*** См. *Абстиненция.*

***С. абстинентный алкогольный.*** См. *С. похмелья.*

***С. абулический.*** Характеризуется отсутствием побуждений, утратой желаний, безучастностью и бездеятельностью в связи с исчезновением откликаемости. На­блюдается при шизофрении, органических поражениях головного мозга (в виде С. апатико-абулического).

***С. адаптационный.*** См. *Селье синдром адаптации.*

***С. Алисы в стране чудес.*** Описан J. Todd [1955]. Характеризуется явления­ми деперсонализации, дереализации (с искажением представлений о пространстве и времени), зрительными иллюзиями, псевдогаллюцинациями, метаморфопсиями, чувством раздвоения личности. Наблюдается при заболеваниях различной этиоло­гии (эпилепсия, церебральные опухоли, интоксикационные и инфекционные психо­зы, шизофрения). Назван по имени героини одноименной книги Л. Кэррола.

***С. аментивный.*** См. *Аменция.*

***С. аментивно-ступидный*** (*лат. stupiditas —* тупоумие) [Зальцман Г.И., По­пова Л.П., 1983]. Наблюдается при антабусных психозах и характеризуется одновре­менным существованием двух полюсов — с позитивными и негативными проявлени­ями. Первый — аментивноподобный; для него характерны аллопсихическая дезори­ентировка во времени и месте, аутопсихическая дезориентировка типа деперсона­лизации с явлениями растерянности, инкогеррентность мышления, элементы после­дующей амнезии. Второй полюс — острой деменции — характеризуется дезоргани­зацией поведения при нарушении способности к осмыслению ситуации, расстрой­ствами памяти на текущие события.

***С. амотивационный*** (*а + фр. motif —* побудительная причина, повод) [Maller О., 1978]. Характеризуется нарушением побуждений и рассматривается как ведущий фактор в развитии шизофренического дефекта. Выделен с позиций психобиологиче­ской модели шизофрении и, по мнению автора, является генетически обусловлен­ным. В генезе амотивационного синдрома большое значение придается изменениям активирующего влияния ретикулярной формации, особенно гипоталамуса, на кору большого мозга.

***С. аноэтический*** (*а + греч. noetikos —* способный к мышлению). Характери­зуется резким снижением или прекращением всех видов мыслительной деятельно­сти при непомраченном сознании, относительной сохранности внимания и некото­рых аффективных реакций. Возникает в связи с блокадой активирующей импульса- ции из ретикулярной формации в кору головного мозга.

***С. апаллический.*** См. *Кречмера апаллический синдром.*

***С. апатико-абулический.*** Характеризуется утратой побуждений, отсутствием инициативы, адинамией, апатией, гипо- или акинезией, снижением речевой активно­сти. Наблюдается при органических поражениях головного мозга лобной локализа­ции.

***С. апоплектиформный*** (*греч. apoplektikos —* пораженный ударом + *лат. formis* — подобный). Остро развивается и характеризуется наличием мозговых и очаговых неврологических симптомов, напоминающих картину геморрагического инсульта, но обусловленный какой-либо другой причиной, например, обширным ин­фарктом головного мозга.

***С. астенический.*** См. *Астения.*

***С. астеноадинамический.*** Характеризуется сочетанием астении и адинамии. Наблюдается при экзогенных и экзогенно-органических психозах.

***С. астеновегетативный.*** Характеризуется астенией, протекающей с выра­женными вегетативными расстройствами, главным образом, ваготоническими. На­блюдается при неврозах, реактивных состояниях, некоторых вариантах патологиче­ского развития личности.

***С. астенодепрессивный.*** Сочетание астении со стойким снижением на­строения. Наблюдается при неврозах, психозах (чаще соматогенных, психогенно-ре­активных, однако нередко встречается и при циклотимии), при ряде соматических заболеваний.

***С. астеноипохондрический.*** Сочетание астении с преувеличенной озабо­ченностью своим здоровьем, при этом часты неприятные телесные ощущения, отдельные сенестопатии. Исключительно часто встречается в практике пограничной психиатрии.

***С. атактического антагонизма*** [Случевский И.Ф., 1955]. Характеризуется наличием контрастных психопатологических проявлений в мышлении, аффективно- сти, поступках (взаимоисключающие суждения, сочетание чувственной тупости и неадекватных аффективных реакций, абулии и немотивированных и прямо противо­речащих окружающей действительности поступков). Рассматривается как проявле­ние ультрапарадоксальной фазы в коре большого мозга при шизофрении.

***С. аффективно-бредовой.*** Сочетание аффективных расстройств с бредовы­ми (параноидными или парафренными). Наблюдается при многих психических забо­леваниях.

***С. аффективный.*** Общее название психопатологических синдромов, в кли­нической картине которых преобладают аффективные расстройства. Наблюдается при многих психических заболеваниях, в первую очередь при аффективных пси­хозах.

***С. большой.*** Усложненный, по сравнению с С. малым. Обычно образуется в результате генерализации и утяжеления психоза. Характеризуется сочетанием пси­хопатологических расстройств разного регистра, например, аффективных и бредо­вых.

***С. бородатых женщин.*** См. *Ашара—Тьера синдром.*

***С. вазомоторный*** [Friedmann M., 1891]. Следствие сотрясения мозга. Харак­терны разлитые головные боли, головокружения (особенно при нагибании тела), астения, понижение волевой деятельности, ослабление памяти, непереносимость по отношению к перегреву, интолерантность к спиртным напиткам. При легком сдав­лении сонных артерий наступают головокружения, цианоз. Жалобы больных носят монотонный, стереотипный характер. Отсутствуют боли в отдаленных частях тела, парестезии, чувство тоски и страха, псевдоневрастенические, ипохондрические и на­вязчивые состояния.

С наибольшей вероятностью речь идет о вегето-сосудистом компоненте пост­травматической энцефалопатии. По данным автора, при микроскопии обнаружива­ются изменения в средних и мелких артериях головного мозга — гиперемия мелких сосудов и капилляров, капиллярные геморрагии, очаги резкого расширения капилля­ров, круглоклеточные инфильтраты сосудистых стенок.

***С. височной доли.*** Наблюдается при поражении височной доли головного мозга. Характерны галлюцинации (обонятельные, вкусовые, слуховые), снижение слуха, квадрантная гемианопсия, пароксизмы «уже виденного» или «никогда не ви­денного», нарушения речи (при патологическом очаге в доминантном полушарии), расстройства памяти, иногда припадки психомоторной (джексоновской) эпилепсии.

***С. височно-теменной.*** См. *Пика—Вернике височно-теменной синдром.*

***С. височный Ландольта*** (Landolt H., 1960]. Выраженные личностные измене­ния, обусловленные значительным поражением, но не разрушением височной обла­сти доминантного полушария. Характерны снижение инициативы, затруднения в ис­пользовании приобретенного жизненного опыта, легкомыслие поступков, склонность к длительным бесцельным поискам, ипохондрические жалобы без адекватной эмо­циональной окраски, апатия, безучастность. Клиническая картина дополняется про­явлениями дисфории, сниженного настроения.

Наблюдается при травматических поражениях головного мозга, опухолях, ви­сочной эпилепсии.

***С. внешнего воздействия*** [Claude H., 1924]. Понятие, близкое синдрому пси­хического автоматизма. Включает в себя идеи внешнего воздействия, нарушения ощущения, восприятия, сенсомоторики, входящие в феномен ксенопатических явле­ний по P. Guiraud (*греч. xenos —* чуждый). Согласно H. Claude, в С.в.в. входят как ис­тинные галлюцинации, характеризующиеся пространственной экстериоризацией, так и явления психического автоматизма в понимании G. Clerambault, проявляющиеся в искаженной интерпретации фактов и рассматриваемые в связи с особенностями де­ятельности подсознания. По Ch. Bardenat [1975], понятие С.в.в. применимо, помимо собственно бредовых психозов, и к клинике онейроидных состояний.

Син.: полисиндром внешнего воздействия.

***С. врожденного токсоплазмоза*** [Sabin A.B., Feldman H.F., 1949]. Харак­терен для врожденного церебрального токсоплазмоза и включает в себя гидроцефа­лию, хореоретинит и очаги обызвествления в головном мозге, так называемые ин­тракраниальные кальцификаты. Нередко при этом наблюдаются явления задержки умственного развития различной степени выраженности и эпилептиформные при­падки.

Указанные признаки имеют большее диагностическое значение, чем сероло­гическая реакция Себина—Фельдмана, дающая положительные результаты у поло­вины практически здоровых лиц в связи со значительной частотой асимптомно пере­носимого токсоплазмоза.

***С. вторжения*.** *См. Кандинского—Клерамбо синдром.*

***С. вязкоапатического слабоумия*** [Морозов В.М., 1967]. Один из вариантов эпилептического слабоумия, характеризуется выраженной апатией, крайней медли­тельностью и тугоподвижностью интеллектуальной деятельности и эмоциональных проявлений, отсутствием аффективной напряженности и эксплозивности. Наблюда­ется при большой давности и значительной интенсивности течения эпилептического процесса, протекающего с частыми судорожными припадками, эпилептическими ста­тусами и эпизодами расстроенного сознания. Имеет большое сходство с дефензив- ным синдромом и противостоит эксплозивному. Близок к описаниям инертно-олиго- фазического слабоумия при эпилепсии [Фрумкин Я.П., Завилянский И.Я., 1964].

***С. галлюцинаторно-параноидный.*** Сочетание вербальных галлюцинаций с бредовыми идеями, чаще всего — преследования, воздействия, отношения. Наблю­дается при шизофрении и шизофреноподобных психозах.

***С. галлюцинаторный.*** См. *Галлюциноз.*

***С. гебефренический.*** См. *Гебефрения, Кербикова триада гебефреническо­го поведения.*

***С. гебоидный.*** Сочетание аффективно-волевых нарушений с выраженными изменениями поведения вплоть до антисоциальных тенденций. Характерны гру­бость, негативизм, недостаточный самоконтроль, извращение эмоциональных реак­ций и влечений при известной интеллектуальной сохранности.

Наблюдается при шизофрении подросткового и юношеского возраста, психо­патиях.

***С. гепатоцеребральный.*** См. *Дистрофия гепатоцеребральная.*

***С. гиперкинетический.*** Двигательное возбуждение с преобладанием не­произвольных и экспрессивных (мимика, жесты) движений.

***С. гиперсомнический.*** См. *Гиперсомния.*

***С. гипноидный*** [Протопопов В.П., 1946]. Выделен при шизофрении в соответ­ствии с представлениями И.П. Павлова о хроническом гипнотическом состоянии, ле­жащем в основе ряда шизофренических симптомов. Обусловлен остро или подостро возникающей общей функциональной слабостью нервных клеток, приводящей к гип- ноидному типу реагирования на любые раздражители внешней или внутренней сре­ды. Рассматривается как патофизиологическое основание, обусловливающее разви­тие психопатологической шизофренией симптоматики, в первую очередь снижения функций синтеза и анализа.

***С. гипопатический*** (*гипо + греч. pathos —* страдание, болезнь). См. *Гипопа­тия.*

***С. годовщины*** (*англ. annyversary syndrom*) [Hilgard G., 1960; Meyer J., 1973, 1979]. Характеризуется танатофобическими переживаниями у лиц, перенесших, осо­бенно в детском возрасте, смерть кого-либо из своих родителей, братьев, сестер. При приближении годовщины этого события появляются беспокойство, тревога, не- прекращающиеся мысли с смерти, которая произойдет непременно в годовщину смерти близкого родственника.

***С. депрессивно-параноидный.*** Характеризуется сочетанием тревожной де­прессии со стойким выраженным параноидом. Бредообразование носит характер го- лотимного. В депрессивном бреде чаще всего фигурируют идеи обвинения, самооб­винения, греховности, ипохондрические. Бредовые идеи могут носить характер син­дрома Котара (фантастические идеи громадности и отрицания, нигилистические). Нередко отмечаются двойная ориентировка, соответствующие по смыслу бредовым переживаниям вербальные галлюцинации. Наблюдается при МДП, инволюционной депрессии, шизофрении.

***С. депрессивный.*** См. *Депрессия.*

***С. диабетоподобный*** [Бирюкович П.В., 1958]. При маниакально-депрессив­ном психозе в предприступном периоде обнаруживают предшествующие клиниче­ским психопатологическим проявлениям фазы изменения углеводного обмена, напо­минающие таковые при сахарном диабете, но отличающиеся обратимостью, крат­ковременностью.

***С. динамических нарушений схемы тела*** [Раздольский И.Я., 1935]. Харак­теризуется пароксизмально наступающими во время эпилептических припадков типа Браве—Джексона нарушениями схемы тела, выражающимися в ощущениях, будто бы судорожно сокращающаяся конечность или какой-то ее фрагмент совершают круговые, винтообразные движения. Наблюдается при органических поражениях го­ловного мозга теменной локализации (опухоли мозга) и свидетельствует о распро­странении патологического процесса на переднюю центральную извилину, а также о поверхностной локализации опухоли. Как правило, отмечается в стадии тонической судороги и сопровождается нарушениями мышечно-суставного чувства.

***С. динамической хроноагнозии*** [Шогам А.Н., 1965]. Наблюдается у больных шизофренией в процессе выполнения ими заданий по методикам, направленным на исследование конструктивной деятельности. Характеризуется нарушением субъек­тивной оценки времени собственных действий, не стоящими ни в связи с настроени­ем больного, ни с числом и качественной характеристикой допущенных в процессе выполнения задания ошибок. У больных в маниакальном или депрессивном состоя­нии оценка темпа собственных действий соответствует общему эмоциональному то­нусу, у слабоумных больных нарушение оценки времени действий пропорционально количеству ошибок.

***С. зависимые и независимые*** [Малкин П.Ф., 1956, 1959]. Разделение психо­патологических синдромов при соматогенных психозах в зависимости от их обрати­мости с ликвидацией вызвавшей психические расстройства причины. Зависимые синдромы носят сугубо симптоматический характер, тогда как независимые возни­кают при наличии патологически измененной почвы, в первую очередь, при измене­нии реактивности.

***С. закрытые и открытые*** [Хвиливицкий Т.Я., 1973]. Выделены при сопо­ставлении структуры психопатологических синдромов при циркулярном психозе и шизофрении. При этом в синдромах различаются первичные (церебральные, эндо­генные) симптомы, к которым относятся аффективные состояния, темп, напряжен­ность психических процессов, и вторичные, связанные с рефлексией, ситуационны­ми переживаниями, к которым относятся сверхценные и бредовые идеи, навязчиво­сти, невротические симптомы. Первичные симптомы являются кристаллизационны­ми центрами синдрома, вторичные — получают самостоятельное развитие, более лабильны, вторично влияют на эмоциональную сферу. В течении болезни, на разных ее стадиях наблюдаются закрытые («монолитные») и открытые (сложные) синдромы. Типичный пример С.з. — классический меланхолический синдром, кото­рому могут предшествовать или сменять его С.о.

Соответственно, при С.з. лечение должно сводиться к биологическим мето­дам, при С.о. *—* к ним добавляются психотерапия, методы реадаптации.

***С. измененной реактивности*** [Пятницкая И.Н., 1975]. Включает в себя пер­вые, диагностически наиболее важные признаки наркомании — изменение формы потребления наркотического вещества, изменение толерантности к нему, исчезнове­ние защитных реакций при передозировке и изменение формы опьянения. Обяза­тельно обнаруживается в клинике любой формы наркомании, наряду с синдромами психической и физической зависимости.

***С. интерпароксизмальный.*** См. *Кронфельда интерпароксизмальный син­дром.*

***С. ипохондрический.*** Характерна убежденность больных в наличии у них тя­желого и неизлечимого заболевания. Часто, особенно на начальной стадии, отмеча­ются неприятные телесные ощущения, сенестопатии, в дальнейшем, по мерс тече­ния заболевания, на их основе могут возникать сверхценные идеи и бредовые ин­терпретации. При значительной выраженности явлений сенестопатий говорят об ипохондрически-сенестопатическом синдроме. Ипохондрическая симптоматика на­блюдается при очень широком круге психических заболеваний — неврозах, развити­ях, шизофрении, эндо- и психогенных депрессиях, соматогенных психозах.

***С. истерический.*** См. *Истерия, Невроз истерический, Психозы истериче­ские.*

***С. истощения ремиссионный.*** Астения, наступающая при шизофрении со становлением лечебной ремиссии.

Син.: постпсихотическая астения.

***С. кататонический.*** Психические расстройства, проявляющиеся, главным образом, в двигательной сфере (возбуждение, ступор, иногда — чередование этих состояний). Наблюдается, главным образом, при шизофрении.

*С.к. вторичный* (привитой) сменяет в течении шизофренического процесса другие синдромы (параноидный, галлюцинаторно-параноидный). Обычно это люцид- ная кататония. Наблюдается при непрерывно-прогредиентном течении шизофрении.

*С.к. люцидный* протекает при ясном сознании с адекватной оценкой окружаю­щего, не сопровождается амнезией. Могут быть галлюцинаторно-параноидные вклю­чения.

*С.к. паракинетический* характеризуется парадоксальностью, вычурностью проявлений моторики. Часто сочетается с гебефренной симптоматикой.

*С.к. поздний* (инволюционный) — при возникновении заболевания впервые в возрасте свыше 45 лет.

*С.к. проскинетический* характеризуется повышенной готовностью к двига­тельной стереотипии, эхолалии или, наоборот, негативизму. См. *Проскинезия.*

*С.к. фебрильный* (пернициозный, смертельный) наблюдается при фебрильной шизофрении (см.).

***С. коммоционно-контузионный.*** См. *Коммоция головного мозга, Контузия головного мозга.*

***С. конвекситатной поверхности лобных отделов головного мозга.*** Психические нарушения, возникающие при патологии наружных отделов лобных до­лей, их выпуклой поверхности. Основной симптом — бедность влечений, побужде­ний [Kieist К., 1911]. Характерны нарушения мышления, редуцированность мысли­тельной деятельности, ее непродуктивность, ослабление комбинаторной способно­сти. При описании каких-либо событий больные обнаруживают словесную скупость в изложении фактов, бедность мыслей [Klages W.]. Больные вследствие нарушения мотивации испытывают затруднения в начале какой-либо деятельности, не доводят ее до конца. Проявлением данного феномена являются и небрежность, неряшли­вость в одежде, безразличие к ведению хозяйства. Психопатологически близок к та­ламической деменции. Наблюдается при атрофических процессах (лобный вариант болезни Пика), опухолях головного мозга лобной локализации. В последнем случае при устранении причины обнаруживает значительную обратимость.

***С. «кошачьего крика»*** [Lejeune J*.,* 1963]. Разновидность олигофрений вслед­ствие хромосомной патологии. Характеризуется выраженным умственным недораз­витием, низким ростом, микроцефалией, гипертелоризмом, «антимонголоидным» разрезом глаз, наличием эпиканта, низким расположением и асимметрией ушных раковин. «Мяукающий» тембр голоса обусловлен недоразвитием гортани. Умствен­ное недоразвитие чаще всего степени имбецильности или идиотии.

***С. лабильности волевого усилия*** [Мелехов Д.Е., 1963]. Один из вариантов шизофренического дефекта, характеризующийся лабильностью, неустойчивостью в длительной работе и легко наступающей дезорганизацией целенаправленной актив­ности. Нарушения активности представлены шкалой, начиная от выраженной ла­бильности, неустойчивости волевого усилия, когда еще возможна компенсация де­фекта, и кончая полной дезорганизацией поведения, мышления и речи.

Син.: диатонический тип дефекта [Сухарева Г.Е., 1935].

***С. лагерей уничтожения*** [Trautmann E.C., 1961]. Наблюдается у бывших уз­ников нацистских концлагерей. Психические расстройства проявляются через деся­тилетия после освобождения и характеризуются состоянием страха, депрессивными реакциями, неотвязно оживающими картинами прошлого. Наблюдаются вегетатив­ные расстройства, сексуальная недостаточность, дисгармония супружеских отноше­ний.

***С. лобный.*** Характеризуется изменениями психической активности (аспонтан- ность или, наоборот, мория, иногда — чередование этих состояний), интеллектуаль- но-мнестическим снижением, нарушениями критики. Наблюдается при органических заболеваниях головного мозга с преимущественным поражением лобных отделов головного мозга опухолевого и посттравматического генеза, при болезни Пика.

***С. малый.*** Психопатологическое расстройство, характеризующееся ограни­ченным кругом проявлений — астения, мания, депрессия, бред.

***С. маниакальный.*** См. *Мания.*

***С. межуточного мозга*** [Stertz G., 1929, 1931, 1933]. Психические нарушения при локализации органического поражения в межуточном мозге: выраженная ас- понтанность, апатические изменения, эйфория, нарушения сна, интеллектуальное и мнестическое снижение, отсутствие сознания болезни. При устранении причины в некоторых случаях отмечается обратное развитие. Наблюдается при опухолях го­ловного мозга и гипофиза, абсцессах мозга, церебральном атеросклерозе, рассеян­ном склерозе, сифилисе мозга, энцефалитах, травмах головного мозга.

***С. минимальной мозговой дисфункции.*** См. *С. незначительного органиче­ского поражения головного мозга.*

***С. нарушений тонких движений*** [Haase H.J., 1954]. Первое проявление влияния нейролептической терапии на экстрапирамидную систему. Наиболее харак­терны изменения почерка, который становится ригидным, строки короткие, наблюда­ются явления микрографии, при написании букв — дрожание. Появление синдрома рассматривается как свидетельство того, что достигнут нейролептический порог.

***С. незавершенные*** [Авруцкий Г.Я., 1968]. Синдромы, возникающие при ши­зофрении в связи с применением психотропных средств. По генезу эти синдромы, остановившиеся в формировании, а также неполостью редуцированные (более пра­вильно называть их неразрешившимися). Нередко при этом меняется и структура самого психопатологического синдрома за счет трансформации мишень-симптомов в результате воздействия психотропных средств. С.н. склонны к длительному суще­ствованию, лабильны, представляют собой как бы состояние равновесия между бо­лезнью и ремиссией. Часты колебания в сторону ухудшения состояния больного. С.н. рассматриваются как прогностически благоприятные, их своевременная диагно­стика способствует проведению интенсивной терапии, направленной на полную редукцию психопатологического синдрома. В то же время длительное существова­ние незавершенных синдромов свидетельствует о недостаточной интенсивности терапии и возможности ухудшения.

***С. незначительного органического поражения головного мозга*** [Payne R.S., 1966]. Наблюдается у детей в результате органической резидуальной патоло­гии (травмы, инфекции и интоксикации в периоде беременности, родов, в раннем детстве) и характеризуется тремя рядами симптомов: 1) неуклюжесть движений с хореоформными и атетоподобными движениями, затруднения в выполнении диф­ференцированных двигательных актов; 2) расстройства перцепции различной степе­ни выраженности; 3) расстройства поведения — чрезмерная подвижность и затруд­нение концентрации внимания. Больные обнаруживают трудности в письме (дисгра- фия, дисорфография) и чтении.

Син.: экзогенный психосиндром раннего детского возраста [Lempp R., 1964], С. минимальной мозговой дисфункции.

***С. нейровегетативный*** [Wichmann В., 1934]. Совокупность симптомов веге­тативной дистонии. Проявляется признаками функциональных нарушений деятель­ности внутренних органов — желудка, пищевода, сердца и т.д., головной болью, ко­лебаниями артериального давления, внутренним напряжением, возбужденностью, раздражительностью, внутренним беспокойством, повышенной утомляемостью. Не­которыми исследователями рассматривается как самостоятельный невроз — веге­тоневроз.

Син.: вегетативная дистония, нейровегетативная дистония.

***С. нейролептический.*** См. *Делея—Деникера синдром.*

***С. нейролептический злокачественный.*** См. *Нейролептический злокаче­ственный синдром.*

***С. несостоятельности*** [Petrilowitsch N., 1970]. Резидуальное явление после депрессивной фазы циркулярного психоза, особенно часто — при депрессиях позднего возраста, способствует их хроническому, затяжному течению. Проявляется астенодепрессивной, фобической симптоматикой, явлениями психической гипере­стезии, готовностью к ипохондрическим образованиям. Меняется позиция больного по отношению к внешнему миру, появляется отсутствовавшая до депрессии неуве­ренность в себе. Больным кажется, что у них изменилась осанка, и это заметно окру­жающим. Обращают на себя внимание личностные изменения — кризы самооценки, невыносливость по отношению к конфликтам, несостоятельность в обычных прежде для больного житейских условиях. Исчезновение выраженной депрессивной симпто­матики с исходом в синдром несостоятельности требует дальнейшего длительного и интенсивного лечения, направленного на достижение стимулирующего и активирую­щего эффекта.

Понятие С.н. аналогично симптомам циклотимическим.

***С. ночной еды*** [Stunkard A., Grace W., Wolf H., 1955]. Обильная еда поздним вечером. Рассматривается как психосоматический синдром, часто приводящий к ха­рактерной тучности больных. К вечеру ухудшается настроение, нарастают беспокой­ство, раздражительность, усиливается аппетит, обычно в позднее время. Введение с пищей в организм углеводов приводит к улучшению настроения и самочувствия. Характерен плоский тип гипогликемической кривой. Может рассматриваться как про­явление эмоциональной гипогликемии. Современными исследователями [Simon R.J., 1963] интерпретируется как «эквивалент депрессии» или сближается с психоги­погликемическим синдромом в рамках неврозов [Jarosz M., 1965].

Син.: синдром Стенкарда—Грейса—Волфа.

***С. обеднения побуждений*** [Kleist K., 1911]. Наблюдается при органических заболеваниях головного мозга с локализацией поражения в лобных отделах (конвек- ситатная поверхность). Характеризуется наступлением полной или частичной ас- понтанности, выраженной абулией. Может также наблюдаться при некоторых фор­мах слабоумия, опухолях гипофиза, некоторых эндокринных расстройствах, при тя­желой астении.

***С. обсессивиого влечения*** [Портнов А.А., 1959]. Психическое влечение к наркотику, характеризующееся постоянными мыслями о нем, подъемом настроения в предвкушении приема, подавленностью и неудовлетворенностью при отсутствии наркотика. Часто навязчивость мыслей о наркотике сопровождается борьбой моти­вов.

***С. обсессивно-фобический.*** См. *Навязчивые состояния.*

***С. овладения.*** См. *Кандинского—Клерамбо синдром.*

***С. «одичания».*** См. *С. регресса психики.*

***С. онейроидный.*** См. *Онейроид, Онейроидные состояния.*

***С. осевой*** [Hoche A.E., 1912]. Психопатологический синдром, наблюдающийся во всех формах течения того или иного психоза (главным образом речь шла об эн­догенных психозах) и являющийся основным критерием диагностики. При шизофре­нии понятие осевого синдрома соответствовало совокупности выделенных E. Bleuler основных симптомов.

***С. острого горя*** [Lindemann E., 1944]. Одна из форм пограничной психиче­ской патологии. Наблюдается чаще всего при утрате близких, у жертв стихийных бедствий, во время которых погибли их родственники. Характерны периодически возникающие приступы физического (спазмы в горле, удушье, учащенное дыхание, снижение мышечного тонуса и др.) и субъективного страдания (чувство напряжения, душевная боль). Возможны легкие изменения сознания — появление чувства нере­альности, чувство отгороженности от окружающих. Сосредоточенная поглощенность образом умершего. Возможны чувство вины в происшедшем, утрата теплоты в отно­шениях с другими людьми, появление враждебности к ним, особенно по отношению к лечившим умершего родственника врачам. Возможны отсроченные и искаженные реакции, например, нахождение у себя признаков заболевания, от которого умер близкий человек, симптомы психосоматической патологии, утрата социальной актив­ности. При максимальной выраженности клиники острого горя она оформляется в картину ажитированной депрессии с напряжением, возбуждением, бессонницей, чув­ством собственной малоценности, идеями виновности и потребностью в наказании.

***С. острый полиморфный.*** Характерен для дебютов подростковой шизофре­нии. В силу остроты начала и течения выраженные диссоциативные расстройства препятствуют формированию системного психопатологического симптомообразова- ния с явным преобладанием бреда и галлюцинаций или аффективных, или катато- но-гебефренических синдромов, С.о.п. включает в беспорядочном смешении отдельные симптомы всех этих расстройств. Возможны явления психического авто­матизма, псевдогаллюцинации. Бред несистематизированный. Явления деперсона­лизации и дереализации. Онейроидные включения. По А.Е. Личко [1989], наблюда­ется при шизофрении у подростков, в клинике инкогеррентных расстройств.

***С. отчуждения*** [Levi-Valensy J., 1927]. Выделен при анализе явлений психи­ческого автоматизма, рассматриваемых в аспекте акцентуации чувства отчуждения. Вариант автоматизма: осознаваемый автоматизм без осознания патологической его природы. Различают три группы симптомов: 1) чувство отчуждения; 2) прямые симп­томы — отчуждение внутренней речи, отчуждение экспрессивной речи, отчуждение мыслей, отчуждение аффектов, волевых проявлений и действий; 3) непрямые симп­томы — «эхо мыслей», «ускользание мыслей».

***С. паники*** (*англ. panic state*) [Klein D., 1964]. Состояния, характеризующиеся наличием аффективных приступов (не менее трех в течение трех недель), не обу­словленных астенизирующими или психотравмирующими факторами и не носящими фобического характера. Основной симптом — чувство страха, сочетающееся с 4 из следующих 12, главным образом, вегетативных, признаков: диспноэ, сердцебиение, боли в груди, чувство удушья, головокружение, чувство нереальности, парестезии, прохождение горячих или холодных волн по телу, потливость, слабость, тремор, страх смерти или психического заболевания.

В американской классификации болезней DSM-III С.п. фигурирует в качестве отдельного заболевания, однако Т. Ташев [1989] описывает его в рамках невроза навязчивых состояний и депрессий.

***С. параноический.*** Систематизированный бред, сочетающийся обычно с бре­довыми формами поведения и аффективными расстройствами. Возникает психоген- но, по механизмам развития.

***С. паранойяльный.*** Систематизированный бред, обычно сочетающийся с бредовыми формами поведения и аффективными (субдепрессивными или гипома- ниакальными) расстройствами. Наблюдается при эндогенных психозах (шизофре­ния, инволюционная паранойя).

***С. пароксизмальной гипотермии*** [Polzien R., 1962]. Приступообразно возни­кающие состояния, характеризующиеся снижением температуры тела на 0,7-1,3 град. С. Больные при этом жалуются на ощущение жара, появление потливости, страха смерти. Обычно также отмечаются тахикардия, головокружение, тошнота, об­щая слабость, затруднение дыхания. Приступ длится от нескольких минут до нескольких часов и заканчивается ощущением холода в теле или ознобом, выражен­ной астенизацией. Наблюдается при неврозах.

***С. переходные.*** См. *Переходные синдромы.*

***С. пизанской башни*** [Ekbom K.A., Lindholm A., Ljungberg L., 1972]. Дистониче­ский синдром, постепенно развивающийся при длительном лечении нейролептиками у взрослых и пожилых людей и характеризующийся наклоном, односторонним изги­банием верхней части грудной клетки, шеи и головы. Субъективно больные испыты­вают боль в спине, чувство беспокойства, вялость, бессонницу, жалуются на общую слабость, плохое самочувствие. Иногда при этом отмечаются и симптомы поздних дискинезий — гримасничанье, атетоидные движения в конечностях.

***С. поворота на 180 град*** [Exner S., 1914]. Симптомокомплекс, в основе кото­рого лежат расстройства восприятия пространства и пространственных соотноше­ний. Дезориентировка характеризуется нарушением пространственных связей, со­здающим у больного впечатление поворота всех окружающих его предметов на 180 град. — все они кажутся расположенными в противоположной стороне. Чаще всего возникает пароксизмально, болезненные состояния длятся от нескольких часов до нескольких дней. Наблюдается при органических поражениях головного мозга лоб­ной локализации, в этих случаях также наблюдается атаксия, анизокория, адиадохо- кинез. Описаны случаи синдрома поворота на 180 град. и при теменной локализации поражения [Гордова Т.Н., 1940], сочетающегося с расстройствами схемы тела, опти­ческой агнозией и элементами афазии. Эти случаи протекают при изменении созна­ния по типу особых состояний. Такого рода нарушения восприятия пространства на­блюдались также в просоночных состояниях [Pick А.].

***С. повторяемости восприятий и сенестопатий*** [Боголепов Н.К., Аристо­ва Р.А., 1968]. Одна из форм пароксизмальных психопатологических проявлений в связи с недостаточностью почек. Возникает на фоне азотемической интоксикации и гиперкалиемии. Характеризуется наличием повторяющихся восприятий, сочетаю­щихся со своеобразными сенестопатиями. Повторяемые восприятия относятся к собственному телу. Близок к описанным при других интоксикациях симптомам (ср.: эхомнезия, симптом повторяемости переживаний, симптом субъективной повторяе­мости собственных психических процессов, симптом редупликации галлюцинатор­ных переживаний).

***С. пограничный*** (*англ. borderline syndrom*)*.* Понятие, используемое в психиа­трии ряда стран и близкое нашим представлениям о пограничных состояниях. Вве­дено в 1925 г. S. Freud и первоначально трактовалось в психоаналитическом плане. По O. Kernberg [1967], о С.п. можно говорить при наличии в клинической картине двух из трех групп симптомов — невротических, психопатических и психотических. Т. Ташев [1989] к признакам С.п. относит диффузный хронический («свободно плаваю­щий») страх, множественные фобии, навязчивость в более широком смысле, кон­версионные симптомы, диссоциативные реакции, симптомы депрессии, полиморф- но-перверсную сексуальность и эпизодическую потерю контроля над импульсивной деятельностью. Характерный признак С.п. — полиморфность клинической картины и ее изменчивость («стабильная нестабильность» симптомов).

Син.: панневроз [Hoch P., Polatin P., 1949], минипсихозы [Pfeifer E., 1974].

***С. похмелья*** [Жислин С.Г., 1929]. Типичен для хронического алкоголизма и рассматривается как следствие абстиненции. На исходе опьянения отмечается об­щая слабость, недомогание, резкое ухудшение настроения, тревожность, подозри­тельность, головная боль, тошнота, рвота, тремор тела, тахикардия, потливость, бессонница, кошмарные сновидения, иногда — гипнагогические галлюцинации. Эти явления устраняются или смягчаются после принятия алкоголя. С.п. — признак сформировавшегося алкоголизма.

Син.: синдром абстинентный алкогольный.

***С. правого полушария.*** См. *Бабенковой синдром правого полушария.*

***С. премоторной коры*** [Fulton I.F., 1935]. Комплекс наблюдающихся при по­ражении премоторной зоны симптомов: 1) неловкость движений конечности, прояв­ляющаяся, главным образом, в более специализированных движениях пальцев; 2) рано наступающая спастичность и повышение сухожильных рефлексов; 3) насиль­ственное схватывание, «хватательный рефлекс»; 4) сосудистые, вегетативные расстройства в пораженных частях тела.

***С. пресуицидальный.*** См. *Рингеля пресуицидальный синдром.*

***С. прикрытия*** (Станкушев Т., 1989]. Одно из клинических проявлений на­чального алкоголизма, когда на смену браваде, стремлению преувеличить в своих оассказах дозы выпитых спиртных напитков, приходит тенденция скрыть свое при­страстие к алкоголю, преуменьшить частоту и выраженность алкогольных эксцессов. «Открытое» пьянство сменяется «скрытым». С.п. свидетельствует о наступающей у больного зависимости от алкоголя, о возникновении у него проблем, связанных со злоупотреблением спиртными напитками, которые он сознает, но уже не в состоянии по собственной воле урегулировать. Появляется тревога, чувство вины.

***С. проклятья Ундины.*** Расстройства внешнего дыхания в связи с первичной недостаточностью дыхательного центра, без какого-либо участия периферических факторов. Название предложено J.W. Seweringhaus и R.A. Mitchel [1962]. Основные признаки: появление периодического дыхания во сне, сонливость днем, головная боль, полицитемия, легочная гипертензия (иногда картина легочного сердца). Сон­ливость напоминает таковую при пиквикском синдроме. Причина — появление или усиление во сне гиперкапнии, уменьшение чувствительности дыхательного центра к углекислому газу, гипоксия. Наблюдается при органических поражениях головного мозга бульбарной или гипоталамической локализации (опухоли, нейроинфекции). *Ундина* (Ондина) - в германской мифологии легендарное существо, обитающее в ре­ках и озерах, водяная нимфа, русалка. Обманутая мужем, она проклятьем лишила его автоматизированных функций, а том числе и дыхания. Он должен был постоянно помнить о необходимости дышать, а поскольку во сне это невозможно, он, заснув, умирает.

Син.: синдром первичной альвеолярной (центральной) гиповентиляции.

***С. псевдоневрастенический*** (*псевдо* ***+*** *неврастения*) [Shaslin P.H., 1891]. Устар. название неврозоподобных состояний с преобладанием в клинике астении, наблюдающихся при органических поражениях головного мозга, после выхода из психотического состояния, при тяжелых соматических заболеваниях.

***С. псевдопаралитический.*** См. *Псевдопаралич.*

***С. психической инактивации*** [Grunberger J., Zapotocky H.G., 1970). Описан у длительно болеющих туберкулезом легких и характеризуется личностными измене­ниями (склонность к колебаниям настроения, депрессии, аутизации). В его возникно­вении играют роль такие причинные факторы, как недостаточность внешних раздра­жителей в связи с длительной госпитализацией, относительная психическая изоля­ция, практическое отсутствие обычных жизненных стимулов, аффективное уплоще­ние в сочетании с повышенной раздражительностью, хроническое течение заболе­вания и недостаточность сведений о нем, чувство неопределенности и безнадежно­сти в отношении будущего. Расценивается как результат госпитализации.

***С. психоанемический*** [Emil-Weil P., Cahen R., 1928]. Психические нарушения при пернициозной анемии. В наиболее легких случаях — апатическая депрессия. В более тяжелых и чаще — делириозные состояния и корсаковский синдром. При улучшении соматического состояния психические расстройства исчезают, что свиде­тельствует об их обусловленности обменно-токсическими расстройствами, об отсут­ствии органических изменений в головном мозге.

***С. психовегетативный*** [Thiele W., 1958]. Вариант соматизированных психи­ческих расстройств. Характерны разнообразные вегетативные расстройства — по­бледнение или гиперемия кожной поверхности, гипергидроз, тахикардия, повышение или понижение АД, алгические нарушения. Чаще наблюдается у женщин в возрасте 30-40 лет. При этом также предъявляются жалобы на головные боли, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, вялость, желудочно-кишечные расстройства, чувство страха, головокружения, сексуальные нарушения, понижен­ное настроение, затруднения дыхания. В этиопатогенезе придается роль генетиче­ским, конституциональным, социальным, психогенным и соматическим факторам.

Син.: функциональный синдром [Vexhule Th., 1979], психосоматический син­дром [Brautigam W., Chritian P., 1981], вегетативный психосиндром [Staehelin В., 1965].

Ср.: вегетодистония.

***С. психосенсорные*** (*психо + лат. sensus —* ощущение, восприятие) [Гуревич М.О., 1936]. Результат нарушения сенсорного синтеза, приводящего к искажению сложных восприятий внешнего мира и собственного тела при сохранности ощуще­ний, получаемых непосредственно органами чувств. К С.п. относятся нарушения восприятия схемы тела, формы предметов, пространства, связи во времени (после­довательности явлений), изменчивости окружающего. Два основных С.п. — деперсо­нализации и дереализации. Развиваются обычно пароксизмально и наблюдаются при органических поражениях головного мозга (эпидемический энцефалит, эпи­лепсия, опухоли, арахноидит и др.). Локализация поражения — нижне-теменные и теменно-затылочные поля коры головного мозга, интерпариетальная борозда. С. де­персонализации и дереализации (см.) наблюдаются и в клинике эндогенных психо­зов — шизофрении, МДП.

***С. ПЭМА*** [Guiraund P., 1935]. Наблюдается при болезни Пика и включает в себя палилалию, эхолалию, мутизм, амимию (в название синдрома включены на­чальные буквы основных симптомов). Диагностическая значимость синдрома под­черкивается G. Ajuriaguerra и Н. Hecaen [1960].

***С. расстройств побуждений*** [Gruhle H.W., 1929]. Проявление первичных нарушений активности при шизофрении, рассматриваемых как «основное расстрой­ство». К расстройствам побуждений относятся бедность побуждений (вплоть до сту­пора или возбуждения), амбивалентность и шперрунги. Бедность побуждений расце­нивалась автором как симптом, не являющийся патогномоничным для шизофрении, а амбивалентность и шперрунги — как патогномоничные, не встречающиеся при других психических заболеваниях.

***С. расторможенности* I** [Welt L., 1887]. Наблюдается при органических по­ражениях головного мозга с локализацией в орбитальной поверхности лобных долей (абсцессы, опухоли, кровоизлияния, размягчения, начальная стадия болезни Пика) и характеризуется изменениями характера и поведения, эйфорией, дурашливостью, совершением аморальных и нелепых поступков. Эйфория возникает на фоне обще­го огрубения и упрощения всей эмоциональной сферы с потерей тонких эмоций и расторможением низших влечений [Доброхотова Т.А., 1974]. Снижаются способ­ность к критической оценке, самооценка, отсутствует стремление к компенсации пси­хического дефекта, иногда отмечаются явления грубой анозогнозии, например, игно­рирование больным наличия у него грубого снижения зрения. Утрачивается чувство такта и этических норм.

Син.: эйфорическое слабоумие, мория.

***С. расторможенности* II** [Малкин П.Ф., 1959]. Возникающее на фоне относи­тельно ясного сознания состояние резкого беспорядочного психомоторного возбу­ждения с изменением сферы инстинктов (булимия, агрипния), с нелепым поведени­ем и отсутствием критического отношения к своему состоянию вплоть до анозогно- зии. Причина — диффузные нерезко выраженные органические изменения головно­го мозга различной этиологии. Иногда расторможенность выявляется при апатико- абулических состояниях. При периодическом течении психоза синдром растормо- женности является иногда основным в клинической картине, и его регресс означает выздоровление.

***С. регресса психики.*** Форма истерического психоза. Характеризуется распа­дом психических функций на фоне истерически измененного сознания и поведения, воспроизводящего поведение дикого животного. Развивается либо остро после тя­желой психогении, либо постепенно, являясь одной из завершающих стадий реак­тивного психоза. Наблюдается истерическое перевоплощение. Возможен глубокий распад приобретенных навыков. Наблюдается редко.

Син.: С. «одичания».

***С. резидуальной апатии*** [Ch. Mundt, 1982, 1985]. Исходное состояние при шизофрении. В сроках его формирования и в степени выраженности играет роль не столько нозологический фактор, сколько особенности преморбидной личностной структуры — преморбидная «адинамия» [Ch. Mundt, 1982] или шизоидность, обу­словливающая более неблагоприятный исход заболевания, чем у синтонных лично­стей [G. Huber, 1979, 1988].

***С. ретенционный*** [Gjessing K., 1938, 1953, 1961] .Комплекс изменений азоти­стого обмена, наблюдающихся у больных периодической кататонией, редкой формы шизофрении. Установлено известное соответствие между возникновением состоя­ний кататонического ступора или возбуждения и накоплением или повышенным вы­ведением из организма азотистых шлаков. При этом наряду с базисными сдвигам белкового и других видов обмена отмечаются и эндокринные нарушения — дисфунк­ции щитовидной и надпочечных желез, повышение основного обмена, увеличение адренергической активности. Возможно и отсутствие полного хронологического со­ответствия между биологическими нарушениями и психическим состоянием больно­го, такая асинхронно-асинтонная форма периодической кататонии отличается более неблагоприятным течением и прогнозом.

***С. сенестопатоза*** [Эглитис И.Р., 1977]. Клиническая картина характеризует­ся исключительно сенестопатиями (см. *Сенестопатии*)*.* Обычно это этап, чаще на­чальный, болезненного процесса. В дальнейшем, если не наступило улучшение, присоединяются другие психопатологические проявления — ипохондрические, де­прессивные. На стадии сенестопатоза нозологическая диагностика крайне затрудне­на.

***С. сердитой женщины*** [Rickels N.K., 1971]. Личностные изменения, характе­ризующиеся чрезмерно придирчивым отношением к другим, навязчивой аккуратно­стью, педантичностью, с требованием того же от окружающих. Эти люди недостаточ­но приспособлены к семейной жизни, склонны к эпизодическому употреблению алко­голя и токсикоманическим эксцессам. Периодически отмечаются вспышки беспри­чинного гнева, серьезные суицидальные попытки.

***С. скованности.*** Экстрапирамидная ригидность в сочетании с брадипсихиз- мом. Наблюдается при паркинсонизме.

***С. слабоумия прогрессирующего*** [Homen E.A., 1890]. Наблюдается при ор­ганических заболеваниях большого мозга, связанных с поражением чечевицеобраз­ного ядра. В начале заболевания нарушения мышления и расстройства походки, за­тем мышечное оцепенение. Смерть наступает при глубочайшем слабоумии.

***С. Тантала—Полифема*** [Бояджиева М., Ачкова М., 1979]. Наблюдается при психической анорексии и проявляется двухфазной симптоматикой. В первой фазе больные начинают ограничивать прием пищи, голодают с целью похудания, приоб­ретения элегантности, уменьшают не только количество пищи, но и стремятся сде­лать ее малокалорийной; во второй фазе проявляется обжорство, поедание больших количеств пищи, но при этом больные прибегают к приему слабительных, клизмам. Т. Ташев [1989] рассматривает этот синдром как проявление навязчивых состояний и пишет о наблюдавшихся им случаях, когда заболевание непосредствен­но выявлялось второй фазой, без предварительного периода ограниченного пище­вого режима.

*Тантал* и *Полифем —* персонажи древнегреческой мифологии, первый был осужден на голод и жажду, второй был известен как ненасытный лакомка, гурман.

***С. токсический.*** Психопатологические симптомокомплексы при интоксикаци­онных психозах.

***С. тревожно-параноидный.*** Характеризуется сочетанием тревоги с персеку- торным бредом (отношения, преследования, отравления). При этом отмечаются яв­ления ажитации, вербальные галлюцинации, иллюзии. Наблюдается при шизофре­нии и экзогенно-органических психозах.

***С. «третьего»*** [Калинина Н.П., 1968]. Понятие, объединяющее все разно­видности патологической ревности, акцентирующее образ «третьего» как угрозу це­лостному союзу двоих. Автором выделены четыре характеристики «третьего», кор­релирующие с различными эмоционально-волевыми проявлениями и с типичными психопатологическими структурами. Так, к синдрому «действительно третьего» отно­сятся ревность-аффект, ревность-страсть, дистимические реакции ревности и реак­тивная депрессия с идеями ревности, к синдрому «возможного третьего» — домини­рующие, навязчивые и сверхценные идеи ревности, к синдрому «воображаемого третьего» — бредоподобные фантазии ревности, к синдрому «мнимого третьего — параноические и параноидные идеи ревности.

***С. Ундины ложный*** [Остроглазов В.К., 1988]. Ср.: С. проклятья Ундины. Одна из форм дыхательных функциональных расстройств при соматизированной психиче­ской патологии. Проявление танатофобии, из-за которой больные боятся уснуть, чтобы не умереть от остановки дыхания. Резкие обострения такого состояния имити­руют припадки бронхиальной астмы, однако, в отличие от последних, одышка при С.У.л. носит не экспираторный, а инспираторный характер, и не сопровождается объективными признаками дыхательной недостаточности, цианозом, вынужденной астматической позой и явлениями эмфиземы легких. Характерен панический страх, больные стремятся получить доступ к свежему воздуху, в их поведении видны эле­менты демонстративности.

***С. утренней рвоты.*** Наблюдается у больных алкоголизмом и обусловлен наличием алкогольного гастрита. Проявляется рвотой натощак слизью.

***С. шизофреноподобный.*** Обозначение психопатологических расстройств, напоминающих шизофрению, но возникающих при других психозах.

***С. зксцитомоторный*** (*лат. excieo —* возбуждаю, подстрекаю, *motio —* дви­жение) [Marie P., Levy G., 1920]. Синдром психомоторного возбуждения экстрапира- мидного генеза, описанный первоначально во время эпидемии энцефалита Эконо­мо. Понятие разработано J. Delay и P. Deniker [1957] для обозначения сходного по клиническим проявлениям симптомокомплекса экстрапирамидных нарушений, воз­никающих при лечении нейролептиками. Включает в себя: 1) шейно-язычно-жева­тельный синдром (дискинезии соответствующих мышц); 2) глазной синдром (глазо­двигательные кризы); 3) хореоатетозный синдром; 4) тонические расстройства и истероидные проявления; 5) брадикинезию; 6) истериформные кризы; 7) психиче­ские расстройства (повышенная внушаемость, страх); 8) каталептические состояния; 9) другие симптомы — диффузную гиперрефлексию, головную боль, потливость, та­хикардию, гипертензию, преходящую гипертермию, астению.

Ср.: криз эксцитомоторный.

***С. эпилептиформный.*** Пароксизмально протекающие судорожные и бессу- дорожные психические расстройства, возникающие при органических поражениях головного мозга и по своим внешним проявлениям сходные, малоотличимые от па­роксизмов эпилептического генеза.

***Синдромы нейропсихологические.*** Симптомокомплексы нарушений высших психических функций вследствие локальных поражений головного мозга. Включают в себя первичные, связанные с непосредственным поражением данной мозговой структуры, и вторичные, обусловленные выпадением обусловленного локализацией поражения звена функциональной системы, нарушения. Например, при поражении височных отделов коры доминантного полушария страдает речевой слух, то есть звуковой анализ и синтез речи (первичный дефект) и, в связи с этим, нарушается по­нимание устной речи, письма, чтения и т.д. (вторичный дефект). Комплекс первич­ных и вторичных симптомов составляет С.н. Систематика С.н. и методы их диагно­стики разработаны А.Р. Лурия [1962, 1963, 1969, 1979] и его сотрудниками.

**Синдромы патопсихологические** [Кудрявцев И.А., 1982; Блейхер В.М., Крук И.В., 1986]. Совокупность компонентов структуры психической деятельности, ее зве­ньев и факторов, обнаруживаемых в патопсихологическом эксперименте, анализ ко­торых позволяет уточнить сущность наблюдаемой в клинике симптоматики психиче­ского заболевания. Наиболее типичны следующие С.п.: шизофренический, аффек­тивно-эндогенный, олигофренический, экзогенно-органический, эндогенно-органиче­ский, личностно-аномальный, психогенно-психотический, психогенно-невротический.

**Синестезия** (*греч. syn —* с, совместно, *aisthesis —* чувство, ощущение). Воз­никновение ощущений в органе чувств при раздражении другого анализатора. Каче­ства ощущений одного вида переносятся на другой [Лурия А.Р., 1975]. Встречаются в норме («цветной слух») и в психической патологии, например, синестетические функциональные и рефлекторные галлюцинации.

Син.: соощущения.

**Синистроз** (*фр. sinistre —* пострадавший от несчастного случая) [Brissaud Е., 1909]. Синдром психических расстройств, реактивно возникающих у лиц, пострадав­ших в связи с несчастным случаем или катастрофой. Термин употребляется преиму­щественно во французской психиатрической литературе [Porot A., 1975] и соответ­ствует введенному немецкими психиатрами понятию травматического невроза. Ха­рактерны отказ больных удовлетвориться предложенной им компенсацией и требо­вание ими максимального вознаграждения, как одноразового, так и пенсионного, что сближает понятие синистроза с так называемыми рентными неврозами. Больные преувеличивают степень выраженности имеющихся у них, главным образом функци­ональных, расстройств, пытаются убедить окружающих в своей нетрудоспособности, проявляют мстительность по отношению к виновникам случившегося, требуют их су­рового наказания. В патогенезе синдрома С. придается значение явлениям самовну­шения и фактору небезразличного отношения со стороны окружающих. Подчеркива­ется значение ятрогенных моментов (неосторожные замечания медицинских работ­ников, ознакомление больного с неправильно им понимаемыми данными лаборатор­ных исследований). Тенденция к фиксированности психопатологической симптома­тики, к протрагированному течению. Не является симуляцией.

**Синкинезия** (*син + kinesis —* движение). Рефлекторные содружественные движения какой-либо части тела, чаще всего — конечности, при произвольном дви­жении другой части тела. Чаще всего синкинетические движения отмечаются в пара­лизованных или паретических (по центральному типу) конечностях.

**Синкопе** (*греч. sinkope —* обморок). См. *Обморок.*

**Синопсия** (*син + греч. opsis —* зрение). Проявление синестезии. Возникнове­ние зрительных цветовых ощущений при прослушивании музыки.

**Синпсихалгия** (*син + греч. psyche* — душа, *algos —* боль). Возникновение бо­левого приступа под влиянием эмоций, возникающих при наблюдении причиняющих боль процедур и исследований.

**Синтимия** (*син* + *греч. thymos —* чувство). Форма эмоциональной реактивно­сти, присущая психически здоровым. Эмоции созвучны, соразмерны и соответствуют реальной действительности и настоящий период. С. — идеальная эмоциональная реактивность.

**Система (организма).** Совокупность органов и тканей, взаимосвязанных ана­томически и функционально, отличающихся структурной общностью и эмбриогене­тически.

***С. афферентная.*** Часть нервной системы, преобразующая энергию поступа­ющих раздражений в нервные импульсы, поступающие в ЦНС.

***С. вестибуломозжечковая.*** Охватывает вестибулярные ядра ствола голов­ного мозга, вестибулярный отдел мозжечка и их проводящие пути. Регулирует поло­жение тела и его частей в пространстве, сохранение равновесия тела, координацию движений.

***С. лимбическая.*** Включает участки коры головного мозга, расположенные на медиальной поверхности полушарий, связанные с ними проводящими путями ба­зальные ядра, часть ядер гипоталамуса, гипоталамус, поводок. Выполняет функцию регулятора сна и бодрствования, эмоций, мотиваций и других наиболее общих со­стояний и реакций организма.

***С. нервная.*** Включает в себя нервные клетки (нейроны) и вспомогательные элементы. Осуществляет регуляцию и координацию всех органов и систем организ­ма в их адаптации к условиям внешней среды.

***С. нервная вегетативная.*** Иннервирует внутренние органы, гладкие мыш­цы, железы, кровеносные и лимфатические сосуды, осуществляет адаптационно­трофическую функцию. Разделяется на симпатическую и парасимпатическую части.

Син.: С. нервная автономная.

***С. нервная трофотропная.*** Отдел С. нервной вегетативной, осуществляет функции регуляции анаболизма и поддержания гомеостаза в периоды отдыха.

***С. нервная центральная.*** Включает головной и спинной мозг.

***С. нервная эрготропная.*** Регулирует катаболизм, осуществляет обеспече­ние приспособления к изменению условий окружающей среды, физическую и психи­ческую деятельность. Как и С. нервная трофотропная, не связана с определенной структурной основой.

***С. пирамидная.*** Включает проводящие пути, идущие от коры прецентральных извилин к двигательным ядрам и передним рогам спинного мозга (пирамидные пути). Участвует в организации произвольных движений.

***С. сенсорная.*** Включает С. афферентную и органы чувств.

***С. стриопаллидарная.*** Часть экстрапирамидной (ядра полосатого тела и их проводящие, афферентные и эфферентные, пути).

***С. экстрапирамидная*** Включает проекционные эфферентные пути от коры головного мозга, ядра полосатого тела, некоторые ядра ствола, мозжечок. Руково­дит координацией движений, осуществляет регуляцию мышечного тонуса.

***С. эфферентная.*** Осуществляет передачу нервных импульсов из ЦНС к ис­полнительным органам (мышцам, железам и др.).

**Системы сигнальные.** Понятие, введенное И.П. Павловым при разработке принципа системности в работе коры полушарий головного мозга. Первая сигналь­ная система базируется на условно-рефлекторных связях, формирующихся в голов­ном мозге при воздействии непосредственных конкретных раздражителей (свето­вых, звуковых и т.д.). В отличие от нее, специфическим раздражителем второй сиг­нальной системы является слово — сигнал сигналов. Обе сигнальные системы ра­ботают в постоянном взаимодействии, взаимосвязи. В их разобщенности И.П. Пав­лов видел причину многих патологических состояний. Соотношениями сигнальных систем, по И.П. Павлову, определяются человеческие типы высшей нервной дея­тельности: преобладание первой характерно для художественного типа, второй — для мыслительного типа, их гармоническое взаимодействие — для среднего типа.

**Ситиомания.** См. *Ситомания.*

**Ситиофобия.** См. *Ситофобия.*

**Ситомания** (*греч. sitos —* пища + *мания*)*.* Значительно повышенное влечение к еде, осознаваемое как болезненное проявление.

Син.: ситиомания.

**Ситофобия** (*сито + фобия*)*.* 1. Навязчивый страх, боязнь приема пищи; фо­бический симптом; 2. Боязнь приема пищи при заболеваниях пищевого аппарата — пищевода, желудка, кишечника; 3. Отказ от приема пищи по бредовым мотивам, при сохранном аппетите; наблюдается при психозах, психической анорексии.

Син.: ситиофобия.

**Сифилофобия** (*сифилис + фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь заразиться си­филисом.

**Скабиофобия** (*греч. skabies —* чесотка + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь заболеть чесоткой. См. *Акариофобия.*

**Скатофагия** (*греч. skor, skatos —* кал, *phagein —* есть). См. *Копрофагия.*

**Скатофилия** (*скато + греч. philia —* любовь, влечение). Патологическое вле­чение к манипулированию каловыми массами.

Син.: копрофилия, копромания.

**Скачка идей** (*лат., греч. fuga idearum*)*.* Резкое ускорение мыслительной дея­тельности с нарушением ее логического строя, последовательности. Находит отра­жение в речи. Речевая продукция носит характер цепочек ассоциаций, возникающих непоследовательно и непрочных в силу повышенной отвлекаемости. Сами ассоциа­ции носят характер поверхностных — по созвучию, по смежности. Целенаправлен­ность мышления неустойчива. Наблюдается при маниакальной фазе МДП, манио- формных состояниях при шизофрении.

**Скиртоидия** (*греч. skirtao —* подражать, танцевать, *-ides —* подобный) [Brzezicki E.]. Форма психопатии, характеризующаяся чертами театральности в пове­дении, легкомыслием, лихостью, склонностью к минутным увлечениям, своеволием, и, в то же время, в трудных жизненных ситуациях — выдержкой и твердостью духа.

Эти же признаки, не достигающие значительной выраженности, встречаются в рамках нормы, и носителей их автор называет скиртотимиками (ср. с концепциями E. Kretschmer и K. Leonhard). Понятие С. в известной мере аналогично понятию исте­роидной психопатии.

**Склероз** (*греч. sklerosis —* затвердение, уплотнение). Уплотнение органа в связи с заменой погибших структурных элементов соединительной (обычно фиброз­ной) тканью или гомогенной гиалиноподобной массой.

**Склероз боковой амиотрофический.** См. *Шарко—Кожевникова болезнь.*

**Склероз ламинарный корковый.** См. *Мореля болезнь.*

**Склероз лобарный.** Атрофия и сморщивание одного из полушарий головного мозга или отдельных его участков. Развивается, главным образом, в детском воз­расте вследствие воспалительного процесса (нейроинфекции), сосудистых или на­следственных дистрофических процессов. Симптоматика определяется локализаци­ей поражения и компенсаторными возможностями головного мозга.

**Склероз нервной системы диффузный.** См. *Шильдера болезнь.*

**Склероз рассеянный.** Хроническое заболевание головного и спинного мозга неясной этиологии. Морфологически — очаговые микронекрозы, демиелинизация, последующий склероз (образование «бляшек» из глиофиброзной ткани), поврежде­ние осевых цилиндров нейронов. Начало в 20-40 лет, внезапное — повышенная утомляемость, парезы, боли, парестезии, нарушения координации. Остро наступает снижение зрения. Неврозоподобная симптоматика. Нарастающие паретические про­явления, нарушения походки, расстройства чувствительности. Скандированная речь. В некоторых случаях — прогрессирующее слабоумие. Различают формы цере­бральную, спинальную и цереброспинальную. Течение в первые годы с ремиссиями.

Син.: множественный склероз, полисклероз, болезнь Шарко—Вюльпана.

**Склероз сосудов головного мозга.** См. *Атеросклероз сосудов головного мозга.*

**Склероз туберозный головного мозга** [Bournevill D.-M., 1880] Доминантно­наследственное заболевание. Начинается чаще всего в молодости эпилептиформ­ными припадками. Характерны прогрессирующее слабоумие, спастические пара­личи, врожденные опухоли сетчатки с атрофией зрительного нерва, застойным дис­ком и явлениями хориоидита, опухоли внутренних органов (почек, сердечной мыш­цы), часто — аденомы сальных желез. Проявление системной патологии эктодермы. Течение прогрессирующее, неблагоприятное.

Психопатологически — сочетание интеллектуального дефекта с кататониче­скими шизофреноподобными симптомами [Kritchley, Earl, 1932; Zlotow M., Kleiner S., 1965].

Син.: нейрокожный синдром, диффузный нейроспонгиобластоз, центральный ограниченный спонгиобластоз, синдром Бурневиля.

**Скопофилия** (*греч. skopeo —* рассматривать, *philia —* любовь, влечение). См. *Вуайеризм.*

**Скопофобия** (*скопо + фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь казаться смешным, привлекать к себе внимание.

Син.: скоптофобия.

**Скоптофобия** (*греч. skopto —* шутить, насмехаться + *фобия*)*.* См. *Скопофо- бия.*

**Скотома психическая** (*греч. skotos —* слепота, темнота). Непризнание, отри­цание больным каких-либо реальных переживаний, фактов, обычно связанных с пси­хической травматизацией. Наблюдается при психогенных заболеваниях; своей фраг­ментарностью, локальностью, аффективной значимостью вытесненных пережива­ний, неосознаваемостью этих действий отличается от диссимуляции.

**Скотомизация памяти.** Выпадение каких-либо воспоминаний, связанных с психической травматизацией, аффективно насыщенных, значимых. В отличие от аф­фективной амнезии истерический преморбид не обязателен.

**Слабодушие.** Эмоциональная гиперестезия. Наблюдается при выраженных астенических состояниях, например, при постинфекционных астениях, при цере­бральном атеросклерозе.

Слабость гиперестетически-эмоциональная [Bonhoeffer K., 1910]. Астениче­ский синдром, возникающий после соматогенно обусловленного психоза или тяже­лого соматического заболевания. Характерны ощущение слабости, повышенная утомляемость, раздражительность, ослабление памяти и внимания, эмоциональная лабильность, непереносимость к сильным внешним раздражителям. Больные жалу­ются на кошмарные сновидения, часто испытывают обманы чувств, плохо отличая их от реальных переживаний. Является переходным синдромом при острых экзоген­ного типа реакциях. Многими авторами употребляется в расширительном значении при характеристике соматогенных и иных астений.

**Слабоумие.** Стойкое, мало обратимое снижение уровня психической, в пер­вую очередь интеллектуальной, деятельности. Различают слабоумие врожденное, олигофрению (малоумие) и приобретенное, деменцию. В ряде случаев деменция на­слаивается на врожденное слабоумие, например, при энцефалите у олигофрена.

**Слабоумие больничное.** Понятие, близкое госпитализму. Наблюдается при длительном содержании больного в психиатрическом стационаре и характеризуется сужением круга интересов, снижением уровня функционирования интеллекта, нарас­танием отгороженности от окружающего мира, усилением дезадаптации, в некото­рых случаях регрессом поведения.

**Слабоумие салонное** [Hoche A.E.]. Низкий интеллектуальный уровень, маски­руемый внешне кажущейся хорошей, но построенной на шаблонах речью, усвоенны­ми в процессе воспитания манерами, изысканной одеждой, известной социальной установкой и духовными претензиями. Проявляется главным образом в заученной фразеологии при скрытой недостаточности критики суждений. Понятие, близкое к выделяемой П.Б. Ганнушкиным [1933] группе конституционально-глупых.

**Слабоумие старческое.** Психическое заболевание старческого возраста. Развивается в связи с диффузной атрофией клеток коры головного мозга. При гисто­логическом исследовании обнаруживаются многочисленные сенильные бляшки. На­чало заболевания в 70-80 лет — с характерологических изменений. Заболевание протекает с прогрессирующими изменениями памяти по типу общей прогрессирую­щей амнезии. Деменция носит глобарный характер. На заключительных этапах на­блюдаются очаговые расстройства речи, гнозиса, праксиса (альцгеймеризация стар­ческого слабоумия). Множественные экмнестические конфабуляции. Сдвиг ситуации в прошлое. В исходной стадии — психический и физический маразм.

Основные формы С.с.: 1) простая, наблюдается при неосложненном течении болезни (описание приведено выше); 2) С.с. со спутанностью наблюдается при до­полнительных экзогенных вредностях (син.: старческий делирий, острая прес- биофрения Вернике); 3) слабоумие с возбуждением (син.: хроническая пресбиофре- ния, конфабуляторная форма С.с., по В.А. Гиляровскому [1954]). Наблюдаются так­же психотические формы С.с., для которых характерны протекающие в течение 1-3 лет аффективные, паранойяльные, галлюцинаторные, конфабуляторные психозы — после редукции психотической симптоматики выявляется специфическая картина глобарной сенильной деменции.

Син.: сенильная деменция.

**Слепоглухонемота.** Сочетание слепоты с глухонемотой. Возникает вслед­ствие органического поражения головного мозга в раннем детстве или является ре­зультатом аномалии развития.

**Слепота вербальная.** См. *Алексия.*

**Слепота корковая.** Слепота вследствие поражения органическим патологи­ческим процессом корковых зон, представляющих центральный отдел зрительного анализатора.

Син.: слепота центральная.

**Слепота музыкальная.** Вид амузии, утрата способности понимания нотных знаков.

**Слепота психогенная.** См. *Амблиопия истерическая.*

**Слепота словесная.** см. *Алексия.*

**Словесная окрошка.** Крайняя степень речевой разорванности при шизофре­нии. Речь больного состоит из отдельных слов, не связанных между собой ни в смысловом, ни в грамматическом отношении. Необходимо отличать от бессвязности речи при некоторых формах помрачения сознания.

Син.: словесный салат.

**Словесный салат.** См. *Словесная окрошка.*

**Смесь питательная.** Пищевая смесь для искусственного кормления, состоит из молока, бульона, сливочного масла, сырых яиц, соли, фруктовых соков или вита­минных препаратов. В нее при необходимости могут добавляться лекарственные средства.

**Смех сардонический** (*греч. sardonios —* язвительный, злобно-насмешливый). Наблюдается при столбняке и является следствием судорожного сокращения лице­вых мышц. Характерна стойкая гримаса, образующаяся оттянутыми книзу и кзади углами рта. При этом появляются морщины и кожные складки, брови и крылья носа приподняты, челюсти сжаты.

**Смешанные состояния** [Hagen F.W., 1868; Kraepelin E., 1896]. Атипично и од­новременно протекающие фазы циркулярного психоза, характеризующиеся смеше­нием маниакальной и депрессивной симптоматики. Различают маниакальный ступор (мания с заменой скачки идей заторможенностью мышления при заторможенной мо­торике), депрессию с возбуждением (повышенная деятельность при угнетении мыс­лительных процессов и пониженном настроении), непродуктивную манию (повышен­ное настроение с заторможенностью мышления вместо скачки идей), депрессию со скачкой идей, заторможенную манию (скачка идей и повышенное настроение при двигательной заторможенности). Отнесение некоторых из этих состояний к смешан­ным представляется дискуссионным, так, например, непродуктивная мания некото­рыми исследователями рассматривается как сборная группа, большей частью выхо­дящая за рамки циркулярного психоза [Лукомский И.И., 1964].

**Смирительная рубашка.** Специальная одежда, фиксирующая позу больного и лишающая его возможности совершать движения конечностями. Применялась для борьбы с возбуждением в XIX веке, в эпоху, предшествующую победе принципа не- стеснения.

**Сна недержание** [Salton А., 1927]. Чрезмерная сонливость, особенно часто возникающая после еды. Наблюдается у стариков, при церебральном атеросклеро­зе.

Син.: поллакигипния (*греч. pollakis —* много раз, *hypnos —* сон).

**Снежневского группы синдромов** [Снежневский А.В., 1960]. Выделены в со­ответствии с концепцией нозологической специфичности психопатологических син­дромов и соответствуют определенным кругам психических заболеваний. Различа­ются следующие группы синдромов (расположены по степени нарастания нозологи­ческой специфичности): астенические, аффективные, невротические, параноидно­галлюцинаторные, кататонические, расстройств сознания, судорожные, психоорга­нические.

**Снежневского концепция нозологической специфичности психопатологи­ческих синдромов** [Снежневский А.В., 1960]. Учитывается статика и динамика син­дромов, факторы стереотипа развития заболевания и перерастания в патокинезе «малых» синдромов в «большие» соответственно степени генерализации патологи­ческого процесса. Психопатологические синдромы соотносятся с кругом заболева­ний, чем и обусловлена их меньшая или большая нозологическая специфичность.

**Снежневского концепция nosos и pathos** [Снежневский А.В., 1969]. Исходя из наследственной природы шизофрении, проблемы ее нозологического единства и поиски закономерностей полиморфизма изучаются за пределами нозологических границ. При этом различаются понятия nosos и pathos. Nosos — это сам болезнен­ный процесс, динамическое образование, pathos — патологическое состояние, стой­кие изменения, результат патологических процессов или порок, отклонение разви­тия. Таким образом, разделяются патогенетические механизмы и патогенетический процесс. Состояние больных обозначается как nosos, а их ближайших родственни­ков как pathos. В клинической картине болезни обнаруживаются и проявления pathos. К ним относятся так называемая шизофреническая конституция, шизоидия, латентная шизофрения, резидуальная шизофрения. Единство nosos и pathos прояв­ляется в формировании постпроцессуальных изменений, в случае детской ши­зофрении, при которой обнаруживаются явления вторичной олигофрении. Таким об­разом, nosos и pathos не тождественны, но и не могут быть абсолютно противопо­ставлены друг другу. Изучение в клинико-психопатологическом и генеалогическом аспектах нозологически самостоятельной болезни возможно при распознавании от­клонений психической деятельности родственников пробанда, отклонений не только в форме болезни, но и психопатий, псевдопсихопатий, инициальных и постпроцессу­альных состояний.

**Снижение уровня личности.** Сочетание снижения уровня психической актив­ности и протекания интеллектуальной деятельности, утраты интересов, умеренно выраженного ослабления памяти, сглаживания индивидуальных особенностей лич­ности (иногда, наоборот, заострение преморбидных черт характера). Характерна сохранность основных морально-этических качеств (ядра личности). Понятие, близ­кое лакунарной деменции. Отличается от распада личности. Может быть стадией развивающегося заболевания, например, церебрального атеросклероза, или наблю­даться как следствие перенесенного психоза.

**Сновидения.** Переживание во сне психических явлений — образов, событий, явлений, идей. Носят субъективный индивидуальный характер и в значительной мере являются отражением жизни в бодрственном состоянии, отражая основные ее аспекты в опосредованном, символическом виде. В большинстве случаев носят зри­тельный характер и связаны с фазами быстрого сна.

С. являются материалом для исследования неосознаваемых форм психиче­ской деятельности.

***С. внушенные.*** С., вызванные внушением в состоянии гипноза.

***С. кошмарные*** отличаются крайне неприятным, тягостным для спящего со­держанием. Нередко наблюдаются в начале или при обострении психических забо­леваний.

***С. приступа*** [Ducostae, 1899]. Сновидения, сопровождающие ночные эпилеп­тические припадки. Они специфичны и стереотипно повторяются. Ауре припадка со­ответствует аура сновидения, тонической фазе — ощущение неподвижности или страха, клонической — переживание борьбы, фазе расслабления мышц — пережи­вание смерти. Характерно преобладание в сновидениях красного цвета, больной ча­сто видит отдельные части тела, различные чудовища, химеры. Некоторыми иссле­дователями такие сновидения рассматриваются как аура припадка.

Ср.: сноподобные состояния.

***С. сделанные.*** Одно из проявлений синдрома Кандинского—Клерамбо. С. ин­терпретируется как результат воздействия извне.

***С. сизифовы.*** С., играющие роль фрустрирующего фактора. Во сне разыгры­ваются ситуации, тягостные для субъекта и не получающие разрешения. Такие С. нередко отличаются повторностью и каждый раз в них отсутствует разрешающий момент. Сизиф, в греческой мифологии царь Коринфа, был за обман богов ими при­говорен вечно вкатывать в подземном мире на гору камень, который, достигнув вер­шины, скатывается обратно (Сизифов труд).

***С. эротические*** характеризуются переживанием сексуальных сцен и сопро­вождаются обычно половым возбуждением, оргазмом, поллюциями.

**Сновидения наяву.** См. *Фантазирование истерическое.*

**Сновидное изменение сознания.** См. *Онейроид.*

**Сноподобные состояния** [Jackson J.H., 1870]. Один из вариантов психосен­сорного припадка, для которого характерны явления дереализации (ощущение тусклости, неясности, измененности, необычности окружающего), феномены «уже виденного» и «никогда не виденного», появление насильственных представлений и восприятий, иногда — искаженное восприятие форм и положения окружающих пред­метов и частей собственного тела. Могут быть зрительные галлюцинации.

Наблюдается в качестве ауры и эквивалентов припадков при височной эпи­лепсии.

**Снотворные средства.** Лекарственные вещества, применяемые для облегче­ния засыпания и продления сна (барбитураты, нозепам, феназепам, эуноктин, раде­дорм, реладорм, рогипнол).

**Снохождение.** См. *Сомнамбулизм.*

**Совокупление.** См. *Коитус.*

**Содомия** (*Содом —* библейский город у устья реки Иордан, жители которого погрязли в распутстве). См. *Зоофилия.*

**Сознание.** Высшая форма отражения человеком окружающей действительно­сти, представляет собой совокупность психических процессов, позволяющих носите­лю С. ориентироваться в действительности, времени и собственной личности. Обес­печивает преемственность опыта, единство и многообразие поведения, непрерыв­ность и последовательность психической деятельности.

**Сознание активности «Я».** Осознание активного характера собственной лич­ности, своей психической деятельности. Основа самосознания. Атрибут психики че­ловека. Нарушается при некоторых психических расстройствах.

**Сознание альтернирующее** (*лат. alternatio —* чередование). Нарушение со­знания, при котором больной поочередно осознает себя то одной, то другой лично­стью, и, будучи в одном состоянии, ничего не помнит о другом. Наблюдается, глав­ным образом, при истерических психозах. См. *Двойственность психики.*

**Сознание бредовое.** См. *Бредовое осознание.*

**Сознание сверхбодрствующее.** Проявляется облегченным потоком ассоциа­ций, яркими и образными представлениями, повышенной активностью и мыслитель­ной деятельностью при незначительной их продуктивности. Характерны также повы­шенная откликаемость, новизна восприятия повседневных переживаний, пережива­ние необычности своего состояния, скорость принятия решений, впечатление большой легкости постижения смысла событий и явлений. Некоторыми своими про­явлениями напоминает ментизм. Наблюдается в гипомании, состояниях экстаза, при острых дебютах шизофрении (и этих случаях переходит в ментизм), после приема больших доз стимуляторов и галлюциногенов, а также вследствие парадоксального эффекта на прием препаратов, обладающих обычно седативным действием (пи- польфена, димедрола).

**Сознание суженное.** Наблюдается при истерических психозах. Характерно острое начало в связи с психогенией. Сужение сознания происходит, главным об­разом, за счет его объема. Сохраняются и доминируют в сознании аффективно зна­чимые связи, нередко реакция больного на слова и поступки окружающих прояв­ляется в своеобразной негативной форме. Как правило, отсутствуют изменения на ЭЭГ, наблюдающиеся при сумеречных состояниях органического генеза.

Син.: С. сумеречное функциональное, С. аффективно-суженное, истерическое сумеречное состояние.

**Солитаризм старческий** (*лат. solitarius —* склонность к одиночеству). Зам­кнутость, уединение, утрата социальных контактов у лиц старческого возраста. См. *Диогена синдром, Клаустрация.*

**Солнечный удар.** Разновидность теплового удара (см.), возникающего в свя­зи с сильным и (или) длительным ультрафиолетовым солнечным облучением.

**Сома** (*греч. soma —* тело). 1. Тело, туловище. 2. Совокупность всех клеток ор­ганизма, за исключением репродуктивных.

**Соматизация.** 1. Проявление патоморфоза некоторых психических заболева­ний, вследствие которого соматовегетативный компонент болезни получает преоб­ладание в клинической картине; 2. По терминологии представителей психосомати­ческого направления — возникновение соматических заболеваний вследствие ин- трапсихических, психологических конфликтов.

**Соматогения** (*сома + греч. genes —* порождающий, вызывающий). 1. Вред­ные факторы соматического генеза, приводящие к развитию психопатологической симптоматики, например, астенических, астеноипохондрических и др. состояний. 2. Соматогенная реакция — психические расстройства соматогенного происхождения.

**Соматоневрозы** (*сома + невроз*) [Karp E., Stokvis В., 1953]. Неврозы, прояв­ляющиеся соматической симптоматикой. Различают три формы — конверсионная истерия, органоневрозы и психосоматические заболевания.

**Соматофрения** (*сома + греч. phren* — ум, разум). [Бехтерев В.М., 1928]. Пси­хическое заболевание, клиническая картина которого характеризуется ипохондриче­ским синдромом и соматическими галлюцинациями. В объяснении патогенеза осо­бое внимание уделялось патологии вегетативной нервной системы. Нозологическая самостоятельность соматофрении, представляющей одну из попыток выделения ипохондрических психозов (истинной ипохондрии), отвергается большинством современных исследователей.

**Сомнамбулизм** (*лат. somnus —* сон, *ambulo —* бродить). Разновидность су­меречного расстройства сознания, проявляющегося блужданием во сне при внеш­ней упорядоченности поступков, действий *с* последующей амнезией. Чаще встреча­ется в детском возрасте, нередко является одним из первых показателей заболева­ния эпилепсией и рассматривается как бессудорожные пароксизмы, однако в ряде случаев оказывается проявлением невротического состояния.

**Сомнения патологические** [Pick А., 1902; Ганнушкин П.Б., 1907]. Тяжелые тревожные сомнения нравственно-этического или ипохондрического содержания, лишенные реального основания и адекватности трезвой вероятности беды, неприят­ности. Чаще всего наблюдаются при психастении, иногда при шизоидной и циклоид­ной психопатии, при шизофрении, протекающей с психастеноподобной симптомати­кой.

**Сомнилоквия** (*сомни + лат. loquor —* говорить). Сноговорение. В детском возрасте часто сочетается со снохождением и должно рассматриваться в плане дифференциальной диагностики между эпилепсией и невротическими состояниями.

**Сомнолентность** (*лат. somnolentus —* сонливый). См. *Гиперсомния.*

**Сон.** Физиологическое состояние организма, чередующееся с бодрствовани­ем и характеризующееся отсутствием сознательной психической деятельности, зна­чительным снижением реакций на внешние раздражители.

***С. быстрый.*** Одна из фаз физиологического С., характеризующаяся наличи­ем на ЭЭГ быстрых низкоамплитудных колебаний, быстрыми движениями глазных яблок, понижением тонуса мышц лица и шеи и наличием сновидений. Составляет 20-25% продолжительности сна.

Син.: С. активированный, С. парадоксальный.

***С. гипнотический.*** С., вызываемый гипнотическим воздействием, нередко переходит в физиологический.

Син.: С. парциальный.

***С. диссоциированный.*** Наблюдается в процессе медикаментозного лечения сном, в течение суток прерывается периодами бодрствования.

***С. лечебный.*** Метод лечения нервно-психических заболеваний длительным и прерывистым сном. Предложен J. Klaesi [1920] под названием «длительного нарко­за» для лечения больных шизофренией. С этой целью первоначально применялся сомнифен. В дальнейшем в качестве снотворных использовались различные лекар­ственные смеси (барбитураты, алкалоиды, хлоралгидрат, нейролептики). Предлага­лись сочетания метода лечения сном с другими методами активной терапии ши­зофрении, в том числе и с инсулинокоматозной терапией. Было установлено, что прерывистый медикаментозный сон менее токсичен, чем длительный. Теоретиче­ским обоснованием лечения сном явилась концепция И.П. Павлова об охранитель­ном защитном торможении, за рубежом — представления о положительном влиянии сна на обменные процессы в нервной системе, трофотропии [Weidner К., 1956]. В настоящее время лечение сном в основном применяется в пограничной психиатрии, особенно при неврозах и неврозоподобных состояниях и циклотимических (в том числе латентных) депрессиях, протекающих с агрипническими расстройствами. С целью избежать токсического воздействия медикаментозных средств прибегают к замене их специально подобранной электростимуляцией (см. *Гиляровского—Ливен- цева—Сегаль—Кириловой метод электросна*)*,* а также используют продление фи­зиологического сна гипнотическими приемами.

***С. медленный.*** Одна из фаз физиологического С. Характеризуется наличием на ЭЭГ медленных высокоамплитудных (дельта) волн и веретенообразных серий быстрых волн (сонные веретена). Составляет большую часть продолжительности сна.

Син.: С. ортодоксальный.

***С. наркотический.*** См. *С. медикаментозный.*

***С. пролонгированный.*** Достигается продлением С. физиологического назна­чением снотворных и седативных препаратов.

***С. терминальный.*** Наступает по окончании некоторых психопатологических состояний, например, эпилептического припадка, алкогольного делирия или опьяне­ния.

**Сон летаргический.** См. *Летаргия, Гиперсомния.*

**Сонди тест** [Szondi L., 1937]. Основан на эклектическом объединении принци­пов конституциональной биологии, генетики и психоанализа и исходит из возможно­сти количественного перерастания конституционально-типологических особенностей личности и характера поведения в психическое заболевание. Обследуемому показы­вают 48 фотографий людей (шесть серий по восемь карточек) с определенными пси­хическими заболеваниями и отклонениями (гомосексуализм, садизм, истерия, ката­тоническая и параноидная шизофрения, эпилепсия, депрессия, мания) и предлагают в каждой серии выбрать две наиболее и две наименее ему импонирующие. В соот­ветствии с произведенным выбором у обследуемого ищут признаки той или иной психической патологии. Наличие в выбранных больным фотографиях четырех или более портретов одной категории рассматривается как достоверный признак, свиде­тельствующий в пользу определенного заболевания. С.т. методологически не адап­тирован в отечественной медицинской психологии, однако принцип отбора портре­тов лиц с характерными эмоциональными состояниями разрабатывается у нас для определения аффективно-личностных особенностей у обследуемого.

**Сонливость.** Потребность заснуть, может носить характер физиологической и патологической. Последняя относится к гиперсомнии. Проявляется снижением пси­хической активности, ослаблением мышечного тонуса, явлениями брадипсихизма.

**Сопор** (*лат. sopor —* беспамятство). Расстройство сознания, глубокая стадия оглушения. Сохраняются лишь реакции на сильные раздражители — болевое раз­дражение, громкий оклик. Не нарушены корнеальные и коньюнктивальные рефлек­сы. Мышечный тонус снижен, отсутствуют сухожильные, периостальные, кожные ре­флексы. Нередко С. является стадией перехода оглушения в коматозное состояние.

Син.: сопорозное состояние, субкома.

**Сотоса синдром** [Sotos J.E., 1964]. Характеризуется сочетанием олигофре­нии и ожирения. Психически — нерезко выраженная и непрогрессирующая умствен­ная отсталость, наличие агрессивных тенденций. Соматически — чрезвычайно бы­стрый рост в детстве, ожирение, акромегалия, гипертелоризм, антимонголоидный разрез глаз, выступающая вперед нижняя челюсть. Могут также наблюдаться доли­хоцефалия, большой череп, гиперемия и одутловатость лица, макроглоссия, ско­лиоз. На рентгенограмме — ускорение костного возраста. Повышенная склонность к простудным заболеваниям. Моторное недоразвитие, неловкие, неуклюжие движе­ния. Этиология неизвестна, в патогенезе важное значение придают поражению гипо­таламуса.

**Социотерапия** (*лат. socialis —* общественный *+ терапия*) [Simon H., 1927]. Комплекс мероприятий, направленных на повышение социальной активности психи­чески больных, предотвращение явлений госпитализма, разрушение патологической адаптации больного к неблагоприятной среде психиатрической больницы. Включает создание оптимальных условий для общения больных, их трудоустройство, трудо­вую терапию, групповую психотерапию. По P. Sivadon [1971], С. — это модификация искусственной социальной среды для адаптации психически больных к жизни.

**Спазм писчий.** Судорога мышц пальцев кисти с нарушением их синергизма и невозможностью писать, хотя другие достаточно дифференцированные действия больной руки осуществляются в прежнем объеме. Наблюдаются при неврозах, глав­ным образом у лиц, профессионально занимающихся письмом.

Син.: графоспазм, судорога писчая.

**Спазмофилия** (*спазм + филия*)*.* Заболевание детского возраста, наблюдает­ся обычно от полугода до 3-4 лет. Связано с нарушением минерального (кальциево­го) обмена при недостаточности функции паращитовидных желез. Приступы С. про­текают с нарушением сознания, тоническими и клоническими судорогами, цианозом лица. Послеприпадочный сон отсутствует. Не наблюдаются характерные для дет­ской эпилепсии психические изменения. Припадки учащаются осенью или зимой. С возрастом наступает выздоровление.

Этиологическая связь между С. и эпилепсией отрицается.

**Спектрофобия** (*лат. spectrum —* видение, представление + *фобия*)*.* Навязчи-

вый страх, боязнь зеркал.

Син.: эйзоптрофобия (*греч. eisoptron —* зеркало).

**Спидофобия** (*СПИД —* синдром приобретенного иммунодефицита, *греч. phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь заразиться СПИДом. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний, особенно у лиц с тревожно-мнительными чертами характера, и в дебюте шизофрении, чаще всего — неврозоподобной, ипохондриче­ской.

**Спилбергера шкала** [Spielberger C.D., 1970]. Шкала реактивной и личностной тревожности, психологическая экспресс-методика. Состоит из двух подшкал — для измерения тревоги как состояния и личностной тревожности. Состояние тревоги из­меряется набором утверждений, с помощью которых обследуемый определяет свое состояние на какой-то определенный момент. Подшкала личностной тревожности аналогична Тейлор шкале, и каждое из содержащихся в ней утверждений относи­тельно устойчиво во времени. В нашей стране употребляется в модификации Ю.Л. Ханина [1976].

**Спинтеризм** (*греч. spinter —* искра). Фотопсии в виде искр, светящихся точек, полос и т.п.

**Спонтанный** (*лат. spontaneus*)*.* Самопроизвольный, возникающий без внеш­него повода, например, С. начало болезни, С. ремиссия (без лечения).

**Спорадический** (*греч. sporadikos —* рассеянный, отдельный). Возникающий в виде одиночных случаев, не носящий массовый характер.

**Спутанность артериосклеротическая** [Stern F., 1930]. Психотические син­дромы церебрально-сосудистого генеза. Характерны кратковременность, преимуще­ственное возникновение в ночное время, склонность к многократной повторяемости, рудиментарный и атипичный характер. Патогенез их различен — иногда они возни­кают в связи с острым нарушением мозгового кровообращения, при инсультах или сосудистых кризах, иногда — в связи с экстрацеребральными сосудистыми фактора­ми.

**Спутанность сознания.** Форма помрачения сознания, при которой сочетают­ся отдельные элементы различных его синдромов — делирия, аменции — при зна­чительной выраженности амнестических расстройств. Типичны продуктивные психо­патологические симптомы (бред, иллюзии, галлюцинации). Чаще наблюдается в по­жилом и старческом возрасте. Различают С. галлюцинаторную (возникает на высоте развития вербального галлюциноза), кататоническую (развивается при выраженном кататоническом возбуждении), конфабуляторную (наступает при конфабулезе, чаще всего при интоксикациях, инфекционных или сосудистых психозах), маниакальную (на высоте маниакального возбуждения), сосудистую (при острых сосудистых пси­хозах или при обострениях, особенно в ночное время, хронически протекающей со­судистой патологии), старческую (особенно при сенильных делириях). С. эпилепти­ческая протекает чаще с возбуждением и бредом и может наблюдаться в период припадка или во время статуса, генерализованного или фокального несудорожного. Возможна также послеприпадочная эпилептическая С.

**Стазобазофобия** (*греч. stasis —* стояние, *basis —* хождение + *фобия*)*.* Навяз­чивый страх, боязнь стояния и ходьбы.

**Старение.** Процесс возникновения и развития в органах и системах организма возрастных изменений, приводящих к нарушению его биологической и социальной адаптации. Проявлением такого рода приобретенной дезадаптации и является ста­рость. Заключительный этап возрастной инволюции организма. Помимо С. физиоло­гического, наступающего своевременно и протекающей с длительной сохранностью адаптации при проведении мероприятий лечебного и приспособительного харак­тера, различают С. преждевременное, происходящее в более ранние, чем это харак­терно для данного контингента людей, сроки, и патологическое, при котором ускоре­ние темпов развития старческих изменений вызвано теми или иными заболевания­ми. К патологическому относится и С., протекающее с выраженными психопатологи­ческими изменениями, расстройствами.

**Старость.** Заключительный период жизни индивидуума, характеризующийся выраженным снижением его адаптационных возможностей и наличием соответству­ющих морфологических изменений в органах и системах.

**Статус абсанса** (*лат. status —* состояние). Разновидность эпилептического статуса, при которой один абсанс следует за другим, а в интервалах между ними со­знание не успевает восстанавливаться. В некоторых случаях — абсанс, растянув­шийся на несколько часов или дней. Клинически С.а. проявляется разной длитель­ности выраженным нарушением сознания, которое может привести к эпилептиче­ской фуге. На ЭЭГ чаще всего комплексы пик-волна или комплексы множественных пиков-волн.

**Статус эпилептический** [Calmeil, 1824]. Состояние, характеризующееся сери­ей эпилептических припадков, протекающих с такой частотой и настолько короткими интервалами, что сознание между ними не успевает восстановиться. Характерны ги­пертермия, возможно развитие гипертермической комы, которая, если не принима­ются срочные меры, заканчивается летальным исходом. Различают столько видов С.э., сколько известно разновидностей эпилептических припадков: генерализован­ный судорожный С.э. (тоникоклонический, тонический, клонический, миоклониче­ский); генерализованный несудорожный С.э. (см. *Статус абсанса*)*;* односторонний С.э.; фокальный С.э. (соматомоторный, психомоторный).

Возникает чаще всего в связи с нарушениями режима, особенно диетического, при внезапной и необоснованной отмене противосудорожных препаратов.

Син.: эпилептическое состояние.

**Стационар** (*лат. stationarius —* стоящий, неподвижный). Структурное подраз­деление или форма лечебно-профилактических учреждений для оказания помощи больным в условиях их круглосуточного пребывания под постоянным наблюдением медицинских работников. В последнее время наряду с круглосуточными имеются дневные и ночные полустационары.

**Стеничность** (*греч. sthenos —* сила). Склад личности, характеризующийся высоким жизненным тонусом, значительной психической активностью, устойчиво­стью побуждений, высокой личностной самооценкой. Явление, противоположное астении, что не исключает С. реакций у астеников в плане своеобразной пропорции темперамента.

**Стереоакузия** (*греч. stereos —* твердый, прочный, *akusis —* слух). Способ­ность целостного восприятия звуков, поступающих из расположенных в разных ме­стах или отличающихся по своим свойствам источников (звучание оркестра).

**Стереогноз** (*стерео + греч. gnosis —* восприятие). Способность восприятия, узнавания предметов наощупь. Страдает при органических поражениях головного мозга. См. *Астереогноз.*

**Стереотипия двигательная** (*стерео* + *греч. typos —* отпечаток, образец). Одно из проявлений психической инертности. Непроизвольное, многократное повто­рение однообразных, лишенных смысла и ничем не вызванных движений. Наблюда­ется при органических поражениях головного мозга (болезнь Пика, некоторые после- инсультные состояния), при кататонической шизофрении, сумеречном помрачении сознания, особенно у больных эпилепсией.

Син.: двигательные итерации, стереотипия моторная, аутоэхопраксия.

**Стереотипия речевая.** Одно из проявлений психической инертности, не­произвольное многократное повторение в экспрессивной речи отдельных малоизме- няющихся или вовсе неизменных слов, оборотов, фраз, часто бессмысленных и грамматически неправильно построенных. Наблюдается при органических заболева­ниях головного мозга, особенно часто — при болезни Пика (стоячие обороты, симп­том граммофонной пластинки).

**Стефенсона методика исследования личности Q-sort** [Stephenson W., 1953]. Личностная методика, используется в социальной психологии и патопсихоло­гии. С помощью количественной оценки положительных и отрицательных ответов на специально подобранные утверждения определяется 6 основных тенденций поведе­ния человека в реальной группе: зависимость — независимость, общительность — необщительность, стремление к борьбе — избегание борьбы.

**Стигмы дегенеративные** (*греч. stigma —* укол, клеймо, *лат. degenerare —* вырождаться). Врожденные отклонения от нормальной психической деятельности или от нормального анатомического строения. Различают С.д. психические (недо­развитие или извращения умственных или аффективно-волевых процессов, их дис­гармоничность) и физические (ненормальность зубов, большие и неправильной формы мочки ушей и т.д.). Рассматриваются как признаки ядерной психопатии.

**Стигмы истерические.** Симптомы, указывающие на склонность субъекта к истерическим формам реагирования (например, участки кожной анестезии, располо­жение которых противоречит возможности повреждения периферических нервов, часто — с изменчивой локализацией). К С.и. в более широком смысле относят наи­более частые симптомы истерии (расстройства зрения, слуха, чувствительности и др.).

**Стоквиса методика активной регуляции тонуса** [Stokvis B., 1959]. Психо­терапевтическая методика, использующая явления релаксации, приводящие к ослаблению напряжения. У больного вырабатывается умение сосредотачиваться на мышечных группах, участвующих в действиях, связанных с положительными эмоция­ми, чтобы влиять на некоторые болезненные нарушения. Передозировка в выполне­нии упражнений может вызвать вместо расслабления напряжение.

**Стоуна слуховой проективный тест** [Stone D.R.M., 1935]. Психологическая методика, близкая к Мюррея—Морган тематическому апперцептивному тесту. В ка­честве стимульного материала используются грамзаписи, содержащие серии опре­деленных звуков, прослушав которые, исследуемый должен построить свой рассказ. Предназначен для исследования слепых, а также для групповых исследований.

**Стоячие обороты.** Многократно повторяемые слова, обрывки фраз, короткие обороты, проявление речевой стереотипии. Наиболее типичны для болезни Пика, в течении которой претерпевают определенную динамику. Вначале используются с одними и теми же интонациями в рассказе (симптом граммофонной пластинки), за­тем все больше упрощаются, редуцируются и сводятся к стереотипному повторению слов, обрывков фраз. С.о. становятся все более бессмысленными, иногда слова в них парафатически настолько искажаются, что нельзя определить их первоначаль­ные звучания и смысл.

**Страх.** Чувство внутренней напряженности, непосредственной опасности для жизни в ожидании угрожающих событий, действий. Сопровождается разнообразны­ми вегетативными расстройствами. Может быть различно выражен — от неопреде­ленного чувства неуверенности, опасности до ужаса. По K. Leonhard [1957], одна из фаз психоза счастья — страха.

***С. в голове*** (*нем. Kopfangst*)*.* Аффект страха в связи с неприятными ощуще­ниями в голове (головными болями, чувством распираний или сжатия мозга, ощуще­нием пустоты в голове, головокружениями). Часто С.в г. возникает при остром сене- стопатозе при соответствующей локализации испытываемых больным ощущений.

***С. дневные*** (*лат. pavor diurnus*)*.* Страхи у маленьких детей, аналогичные ноч­ным, но возникающие в дневное время, во время послеобеденного сна.

***С. навязчивый.*** См. *Фобия.*

***С. ночные*** (*лат. pavor nocturnus*)*.* Состояния выраженного страха и двига­тельного возбуждения во время ночного сна. Протекают при суженном или рудимен­тарно сумеречно-помраченном сознании, после пробуждения амнезируются. Наблю­даются у детей дошкольного и младшего школьного возраста, нередко сопровожда­ются снохождением и обманами восприятия. Различают [Ковалёв В.В., 1979] С.н. сверхценного и бредового содержания, психопатологически недифференцирован­ные (эти категории не отличаются от аналогичных страхов, наблюдающихся в дневное время) и пароксизмальные С.н., периодически повторяющиеся и приурочен­ные к определенному времени ночного сна, чаще спустя 2 часа после засыпания. Иногда при этом бывает упускание мочи и дефекация. Пароксизмальные С.н. рассматриваются как проявление височной эпилепсии. С.н. могут наблюдаться и при соматогенной астении.

С.н. возникают в периоде дельта-активности сна, то есть в 3-й или 4-й фазе медленного сна. На ЭЭГ при этом отсутствуют патологические изменения.

***С. преступника*** (*лат. pavor sceleris*)*.* Форма детского страха, боязни плохого человека — вора, грабителя, похитителя младенцев, иногда — какой-то нереальной, мифической, выдуманной персоны.

**Стрельчука гипносуггестивный метод лечения алкоголизма** [Стрельчук И.В., 1949]. Метод лечения алкоголизма выработкой отрицательного условного ре­флекса в гипнозе. Используется и в сочетании с методом апоморфинотерапии, при этом гипнотическое внушение проводится в сочетании с небольшими дозами апо­морфина [Зеневич Г.В., Либих С.С., 1965].

**Стресс** (*англ. stress —* давление, напряжение) [Selye Н., 1936]. Состояния че­ловека, неспецифические его реакции на физиологическом, психологическом и пове­денческом уровнях, возникающие в ответ на чрезвычайно сильные экстремальные раздражители. Основные виды С. — физиологический и психологический. Послед­ний разделяется на информационный и эмоциональный. Аффективная окраска ситу­ации, вызвавшей С., несущественна. Это могут быть и отрицательно, и положитель­но окрашенные события, явления. Например, С. может возникнуть при получении радостного известия о том, что считавшийся погибшим близкий человек жив. С. мо­жет оказывать положительное, мобилизующее влияние, но может проявляться нега­тивно, приводя к дезорганизации деятельности организма. С. с отрицательным воз­действием обозначается как дистресс (*англ, distress —* несчастье, недомогание, ну­жда). Отсюда положительная оценка и важная роль, по H. Selye, С. без дистресса.

См. *Селье синдром адаптации.*

**Стресс эмоциональный.** В отличие от информационного, связанного с пере­грузками интеллектуальной информацией, С.э. возникает в угрожающих ситуациях, в связи с обидой, опасностью и т.д. Различают, по характеру поведенческих реакций, такие формы С.э. как импульсивная, тормозная, генерализованная. Нарушается про­текание психических процессов, происходят эмоциональные сдвиги, изменяется структура мотивации, нарушается двигательное и речевое поведение.

Син.: С. рефлекторно-эмоциональный.

**Стрессор.** Фактор, вызывающий состояние стресса. Различают С. физиологи­ческие (чрезвычайная физическая нагрузка, высокая или низкая температура, боль и др. чрезвычайные и остро воспринимаемые симптомы соматической патологии) и психологические (угроза благополучию, страх, чувство опасности, избыток информа­ции, не позволяющий справиться с ней, и т.д.). К психологическим С. относятся и факторы фрустрации (см. *Розенцвейга теория фрустрации*)*.*

Син.: стресс-фактор.

**Стрибмана методика психотерапии** [Стрибман К.И., 1940]. Психотерапевти­ческая методика лечения функциональной, истерической афонии путем сочетания рациональной психотерапии (убеждение больного в излечимости его страдания) с одновременной гальванизацией корня языка.

**Ступор** (*лат. stupor —* оцепенение). Состояние обездвиженности, оцепенения с частичным или полным мутизмом и отсутствием или снижением реакции на внеш­ние раздражители, в том числе и на болевые.

***С. акинетический*** характеризуется обездвиженностью и сопротивлением больного попыткам изменить положение его тела.

***С. апатический*** проявляется полным безучастием, бездеятельностью, отсут­ствием волевых побуждений, бедностью переживаний, дезориентировкой.

Син.: С. адинамический, аспонтанный.

***С. бредовой*** обусловлен бредовыми переживаниями.

***С. галлюцинаторный*** протекает с галлюцинациями, чаще слуховыми (импе­ративными).

***С. депрессивный.*** Наблюдается на высоте депрессивного состояния. Харак­терна депрессивная мимика.

Син.: С. меланхолический.

***С. истерический*** возникает после психической травмы обычно при наличии истероидных черт личности.

***С. кататонический*** проявляется обездвиженностью, мутизмом, каталепси­ей. Зрачковые симптомы (Бумке, Вестфаля—Бумке).

***С. маниакальный*** — двигательное торможение при маниакальном аффекте. Проявление смешанных состояний.

***С. негативистический.*** Разновидность С. кататонического с выраженным активным негативизмом.

***С. послешоковый*** наступает в результате сверхсильных эмоциональных по­трясений, в экстремальных ситуациях.

***С. псевдокататонический.*** См. *С. истерический.*

***С. психогенный.*** См. *С. истерический.*

***С. пустой.*** Не сопровождается другими психопатологическими проявлениями (бредом, галлюцинациями, аффективными расстройствами).

Син.: С. эффекторный.

***С. рецепторный*** проявляется на фоне онейроида. Больной как бы восприни­мает происходящие перед ним фантастические картины.

***С. эмоциональный.*** См. С. *психогенный.*

***С. экзогенный.*** Возникает при токсических или инфекционных поражениях стриопаллидарной системы, например, пост- или метэнцефалитический С., С. вследствие отравления нейролептиками.

***С. экстатический*** возникает в связи с выраженным экстатическим аффек­том.

***С. эпилептический.*** Относительно непродолжительный, с последующей амнезией.

***Субделирий*** (*лат. sub —* под + *делирий*)*.* Начальная стадия или облегченное и непродолжительное (абортивное) течение делирия.

**Субдепрессия.** Неглубокая депрессия. Либо начальная стадия углубляющей­ся эндогенной депрессии, либо — депрессивное состояние невротического или цик­лотимического генеза.

Син.: субдепрессивное состояние.

**Субступорозное состояние.** Неполный ступор. Обездвиженность не достига­ет той степени выраженности, что при кататоническом ступоре. Мутизм также может быть неполным. Больной длительное время сохраняет неестественные, вычурные, часто неудобные позы. Возможен все же частичный контакт.

**Сублимация** (*лат. sublime —* наверх, вверх). Один из Фрейда механизмов психологической защиты, при котором происходит превращение социально непри­емлемого импульса в приемлемый, переадресовка энергии из одного канала в дру­гой. Чаще всего это относится к переключению энергии с примитивных и низменных потребностей на высоко ценимые в обществе проявления деятельности. С. рассмат­ривается как один из наиболее положительных механизмов адаптации личности, ин­дивидуума.

**Суггестия** (*лат. suggestio —* внушение, намек). См. *Внушение.*

**Суггестология** (*суггестия + греч. logos —* учение, наука). Раздел психо­терапии, изучающий методологические принципы и разрабатывающий методологи­ческие приемы внушения в процессе психотерапевтической деятельности.

**Судороги.** Непроизвольное сокращение мышц. В зависимости от их непре­рывного или прерывистого характера различают С. тонические и клонические. По происхождению различают С. церебральные и спинальные. Вызываются: аноксией (например, во время обмороков), токсическими воздействиями (например, при отравлении стрихнином), психогенными факторами (например, истерические), эпи­лептическими.

***С. аффективные*** возникают под влиянием сильного эмоционального возбу­ждения, чаще у детей.

***С. гипнагогические*** наблюдаются перед засыпанием, чаще у страдающих обменными нарушениями, особенно при нарушениях минерального обмена.

***С. детские*** [Hochsinger K., 1904]. Судорожные припадки с четко выраженной причиной, явным пусковым фактором, наблюдающиеся чаще всего в пубертатном периоде и возникающие в связи с особыми нагрузками — с физическим напряжени­ем, отсутствием сна, интенсивным солнечным облучением, значительной интеллек­туальной или эмоциональной нагрузкой. Характерен большой эпилептический при­падок, чаще всего он бывает раз в жизни и больше не повторяется. H. Kreiz [1967] относит такие случаи к острой эпилепсии с тенденцией к самопроизвольному выздо­ровлению. В отдельных случаях такие припадки являются предвестниками развива­ющейся (в течение нескольких лет) и хронически протекающей эпилепсии.

***С. инициальные*** возникают в начале произвольного движения при некоторых органических поражениях ЦНС.

***С. истерические.*** Проявление истерического припадка.

***С. клонические*** проявляются в чередовании кратковременных мышечных спазмов и периодов расслабления. Наблюдаются при поражении двигательной зоны полушарий головного мозга, чаще всего — при эпилепсии и эпилептиформных син­дромах органического генеза.

***С. корковые*** возникают при раздражении двигательных центров в области передней центральной извилины коры полушарий головного мозга.

***С. оперкулярные*** (*анат. operculum frontale —* лобная покрышка). Ритмиче­ские С. мышц языка и губ, сопровождающиеся причмокиванием и жевательными движениями. Проявление поражения задней части нижней лобной извилины.

***С. профессиональные*** возникают при переутомлении мышц, участвующих в профессиональных движениях (письмо, игра на скрипке и др.).

***С. рефлекторные*** возникают при нанесении какого-либо раздражения, например, при исследовании дермографизма. Признак повышенной чувствительно­сти субъекта.

***С. салаамовы*** (от *«салам» —* мусульманское приветствие). Ритмическое дви­жение головы вперед и назад, сопровождающееся аналогичными движениями туло­вища и, иногда, разгибание рук. Входит в состав синдрома детской миоклонической эпилепсии Веста, наблюдающегося в младенческом возрасте, наряду с остановкой психомоторного развития и гипсаритмией (диффузные медленные комплексы пик- волна с очень большой амплитудой и малой реактивностью, повторяющиеся с ко­роткими интервалами на фоне основного ритма частоты тета- и дельта-волн). В основе — органическое поражение головного мозга неустановленной природы. Не относится к эпилепсии.

Син.: С. кивательные, сгибательный спазм.

***С. сальтаторные*** (*лат. saltatorius —* плясовой). Клонические С., возникаю­щие в положении стоя.

***С. тонические*** характеризуются длительным сокращением мышц. Наблюда­ются при некоторых очаговых поражениях головного мозга (базальных ядер, ствола), при тетании, столбняке, как одна из фаз эпилептического припадка, при истерии.

***С. фебрильные простые.*** Наблюдаются при лихорадочном состоянии и но­сят характер эпизодических. Не оставляют последствий, отличаются хорошим прогнозом.

***С. фебрильные эпилептические.*** Наблюдаются в детском возрасте при ли­хорадочных состояниях, на фоне судорожной готовности. Отмечается сравнитель­ная частота семейного предрасположения к С.ф.э. С возрастом исчезает по мере угасания судорожной предрасположенности.

***С. эпилептиформные.*** С. неопределенной природы, внешне напоминающие эпилептические. По H. Gastaut [1975], термин неправомерен — в тех случаях, когда неизвестна природа судорог, следует говорить о судорогах неопределенной приро­ды.

***С. эпилептические.*** Судорожные проявления, входящие в структуру эпилеп­тических припадков, как генерализованных, так и атипичных, фокальных.

**Судорожный смех.** Приступы неестественно громкого и продолжительного смеха, сопровождающегося утрированными мимическими реакциями. Наблюдается при неврозах, особенно при истерии, при неврозоподобных состояниях органическо­го генеза и шизофрении (носит характер манерного).

**Суждение.** Основная форма мыслительной деятельности. В С. формулирует­ся предварительный итог мыслительного процесса. С. имеет в своей основе дей­ственный характер и заключает в себе социальный аспект. Отражая отношение субъекта к объекту, С. насыщено эмоционально. С. — итог понятий и представле­ний. Проверка истинности С. производится в контексте логической его проверки, кри­тичности. Такая работа над С. является рассуждением. Рассуждение, показывая ис­тинность С., становится обоснованием его, оно вскрывает правомерность посылок С. и, таким образом, приобретает форму умозаключения. Основные виды С.: утвердительные и категорические; проблематические, действительности и необхо­димые.

**Суигенный** (*лат. suus —* свой, независимый, *греч. -genes —* порождающий). Независимый от каких-либо обстоятельств, эссенциальный.

**Суицид** (*лат. sui —* себя, *caedo —* убивать). См. *Самоубийство.*

**Суицидальное поведение у подростков.** По А.Е. Личко [1985], одна из форм патохарактерологических реакций. Различаются истинное, аффективное и де­монстративное С.п. Истинное С.п. обычно бывает следствием длительной и тяжелой психической травматизации. См. *Амбрумовой концепция суицидального поведения.*

**Суицидомания** (*суицид* + *мания*)*.* Непреодолимое влечение, упорное стрем­ление к самоубийству. Наблюдается при депрессивной фазе МДП, некоторых фор­мах психопатии, шизофрении.

**Сукцессивный** (*лат. succendo —* идти вслед). Последовательный. Например, сукцессивный синтез, расстройства которого характерны для органических пораже­ний головного мозга лобной локализации.

**Сульфозинотерапия** [Schroeder K., 1924]. Один из методов пирогенной терапии, был предложен для замены маляриотерапии (см. *Вагнер-Яурегга метод*) при лечении прогрессивного паралича. Известное терапевтическое значение имеет и производимый сульфозином дезинтоксикационный эффект. Применяется вводи­мый внутримышечно 1 % раствор очищенной (возгоночной) серы. Назначается с со­гласия больного или его родственников.

**Сумеречное расстройство сознания.** Характеризуется острым возникнове­нием и, в большинстве случаев, острым же разрешением; по выходе из него наблю­дается амнезия. Однако в некоторых случаях разрешение может быть литическим и тогда остаются островки припоминания (см. *Моли феномен*)*,* способствующие об­разованию резидуального бреда. В сумеречных состояниях отмечаются образный бред, галлюцинации, бурные аффекты страха, злобы. В С.р.с. нередки агрессивно­разрушительные поступки. Длительность этих состояний от нескольких минут до нескольких дней.

Сумеречные состояния могут быть функциональными (аффективными, исте­рическими, психогенными) и органическими (эпилептический или эпилептиформный синдром).

Функциональные С.р.с. характеризуются наличием симптомов псевдодемент- ности, пуэрильности, иногда — театральности; при них часто отмечается реакция на происходящее вокруг больного. Такие состояния часто определяются как истериче­ское сужение сознания.

Органические С.р.с. при эпилепсии могут следовать за припадком, быть его эквивалентом.

Выделяют онейроидный вариант С.р.с. — при обилии ярких фантастического содержания галлюцинаций и кататонических проявлений.

Известные трудности в судебно-психиатрической экспертизе представляет диагностика ориентированных С.р.с., при которых сохраняются следы ориентировки (узнавание близких, фрагменты самосознания), отсутствуют бред и галлюцинации. Больные производят впечатление не совсем проснувшихся людей (нетвердая, шат­кая походка, заплетающаяся речь).

**Сумеречные эпизодические расстройства сознания** [Kleist К., 1926]. Эпизо­дически возникающие психотические состояния, характеризующиеся сумеречным расстройством сознания (сумерки простые, импульсивные, галлюцинаторные, экс­пансивные, психомоторные). Период предвестников характеризуется бессонницей, астенией, по выходе из С.э.р.с. глубокий длительный сон. Рассматривались автором как стволовый синдром. В современной психиатрии рассматриваются как одна из форм периодически протекающих психозов.

**Суппрессия** (*лат. suppressio —* подавление). Механизм психологической за­щиты, характеризующийся попыткой объяснения, оправдания, толкования своих, противоречащих общепринятым в обществе, мыслей и чувств. Эффективность С. зависит от значимости этих переживаний для человека, от их эмоциональной нагруз­ки. С. всегда носит характер сознательного, волевого подавления, в отличие от ре­прессии, являющейся неосознаваемой, автоматизированной.

**Суханова тревожно-мнительный характер** [Суханов С.А., 1905]. Одно из обозначений психастенической конституции.

**Сухаревой систематика психопатий** [Сухарева Г.Е., 1959]. Предполагает вы­деление трех основных видов психопатий в связи с различными вариантами анома­лий нервной системы (различие вариантов аномалий зависит от времени, характера и тяжести болезнетворного воздействия на нервную систему): 1) задержанное раз­витие (по типу психического инфантилизма); 2) искаженное, диспропорциональное развитие, в структуре которого задержка развития одних физиологических систем сосуществует с ускоренным развитием других; 3) поврежденное, «надломленное» развитие в связи с повреждением нервной системы на ранних этапах ее онтогенеза. К первой группе психопатий, общим для которых является наличие черт дисгармони­ческого инфантилизма, относятся неустойчивые, истероидные, лгуны и фантасты, частично возбудимые. Ко второй группе — гипертонические, аутичные и психастени­ческие личности. Третья группа — органические психопатии — характеризуется пси­хопатоподобными нарушениями поведения при наличии остаточных органических изменений в головном мозге.

**Сухаревой триада** [Сухарева Г.Е., 1955]. Признаки психических расстройств при хорее Сиденгама: эмоциональные, двигательные и сенсорные расстройства.

**Сухотка спинная.** Форма позднего нейросифилиса. Возникает через 5-10, иногда 15-20 лет после заражения сифилисом. Поражается спинной мозг, его задние столбы и корешки. Морфологически — воспалительные, а затем дегенеративные из­менения паренхимы, происходит распад миелина и аксонов. Поражаются также че­репно-мозговые и спинальные нервы. Основная симптоматика — нарушения поход­ки, атаксия, угасание рефлексов, парестезии, выпадение глубокой чувствительно­сти, болевые симптомы (стреляющие боли в ногах), симптом Аргайлла Робертсона, тазовые и трофические расстройства, вегетативные кризы. Психически — астения, снижение памяти, внимания, аффективная лабильность, аффективные колебания, изменения характера, иногда — галлюцинаторно-бредовые непродолжительные со­стояния. Возможно присоединение симптоматики прогрессивного паралича (табопа- ралич). Реакция Вассермана положительная, реакция Ланге по паралитическому типу. Течение длительное, больные часто погибают в состоянии кахексии, прибли­жение летального исхода нередко связано с интеркуррентной соматической патоло­гией.

Син.: tabes dorsalis.

**Сцеволизм.** Тенденция некоторых психически больных (при выраженной де­менции, в исходных состояниях шизофрении, при аффективных реакциях у психопа­тов) к самоповреждениям путем нанесения себе ожогов или даже сжигания отдель­ных частей тела. Гай Муций *Сцевола* (Левша) — легендарный герой времен борьбы римлян с этрусками (начало IV в. до н.э.) — проник в лагерь этрусков с целью убить их предводителя. При этом он был пленен, и враги намеревались применить к нему жестокие пытки, чтобы узнать имена его сообщников. Желая показать свое бесстра­шие по отношению к боли и смерти, он сам опустил правую руку в пламя и не издал ни звука, пока рука тлела в огне.

\_Т\_

**Табакокурение.** Вредная привычка, самая распространенная форма токсико­мании. При Т. в организм попадает токсичный алкалоид никотин; длительное зло­употребление приводит к выраженной соматической патологии (со стороны сердеч­но-сосудистой системы, легких, желудочно-кишечного тракта). Доказано канцероген­ное влияние Т., проявляющееся, в первую очередь, в росте злокачественных забо­леваний дыхательных путей среди курящих. Существует психологическое привыка­ние к никотину, на поздних этапах — снижение толерантности к нему.

Син.: никотинизм.

**Табопаралич** (*лат. tabes dorsalis + паралич*)*.* Сочетание спинной сухотки с прогрессивным параличом. Характеризуется сравнительно медленным, по сравне­нию с прогрессивным параличом, нарастанием слабоумия. Спинномозговые симпто­мы проявляются раньше, чем паралитическая деменция (иногда на 5-10 лет). Карти­на прогрессивного паралича чаще соответствует его дементной форме, однако воз­можны симптомокомплексы, характерные для экспансивной, ажитированной и де­прессивной форм. Часто наблюдаются зрительные галлюцинации, параноид.

**Табофобия** (*табес + фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь заболеть спинной су­хоткой. В настоящее время встречается крайне редко.

**Табу.** Полинезийское слово, обозначавшее предметы или живые существа, к которым нельзя прикасаться. Понятие Т. было введено S. Freud [1913] в психоана­лиз, как противоположное «обычному», «общедоступному». При этом различались его позитивный («святой», «освященный») и негативный («жуткий», «опасный», «не­чистый») аспекты. В Т. виделось проявление амбивалентности мышления к налагае­мым запретам. Проводилась аналогия между Т. и неврозом навязчивых состояний, сущность которых S. Freud видел в препятствии осуществлению сильных бессозна­тельных влечений. Этим самым была дана психоаналитическая интерпретация проблемы возникновения запретов, играющей важную роль в понимании фрейдиста­ми структуры личности (Сверх-«Я», цензура), появления морали и религии. Критики фрейдизма указывали на поверхностность аналогии между механизмами формиро­вания табу и патогенезом невроза, на уподобление факторов социально-психологи­ческих — патобиологическим, клиническим, на игнорирование культуральных разли­чий.

**Таката—Ара реакция** [Takata М., Ara K.]. Коллоидная реакция. При добавле­нии к подщелоченному ликвору растворов сулемы и фуксина в норме наблюдается смесь фиолетового цвета. При просветлении жидкости и выпадении осадка реакцию обозначают как метасифилитическую (прогрессивный паралич), при окрашивании в красный цвет — как менингитическую.

**Талассофобия** (*греч. thalassa —* море + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь моря (морских путешествий, купаний).

**Танатофобия** (*греч. thanatos* — смерть + *фобия*)*.* Навязчивый страх смерти. Проявляется либо избеганием разговоров о смерти, зрелища похорон, либо, наобо­рот, повышенным интересом к рассказам об умирании, похоронах.

**Танцюры методика психотерапии** [Танцюра М.Д., 1956]. Психотерапевтиче­ская методика лечения навязчивых состояний путем негативного воздействия. Авто­ром предложено патофизиологическое объяснение методики: поскольку в основе навязчивых состояний лежит образование патологического очага инертного возбу­ждения, при многократном повторении этих действий наступает перенапряжение возбуждения в очаге с развитием в нем инертного торможения. Больному предлага­ют дома по 3-4 раза в день по несколько минут воспроизводить движения, повторяю­щие болезненный симптом, или по 10-15 раз вызывать представления, усиливаю­щие его.

См. *Денлопа метод негативного воздействия, Франкля метод парадоксаль­ной интенции.*

**Тарантизм.** Массовые истерические эпидемии, наблюдавшиеся в Голландии и Западной Германии (XIV-XV вв.) и в Италии (XVI-XVII вв.) в виде очень продолжи­тельных, до изнурения и судорог, танцев, возникавших по механизмам индукции. Та­нец носил название тарантеллы, которое сохранилось и по настоящее время, так как был связан с суеверным представлением о том, что таким путем можно избе­жать укуса тарантула.

**Тартусская батарея психометрических тестов** [Саарма Ю.М., 1952]. Комплекс экспериментальных методик для исследования высшей нервной деятель­ности, включающий тест оперативной памяти, опыт с запоминанием, ассоциативный эксперимент, тест со сложением, корректурный тест, опыт с моторным рефлексом, исследование частоты пульса и дыхания, электрического сопротивления кожи, арте­риального давления. Анализ результатов производится с позиций физиологии выс­шей нервной деятельности, определяются состояние возбудительного процесса и внутреннего торможения, тонус и реактивность вегетативной нервной системы. При­меняется в психиатрии и психофармакологии.

**Тарханова феномен** [Тарханов И.Р., 1888]. Возникновение и усиление биопо­тенциалов кожи при воздействии факторов внешней среды, а также при некоторых видах психической деятельности человека, в частности, при эмоциональных реакци­ях. В основе — тонкий вегетативный механизм, отражающий функциональное состо­яние симпатической нервной системы. Основная дата описанного И.Р. Тархановым кожно-гальванического рефлекса, по современным представлениям, замыкается в премоторной зоне коры большого мозга и в лимбической системе, а также в гипота­ламусе и ретикулярной формации ствола мозга.

**Тасикинезия** (*греч. tasis —* тенденция, склонность, *kinesis —* движение) [Sicard J., 1923]. Форма парадоксальной кинезии характеризуется состоянием повы­шенной двигательной активности, непрекращающимся стремлением двигаться, в частности, ходить. В отличие от акатизии отсутствуют мучительные ощущения, по­требность в движениях является первичной тенденцией, определяется как не­преодолимый внутренний напор [Тимков И., Киров К., 1976]. Состояние, близкое к акатизии, наблюдается при тех же патологических состояниях — при некоторых ор­ганических поражениях головного мозга (эпидемический энцефалит) и как осложне­ние при лечении нейролептиками. Относится к транзиторным нейролептическим синдромам, однако, в ряде случаев приобретает хроническое течение (см. *Ио син­дром*)*.*

**Тат.** См. *Мюррея — Морган тематический апперцептивный тест.*

**Татуировка** (*фр. tatouer*)*.* Нанесение на кожу различных рисунков и надписей путем внесения в нее нерастворимых красящих веществ. Т. может носить характер дани старым профессиональным традициям, например, у моряков, однако, значи­тельно чаще свидетельствует об уголовном прошлом субъекта. Характер рисунков и надписей иногда может подсказать, где они производились, так как существует спе­цифический стиль Т., присущий некоторым пенитенциарным учреждениям. Наличие Т. является также основанием для предположения о психопатических чертах харак­тера ее носителя.

Син.: татуаж.

**Тафефилия** (*греч. taphe —* похороны, погребение + *филия*)*.* Болезненное влечение присутствовать на похоронах.

**Тафефобия** (*тафе + фобия*) [Morselli E., 1886]. 1. Навязчивый страх, боязнь быть погребенным заживо. 2. Навязчивый страх, боязнь похорон и связанного с ними ритуала.

**Тахибазия** (*греч. tachys —* скорый, быстрый, *basis —* ходьба). См. *Бехтерева постэнцефалитические симптомы.*

**Тахилалия** (*тахи + греч. lalia —* речь). Ускоренная речь, сочетающаяся с многоговорением. Наблюдается при маниакальных, гипоманиакальных и манио- формных состояниях.

Син.: тахифемия, тахифразия.

**Тахипное** (*греч. tachy —* ускорение, *рпое —* дыхание). Учащенное дыхание, одышка. Наблюдается при соматических заболеваниях, органических поражениях головного мозга, истерии. При истерии учащение может достигать 60-100-150 дви­жений в мин; при этом дыхание неритмично, неравномерно, отсутствует цианоз губ, больной не стремится занять положение, характеризующееся приподнятой головой, лежит в постели низко; при отвлечении внимания одышку можно погасить.

**Тахипсихия** (*тахи + греч. psyche —* душа). Ускорение психической деятель­ности. Может носить конституциональный характер, но чаще наблюдается при мани­акальных и гипоманиакальных состояниях. Состояние, противоположное брадипси- хии.

**Тахитимия** (*тахи + греч. thymos —* настроение). Проявление психопатии, для которой характерно легкое возникновение как положительно окрашенных эмоцио­нальных состояний, так и дисфорий, живость темперамента, моторики, частые сме­ны настроения. Тахитимики подвижны, беспечны в обращении с предметами и людьми, склонны к пустой, недостаточно мотивированной деятельности. Ср.: пойки- лотимия, психопатия реактивно-лабильная.

**Тахифемия** (*тахи + греч. phemi —* говорить). См. *Тахилалия, Бехтерева постэнцефалитические симптомы.*

**Ташева шкала депрессий** [Ташев Т., 1970]. Предназначена для характери­стики депрессивных состояний по самооценке. Представляет собой анкету из 50 во­просов, построенную по альтернативному принципу. Используется для диагностики депрессий, уточнения характеристики синдрома и изучения динамики депрессивных признаков в процессе лечения. Ср.: Гамильтона шкала, Раскина шкала.

**Театральность поведения.** Подчеркнутая аффективность проявлений мими­ки, жестов, речи, желание произвести впечатление на окружающих, привлечь к себе внимание. Особенно часто наблюдается у психопатических личностей истероидного склада. См. *Гистрионизм.*

**Тебаизм** (*лат. thebaicum —* опиум). См. *Опиомания.*

**Теизм** (*лат. thea —* чай). Разновидность кофеинизма, злоупотребление креп­ким чаем (чифирем).

**Тейлор метод лечения алкоголизма** [Taylor A.T., 1964]. Основан на перо­ральном применении метронидазола (трихопола), прием которого вызывает у боль­ных тошноту и рвоту не только при приеме алкоголя, но и при одном его запахе. Рез­ко повышается толерантность к алкоголю, что препятствует получению удоволь­ствия от выпивки. Восстанавливается рвотный рефлекс, угасающий на ранних ста­диях алкоголизма. Препарат малотоксичен и не дает побочных явлений, может ис­пользоваться в амбулаторной практике.

**Тейлор метод лечения навязчивых состояний** [Taylor J., 1965]. Психо­терапевтический метод. Больной при закрытых глазах вызывает у себя навязчивые мысли, обрывающиеся возгласом врача: «Стоп!». После нескольких повторений пу­тем такой тренировки удается ослабить или даже подавить навязчивости.

**Тейлор шкала тревоги** [Taylor J., 1953]. Так называемая «личностная шкала проявлений тревоги». Правильнее говорить о личностной тревожности, так как с по­мощью этой методики исследуются свойства личности, свидетельствующие о под­верженности человека воздействию различных стрессов и склонности реагировать при этом состояниями тревоги. Состоит из 50 утверждений, входящих в шкалу Хэтэу­эя—Маккинли (см. *Хэтэуэя—Маккинли личностный опросник MMPI*)*.* В нашей стра­не адаптирована Т.А. Немчиным [1966].

**«Телеграфный стиль».** Нарушение речи, проявление лобного аграмматизма. Характеризуется отрывочностью экспрессивной речи, состоящей сплошь из суще­ствительных и глаголов в неопределенной форме, без грамматического их согласо­вания. Характерен для моторной афазии.

**Телеология** (*греч. telos —* цель *+ логия*)*.* Идеалистическое направление в философии и биологии, проповедующее целесообразность, соответствие каким-то высшим целеполагающим мотивам происходящих в природе процессов, явлений. Такая целенаправленность является не детерминистической, а рассматривается как проявление либо божественного промысла, либо как проявление внутренних и непо­стижимых для человека природных причин. Т. в медицине пытается обосновать представления о фатализме, присущем возникновению болезней.

**Телефон доверия.** Один из методов социально-психологической работы по профилактике психических заболеваний. Круглосуточная служба, обеспечивающая квалифицированными советами людей, обращающихся за помощью в стрессовой ситуации. Обслуживается психологами, психотерапевтами, психиатрами. Приобре­тает большое значение в предотвращении суицидальных действий.

**Телефонофобия** (*телефон + фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь пользовать­ся телефоном. Чаще ожидание от телефонного звонка неприятных известий.

**Телешевской методика наркогипноза** [Телешевская М.Э., 1959]. Сочетание гипноза с предварительным внутривенным введением 0,5-3-4 мл 10% раствора гек- сенала до появления некоторой оглушенности с легкой эйфорией. Показана при недостаточной гипнабельности и внушаемости больных. Применяется при психоген­ном мутизме, афонии, заикании, амаврозе, блефароспазме, астазии-абазии, функ­циональных параличах, навязчивостях, невротических ипохондрических синдромах, расстройствах сна.

**Телосложение** (*лат. habitus*)*.* Совокупность соматических признаков, опреде­ляющих строение тела. Представляет интерес в сопоставлении с особенностями ха­рактера (см. *Конституциональная типология Кречмера, Пенде, Шелдона*)*.*

***Т. астеническое.*** Высокий рост, длинные конечности, узкая грудная клетка, удлиненное лицо овальной формы, незначительный слой подкожной жировой клет­чатки. См. *Готическая конституция, Астения конституциональная.*

***Т. атлетическое.*** Хорошее развитие мускулатуры и скелета, широкий плече­вой пояс, крупные черты лица, развитой подбородок.

***Т. диспластическое*** (*дис + греч. plastike —* формирование, образование) от­личается непропорциональностью размеров отдельных частей тела, иногда наличи­ем физических черт, присущих другому полу (евнухоидизм или феминизация у муж­чин, маскулинизм — у женщин).

***Т. лептосомное*** (*греч. leptos —* тонкий, нежный + *сома*)*.* См. *Т. астениче­ское.*

***Т. пикническое*** (*греч. pyknos —* плотный, крепкий). Объемные размеры преобладают над линейными, круглая голова, короткие конечности, невысокий рост, часто повышенное отложение подкожной жировой клетчатки.

**Темп психических процессов.** Личностная характеристика, включающая ско­рость протекания ассоциативного процесса, степень подвижности и переключае- мость мышления, внимания, деятельности. В большой мере зависит от конституцио­нальных особенностей, подвержен значительным изменениям под влиянием некото­рых психических заболеваний и психопатологических состояний.

**Темперамент** (*лат. temperamentum —* соразмерность, надлежащее соотно­шение частей). Индивидуальные особенности личности, определяющиеся ее актив­ностью и эмоциональностью в их динамических проявлениях (интенсивность, темп, ритм, подвижность психических процессов). Традиционно выделяются 4 типа Т., раз­личие которых объяснялось с позиций гуморальной (соотношение жизненных соков в организме), конституциональных (в соответствии с конституционально-типологиче­скими особенностями) теорий, и, в настоящее время, трактуется в соответствии с ти­пами высшей нервной деятельности по И.П. Павлову. К последнему близка типоло­гия H.J. Eysenck.

***Т. меланхолический*** (*греч. melas* — темный, черный, *chole —* жёлчь). Преоб­ладание подавленного настроения, слабость волевых процессов. По И.П. Павлову — слабый тип ВНД. По H.J. Eysenck — интровертированность, высокий нейротизм.

***Т. сангвинический*** (*лат. sanguis —* кровь). Живость, подвижность эмоцио­нальных реакций, быстрота и сила волевых проявлений. По И.П. Павлову — силь­ный, уравновешенный. По H.J. Eysenck — экстравертированный, стабильный (низ­кий показатель нейротизма).

***Т. флегматический*** (*греч. phlegma —* слизь, флегма). Эмоционально вялый, устойчивый, мало зависящий от внешнего влияния, медлительный. По И.П. Павлову — сильный, уравновешенный, инертный. По H.J. Eysenck — интровертированный, стабильный.

***Т. холерический*** (*греч. chole —* жёлчь). Возбудимый, порывистый, склонный к бурным аффективным реакциям. По И.П. Павлову — сильный, неуравновешенный. По H.J. Eysenck — экстравертированность, высокий нейротизм.

**Темперамента пропорции.** См. *Кречмера пропорции темперамента.*

**Тениофобия** (*греч. tainia —* ленточный глист + *фобия*)*.* Навязчивый страх, бо­язнь заразиться глистами.

**Тенона метод монолатеральной электросудорожной терапии** [Tennon J., 1956]. Предложен в качестве относительно более щадящего центральную нервную систему, не приводящего к значительному ослаблению памяти. Электроды наклады­ваются с одной стороны головы, на недоминантное полушарие. Отличается мень­шим терапевтическим эффектом, количество электросудорожных припадков на курс приходится увеличивать в 1,5 раза, что, в конечном итоге, дает такой же неблаго­приятный для мозговой ткани результат. Этим объясняется известная ограничен­ность показаний к применению метода — главным образом при легких депрессиях и при лечении больных, для которых хорошая память профессионально важна [Авруц- кий Г.Я., Вовин Р.Я., Личко А.Е., Смулевич А.Б., 1975].

**Теофобия** (*греч. theos —* бог, *phobos —* страх). Навязчивый страх, боязнь бога, божьей кары, божьего вмешательства в судьбу.

**Тепловой удар.** Болезненное состояние, возникающее вследствие наруше­ний теплообмена в организме (длительное перегревание или массированное тепло­вое облучение). Обычно возникает при длительном нахождении человека в условиях высокой температуры воздуха, при значительной инсоляции. Характерны соматиче­ские симптомы: гипертермия тела, усиленное потоотделение, тахикардия, учащение дыхания. Часты проявления со стороны нервной системы, обусловленные различ­ной степени выраженностью отека мозга — головные боли, головокружения, обмо­рочные состояния, оглушение, эпилептиформный синдром, психомоторное возбу­ждение, нарушение координации движений. См. *Психозы Фауста.*

**Терапевтический клуб.** Форма проведения психотерапевтической работы с психически больными во внебольничных условиях. Один из методов социальной ре­абилитации. Работу в клубе проводят психиатры, психотерапевты, психологи, социо­логи. Используются приемы индивидуальной и коллективно-групповой психотерапии, при необходимости назначается поддерживающее медикаментозное лечение.

**Терапевтический театр.** См. *Морено метод психодрамы.*

**Терапевтическое сообщество** (*англ. therapeutie community*)*.* Специально сконструированная больничная среда, поощряющая деятельность пациентов в рам­ках социальных норм. Специальные обучающие методы применяются для преодо­ления чувства зависимости пациентов, для поощрения у них чувства личной ответ­ственности и ускорения социальной реабилитации. Понятие Т.с. опирается на поло­жения социологии и социальной психологии. По мнению М.М. Кабанова [1985], основная задача персонала заключается в управлении социальной ролью больного, в постоянном взаимодействии медицинских работников с пациентами. По выраже­нию M. Jones [1966], концепция Т.с. означает оптимальное использование лечебных способностей больных и персонала.

**Терапия поддерживающая.** Лечение, назначаемое больным процессуальны­ми психическими заболеваниями после выписки из стационара в состоянии ремис­сии. Цель — создание условий для проведения социально-реабилитационных меро­приятий, профилактика рецидивов заболевания. Для Т.п. больных шизофренией особенно показаны депо-препараты.

**Терапия средой** (*англ. milieu therapy*)*.* Один из методов социотерапевтиче- ского воздействия, близко примыкает к психотерапии, особенно коллективной. Важ­ную роль играют микросредовые факторы, создание сплоченного коллектива боль­ных с общими интересами, максимальное предоставление им статуса самостоятель­ности, введение в отделении принципа самообслуживания и самоуправления, преодоление ненужной авторитарности медицинских работников в их взаимоотно­шениях с больными.

**Терапия ex juvantibus** (*лат. ex —* исходя из, *juvanus —* помогающий). Лече­ние, проводимое в целях уточнения диагностики. Крайняя мера, применяемая при значительных диагностических затруднениях и условии, что проведение такого лече­ния не противопоказано по соматическому и психическому состоянию больного. Например, назначение антилюэтической терапии при предположении о серонегатив­ном люэсе, антидепрессантов — при подозрении на латентную депрессию.

**Термалгия** (*греч. therme —* тепло, жара, зной, *algos —* боль). Дизестезия, при которой кожное тепловое раздражение воспринимается как болевое.

**Терманестезия** (*терм + греч. an —* отрицание, *aisthesis —* чувство, ощуще­ние). Нарушение чувствительности, невосприятие теплового раздражения. Наблю­дается при органических поражениях серого вещества спинного мозга (сирингоми- элия) и при функциональных заболеваниях (истерия). Одна из истерических стигм.

**Термофобия** (*термо* + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь жары, натопленных помещений.

**Термоэстезия** (*термо + эстезия*)*.* Температурная (тепловая) чувствитель­ность.

**Тета-волны.** Медленные волны на ЭЭГ с частотой 4-7 в секунду и амплитудой до 150 мкВ. Конфигурация многообразна — синусоидальные, округлые, заострен­ные. Доминирующий ритм на ЭЭГ здоровых детей в возрасте 2-8 лет.

Син.: тета-ритм, стресс-ритм.

**Тетрапарез** (*тетра* + *греч. paresis* — ослабление). Парез всех четырех ко­нечностей.

**Тетраплегия** (*греч. tetra —* четыре, *plege —* удар). Паралич всех четырех ко­нечностей.

**Тик** (*фр. tic*)*.* Быстрые неритмичные, стереотипные, автоматизированные по­дергивания отдельных мышц или их групп. Внешне Т. напоминают рефлекторные или целенаправленные действия. По происхождению различают Т. невротические и неврозоподобные (резидуально-органического или соматогенного происхождения). Последние отличаются большей стереотипностью, меньшей зависимостью от аф­фективных факторов, нередко локальны, сочетаются с другими проявлениями хро­нического органического психосиндрома [Ковалёв В.В., 1971, 1979].

Т., в отличие от насильственных движений, можно на время подавить воле­вым усилием.

В патогенезе Т. установлена роль нарушений деятельности лобно-стриарных систем, однако при невротических Т. эти расстройства носят функционально-нейро- динамический характер, а при неврозоподобных — сруктурно-функциональный ха­рактер [Козлова Т.А., Лебедева Н.Д., 1980].

**Тимергазия** (*греч. thymos —* чувство, настроение, *ergasia —* работа, дей­ствие, деятельность) [Meyer A., 1908]. Разновидность эргастических реакций, соот­ветствующая аффективным расстройствам. См. *Майера эргазиология.*

**Тимолептики** (*тим + греч. leptikos —* способный взять, воспринять). См. *Ан­тидепрессанты.*

**Тимопатия** (*тимо + греч. pathos —* страдание, болезнь). Общее определение форм психопатий с доминирующей в клинике аффективной симптоматикой (дисти- мики, циклотимики и др.).

**Тимопластический** (*тимо + лат. plasticus —* лепящий, формирующий) [Birnbaum К., 1919]. Аффективно обусловленный. По K. Birnbaum, один из факторов формирования структуры психоза, соответствует понятию о кататимном факторе.

**Тимостабилизаторы** (*тимо + лат. stabilis —* постоянный, неизменный). См. *Нормотимики.*

**Типология психопатологическая.** Систематика, классификация психических заболеваний по доминирующим при них психопатологическим синдромам в их дина­мике, в соответствии с патогенезом и патокинезом.

**Типы высшей нервной деятельности.** Типология ВНД на основе выделен­ных И.П. Павловым трех основных свойств нервных процессов — силы, уравнове­шенности и подвижности. Их различным сочетанием обусловлено выделение 4-х ти­пов ВНД (см. *Темперамент*)*.* Кроме того, в зависимости от преобладания первой или второй сигнальной системы различают художественный и мыслительный (рече­вой) типы.

**Тиреотоксикоз** (*анат. gl.thyreoidea, греч. toxikon —* яд). Заболевание, в осно­ве которого лежит гиперплазия и гиперфункция щитовидной железы. Среди причин возникновения Т. большую роль играют психические травмы. Характерно повыше­ние основного обмена. Обязательны нарушения деятельности сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. Психически — чрезмерная возбудимость, раздражи­тельность, беспокойство, суетливость, плохой сон, эмоциональная лабильность, слабодушие, повышенная утомляемость. Важные диагностические симптомы: поте­ря веса при хорошем или даже повышенном аппетите, тахикардия, повышенное по­тоотделение, тремор рук, век, всего тела.

**Тождества феномен.** См. *Каннера феномен тождества.*

**Токофобия** (*греч. tokos —* роды + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь родов.

**Токсикомания** (*греч. toxikon —* яд *+ мания*)*.* Болезненные состояния, характе­ризующиеся влечением и привыканием к приему лекарственных средств и других ве­ществ, не относимых к наркотическим согласно Единой Конвенции о наркотических средствах [1961] и Конвенции о психотропных веществах [1971]. Характеризуются хронической интоксикацией, наличием синдромов психической и физической зависи­мости.

**Токсикофобия** (*токсико* + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь отравления. Следует отличать от сверхценных и бредовых идей отравления. Последние чаще всего носят персекуторный характер и вне процессуальных заболеваний наблюда­ются при наличии параноических и эпилептоидных черт личности, тогда как Т. — проявление обсессивно-фобических расстройств и наблюдается обычно у лиц тре­вожно-мнительного склада характера (психастеников, ананкастов).

**Токсоплазмоз.** Паразитарное заболевание организма из группы протозойных зоонозов. Возбудитель — внутриклеточный паразит Toxoplasma gondii. Клиническая картина полиморфна, иногда течение бессимптомное. Поражение ЦНС может быть врожденным, приобретенным в периоде новорожденности и в более позднем воз­расте.

Для врожденного и приобретенного в периоде новорожденности Т. характерна олигофрения. При Т. периода новорожденности наблюдаются явления хореоретини- та и менингоэнцефалита. Токсоплазматическая олигофрения сочетается с внутри­мозговыми обызвествлениями, гидроцефалией и судорожными припадками (см. *Се- бина триаду врожденного токсоплазмоза*)*.* Часто наблюдаются дисплазии (дефор­мация черепа, аномалии лицевого скелета).

**Толерантность** (*лат. tolerantia —* способность переносить). В психофармако­логии: способность переносить воздействие лечебных доз лекарств без заметного терапевтического или токсического эффекта. В более широком смысле говорят о терапевтической Т. в неподдающихся лечению случаях психических заболеваний.

**Томас тест** [Tomas M., 1950]. Одна из проективных экспериментально-психо­логических методик для исследования личности. Применяется в детской психологии. Обследуемому предъявляют серию историй, заканчивающихся вопросом «Почему?», например: «Один мальчик твоего возраста жил в большом городе. Он ходил в школу. На переменах он ни с кем не играл и оставался в стороне. Почему?» В историях отражается жизненная ситуация обследуемого, затрагиваются опреде­ленные темы — социальные контакты, настроение, страх, чувство вины и т.д.

**Томбоизм** [Money J, Erchardt A., 1982]. Разновидность транссексуализма, его проявление в детском возрасте. Речь идет о девочках с мальчишеским поведением

(*Том-бой —* мальчик Том).

**Томография компьютерная** (*греч. tomos —* отрезок, слой, *grapho —* писать, изображать). Рентгенологическое исследование головного мозга, в котором исполь­зуется послойная регистрация (сканирование) плотности мозговой ткани. Включает в себя две группы методов: 1. Методы исследования морфологии мозга (трансмис­сионная Т.к., магнитно-резонансная Т.к.); 2. Методы исследования функции мозга (фотонно-эмиссионная Т.к., позитронно-эмиссионная Т.к., магнитно-резонансная спектроскопия).

Т.к. позволяет обнаруживать структурные изменения мозговой ткани, функци­ональные нарушения, проявляющиеся в особенностях регионального распределе­ния лекарственных веществ, нарушения кровотока и обмена веществ.

**Томомания** (*томо* + *мания*)*.* Неопреодолимое влечение подвергать себя хи­рургическим операциям. Наблюдается у психопатических личностей (см. *Мюнхгау­зена синдром*)*,* при шизофрении, особенно с ипохондрическим бредом.

**Тонус витальный.** Сочетанное выражение темпа и силы психической дея­тельности индивида.

**Топагнозия** (*греч. topos —* место + *агнозия*)*.* Нарушение ориентировки в про­странстве, неспособность ориентироваться на улице, в доме. Разновидность агно­зии. Наблюдается при болезни Альцгеймера и старческом слабоумии.

**Топалгия** (*топ + греч. algos —* боль). Появление болей в строго ограничен­ных участках кожи при отсутствии органической патологии нервной системы. Наблю­дается при истерии.

**Топанестезия** (*греч. topos* — место + *анестезия*)*.* Потеря чувства локализа­ции прикосновения к коже, нарушение кожной чувствительности.

**Топофобия** (*греч. topos —* место + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь остать­ся одному в помещении. Страх, что не удастся спастись, если наступит пожар или землетрясение, или что некому будет оказать помощь, если больной себя плохо по­чувствует.

**Торможение.** Активный нервный процесс, противоположный возбуждению, проявляющийся в ослаблении или прекращении присущей данной системе организ­ма деятельности. Торможение деятельности нервных центров (Т. центральное) было открыто И.М. Сеченовым [1863]. Т. периферическое приводит к задержке дея­тельности рабочих органов. Различают два способа Т. клеточной деятельности: вследствие активизации особых тормозных структур или как последствие предше­ствовавшего ему возбуждения клетки.

***Т. безусловное.*** См.: Т. внешнее.

***Т. внешнее*** является вариантом коркового Т. и включает в себя индукци­онное, обусловленное воздействием внешних факторов, и запредельное (охрани­тельное), возникающее вследствие превышения предела работоспособности клеток возбуждающей стимуляцией, что препятствует истощению нейронов под влиянием сверхсильного раздражения.

Син.: Т. безусловное.

***Т. внутреннее*** развивается в пределах дуги условного рефлекса.

***Т. запредельное.*** См. *Т. внешнее.*

***Т. застойное.*** Вид условнорефлекторного Т., отличающегося перенапряже­нием силы или подвижности основных нервных процессов.

***Т. индукционное.*** Условнорефлекторное Т., возникающее по механизму отри­цательной индукции вокруг очагов застойного возбуждения.

**Тотем.** Этим словом у североамериканских индейцев обозначался символ клана. В виде Т. обожествлялись предметы, животные, ритуальные рисунки. S. Freud [1913] видел в тотемизме первобытную форму религии. В отношении к Т., по S. Freud, как и в основе невроза, лежит отцовский (разновидность Эдипова) комплекс. Т. рассматривался как символ убитого и съеденного сыновьями праотца. Вина за это преступление сохраняется в бессознательном. Из тотемизма S. Freud выводил сущность современных религий, в первую очередь иудаизма и христи­анства. Таким образом, принцип Т. является общим для развития невроза и возник­новения религий, и там, и там в основе лежит чувство вины за древний грех.

**Травестизм** (*фр. travestir —* переодеваться). См. *Трансвестизм.*

**Травма психическая.** Патогенное эмоциональное воздействие на психику че­ловека, которое при специфически-личностной значимости и недостаточности психо­логических защитных механизмов может привести к психическому заболеванию. Т.п., таким образом, может служить причиной возникновения психогенно-реактивно­го заболевания или фактором, провоцирующим начало эндогенного процесса.

**Травма родовая.** 1. Травматизация органов и тканей плода во время родов, чаще всего патологических (стремительные роды, наложение щипцов и др.). Являет­ся одной из основных причин органической церебральной патологии натального ге­неза. 2. В психоанализе понятие Т.р. было введено для обозначения связанных с ро­ждением, то есть с разрывом с материнской утробой, переживаний [Rank О., 1929]. По S. Freud [1915], Т.р. в таком понимании является фактором, предрасполагающим к тревожности и, в связи с этим, психоневрозы могут рассматриваться как специфи­ческая форма травматического невроза. При этом в качестве травмы фигурирует ги­потетическая психогения, обусловленная фактом рождения.

**Трамера тест книжного каталога** [Tramer M., 1953]. Экспериментально-пси­хологическая методика для исследования личности. Применяется в детской психо­логии. Обследуемому предлагают выбрать соответственно своим интересам 10 на­званий книг из списка, содержащего 430 названий. Обозначенные в списке книги группируются в 24 категории соответственно «психовекторам», отражающим воз­можное распределение интересов. Интересы распределяются на центрифугальные (приключения, путешествия, военные переживания) и центрипетальные (социаль­ные, семейные). Выделяются также такие векторы, как инфантильность, интровер­сия, интерес к вопросам морали либо к абстрактным, философским темам и т.д. Ис­пользуется для выявления дисгармонии развития, невротических проявлений, для психодиагностики особенностей характера.

**Транзитивизм** (*лат. transitus —* переход, перемещение). Бредовой феномен, наблюдающийся при синдроме Кандинского—Клерамбо и проявляющийся в убе­жденности больного, что испытываемые им болезненные ощущения и переживания воспринимаются не только им, но и его близкими, родственниками, окружающими. Это относится к галлюцинациям, псевдогаллюцинациям, чувству внешнего воздей­ствия. Высказывается уверенность, что больные люди вокруг него, тогда как он пси­хически здоров. Наряду с такого рода отчуждением и проекцией вовне собственных психических переживаний В.А. Жмуров [1988] к Т. относит случаи, когда больной утверждает, что окружающие во всем копируют его, становятся его двойниками.

**Транквилизаторы** (*лат. tranquillo —* делать спокойным). Группа препаратов психотропного действия. Снимают тревогу, эмоциональную напряженность, страх, существенно не нарушая (в терапевтических дозах) процессов познания, восприя­тия. В отличие от нейролептиков не обладают выраженным антипсихотическим эф­фектом. Проявляют миорелаксирующие и противосудорожные свойства. К Т. отно­сятся: производные бензодиазепина — хлозепид (элениум), сибазон (диазепам, ре- ланиум, седуксен), феназепам, нозепам (тазепам), мезапам (рудотель), производ­ные дифенилметана — амизил; Т. разных химических групп — мебикар, триоксазин, грандаксин и др.

**Транс** (*фр. transe*)*.* Разновидность амбулаторного автоматизма, иногда доста­точно продолжительная (до нескольких дней). Во время Т. больные совершают дли­тельные поездки, путешествия. Внешне они производят впечатление несколько сон­ливых, заторможенных. При восстановлении сознания больной обнаруживает, что очутился в местности, где он не должен был оказаться, отмечается амнезия случив­шегося. Наблюдается чаще всего при эпилепсии.

**Трансвестизм** (*лат. trans* — через, *vestio —* одевать). [Westphal С., 1870; Hirschfeld M., 1910]. Перверсное влечение носить одежду противоположного пола и соответственно видоизменять свой внешний вид. Женщины-трансвеститы носят мужскую одежду, курят, нарочито грубы в поведении. Мужчины носят женскую оде­жду и белье, избыточно употребляют косметику, изготавливают специальные на­кладные бедра и грудь и т.п. При этом все показатели, определяющие пол, нормаль­ны, а изменена психосексуальная ориентация. Чаще наблюдается у мужчин, обнару­живаясь уже в детском и в подростковом возрасте. Трансвеститы в 30% случаев го­мосексуальны, иногда обнаруживают ослабленное половое влечение. Наблюдается также у больных шизофренией и циркулярным психозом [Посвянский П.Б., 1972].

**Транспортирование чувств** (*лат. transpono —* перемещать). Перенесение эмоционального заряда, относившегося к определенным событиям, периодам, на не имеющих к ним никакого отношения людей, предметы. Примером этого может слу­жить появление враждебности к родственникам и близким, наделение неодушевлен­ных предметов свойствами одухотворенных существ, отрицательно эмоционально воспринимаемых больными. Наблюдается при шизофрении.

**Транссексуализм** (*транс + лат. sexus —* пол) [Ellis Н., Symonds J.A., 1896; Benjamin H., 1953]. Форма отклонения психосексуального развития, нарушение поло­вого самосознания. Т. — стойкое, обнаруживаемое уже в раннем детстве, непоколе­бимое осознание своей принадлежности к противоположному полу, хотя это проти­воречит первичным и вторичным половым признакам больного, соответствующим паспортному полу. На первый план выступают нарушения поведения, связанные с убежденностью в принадлежности к противоположному полу. Характерно стремле­ние к смене пола, хотя бы паспортного, но часто больные требуют изменения пола посредством хирургической операции. Невозможность компенсации приводит к суи­цидальному поведению. Наблюдаются также бредовые идеи смены пола, возникаю­щие при паранойяльных состояниях эндогенного происхождения (шизофрения) или при органических поражениях головного мозга. В этих случаях ранние этапы психо- сексуалыюго развития протекают без отклонений, а стремление сменить пол появ­ляется с дебютом психического заболевания [Васильченко Г.С., 1983].

Страдающие Т. в своих сексуальных влечениях не являются гомосексуалами, например, мужчина-транссексуал стремится найти полового партнера в мужчине, по­скольку свою роль представляет как женскую, а связь с женщиной представляется ему как гомосексуальная [Green R., Money J., 1969]. Т. рассматривается как эндоген­ная (конституциональная) аномалия личности [Бухановский А.О., 1986]. См. также *Эонизм.*

Син.: психический гермафродитизм [Bloch J., 1936].

**Трансфер** (*фр. transfert* от *лат. transfere —* переносить, перемещать). Психо­аналитический термин, обозначающий перенос больным на врача эротических вле­чений к людям, которых он знал в прошлом, неосознаваемых сексуальных пережи­ваний детства, возникающих при общении с родителями или близкими людьми. По S. Freud, излечение так называемого невроза переноса приводит к излечению дей­ствительного невроза, в Т. моделируется характерная для больного невротическая ситуация. Критики психоанализа отмечают, что теория Т. помимо того, что она со­держит присущие ему основные ошибочные постулаты, подменяет реальные, созна­тельные, рациональные элементы во взаимоотношениях врача и больного, знание которых важно для построения эффективной психотерапии, явлениями иррацио­нальными, искажающими эти взаимоотношения и ограничивающими психотерапев­тические возможности врача [Furst J.B., 1957]. Т., считает J.B. Furst, не является зеркалом, отражающим все стоящие перед больным проблемы и его отношения с окружающей действительностью.

**Трансформация бреда** (*лат. transformatio —* превращение). Превращение бреда, изменение его содержания, например, бреда преследования в мегаломани- ческий. Чаще всего совпадает со сменой фаз бредообразования — при перераста­нии параноидных идей в парафренные [Стоименов Й., Рачев И., 1988].

**Траутмана синдром лагерей уничтожения.** см. *Синдром лагерей уничтоже­ния.*

**Тревога.** Аффект, возникающий в ожидании неопределенной опасности, не­благоприятного развития событий. Т. отличается от страха беспредметностью, тогда как страх — это реакция на конкретную угрозу. Эта особенность Т., возможно, яв­ляется следствием неосознаваемости повода возникновения такого рода аффекта. Аффект Т. побуждает человека искать источник возможной опасности, угрозы его благополучию. Отсюда роль Т. в возникновении бреда, особенно персекуторного, и неврозов.

В психологических методиках исследуют конституциональную личностную тре­вожность и ситуативную Т., характеризующую состояние личности в настоящее вре­мя. (см. *Спилбергера шкала тревоги, Тейлор шкала тревоги*)*.*

Т. часто сочетается с бредовыми переживаниями (тревожно-параноидный синдром).

**Тредекафобия** (*лат. tredecium —* тринадцать + фобия). Навязчивый страх, боязнь числа тринадцать.

**Трема** (*греч. trema —* дрожать, трепетать). 1. См. *Бред шизофренический, стадии по Конраду. 2.* Эмоциональное расстройство, близкое к испугу, возникающее перед публичным выступлением или выполнением важных действий. Часто наблю­дается при неврозе ожидания.

**Тремор** (*греч. tremor —* дрожу). Дрожание.

***Т. «да»*** — частое ритмическое малоамплитудное дрожание головы в сагит­тальной плоскости.

***Т. идиопатический.*** Врожденное состояние наследственного характера. мо­жет возникнуть в любом возрасте и продолжается всю жизнь, временами несколько ослабевая, но усиливаясь при волнении.

***Т. интенционный*** (*лат. intentio —* намерение, стремление). Обнаруживается при тенденциях к целенаправленной деятельности, усиливается по мере нарастания точности требуемых движений, их дифференцированности.

***Т. истерический.*** Возникает психогенно. Отличается неравномерностью ам­плитуды дрожательных движений, их полиморфным характером, отсутствием рит­мичности, угасанием при отвлечении внимания больного.

***Т. «нет».*** Частое ритмическое малоамплитудное дрожание головы вокруг вертикальной оси.

***Т. старческий.*** Общее дрожание всего тела, распространяющееся и на голо­ву.

***Т. статический*** (*греч. stasis —* стояние, застой, неподвижность). Обнаружи­вается в позе Ромберга при вытянутых вперед руках больного (при незначительной выраженности для выявления Т.с. на пальцы вытянутых рук кладут листок бумаги).

**Тремофобия** (*греч. tremos —* дрожание, *phobos —* страх) [Meige H., 1909]. На­вязчивый страх, боязнь дрожания.

**Триада врожденного гомосексуализма** [Свядощ А.м., 1974]. Для врожден­ной формы гомосексуализма (активной у женщин и пассивной у мужчин) характерна следующая триада: 1. Наличие с детского возраста тех или иных соматических лич­ностных особенностей противоположного пола. 2. Ощущение своей принадлежности к противоположному полу (нарушение сексуальной аутоидентификации) и в связи с этим стремление фигурировать в качестве лица противоположного пола и носить его одежду. 3. Направленность полового влечения на лиц одноименного пола (ин­версия полового влечения). Для реактивно (ситуационно) обусловленной формы го­мосексуализма (активной у мужчин и пассивной у женщин) характерно наличие од­ного лишь третьего признака триады.

**Триада критериев реактивных состояний.** См. *Ясперса триада критериев реактивных состояний.*

**Триада Леннокса.** См. *Леннокса триада.*

**Триада пеллагры.** Наиболее частые симптомы пеллагры: дерматит, диаррея, деменция.

Син.: синдром трех Д.

**Триада признаков бреда.** См. *Ясперса триада признаков бреда.*

**Триада признаков гебефренического синдрома.** См. *Кербикова триада признаков гебефренического синдрома.*

**Триада Протопопова.** См. *Протопопова триада.*

**Триада ревматических психозов Легран дю Солля.** см. *Легран дю Солля триада.*

**Триада Рейхардта.** См. *Рейхардта триада.*

**Триада Серейского.** См. *Серейского этиологическая триада.*

**Триада Сухаревой.** См. *Сухаревой триада.*

**Триада таламическая.** См. *Клагеса триада таламическая.*

**Триада фронтальная.** См. *Мерсье фронтальная триада.*

**Триада Шарко.** См. *Шарко триада.*

**Трибадия** (*греч. tribo —* тереть). См. *Лесбийская любовь.* В более узком смыс­ле под Т. понимают форму женского гомосексуализма, при котором половое удовле­творение достигается путем трения половыми органами о различные части тела партнера, либо попытками введения клитора во влагалище.

**Триолизм** (*греч. tres —* три). Сексуальная перверсия, при которой для полу­чения полового удовлетворения необходимо присутствие третьего лица.

**Трипарез** (*три + греч. paresis —* ослабление). Парез трех конечностей. **Триплегия** (*три + греч. plege —* удар). Паралич трех конечностей.

**Трихокриптомания** (*греч. tryx —* волос, *kryptos —* скрытый + *мания*)*.* См. *Аутодепиляция.*

**Трихотилломания** (*трихо + греч. tillo —* выдергивать *+ мания*)*.* См. *Аутоде­пиляция.*

**Трихофагия** (*трихо + греч. phagein —* есть). Патологическое влечение к поеданию волос.

**Трихофобия** (*трихо + фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь попадания волос в пищу, на одежду, на поверхность тела.

**Туберкулезофобия** (*туберкулез + фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь забо­леть туберкулезом.

Син.: фтизиофобия.

**Тугоподвижность мышления.** Инертность мышления — замедление его тем­па и недостаточная подвижность психических процессов. Проявляется в обстоятель­ности, конкретности суждений, снижении уровня обобщения и отвлечения, склонно­сти к детализации. Наблюдается при эпилепсии и некоторых других органических по­ражениях головного мозга.

Син.: вязкость мышления.

**Тулуза—Маршана—Куртуа острые азотемические энцефалиты** [Toulouse E., Marchand L., Courtois A., 1930]. Острые психотические состояния с крайне не­благоприятным течением и симптоматикой «острого бреда». В случаях относитель­но благоприятного исхода психотического приступа в дальнейшем наблюдались кар­тины кататонической или простой формы шизофрении.

По материалам авторов, при вскрытии не было обнаружено патологии вну­тренних органов, а также воспалительных изменений в головном мозге. Характерно повышенное содержание азота, мочевины в крови. Современными исследователями [Ромасенко В.А., 1967] рассматриваются как один из вариантов рекуррентной ши­зофрении в ее начальном остром периоде, аналогично смертельной кататонии.

**Туннелефобия** (*фр. tunnel + фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь следования в транспорте или пешком через туннель.

**Тупость эмоциональная.** Эмоциональное обеднение, утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, эмоциональная холодность, равнодушие, безразличие к родным и близким. Сочетается с апатическими измене­ниями, нередко — с огрубением чувств, брутальностью. Утрачивается интерес и к самому себе, своему положению, состоянию, отсутствуют какие-либо планы на буду­щее. Является прогредиентным и необратимым состоянием. Характерный признак шизофренического дефекта, наблюдается также при хронических органических про­цессах, поражающих кору головного мозга и подкорковые образования, особенно лобной области (прогрессивный паралич).

**Тюремное буйство.** Кратковременное реактивное состояние, наступающее в условиях заключения в тюрьму и протекающее с аффектом злобы и ярости, резким психомоторным возбуждением, агрессивно-разрушительными действиями. Наблю­дается либо сразу после ареста и помещения в тюрьму, либо развивается по типу индуцированного массового психоза у лиц, уже длительное время находящихся в за­ключении в ответ на какие-то поступки обслуживающего или охраняющего персона­ла, особенно при одновременном содержании нескольких психопатических лично­стей.

\_У\_

**Уанье синдром** [Hoigne R., 1962]. Наблюдается как осложнение при введении препаратов пенициллина пролонгированного действия. Возникает остро сразу же после введения и длится несколько минут, но иногда может затягиваться на несколько часов и даже дней, в связи с чем больные иногда госпитализируются в психиатрическую больницу. Характерны психопатологические и соматические симп­томы. К первым относятся страх смерти, психомоторное возбуждение, аллопсихиче- ская дезориентировка, чувство беспомощности, слуховые, зрительные и обонятель­ные галлюцинации, явления деперсонализации. К соматическим симптомам отно­сятся тахикардия, артериальная гипертензия, чувство давления в грудной клетке, ка­шель, синюшность или бледность кожи, обильное потоотделение, клонические судо­роги конечностей, парестезии, головная боль и головокружение. В дальнейшем дли­тельное время может сохраняться неврозоподобная (депрессивно-фобическая или анксиозно-фобическая) симптоматика, вегетативные расстройства.

* .с. не вызван анафилактическими явлениями. По мнению автора, он являет­ся «токсико-эмболической реакцией». Отмечена предрасполагающая роль органиче­ских поражений центральной нервной системы и различных психопатологических проявлений в анамнезе.

**Убийство.** Противоправное умышленное или неосторожное лишение жизни человека. В психиатрии У. чаще всего рассматривается как результат недостаточ­ной диагностики, плохого лечения или преждевременной выписки психически боль­ного из стационара.

* ***. внезапное*** чаще всего совершается больными кататонической шизофрени­ей и является следствием импульсивно-агрессивных действий. Иногда стимулом к нему являются бредовые переживания, особенно персекуторный бред, при котором «преследуемый» становится преследователем. Как правило, это наблюдается в слу­чаях нераспознанной параноидной шизофрении и такого рода поступки могут быть первым симптомом психической патологии (см. *Бжезицкого симптом парагномена, Деликт инициальный*)*.*
* ***. депрессивное*** [Шипковенски Н., 1957]. Может носить характер непрямого (больной совершает преступление, чтобы быть осужденным на смерть), наблюдать­ся в рамках расширенного самоубийства, совершаться по мотивам танатофобиче- ским (страх смерти в одиночку), искупительным (принесение в жертву кого-либо из родных или близких для искупления «вины» своей семьи), происходить в состоянии меланхолического раптуса.
* . совершаются больными эпилепсией в состоянии сумеречного расстройства сознания, при тяжелых дисфориях. В ряде случаев У. совершается при исключи­тельных состояниях.

**Узнавание.** Определение воспринимаемого объекта как уже известного по прошлому опыту. У. базируется на сопоставлении образа объекта, полученного в ре­зультате процесса его восприятия, опознания, со следами, сохраняющимися в памя­ти. Различают У. произвольное и непроизвольное. У. оказывается нарушенным при ряде психопатологических феноменов (ложные опознания, «уже виденное» — «ни­когда не виденное» и др.).

**Узнадзе теория установки** [Узнадзе Д.Н.]. Психологическая теория, согласно которой установка — это целостное изменение личности, возникающее в процессе взаимоотношений организма со средой и определяющее собой всю психическую де­ятельность. Отражение действительности осуществляется через посредство уста­новки субъекта. Она рассматривается как ключ для понимания единства и целесооб­разности поведенческой деятельности живого существа. Образование и функциони­рование установки подчиняется физиологическим закономерностям. Различаются основные особенности установки: динамичность — инертность, пластичность — «грубость», вариабельность — контактность, стабильность — лабильность, легкость или трудность возбудимости.

Особенности фиксированной установки являются показателем типологиче­ских черт личности человека. Учениками и сотрудниками Д.Н. Узнадзе изучены ха­рактерные изменения установки при неврозах, психических заболеваниях, локаль­ных органических поражениях головного мозга [Бжалава И.Т., Бежанишвили Б.И., Цуладзе С.В.].

Теория установки в отечественной психологии привлекается для изучения не­осознаваемых форм психической деятельности и своей материалистической детер­минированностью противопоставляется психоаналитической концепции бессозна­тельного.

**Умозаключение.** Форма логического мышления, действие, в результате кото­рого из одного или нескольких суждений получается новое, содержащее новое зна­ние. Исходные суждения являются посылками. У. является формой опосредованно­го познания действительности. У. выводится из суждений, логически связанных. Их объекты — взаимозависимые явления и предметы объективного мира. Суждения и умозаключения образуют логическую фигуру — силлогизм. У. дедуктивные характе­ризуются получением частных выводов из общих посылок, индуктивные — получени­ем общих выводов из частных посылок. В психопатологии наиболее явственно мы сталкиваемся с искажением У. при паралогическом мышлении (см.).

**Умственная жвачка.** См. *Мудрствование навязчивое.*

**Унферрихта—Лундборга болезнь.** См. *Миоклонус-эпилепсия.*

* **ранизм** (по имени греч. бога *Урана*)*.* 1. Мужской гомосексуализм при абсо­лютном исключении гетеросексуального поведения; 2. См. *Педерастия.*

**Уранофобия** (*урано + фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь смотреть в небо.

**Урбаха—Витте синдром** [Urbach Е., Wiethe С., 1924]. Наследственное забо­левание, характеризующееся поражением кожи и слизистых оболочек, наличием в них плотных желтоватых протеино-липоидных отложений, папилломатозом, двусто­ронним внутричерепным кальцинозом («крылья ангелочка»), нарушениями белково­го и углеводного обмена. Рано обнаруживается охрипший голос, обусловленный по­ражением гортани и голосовых связок. Поздно выпадают молочные зубы. Психиче­ски — эпилептиформные припадки (большие или психомоторные), значительное снижение памяти при относительно сохранном интеллекте, явления психического инфантилизма. Тип наследования — аутосомно-рецессивный.

**Урнинг** (*англ. urning*)*.* См. *Педераст.*

**Уролагния** (*уро* + *греч. lagneia —* похоть, сладострастие). Сексуальная пер­версия, при которой половое возбуждение и удовлетворение наступают вследствие манипуляций с мочой партнера или подглядывания во время совершения им акта мочеиспускания.

**Урофобия** (*уро + фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь позыва на мочеиспуска­ние в условиях, где он не может быть реализован (во время публичного выступле­ния, в чужом городе при незнании места расположения общественного туалета и т.п.).

**Установка.** См. *Узнадзе теория установки.*

**Утомление.** Состояние, наступающее в связи *с* интенсивной или длительной деятельностью организма. Характеризуется ухудшением продуктивности рабочих процессов, снижением темпа деятельности и ее качества, появлением характерных ошибок. Легко обнаруживается несложными экспериментально-психологическими методиками (таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба и др.). Полу­чаемые при этом показатели служат проявлением У. умственного, для которого, кро­ме того, типичны снижение эмоционального тонуса, активности, внимания, интереса к работе. При преобладании снижения эмоциональных реакций и эмоционального тонуса (иногда наблюдается парадоксальность эмоциональных реакций) говорят об У. эмоциональном. В патологии У. приводит к усилению выраженности истощаемо- сти (при астениях различного генеза).

**Утомляемость психическая.** Может носить характер физиологической и па­тологической. Первая наступает при значительной перегрузке, превышающей инди­видуально-типологические особенности человека и после необходимого отдыха, особенно активного, сопровождается реституцией темпа и качества психической де­ятельности. У.п. патологическая является компонентом астении, она возникает при умственной нагрузке, не превышающей привычную для субъекта и данного вида де­ятельности, и не обнаруживает достаточной тенденции к обратимости болезненных проявлений; проявляется она явлениями повышенной истощаемости (при меньшей выраженности — по гиперстеническому, при большей — по гипостеническому типу). В психологическом эксперименте обнаруживаются явления недостаточности актив­ного внимания (его сосредоточения, распределения, объема и, особенно, устойчиво­сти), явления повышенной истощаемости с нарушением последовательности мысли­тельной деятельности при сохраняющейся возможности коррекции ошибок.

**Ухтомского теория доминанты** [Ухтомский А.А., 1923]. Доминанта — очаг стойкого возбуждения в головном мозге, приобретающий положение временного до­минирования над другими его отделами, трансформирующий и направляющий их деятельность. Доминантное возбуждение по принципу отрицательной индукции вы­зывает торможение других нервных центров. В то же время доминанта привлекает к себе возбуждение, поступающее в другие рефлекторные дуги, суммирует его, усили­вается за его счет. Наличие доминанты изменяет координацию деятельности других отделов головного мозга, функционально связанных с доминантным очагом. При чрезмерной стойкости и длительном существовании доминанта превращается в очаг патологически застойного возбуждения (по И.П. Павлову). Особенно выражена ее инертность в коре большого мозга. Наличие патологических доминант объясняет па­тогенетические механизмы навязчивых и сверхценных идей, галлюцинаций, бреда, двигательных автоматизмов.

**Ушера синдром** [Usher]. Наследственное заболевание. Встречается редко — 3 случая на 100 тыс. населения. Характерны врожденное снижение слуха и прогрес­сирующий пигментный ретинит в сочетании с умственным отставанием и психотиче­скими нарушениями. Часты реактивные депрессии с суицидальными тенденциями.

\_Ф\_

**Фагофобия** (*греч. phagein —* есть + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь прие­ма пищи из-за опасения подавиться ею.

**Фаза** (*греч. phasis —* проявление). Приступ психического заболевания, по окончании которого не остается существенных признаков психического дефекта ни в мыслительной деятельности, ни личностных изменений. Количество Ф. в течении психоза вариабельно — в некоторых случаях больной за всю жизнь проделывает одну фазу, в других — Ф. очень частые. Симптоматологически Ф. чаще всего оформ­ляются как аффективные или аффективно-бредовые синдромы. Ф. типичны для МДП, при котором они носят характер маниакальных (см. *Мания*)*,* депрессивных (см. *Депрессия*) и сдвоенных (одна фаза сменяется другой без светлого промежутка между ними). Течение биполярное (то есть с противоположными по аффективному заряду Ф.) и монополярное. Последнее некоторыми авторами рассматривается как самостоятельные циклоидные психозы. В некоторой мере условно можно говорить о Ф. при шизоаффективной шизофрении, однако в этих случаях между приступами об­наруживаются признаки психического дефекта, усиливающегося с течением заболе­вания. Аффективные колебания протекают фазно при некоторых вариантах психо­патии, чаще всего — циклоидной.

**Фазмофобия** (*греч. phasma —* призрак + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь призраков, духов, дьяволов и других фантастических существ.

**Фазофрении** (*фаза* + *греч. phren —* ум, разум) [Kleist К., 1921]. Группа эндо­генных психозов, выделяемых по их фазному течению. Патогенез связывался с по­ражением центральных стволовых механизмов. К Ф. относились психозы настроения (меланхолия, мания, маниакально-депрессивный психоз), аффективные (ажитиро- ванный психоз страха, ступорозная депрессия страха, ажитированно-ступорозный психоз страха), бредообразующие аффективные, ипохондрические и аменциальные психозы. Концепцию Ф. развивал K. Leonhard, однако он отказался от принципов мозговой локализации психопатологических симптомов. Атипичные эндогенные пси­хозы K. Leonhard рассматривал преимущественно в рамках циклоидных психозов. В частности, как указывал K. Leonhard [1960], циклоидные психозы в его систематике соответствуют бредообразующим аффективным психозам Клейста.

**Факоматозы** (*греч. phakos —* пятно). Группа наследственно передающихся (по доминантному типу) заболеваний, характеризующихся наличием опухолевидных образований в различных органах и тканях (коже, ЦНС, сетчатке глаза и др.), про­грессирующей деменцией органического типа, эпилептиформным синдромом. Кож­ные проявления — участки лейкодермии, гиперпигментации, ангиомы, телеангиэкта­зии. Включают: туберозный склероз (болезнь Бурневиля), нейрофиброматоз (бо­лезнь Реклингхаузена), энцефалотригеминальный ангиоматоз (болезнь Стерджа— Вебера— Краббе), цереброретинальный ангиоматоз (болезнь Гиппеля—Линдау).

Син.: невоидные формы слабоумия (*лат. nevus —* родимое пятно).

**Фактор риска.** Факторы, не играющие роли этиологических, но увеличиваю­щие вероятность возникновения заболевания, например, конституциональная пред­расположенность при психогенных реакциях, алкоголизм по отношению к мета- люэтическим психозам.

**Фаллация** (*лат. phallatia —* обман). Обозначение обманов восприятия, иллю­зий, галлюцинаций. Термин устар., неупотребителен.

**Фаллическая фаза** (*греч. phallos —* мужской половой орган). По S. Freud, один из этапов психосексуального развития, формирования либидо. Сменяет аналь­ную фазу. Охватывает возраст от 3 до 5 лет. Характеризуется повышением интере­са к гениталиям, что выражается в частности, в частом в этом возрасте начале ма­стурбации. Главный символ этого периода — мужской половой орган, фаллос, основная задача — половая идентификация. Мальчик преодолевает бессознатель­ное влечение к матери (Эдипов комплекс), девочка — к отцу (комплекс Электры). Та­ким образом, мальчик стремится к идентификации с отцом, девочка — с матерью. Фаллическая фаза сменяется нарцистической.

**Фальты синдром** [Falta W., 1912]. Психические и физические нарушения, воз­никающие в связи с эндокринной недостаточностью, чаще гипотиреоидизмом или поздним евнухоидизмом. Атрофия эндокринных желез обнаруживается, главным об­разом, у женщин в среднем возрасте, нередко после родов, протекает прогредиент- но, приводя к кахексии. Характерны признаки преждевременного старения — сухая морщинистая кожа, выпадение зубов, угасание половых функций. Психически — яв­ления астении, апатии, аутизации, возможны галлюцинаторные и бредовые пережи­вания.

**Фанкони—Шлезингера синдром** [Fanconi G., 1952; Schlesinger В., 1952]. Хро­ническая идиопатическая гиперкальциемия с остеосклерозом. Характерны наруше­ния обмена веществ — гиперкальциемия, гиперфосфатемия, гиперазотемия, ги­перхолестеринемия, протеинурия, азотурия, гиперфосфатурия, гиперкальциурия. Низкий рост. Остеосклероз наиболее выражен в костях основания черепа. Часто на­блюдаются врожденные пороки сердца, преждевременное зарастание швов черепа, конвергирующий страбизм. Психически — умственное недоразвитие.

**Фантазии бредоподобные.** См. *Бредоподобные фантазии.*

**Фантазии детские патологические.** Усиленное воображение, проявляющее­ся в высказываниях детей, в содержании их игровых переживаний. Наблюдается при неврозах и шизофрении. Может служить проявлением аутизма (ирреальности), на­вязчивых или бредовых идей.

**Фантазии истерические.** См. *Псевдология фантастическая.*

**Фантазиофрения** (*греч. phantasia —* воображение, *phren —* ум, разум) [Kleist К.]. Парафренные состояния шизофренического генеза, характеризующиеся сене- стопатиями, парамнезиями, бредовыми идеями величия, нарушениями идентифика­ции относительно окружающих больного лиц. По K. Leonhard [1936], относятся к па­раноидной дефектшизофрении, к ее «идейно богатым» формам, наряду с ипохон­дрическим и вербальным дефектгаллюцинозами, тогда как к «идейно бедным» фор­мам относятся бессвязная дефектшизофрения или аутистическая шизофрения. Основное отличие — в преобладании продуктивной или негативной симптоматики.

**Фантазирование истерическое.** См. *Мифомания.*

**Фантазирование патологическое.** Склонность к выдумыванию, сочинитель­ству неправдоподобных историй, в которые сам больной может верить. Наблюдает­ся у психопатических личностей (см. *Синдром Мюнхгаузена*)*,* при шизофрении, ма­ниакальных состояниях.

**Фантазмы** (*греч. phantasma* — призрак, воображение, представление): 1. Об­разные сценоподобные представления, возникающие без реального раздражителя; относятся к галлюцинациям и псевдогаллюцинациям. 2. Во французской психиатрии понимаются как «фантазии в строгом смысле» — картинные сцены, в которых реа­лизуются осознанные и неосознаваемые желания, своеобразные мечтания наяву; 3. Ф. памяти, не носящие характера заместительных, а придумывающиеся больным, чтобы показать себя с хорошей стороны; различаются Ф. истерические, при которых больной нередко сам верит своим выдумкам (см. *Псевдология фантастическая*), и паралитические, носящие отпечаток деменции и часто являющиеся составной ча­стью паралитического бреда величия.

**Фантом ампутированных** (*фр. fantome* от *греч. phantasma —* призрак, вооб­ражение, представление). Ощущения, чаще всего неприятные, тягостные (боли, па­рестезии), локализуемые больным в ампутированной конечности. Предположитель­но связаны с расстройствами схемы тела.

**Фара болезнь** [Fahr Т., 1931]. Идиопатический кальциноз стенок сосудов го­ловного мозга с прогрессирующей деменцией. Заболевание возникает в среднем возрасте, носит семейно-наследственный характер. Типична неврологическая симп­томатика — экстрапирамидные симптомы, гиперкинезы конечностей, спастические парезы, эпилептиформные припадки.

**Фармакомания** (*греч. pharmakon —* лекарство + *мания*)*.* 1. Стремление к при­менению различных лекарственных средств или чрезмерно длительное применение какого-либо одного лекарства, при котором нередко обнаруживается токсикоманиче- ская тенденция и вырабатывается физическая и психологическая зависимость; 2. Массовое употребление населением больших количеств лекарственных средств, обычно снотворных, транквилизаторов.

**Фармакопсихиатрия** (*фармако + психиатрия*)*.* Раздел психиатрии и фарма­кологии, изучающий действие психотропных препаратов в норме и патологии.

**Фармакофобия** (*фармако + фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь принимать ле­карства.

**Фасцинация** (*лат. fascinatio*) [Esdaile, 1847]. Сосредоточение взгляда гипно­тизируемого на гипнотизирующем или на специальном предмете (блестящий метал­лический шарик).

**Фебрильный** (*лат. febris —* лихорадка). Относящийся к лихорадке, повышен­ной температуре тела. Например, фебрильная шизофрения, фебрильные судороги.

**Феллация** (*лат. fello —* сосать). Форма мужского гомосексуализма с орально­генитальным сексуальным контактом.

Син.: минет, пенилинкция.

**Феминизация** (*лат. femina —* женщина). Появление у мужчины вторичных по­ловых признаков по женскому типу вследствие нарушений функции желез внутрен­ней секреции.

**Феминизм.** Наличие у мужчины присущих женщинам личностных свойств и поведенческих реакций, включая мимику и пантомимику. Сочетается с феминизаци­ей.

**Фенилкетонурия** [Folling J.A., 1934]. Одна из форм олигофрении, обусловлен­ная наследственными нарушениями аминокислотного обмена. Задержка психическо­го и моторного развития обнаруживается в первые месяцы после рождения. Наибо­лее часто умственное недоразвитие достигает степени имбецильности или идиотии, однако возможна и меньшая его выраженность. В первые 2-3 года жизни отмечается прогредиентная динамика слабоумия, затем уровень интеллектуальной недоста­точности стабилизируется и обнаруживаются признаки эволютивной динамики. Недоразвитие речи, дефекты произношения. Общее недоразвитие — низкий рост, физический инфантилизм, гипопигментация. Чувствительность к свету. Гипергидроз. Нарушения моторики и тонуса. Иногда — врожденные уродства типа spina bifida, заячьей губы, волчьей пасти.

Характерны нарушения аффективной сферы (эмоциональная монотонность, трудности контакта), отмечаются приступы психомоторного возбуждения, эпилепти­формные припадки, ступорозные и субступорозные состояния, часты неврозоподоб­ные состояния.

Заболевание передается по аутосомно-рецессивному типу. Нарушения обме­на вызваны наследственной неполноценностью гена, контролирующего синтез фер­мента фенилаланингидроксилазы, что приводит к накоплению в организме фенилаланина и его токсических производных. При этом также отмечается дефицит тирозина и недостаточный синтез катехоламинов. Нервная система в раннем воз­расте особенно чувствительна к токсическому воздействию указанных продуктов на­рушения метаболизма (незрелость центральной нервной системы, проницаемость гематоэнцефалического барьера). Патоморфологически — нарушения миелиниза­ции, глиоз, микрогирия, уменьшение массы мозга.

Син.: фенилурия, фенилпировиноградная олигофрения, синдром Фёллинга, болезнь Фёллинга.

**Феномен Боткина.** См. *Боткина феномен.*

**Феномен запоздалой реактивности** [Шевалев Е.А., 1935]. Описан при «от­ставленных» реактивных состояниях, как бы отодвинутых на некоторый период от психогении. Такого рода запаздывающие реактивные состояния связываются либо с наличием моментов, тормозящих психическую переработку впечатлений, либо с за­медлением самой переработки. При этом реактивные проявления по своему содер­жанию могут быть как непосредственно связанными с психической травмой («понят­ными»), так и измененными в силу процесса их внутренней переработки. Период между воздействием психогении и появлением запоздалой реакции характеризуется как интрапсихическая стадия реакции. Прогноз запаздывающих реакций менее благоприятен, чем своевременных, так как они отличаются большей продолжитель­ностью фиксации отрицательных, психогенно-травматических впечатлений и их дли­тельной внутренней переработкой.

**Феномен Зейгарник.** См. *Зейгарник феномен.*

**Феномен Маннкопфа.** См. *Маннкопфа феномен.*

**Феномен Моли.** См. *Моли феномен.*

**Феномен олицетворенного осознания.** См. *Олицетворенного осознания феномен.*

**Феномен ощущения отсутствия конечностей.** См. *Пика феномен ощущения отсутствия конечностей.*

**Феномен присвоения.** См. *Присвоения феномен.*

**Феномен Тарханова.** См. *Тарханова феномен.*

**Феномен тождества.** См. *Каннера феномен тождества.*

**Феномен умолкания.** Внезапное, полное или частичное, исчезновение психо­патологической симптоматики. Оценивается в соответствии с характером психиче­ского расстройства (процесс, фаза, эпизод), может быть признаком начала диссиму- ляции.

**Феноменологическое направление** (*греч. phainomenon —* необычное явле­ние). Течение в психиатрии, ведущее происхождение от философии E. Husserl, счи­тавшего, что о психической жизни человека можно судить в категориях феноменоло­гических, то есть только по характеру проявлений психического, тогда как сущность психической болезни, закономерности ее течения непознаваемы. Таким образом, отрицается реальная возможность выделения нозологических единиц. Каждый слу­чай психоза, как считал A. Meyer, это неповторимый факт, эксперимент природы. В этом отношении Ф.н. сближается с экзистенциализмом.

**Фенотип** (*греч. phaino —* являть, проявлять + *тип*)*.* Совокупность всех свойств и признаков индивида, сформировавшихся на определенной стадии разви­тия в результате взаимодействия генотипа с окружающей средой.

**Феофраста симптом** [Блейхер В.М., Завилянская Л.И., 1982]. Один из призна­ков изменений личности при старении. Наблюдается в возрасте 55-60 лет и характе­ризуется не соответствующим возрасту поведением (повышенная активность, недо­статочная самокритичность, оживление интереса к модной одежде, стремление к за­вязыванию отношений со значительно более молодыми людьми, оживление сексу­альных интересов, активное посещение танцевальных вечеров). Типичны изменения уровня притязаний, завышенная самооценка, гипертимные особенности личности. Грубая сосудистая патология отсутствует. В основе — возрастное усиление типоло­гических (гипертимная акцентуация) свойств личности.

Назван по имени *Феофраста,* философа античной Греции, ученика и продол­жателя Аристотеля. В своей книге «Характеры» Феофраст описал опсиматию, обозначающую не подобающее пожилому возрасту поведение.

**де Фержаль Ластени синдром.** Наблюдается у психопатических личностей и проявляется в тенденции искусственно вызывать у себя кровотечения или препят­ствовать их остановке. В результате — гипохромная анемия. Назван по имени ге­роини романа Барбе д'Оревийи «Повесть без заглавия».

**Фетишизм** (*фр. fetiche —* идол, талисман) [Binet A., 1887]. Сексуальная пер­версия, вид нарушения психосексуальных ориентации по объекту. Половое возбу­ждение и наслаждение достигаются в связи с восприятием вещей, принадлежащих особам другого пола, особенно предметов интимной одежды и туалета. Эти вещи рассматриваются, ощупываются, прикладываются к собственному телу и, таким об­разом, вызываются яркие эротические представления. Встречаются почти исключи­тельно у мужчин, проявляется впервые часто в возрасте полового созревания.

Син.: идолизм, символизм.

**Фетопатия** (лат. *fetus —* порождение, потомство, *греч. pathos —* страдание, болезнь). Патология плода, возникающая с начала 4-го лунного месяца беременно­сти и проявляющаяся аномалиями развития или врожденными болезнями, напри­мер, врожденным токсоплазмозом.

**Фёллинга болезнь.** См. *Фенилкетонурия.*

**Фёллинга проба** [Folling J.A.]. Диагностическая реакция, основанная на обна­ружении в моче фенилпировиноградной кислоты по появлению сине-зеленой окрас­ки после добавления к моче хлорида железа. Служит для лабораторной диагностики фенилкетонурии.

**Фидлера симптом** [Fiedler C.L.A., 1875]. Появление эйфории после введения наркотиков. Является признаком наркомании.

**Физиогномика** (*греч. physis —* природа, *gnomen —* познание). Учение о выра­жении человека в чертах лица и формы тела. В донаучный период Ф. предпринима­лись попытки на основании внешних мимических проявлений, иногда по сходству лица человека с животными [Lavater J.K., «Физиогномические фрагменты...», 1775­1778], судить о его характере, личностных свойствах. В настоящее время особенно­сти мимики и пантомимики человека изучаются с научной позиции и используются в психиатрической диагностике [Сухаребский Л.М., 1966; K. Leonhard, 1975].

**ФИЛАТ** [Чуприков А.П., 1977] — физиотерапия латеральная. Группа методов, использующих направленные изменения межполушарных взаимоотношений при психических нарушениях с помощью относительно слабых или физиологических ла- терализованных раздражителей: субсенсорной электростимуляции, цвето- и звуко- раздражителей. Эффективны в пограничной психиатрии, лечении аффективных на­рушений, могут использоваться для потенцирования инсулинокоматозной терапии, психофармако- и психотерапии.

**Филицид** (*лат. filia —* дочери, *caedo —* убивать). Убийство собственных де­тей. Часто наблюдается при депрессиях в рамках расширенного суицида.

**Филлипсона тест** [Phillipson Н., 1955]. Проективная методика, включающая в себя элементы теста Роршаха и тематического апперцептивного теста Мюррея-Мор­ган. Обследуемому предлагают для описания три серии картинок (по четыре в каж­дой), на которых изображены неотчетливые единичные и объединенные в группы фигуры людей. Часть картинок выполнена в пастельных тонах, остальные черно-бе­лые. Интерпретация аналогична таковой при исследовании тестом Роршаха и тема­тическим апперцептивным тестом.

**Филоклейзия** (*греч. phileo —* любить, *kleisis —* закрывание). Явление, проти­воположное клаустрофобии (см.).

**Флагелляция** (*лат. flagello —* бить, бичевать). Сексуальная перверсия, при которой половое возбуждение и удовлетворение сопряжены с избиением партнера. См. *Садизм, Мазохизм, Садомазохизм.*

**Фобии** (*греч. phobos —* страх). См. *Навязчивые страхи.*

**Фобия космического пространства** [Kerry R.J., 1960]. Навязчивые опасения, относящиеся к возможности космических катастроф, ненадежности движений зем­ного шара, возможности столкновения в космическом пространстве с другими плане­тами, кометами, спутниками. Возникают у ананкастических психопатов и являются отражением влияния социальных факторов на тематику психопатологических пере­живаний, в частности, неврозов.

**Фобофобия.** Навязчивый страх, боязнь появления фобических симптомов.

Син.: страх страха, фобия фобии.

**Фокальный** (*лат. focus —* очаг). Относящийся к очагу патологического про­цесса, функциональному или органическому. Пример первого, эпилептический очаг, второго — эпилептогенный очаг.

**Фокомелия** (*греч. phoke —* тюлень, *melos —* часть тела, конечность). Наслед­ственная патология, вид дизонтогении. Характерно недоразвитие или отсутствие предплечий. Руки больного напоминают ласты морского льва. Кисти рук и стопы как бы прикреплены непосредственно к туловищу. Глубокое слабоумие. Такого же рода проявления наблюдались при приеме беременными талидомида.

**Фонастения** (*греч. phone —* звук, речь *+ астения*) [Flatau E.]. Тихая, недоста­точно модулированная речь, переходящая в шепот или беззвучное шевеление губ. Наблюдается при депрессивных состояниях. При углублении депрессии достигает степени афонии.

Син.: симптом тихой речи.

**Фонемы.** Словесно оформленные слуховые галлюцинации. Противоположны акоазмам — словесно неоформленным слуховым галлюцинациям (шумы, стуки и т.п.).

**Фонография** (*фоно + греч. grapho —* чертить, писать) [Trammer М., 1958]. Симптом отставленной во времени эхолалии. Дословно, с теми же интонациями (см. *Вернике истинная эхолалия*) повторяются давно слышанные слова или фразы. Вос­произведение их оказывается неожиданным и не вытекает из ситуации. Описан при детской шизофрении. Рассматривается как симптом кататонического ряда [Ачкова М., 1981].

**Фонопсия** (*фоно + греч. opsis —* зрение). Вид синестезии — раздражение од­ного анализатора приводит к возбуждению другого.

Син.: цветной слух.

**Фонофобия** (*фоно + фобия*)*.* См. *Акустикофобия.*

**Формикация** (*лат. formicatio —* муравей). 1. Тактильные галлюцинации в форме чувства ползания по коже муравьев, других насекомых; наблюдаются при де- лириозных состояниях, интоксикации кокаином; 2. Парестезии в форме чувства пол­зания по коже мелких насекомых, муравьев.

**Формула внушения.** Словесная формулировка, применяемая в процессе пси­хотерапии. Характер ее зависит от метода психотерапии, направленности ее на определенную симптоматику, особенностей больного (свойства личности, интеллек­туальный уровень, отношение к лечению и врачу). Ф.в. при гипнозе носит название гипнемы.

**Форпостсиндромы** (*голл. Voorpost —* передовой пост) [Huber G., Gross G., 1959]. Острые и кратковременные, эпизодические психотические состояния, пред­шествующие шизофреническому процессу и отделенные от него различной длитель­ности периодом относительного благополучия, во время которого явная психопато­логическая симптоматика не обнаруживается, отсутствуют заметные психические расстройства, нарушения поведения. Рассматриваются как форма дебюта шизофре­нии.

**Форристов проба** [Forrest F.M., Forrest G.S., 1957]. Предложена для контроля за приемом аминазина. Основана на определении в моче производных фенотиазина с помощью реактива, содержащего растворы хлорида железа и серной кислоты. По характеру цветной реакции можно судить о суточной дозе аминазина. С помощью Ф.п. можно выявить больных, уклоняющихся от приема аминазина, а также принима­ющих избыточные дозы препарата.

**Форсированная нормализация электроэнцефалограммы** [Landolt H., 1955]. Быстрая нормализация показателей электроэнцефалограммы (уменьшение или ис­чезновение пароксизмальной активности) под влиянием противосудорожного лече­ния больных эпилепсией, соответствующая снижению частоты или полному исчезно­вению судорожных припадков, однако, при этом отмечается появление психотиче­ских состояний (сумеречных расстройств сознания, дисфорий, шизофреноподобных картин). По мнению автора, «насильственная нормализация» ЭЭГ является корре­лятором психотических эпизодов. По данным С.А. Чхенкели и Т.Ш. Геладзе [1979], этот феномен чаще всего наблюдается при височных формах эпилепсии, а клиниче­ские психотические проявления при нем обусловлены существованием очага в пре­делах лимбической системы при относительной недостаточности восходящих тор­мозных влияний ствола мозга.

Син.: «насильственная» нормализация электроэнцефалограммы.

**Фотопсии** (*греч. phos —* свет, *opsis —* зрение). Появление в поле зрения дви­жущихся фигур, точек, пятен и др., чаще всего светящихся, блестящих. Наблюдают­ся при заболеваниях сетчатки, как психопатологический феномен — элементарные зрительные галлюцинации.

**Фотофобия** (*фото + фобия*): 1. Возникновение судорог при световом раздра­жении (при бешенстве); 2. Повышенная чувствительность к дневному свету или ноч­ному освещению — болезненность, слезотечение, блефароспазм (наблюдается при заболеваниях роговицы, ирите и иридоциклите).

**Франкля метод логотерапии.** См. *Логотерапия.*

**Франкля метод парадоксальной интенции** [Frankl V.E., 1961]. Один из прие­мов логотерапии. Больному предлагают пусть даже на секунду пожелать себе то, чего он опасается. Интерпретируется с позиций экзистенциального анализа. По V.E. Frankl, все виды страха есть боязнь и бегство от пугающего, навязчивость рассмат­ривается как боязнь навязчивости и т.п. Таким образом, симптом болезненного расстройства рассматривается как боязнь аномалии. Применяется для преодоления фобических и ананкастических симптомов, анксиозных проявлений в рамках невроза ожидания.

**Фреголи симптом.** Описан Courbon P. и Fail G. [1927] и назван по имени из­вестного в то время комика-трансформатора. Больные утверждают, что их пресле­дователь меняет свою внешность, чтобы остаться незамеченным. В отличие от бре­да интерметаморфозы меняется только внешность преследователя.

**Фрейда механизмы психологической защиты** [Freud S., 1894] Концепция о защитных механизмах личности, позволяющих преодолеть психическую травму. По S. Freud, защитные механизмы бессознательно подавляют и вытесняют из сознания ту информацию, которая не соответствует требованиям моральной цензуры. Разли­чались такие виды механизмов психологической защиты, как вытеснение, образова­ние противоположной реакции, проекция, вымещение, рационализация, сублима­ция. A. Freud [1964] выделяла 10 форм механизмов психологической защиты. Кон­цепцию механизмов психологической защиты можно рассматривать и вне психоана­литических представлений, придающих особое значение психобиологическим им­пульсам вроде полового инстинкта. Объектами защитных механизмов могут быть любые социально-культурные стремления и черты, противоречащие самосознанию личности; защитные механизмы призваны поддерживать целостность, устойчивость индивидуального самосознания в условиях, когда конфликт различных установок ставит его под угрозу [Кон И.М., 1967].

В отечественной медицинской психологии психологическая защита рассмат­ривается как механизм субклинического реагирования сознания на психическую травму, приводящий к перестройке в системах взаимосвязанных установок, в субъ­ективной иерархии ценностей, направленный на нейтрализацию психической трав­мы [Бассин Ф.В., Рожнов В.Е., Рожнова М.А., 1974]. Отмечается, что проявления за­щиты отражают динамику осознаваемых переживаний не в меньшей мере, чем осо­знаваемое смутно, либо вовсе не осознаваемое.

**Фрейда принцип реальности** [Freud S.]. Одно из положений теории S. Freud (см.), согласно которому поведение человека, направленное на удовлетворение его влечений и желаний, корригируется условиями окружающей действительности.

**Фрейда принцип удовольствия** [Freud S.]. Положение учения S. Freud, со­гласно которому в основе поведения человека с раннего детства лежит стремление к достижению удовольствия и избежанию неудовольствия.

**Фрейда теория** [Freud S.]. Субъективно-идеалистическое учение в психологии и психиатрии, рассматривающее психическую деятельность человека в плане посто­янной борьбы между сознательным и бессознательным, при доминирующем значе­нии последнего. Бессознательное трактуется как извечная «душевная субстанция», иррациональное, неподвластное никакому контролю и признающее лишь два прин­ципа существования — принцип удовольствия и принцип агрессии, разрушения. В качестве неизменной двигательной силы психической деятельности рассматривают­ся инстинкты, а развитие личности определяется, главным образом, инстинктами по­ловым и самосохранения. Сознание человека якобы не детерминируется условиями внешнего мира, а определяется постоянно идущими из бессознательного импульса­ми. Поведение человека и наблюдающиеся в клинике психопатологические симпто­мы представляются как проявление (в замаскированном, символическом виде) вы­тесняемых «цензурой» и неприемлемых для сознания низменных инстинктов и вле­чений. На их основе возникают «комплексы», рассматриваемые как основа невроти­ческих и психотических расстройств. В объяснении психической деятельности в нор­ме и патологии исключительное значение придается сексуальным моментам, ре­грессии либидо на якобы проходимые каждым человеком в детстве стадии эротиче­ского развития.

Неофрейдисты [E. Fromm, К. Horney], возражая против чисто биологического понимания бессознательного и придавая значение в формировании психики факто­рам культурным и социальным, трактуют их опять-таки в плане врожденной силы бессознательного, с позиций психоанализа. Возможность познания психических кон­фликтов, проявляющихся в подавлении чувств и стремлений, сводится ими к искус­ству толковании фрагментов бессознательного.

В Ф.т. современные исследователи находят и «рациональное зерно» — ин­терес к изучению проблем несознаваемых форм психической деятельности, выделе-

ние механизмов психологической защиты.

**Френокардия** (*греч. phren —* ум, разум, *cardia —* сердце). Психогенно обу­словленные боли в области сердца.

**Френология** (*френо + греч. logos —* речь, учение) [Gall F.J., 1758-1828]. Псев­донаучная концепция о якобы имеющемся соответствии между формой черепа и психическими особенностями человека, его способностями, личностными свойства­ми. Оказавшись несостоятельной в научном отношении, Ф. тем не менее стимулиро­вала изучение морфологии и физиологии ЦНС, выдвинула в наивной форме поло­жения о возможности локализации в головном мозге психических функций.

**Фрешельса синдром** [Froeschels E., 1931]. Детский логоневроз, заикание.

**Фригидность** (*лат. frigiditas —* холод). Аноргазмия у женщин, неспособность к переживанию оргазма. По А.М. Свядощу [1984], различают Ф.: ретардационную, свя­занную с некоторым запаздыванием (ретардацией) психосексуального развития; симптоматическую, являющуюся проявлением какого-либо заболевания (органиче­ские поражения ЦНС, интоксикации, эндокринные нарушения); психогенную, возни­кающую вследствие торможения сексуальных функций психогенными факторами; конституциональную, в основе которой лежит врожденная недостаточность психо­сексуальных функций. Выделяют также нимфоманическую Ф., при которой, несмотря на выраженные чувственные ощущения в начале полового акта, женщина не дости­гает оргазма. Интенсивное желание смещается досадой, недовольством партнером и поиском новых [Matussek P., 1959].

**Фридмана синдром** [Friedmann M., 1883]. Посттравматическая энцефалопа­тия. Чувство тяжести в голове, головная боль, головокружение, повышенная утомля­емость, бессонница, речевая заторможенность. Иногда в спинно-мозговой жидкости — повышенное содержание белка.

**Фридмена—Роя синдром** [Friedman A.P., Roy J.E., 1944]. Своеобразная фор­ма врожденного слабоумия, характеризующаяся задержкой умственного развития степени имбецильности или идиотии, недоразвитой психомоторикой, конвергирую­щим страбизмом, гиперрефлексией, появлением патологических рефлексов (ре­флекс Бабинского), различными пороками развития стоп. Наследственная патология (аутосомно-рецессивный тип передачи).

**Фридрейха болезнь** [Friedreich N., 1863]. Наследственно-семейное заболева­ние, характеризующееся прогрессирующей атаксией и пирамидными парапарезами. Постепенно нарастают потеря координации и нарушения произвольных движений. Начинается в детском возрасте (от 6 до 12 лет). В психике — безинициативность, вя­лость, сужение круга интересов. Нередко сопровождается умственным недоразвити­ем. Речь скандированная или эксплозивная. Нистагм, двигательное беспокойство. Расстройства глубокой и вибрационной чувствительности. Исчезают сухожильные рефлексы, появляются патологические (рефлекс Бабинского). Типичны изменения осевого скелета — кифосколиоз, деформации стоп. Тип наследования — рецессив­ный.

Син.: семейная атаксия, наследственная атаксия.

**Фроттаж** (*фр. frottage* — натирание). Сексуальная перверсия у мужчин. Поло­вое возбуждение и удовлетворение достигаются трением полового члена об верх­нюю одежду женщин в многолюдных общественных местах (в магазинах, транспор­те).

**Фроэна—Нонне синдром** [Froin G., 1903; Nonne M., 1908]. Характерные для органических поражений, приводящих к компрессии спинного мозга, изменения спин­но-мозговой жидкости: ксантохромия, белково-клеточная диссоциация, высокое со­держание белка, коагуляция (выпадение желеобразного осадка) и повышение дав­ления спинно-мозговой жидкости.

Полный Ф.-Н.с. наблюдается при опухолях головного мозга.

**Фтириофобия** (*греч. phteir* — вошь + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь вши­вости.

**Фуга** (*лат. fuga —* бегство, бег). Разновидность амбулаторного автоматизма. Проявляется кратковременными эпизодами двигательного возбуждения в форме элементарных стремительных движений и действий (больные сдирают с себя оде­жду, куда-то бегут). По окончании эпизода расстроенного сознания отмечается амне­зия перенесенного. Ф. наблюдаются в рамках сумеречных расстройств сознания при эпилепсии и органических психозах, протекающих с эпилептиформными синдрома­ми.

**Функелстайна тест** [Funkelstein, 1957]. Прогностическая проба для определе­ния характера реагирования больных на электросудорожную терапию. Положитель­но оценивается подъем систолического давления до 6,7 кПа (50 мм рт.ст.) после внутривенного введения 5 мл 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида и появление озноба со снижением артериального давления в течение 25 мин после введения 0,01 гацетилметилхолина.

**Фухс—Роршаха тест** [Drey-Fuchs Ch., 1958]. Проективная методика, парал­лельная Роршаха тесту. Для исследования используются 10 таблиц с черно-белыми и цветными пятнами. Аналогична Бена—Роршаха тесту. Предназначена для повтор­ных исследований больных, ранее обследованных с помощью теста Роршаха.

**Фьямберти метод терапии** [Fiamberti, 1950]. Применение для активной терапии психозов так называемых ацетилхолиновых шоков. Коматозное состояние вызывается внутривенным введением бромацетилхолина. Мало распространен.

\_Х\_

**Хайнриха методика** [Heinrich K., 1960]. Целенаправленная провокация психо­патологических симптомов. С диагностической целью провоцируется возникновение шизофренической симптоматики назначением больным антидепрессантов. У боль­ных шизофренией с малой выраженностью психотической симптоматики после при­ема антидепрессантов (марсилид, ниаламид) бурно проявляются бредовой симпто- мокомплекс и галлюцинации. При других психических заболеваниях и у здоровых этот феномен отсутствует.

**Хайрофобия** (*греч. chairo —* радоваться + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь появления чувства радости, веселья в неподобающей обстановке, например, на по­хоронах.

**Ханта миоклоническая мозжечковая диссинергия** [Hunt R.J., 1921]. Син­дром, в состав которого входят миоклония действия и симптомы мозжечковых или мозжечково-спинальных расстройств. Однако, в отличие от Ханта прогрессивной мозжечковой диссинергии, в структуру данного синдрома входят также спорадиче­ские спонтанные миоклонии и (или) первично генерализованные эпилептические припадки. Наблюдается при дегенеративных изменениях в зубчатом ядре мозжечка и красном ядре среднего мозга.

**Ханта прогрессивная мозжечковая диссинергия** [Hunt R.J., 1914]. Синдром, характеризующийся миоклонией действия в сочетании с мозжечковыми или мозжеч­ково-спинальными расстройствами. ЭЭГ при этом — без существенных отклонений. Судорожные пароксизмы, как спонтанные, так и в связи со световой стимуляцией, отсутствуют.

**Ханта синдром** [Hunt R.J., 1917]. Ювенильная форма дрожательного парали­ча. Начинается в возрасте от 13 до 30 лет. Симптоматика подобна таковой при бо­лезни Паркинсона. Носит спорадический или семейный характер. Дрожание вначале отмечается в какой-либо одной конечности и носит ритмический характер. Маскооб­разное лицо, брадикинезия, дизартрия, монотонная речь, изменения осанки, повы­шен мышечный тонус. Морфологически — поражение стриопаллидарной системы, моторных клеток полосатого тела.

**Характер** (*греч. charakter —* отличительная черта, особенность). Совокуп­ность стабильных индивидуальных особенностей личности, складывающаяся и про­являющаяся в деятельности и общении, являющаяся основой присущих конкретной личности форм поведения. X. — психическая индивидуальность человека в его свое­образии [Лебединский М.С., Мясищев В.Н., 1966]. X. формируется на базе свойств темперамента — динамической характеристики личности, являющейся его аффек­тивной, чувственной основой. Соотношения между вариантами X. и основными про­явлениями темперамента неоднозначны. Одни и те же свойства темперамента мо­гут привести к различным особенностям X. — это определяется условиями воспита­ния и жизненного пути индивида, зависит от всего хода его общественно-морально­го, интеллектуального и эстетического развития [Рубинштейн С.Л., 1946]. Своеобра­зие X. обусловлено общественным бытием личности, тогда как темперамент меньше зависит от особенностей среды и воспитания. X., в основном, определяет такую важную составную структуру личности, как ее направленность.

**Характер истерический.** Включает в себя повышенную впечатлительность, живость воображения, чрезмерную внушаемость и самовнушаемость, демонстра­тивность, театральность, жеманную манерность, утрированный характер внешних проявлений эмоций, их несоответствие глубине переживаний, инфантильную окрас­ку, гротескность, капризность, волевую неустойчивость (бесплановость воли, по E. Kraepelin). В.Я. Семке [1988] отмечает также особую, присущую истеричным, лич­ностную реакцию на болезнь — жажда чужого внимания и умение извлекать пользу из играемой роли при сохранении многоплановости отношений между людьми («условная приятность или желательность» болезненного симптома, по A.M. Свядо- щу [1982]).

**Характер патологический** См. *Психопатии.*

**Характер психастенический.** См. *Психастения.*

**Характер эпилептический.** Наблюдается при длительном течении эпи­лепсии, иногда он развивается даже при относительно редких припадках. Нерезко выраженные характерологические отклонения могут наблюдаться у больных эпи­лепсией еще до появления пароксизмов. Сопутствует прогрессирующей деменции, характеризующейся вязкостью мышления. Типичны явления повышенной возбуди­мости со склонностью к застреванию аффекта, недоверчивость, подозрительность, несоразмерность аффективных реакций вызвавшему их поводу. Наряду с этим ча­сты льстивость, угодливость, подобострастие. Нередко черты дефензивности и экс- плозивности уживаются у одного и того же больного (см. *Кречмера пропорции тем­перамента, Глишроидия*)*.* Характерны черты эгоизма, эгоцентризма, холодности, безразличия к окружающим и, в то же время, особой привязанности к вещам. Эгои­стические тенденции проявляются в своеобразной ипохондричности, повышенной заботе о своем здоровье. В трудовой деятельности больным эпилепсией присущи чрезвычайная усидчивость, трудолюбие, аккуратность, педантичность, скрупулез­ность.

**Характера антиномии** (*характер + греч. antinomia —* противоречие в законе). Наличие противоречивых тенденций, влечений, реакций, обусловленных сочетани­ем в характере индивида противоположных черт. Х.а. — причина известных пара­доксальных проявлений, присущих тому или иному характеру. Парадоксальность ха­рактера наблюдается в норме и патологии, однако признаки ее качественно отлич­ны.

**Характерограмма** [Ewald G., 1924]. Формула характера человека, составляе­мая из выражаемых количественно, по десятибалльной шкале, показателей, обозна­чающих степень выраженности характерологических радикалов. Под радикалами, корнями характера, понимались психические функции, к которым G. Ewald сводил многообразие свойств характера индивида. Свойства личности рассматривались в плане реакций на факторы внешней среды, в соответствии с переживаниями чело­века. Различались шесть видов радикалов характера: 1) способность запечатлевать в сознании переживания высшего разряда, эмоционально окрашенные; 2) способ­ность к удержанию этих переживаний в сознании; 3) способность восприятия впечат­лений от переживаний, связанных с примитивными Эго-побуждениями; 4) способ­ность к удержанию в сознании переживаний, связанных с побуждениями, впечатле­ниями Эго; 5) интеллектуальный контроль, регулирование переживаний; 6) способ­ность к переключению переживаний, от которой зависит стенический или астениче­ский характер поступков человека. По G. Ewald, характерограмма, с учетом особен­ностей интеллекта и характеристики окружающей среды, позволяет прогнозировать индивидуальный тип психотических реакций (психогенных).

**Характерологические реакции** (*характер + греч. logos —* учение, наука). Психогенные реакции, при которых клиническая картина ограничена усиленными личностными чертами, присущими больному преморбидно. Эти черты лишь реактив­но гипертрофированы. См. *Ганнушкина эпилептоидный тип реакции, Фрумкина шизоидный тип реакции.*

**Характерология.** 1. Наука о характерах. Разрабатывает вопросы систематики и диагностики типов характера. 2. Относящееся к характеру, его проявлениям, например, X. реакции.

**Характеропатии** (*характер + греч. pathos —* болезнь, страдание). Психопато­подобные состояния, характеризующиеся дисгармонией личности с заострением отдельных ее свойств и являющиеся результатом органического поражения голов­ного мозга (характеропатический вариант органического психосиндрома). Различие этиологических моментов обусловливает известную клинико-психопатологическую специфичность X. Основные варианты X. — алкогольная, посттравматическая, пост- энцефалитическая, атеросклеротическая, эпилептическая.

**Харпаксофобия** (*греч. harpax —* разбойник + *фобия*)*.* Навязчивый страх, бо­язнь разбойников.

**Хартнапа болезнь.** Названа по имени пациента, у которого впервые наблю­далась. Заболевание наследственное, передается по рецессивному типу. Возникает в связи с нарушением обмена в организме триптофана и других аминокислот. Харак­терны фотосенсибилизация кожи и приступообразно возникающие неврологические симптомы (атаксия, мозжечковый тремор). Олигофрения не во всех случаях. Отно­сится к ферментопатиям.

Описана D.N. Baron, C.E. Dent, H. Harris, E.W. Hart [1956].

**Хаузера Каспара синдром.** Психопатологический симптомокомплекс, наблю­даемый у людей, выросших в одиночестве, лишенных в детстве общества людей. Характеризуется явлениями социальной и педагогической запущенности при на­личии обостренной чувствительности. Выделен K. Weise [1966] и назван по имени известного своей таинственной судьбой юноши *Каспара Хаузера,* который был при загадочных обстоятельствах обнаружен в 1828 г. на рыночной площади Нюрнберга. В то время его интеллектуальное развитие соответствовало трехлетнему возрасту, хотя выглядел он примерно 16-летним. Через 3 года его интеллектуальное развитие уже соответствовало восьмилетнему возрасту. В 1838 г. он был смертельно ранен неизвестным лицом и скончался. Существуют предположения о том, что Каспар Хау­зер — сын герцога баденского от первой жены, по желанию мачехи на много лет был замурован в погребе и питался только хлебом и водой, доставлявшимися ему во время сна. Каспар Хаузер — герой одноименного социально-этического романа немецкого писателя Якоба Вассермана.

**Хейлофагия** (*греч. cheilos* — *губа, phagein —* есть). Навязчивое действие, по­стоянное прикусывание губ.

**Хеймофобия** (*греч. cheima —* зима + *фобия*)*.* См. *Психрофобия.*

**Хенретти синдром** [Hanratty J.F., 1966]. Невротический симптомокомплекс, наблюдаемый у женщин, которые кроме ведения хозяйства регулярно работают вне дома. Характерны астения, снижение общего тонуса, эмоциональная лабильность, плохой сон, раздражительность, нетерпимость к домашним, чувство усталости по утрам, частая головная боль, расстройство пищеварения, снижение либидо.

**Хефта синдром** [Haft]. Совокупность изменений психической деятельности при эпилепсии. Торпидное, обстоятельное, со склонностью к детализации мышле­ние, узость круга интересов, потеря чувства юмора.

**Хека—Хесс опросник** [Hock К., Hess E., 1975]. Личностный опросник для вы­явления неврозов. Содержит перечисление 63 наиболее часто встречающихся в жа­лобах больных неврозами симптомов. Количественная оценка ответов производится с учетом возраста обследуемого. Помимо диагностики возможного невротического состояния, вычисляется также индекс эмоциональности, который может указывать на преобладание психосоматических или психоневротических расстройств.

**Хилофобия** (*греч. hyle —* лес + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь леса (за­блудиться в лесу, встретиться со зверями).

**Хипенгиофобия** (*греч. hypengion* — ответственность + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь ответственности.

**Хлестакова синдром** [Семке В.Я., 1988]. Вариант особенностей личности у истероидных психопатов с явлениями псевдологии. Это обычно самодовольные без­застенчивые вруны, хвастуны с невысоким интеллектуальным уровнем, не забываю­щие о своих корыстных интересах, выгоде. Характерна экспрессивность, политема- тическая лживость, большой пафос, стремление к самоутверждению в глазах окру­жающих. При разоблачении эти пациенты не проявляют обескураженности и легко и быстро находят выход из положения, в котором они очутились.

Хлестаков — главный персонаж пьесы Н.В. Гоголя «Ревизор».

Ср.: Мюнхгаузена синдром, Манилова синдром.

**Хлорализм.** Токсикомания, связанная со злоупотреблением хлоралгидратом.

Син.: хлораломания.

**Хлороформомания.** Токсикомания, связанная со злоупотреблением хлоро­формом в виде ингаляций или per os.

**Хольцмана тест чернильных пятен** [Holtsman W.H., 1968, 1975]. Близок к те­сту Роршаха, отличается от него большей стандартизацией, четкими психометриче­скими установками. Для исследования используются 2 параллельные серии, содер­жащие каждая по 45 карточек с черно-белыми и цветными пятнами. По каждой карточке обследуемый дает один ответ. Различают 22 типа ответов, соответствую­щих основным переменным теста Роршаха, а также трем дополнительным перемен­ным (патогномоническая вербализация, тревожность, враждебность).

**Хоппе методика исследования уровня притязаний** [Норре F., 1930]. Экспе­риментально-психологическая методика, направленная на исследование личност­ных реакций. Используется набор заданий как возрастающей степени трудности, так и равноценных. Учитывается реакция обследуемого на успешное или неуспешное решение задания. Оценивается характер формирования уровня притязаний, соотно­шения между уровнями притязаний и достижений. Используются варианты методики Б.И. Бежанишвили [1967], В.К. Гербачевского [1969], Н.К. Калиты [1971], В.М. Блей- хера [1971].

**Хореомания** (*греч. choreia —* хоровод, пляска + *мания*)*.* Разновидность психи­ческих эпидемий, «танцевальное помешательство». См. *Тарантизм.*

**Хореопаты** (*хорео + греч. pathos —* страдание, болезнь) [Kehrer F.A., 1939].

Психопатические личности, являющиеся близкими родственниками больного хореей Гентингтона. У больных хореей Гентингтона преморбидные характерологические из­менения очень часты, наблюдаются, по Э.Я. Штернбергу [1967], примерно в 60% случаев и носят характер проявлений повышенной возбудимости и взрывчатости, замкнутости и эмоциональной холодности, склонности к истерическим реакциям. Та­кого рода психопатические (психопатоподобные) явления наблюдаются и у их близ­ких родных; эти случаи можно рассматривать как редуцированный вариант заболе­вания, «гентингтоновский эквивалент», что соответствует выделению биотипа хореи Гентингтона, характеризующегося слабой выраженностью или отсутствием двига­тельных расстройств [Davenport C.D., Muncie, 1916].

**Хорея большая.** Одна из форм наблюдавшихся в средние века психических (истерических) эпидемий. Проявлялась интенсивным психомоторным возбуждением, некоординированными движениями, подергиваниями и судорогами на фоне сужен­ного сознания.

Син.: хореомания.

**Хорея Гентингтона.** См. *Гентингтона хорея.*

**Хорея молниеносная.** См. *Дубини синдром.*

**Хорея Сиденгама.** См. *Сиденгама хорея.*

**Хрематофобия** (*греч. chremata —* деньги + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь прикоснуться к бумажным деньгам, монетам. Иногда сочетается с мизофобией.

**Хроматофобия** (*греч. chroma —* цвет, окраска + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь какого-либо цвета, окрашенных в него предметов.

Син.: хромофобия.

**Хронический** (*греч. chronikos —* длительный, долговременный). Протекаю­щий длительное время, затяжной. Применяется по отношению к заболеванию, пато­логическому процессу.

**Хронификация.** Приобретение процессом, болезнью хронического течения. Так, говорят о тенденции к X. депрессивных фаз МДП в пожилом возрасте.

**Хроногнозия** (*греч. chronos* — время, *gnosis —* познавание). Способность определять продолжительность отрезка времени, продолжительность и последова­тельность событий. Нарушается при некоторых психозах и органических поражениях головного мозга. См. *Синдром динамической хроногнозии.*

**Хронотараксия** (*хрон + греч. tharaxis —* расстройство). Нарушение восприя­тия времени. Больной дезориентирован во времени, не может назвать число, месяц, время года, время суток. При этом нередко отмечается замедление или ускорение субъективного восприятия течения времени. Характерна для органических пораже­ний головного мозга, особенно при наличии двусторонней патологии таламических ядер.

**Хронофобия** (*хроно + греч. phobos —* страх). Невротический страх времени. Особенно часто возникает в ситуации тюремного заключения — длительность срока осуждения повергает человека в ужас, отбытие его представляется нереальным. X. выделяется клинически как форма так называемого тюремного невроза. Возникает обычно внезапно, после объявления приговора и угасания надежды на новое разби­рательство дела, исчезновения чувства новизны обстановки. Нередки состояния па­ники: вторично, в связи с X., возникают явления клаустрофобии. Характерны тревож­ность, беспокойство, бессонница, разочарование в жизни, ипохондрические пережи­вания. Первоначальная интенсивность симптоматики со временем угасает, хотя воз­можны менее выраженные рецидивы. Больной превращается во флегматика, авто­матически существующего в условиях тюремной изоляции, ничем не интересующе­гося, живущего примитивными потребностями сегодняшнего дня.

**Хронофрения** (*хроно + греч. phren —* ум, разум) [Petho В., 1985]. Попытка вы­делить заболевание из группы функциональных психозов, протекающих длительное время (свыше 12 лет) без якобы существенного психического дефекта, с полной со­циальной адаптацией. Характерен бред, напоминающий явления ауторедупликации, феномен «уже виденного», — так, больная утверждает, что уже прожила такую же жизнь, якобы раньше пользовалась как и сейчас вязальной машиной, однажды уже окончила университет. При этом отмечается повышенное настроение, нарушено восприятие перспективы времени. С наибольшей вероятностью можно думать, что речь идет о парафренной шизофрении.

**Хульные мысли.** Разновидность контрастных навязчивых состояний; харак­терно неприлично-циническое их содержание, несоответствие ситуации.

**Хэтеуэя—Маккинли личностный опросник MMPI** [Hataway S., McKinley J., 1946]. Один из наиболее распространенных в клинической психологии методов ис­следования личности по самооценке. Оценка результатов количественная, ре­зультаты группируются по шкалам депрессии, истерии, мании, психопатии, ши­зофрении, паранойи и т.д. Полученные при исследовании данные позволяют харак­теризовать позицию больного (по оценочным шкалам) и его личностный профиль, относительно характерный для того или иного вида патологии. В клинике профиль личности MMPI рассматривается как отражение особенностей психопатологического синдрома, а не нозологической принадлежности [Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В., 1976]. В нашей стране методика модифицировалась [Мирошников М.П., Березин Ф.Б., 1967; Собчик Л.Н., 1971], наиболее распространен вариант опросника, адаптированный и стандартизированный в Ленинградском психоневроло­гическом институте им. В.М. Бехтерева.

Соответственно результатам составляется «профиль личности». Не имеет но- зологически-диагностического значения, характеризует синдромологически личност­ные особенности обследуемого.

\_Ц\_

**Цветовой интерьер.** Сочетание цветовых компонентов отделки и оборудова­ния помещения. Играет важную роль в вопросах организации трудовых процессов. Известно значение Ц.и. для создания среды в лечебных учреждениях. Влияние цве­та на аффективное состояние больного было показано исследованиями В.М. Бех­терева. Особенно значительную роль Ц.и. играет в пограничной психиатрии, при ле­чении депрессивных больных (хроматотерапия — лечение цветом), являясь вспомо­гательным терапевтическим фактором.

**Целера—Гризингера—Неймана концепция единого психоза** [Zeller Е.А., 1838; Griesinger W., 1865; Neumann H., 1859]. Сложившаяся в 40-60-е годы прошлого века, преимущественно в немецкой психиатрии, под влиянием взглядов J. Guislain, система взглядов на то, что существует некое единое психическое расстройство, течение которого характеризуется четырьмя следующими друг за другом стадиями: меланхолией, манией, безумием и деменцией. W. Griesinger различал наступающую вслед за манией стадию безумия, то есть аффективно-бредовых расстройств и сме­няющую ее стадию сумасшествия, то есть галлюцинаторно-бредовых расстройств. Согласно W. Griesinger, болезненный процесс на одной из этих стадий может оста­новиться, обратимым же он является лишь на стадиях аффективных и аффективно­бредовых расстройств. Концепция единого психоза знаменовала отказ от симптома- тологического подхода к изучению психозов и способствовала разработке и изуче­нию общепатологических и патогенетических их основ, заложила начало психиатрии течения, придающей первостепенное значение исследованию динамики психических заболеваний. В последующие годы отмечался как полный отказ от концепции едино­го психоза, так и возврат к ней в работах ряда психиатров.

В современной зарубежной психиатрии [Wyrsch J., 1956; Conrad К., 1959; Janzarik W., 1959] развивается концепция единого эндогенного психоза, на одном полюсе которого выделяются депрессивные и маниакальные состояния при цирку­лярном психозе, на другом — прогредиентно текущая простая шизофрения, а в ка­честве промежуточных этапов рассматриваются эндогенные психозы с фазным течением и наличием в клинической картине бреда и чувства измененной личности или приступообразные формы без полной ремиссии с дефектом. Во взглядах неко­торых исследователей концепция единого психоза сочетается с антинозологизмом, примером чего является эргазиология A. Meyer.

В отечественной психиатрии значение концепции единого психоза усматрива­ется в выявлении общепатологических закономерностей, свойственных всем психи­ческим заболеваниям и обнаруживающихся при анализе их клинической симптома­тики и течения. Эти закономерности возникновения и развития психического заболе­вания должны учитываться при дальнейшей разработке психиатрической нозологии [Штернберг Э.Я., 1973; Снежневский А.В., 1973, 1975].

**Цельса болезнь** [Celsus А.С.]. Каталепсия. Характерно длительное сохране­ние телом больного и отдельными его членами приданной позы.

Синдром каталепсии наблюдается при кататонической шизофрении, при исте­рии (носит приступообразный характер) и в гипнотическом состоянии. Цельс Авл Корнелий — древнеримский ученый и писатель, автор трактата в восьми книгах «О медицине», содержащего описание ряда заболеваний.

**Ценестезия** (*греч. kenon —* пустота, *aisthesis* — чувство, ощущение). Утрата чувства собственного «Я», проявление деперсонализации.

**Цензура внутрипсихическая.** Понятие психоанализа, введенное S. Freud для обозначения гипотетической инстанции, исполняющей роль своеобразного фильтра для идущих из бессознательного в сознание импульсов и не пропускающего, вытес­няющего неприемлемые для сознания, большей частью сексуальные, влечения и инстинкты.

**Церемониал ананкастический** (*лат. ceremonia —* святость, почитание, культ). См. *Ритуал.*

Син.: церемониал компульсивный.

**Церебрастения** (*лат. cerebrum —* головной мозг + *астения*)*.* Одно из прояв­лений органического психосиндрома. Характеризуется астенией в сочетании с го­ловными болями, головокружениями, некоторым ослаблением памяти, явлениями повышенной истощаемости интеллектуально-мнестической деятельности, вазовеге­тативными расстройствами. В зависимости от этиологических моментов различают Ц. атеросклеротическую, посттравматическую и т.д.

**Церебропатия** (*церебрум + греч. pathos —* страдание, болезнь). См. *Энцефа­лопатия.*

**Цереброспинальная жидкость.** Жидкая среда, заполняющая полости спин­ного и головного мозга. Выделяется в полость желудочков хориоидными железами заднего, промежуточного и переднего мозга. Лабораторные исследования Ц.ж. име­ют важное значение для диагностики и дифференциальной диагностики органиче­ских заболеваний ЦНС.

Син.: ликвор, спинно-мозговая жидкость.

**Цефалголепсия** (*греч. kephale —* голова, *algos — боль, lepsis —* схватыва­ние, нападение, приступ) [Воронков Г.Л., 1983]. Форма детской эпилепсии, характе­ризующаяся появлением в возрасте 2-4 лет мигренозных приступов без судорожных проявлений, неврологических знаков, энуреза и психических изменений по психоор­ганическому или эпилептическому типу. На ЭЭГ — гиперсинхронные генерализован­ные разряды. Прогноз благоприятный, приступы исчезают после пубертатного пери­ода.

**Циклические формы раннего слабоумия** (*греч. cyklos —* круг) [Dunton W.R., 1910]. Одно из первых описаний атипичной, циркулярной формы шизофрении, выде­ленной позже E. Kraepelin [1913]. Было отмечено, что при циркулярном течении за­болевания наблюдается прогредиентность психического дефекта.

**Цикличность влечений.** Синдром, описанный Wulff, характеризующийся пе­риодами депрессии, ощущения своего уродства, переедания или непомерно большого употребления в пищу жидкости, которые сменяются периодами нормаль­ного или приподнятого настроения, ощущения собственной красоты и гармонично­сти поведения. Наблюдается преимущественно у женщин. Может рассматриваться как вариант циклотимии.

**Циклосомия** (*цикло + греч. soma —* тело) [Плетнёв Д.Д., 1927; Краснушкин Е.К., 1948]. Форма циклотимии, внешне напоминающая невротические состояния и характеризующаяся соматической окрашенностью депрессивных проявлений. Боль­ные жалуются на чувство усталости, общую слабость, отмечаются ипохондрические ощущения. Соматические симптомы представляют при этом истинное проявление болезненного процесса, а не просто сопутствуют ему. В современной психиатрии Ц. соответствует понятие ларвированной (маскированной) депрессии. Д.Д. Плетнёв пользовался понятием «соматическая циклотимия», понятие «циклосомия» введено Е.К. Краснушкиным.

**Циклотимия** (*цикло + греч. thymos —* настроение) [Kahlbaum К., 1882]. Первое описание Ц. как облегченного варианта рудиментарной формы циркулярной веза- нии. Психопатологические симптомы нерезко выражены, первичными являются из­менения в аффективной сфере. По современным представлениям, Ц. является лег­кой формой маниакально-депрессивного психоза, фазы носят характер субдепрес­сивных и гипоманиакальных. Возможно затяжное течение фаз.

В понимании E. Kretschmer [1921], Ц. — тип личности, вариант темперамента, наблюдающийся обычно при пикнической конституции и характеризующийся на­клонностью к фазным колебаниям настроения. По E. Kretschmer, Ц. является вари­антом нормы, в рамках психопатий ей соответствует циклоидия, в группе психозов — маниакально-депрессивный психоз. Близко к кречмеровскому понимание Ц. П.Б. Ганнушкиным [1933], рассматривавшим Ц. как конституциональное заболевание. Ц. в понимании E. Kretschmer соответствует и выделенный K. Leonhard [1964] циклоти­мический тип личностной акцентуации.

В современной германской психиатрии термин Ц. используется как синоним маниакально-депрессивного психоза [Schneider К., Weitbrecht H.J., Kolle К.].

**Циклотимоподобные расстройства.** Нерезко выраженные аффективные (субдепрессивные и гипоманиакальные) состояния, наблюдающиеся при вялом течении некоторых психических заболеваний, не относящихся к МДП (например, при шизофрении, посттравматической энцефалопатии, церебральном атеросклерозе и т.д.).

**Циклофрения** (*цикло + греч. phren —* ум, разум). См. *Психоз маниакально­депрессивный.*

**Циклофрения привитая** (*нем. Pfropfcyclophrenie*)*.* МДП, протекающий у оли­гофренов или больных, страдающих органическим поражением головного мозга.

**Цистицеркоз.** Паразитарное заболевание, поражение цистицерками свиного цепня (Taenia soleum). Цистицерковые пузыри могут достигнуть значительной ве­личины, в окружающих тканях наблюдается воспалительная реакция. Головной мозг один из объектов наиболее частой локализации пузырей. Страдают полушария, же­лудочки мозга и его основание. При поражении полушарий наблюдаются, главным образом, симптомы раздражения коры, а не выпадения ее функций. Особенно часты эпилептиформные полиморфные проявления. Наблюдаются корсаковский, депрес­сивный и галлюцинаторно-параноидный синдромы. Болезненные симптомы отлича­ются множественной очаговостью, нестойкостью, нередко протекают с длительными ремиссиями (отмирание пузырей). Общие симптомы — головная боль, головокруже­ния, рвота, застойные соски зрительных нервов, возможны состояния нарушенного сознания.

Желудочковый Ц. протекает с симптоматикой псевдотумора, базальный (ра- цемозный—ветвистый) — по типу базального менингита.

**Цуллигера тест** [H. Zulliger, 1959, 1969]. Проективная методика, являющаяся сокращенным вариантом теста Роршаха (см.). Может использоваться для групповых и индивидуальных исследований. Применяется как самостоятельно, так и для рете­стирования при необходимости проведения повторного исследования по методу Роршаха через непродолжительный интервал времени.

**Цьеве синдром** [Ziewe L.]. Характерен для алкоголиков с поражением печени и включает в себя анорексию, тошноту, слабость, озноб, боль в верхней части живо­та, субфебрильную температуру, дрожание. Характерны гиперхолестеринемия или гиперлипемия, желтуха, гемолитическая анемия.

\_Ч\_

**Чейна болезнь** [Cheyne G., 1733]. Старинное название ипохондрии.

**Черлетти—Бини метод электросудорожной терапии.** [Cerletti U., Bini L., 1938]. Электросудорожная терапия. Один из активных методов лечения психических заболеваний. Используется переменный электрический ток напряжением 120 или 220 В, силой от 50 до 100 мА. Экспозиция — 0,1-0,5-1 с. Электроды накладываются на височные области. Для избежания осложнений, связанных с сильными мышечны­ми судорогами, вводят миорелаксанты. Курс лечения — от 2-3 до 12 сеансов, прово­димых через два дня. Показания: шизофрения, чаще при длительном течении и ре­зистентности по отношению к инсулину; аффективные и кататонические приступы шизофрении; особенно — гипертоксическая, фебрильная шизофрения; терапевтиче­ски резистентные циркулярные депрессии; инволюционные депрессии.

См. также *Теннона метод монолатеральной электросудорожной терапии.*

**Чжень-цзю-терапия.** Лечебный метод китайской народной медицины, заклю­чающийся в терапии иглоукалываниями (чжен, акупунктура) и прижиганиями (цзю, мокса). Относится к рефлексотерапии.

**Чижа симптомы** [Чиж В.Ф.]: 1) особый, тускло-металлический, напоминающий оловянный, блеск глаз у эпилептиков [1900]; 2) склерозированные и извитые височ­ные артерии, особенно — слева, при сифилисе головного мозга и прогрессивном па­раличе [1912].

**Чителли синдром** [Citelli S.]. Психические изменения, наблюдающиеся при некоторых оториноларингологических заболеваниях (аденоиды, синуситы). Харак­терны умственная отсталость, явления психического инфантилизма, нарушения вни­мания, особенно его сосредоточения, вялость, безинициативность, плохой сон.

**Чифиризм.** Разновидность неалкогольной токсикомании. Употребление кон­центрированного отвара чая (чифиря), являющегося стимулятором ЦНС. Прием чи­фиря способствует гипертимии, вызывает психомоторное возбуждение, ускорение протекания ассоциативных процессов. Длительное злоупотребление приводит к аф­фективной неуравновешенности, явлениям психопатизации. Возникает физическая привязанность. Особенно легко привыкание возникает у психопатических личностей астенического круга и неустойчивых.

**Чолакова метод «декапсуляции»** (*греч. de —* прекращение, *лат. capsula —* коробочка, шкатулка) [Чолаков К., 1932, 1933, 1939]. Психотерапевтический метод, основанный на гипнокатарзисе (см. *Катарзис*)*.* Изживание психической травмы производится на фоне создаваемой в легком гипнозе гипермнезии. Предпочтитель­но для этого используются сомнолентность или гипотаксия. В отличие от психоана­лиза отреагирование эмоций не играет основной роли, на первый план выдвигается потребность осознания психической травмы.

Син.: психофизиологическая «декапсуляция».

**Чувства гностические** [Меграбян А.А., 1959]. Высшие человеческие чувства, складывающиеся из эмоций и представлений. К элементам чувства прибавляются и познавательные элементы, к единичным образам внешних предметов, своего тела, а также к словесным образам присоединяется предшествующий накопленный обоб­щенный опыт в форме системных автоматизированных чувствований гностического характера. Ч.г. обобщают предшествующие знания о предмете и слове в конкретно чувственной форме, обеспечивают чувствование принадлежности психических про­цессов нашему «Я», личности, включают в себя эмоциональный тон соответствую­щей окраски и интенсивности. Патология Ч.г. наиболее ярко проявляется в деавто­матизации психических процессов, в структуре синдрома деперсонализации.

**Чувствительность.** Способность организма воспринимать раздражения, ис­ходящие из внешней среды или от внутренних органов и тканей. Физиологической основой Ч. является деятельность анализаторов, то есть процесс передачи импуль­сов, возникших в связи с воздействием раздражителей, в ЦНС. В основе классифи­кации видов Ч. лежит систематика видов рецепции и связанных с ними субъектив­ных переживаний. В связи с этим различают экстероцепторы, воспринимающие раз­дражения извне, и интероцепторы, воспринимающие раздражения, возникающие в самом организме. При более дифференцированном различении выделяют Ч. боле­вую (ноцицептивную), висцеральную, вкусовую, глубокую (проприоцептивиую), ди- рекционную (по некоторым свойствам окружающей среды формируется ориентиров­ка в пространстве, выделяется определенное направление), дискриминационную (различительную), дифференциальную (способность воспринимать различие в ин­тенсивности раздражителей), интероцептивную, кожную, обонятельную, проприо­цептивную, световую, слуховую, температурную, экстероцептивную, электрокожную, сложную (интегративное восприятие раздражителей рецепторами различной мо­дальности).

По H. Head [1920], различают также филогенетически более древнюю прото- патическую (*греч. protos —* первый, первичный, *pathos —* болезнь, страдание) и фи­логенетически новую эпикритическую (*греч. epikrisis —* суждение, решение) Ч. Пер­вая характеризуется повышением порога восприятия, качественным отличием вос­приятия от нормального, диффузным характером ощущений, вызываемых внешни­ми раздражителями; качество раздражения дифференцируется недостаточно ясно, но при известной интенсивности раздражений они вызывают резкое чувство непри­ятного. Эпикритическая Ч. характеризуется более низким порогом раздражения, способностью восприятия легкого прикосновения, точной локализацией внешнего раздражения, более совершенным распознаванием качества внешнего раздражите­ля. Указанные виды Ч., по М.И. Аствацатурову [1936], лежат в основе форм эмоций (см. *Эмоций формы по Аствацатурову*)*.*

**Чувство беспредметное.** Определение аффективных состояний, характери­зующихся неопределенностью содержания и отсутствием конкретной причинной свя­зи с ситуацией (страх, тоска, тревога, внутреннее беспокойство, беспричинное весе­лье, счастье и др.).

**Чувство локализации.** См. *Топогнозия.*

**Чувство неполноценности.** См. *Комплекс неполноценности.*

**Чувство овладения.** Один их феноменов, входящих в структуру синдрома психического автоматизма. Характерна бредовая убежденность больного в том, что его действия, мысли, слова, чувства — результат внешнего воздействия, влияния преследующих его людей, сам же больной утратил контроль над своими психически­ми актами.

**Чувство потери чувств.** См. *Анестезия психическая болезненная.*

**Чувство сделанности.** Частый признак псевдогаллюцинаций, один из этапов формирования возникающего в связи с псевдогаллюцинациями бреда. По М.И. Ры­бальскому [1989], Ч.с. это осмысление больным причины появления псевдогаллюци­наций. Оно само еще не имеет сюжета, но предшествует бреду, обладающему сю­жетом, фабулой. Предполагается, что между ощущением сделанности псевдогаллю­цинаций и появлением их бредовой интерпретации проходит какое-то время [М.И. Рыбальский, 1989].

\_Ш\_

**Шавани синдром** [Chavani J.A.]. Приступообразные, персистирующие голов­ные боли, особенно усиливающиеся при эмоциональной нагрузке, утомлении или при длительной фиксации головы в одном положении. Сочетаются с повышенной утомляемостью, сонливостью или бессонницей, нейровегетативными расстройства­ми. Наблюдается при обызвествлении серпа твердой мозговой оболочки, возможно, наследственного генеза.

Син.: Шавани мигрень.

**Шарко большая истерия** [Charcot J.M., 1889]. Истерия, протекающая в виде больших судорожных припадков, на фоне истерических стигм, являющихся постоян­ными признаками заболевания (расстройства чувствительности, глухота, сужение полей зрения, парезы, параличи), спастические расстройства.

**Шарко—Кожевникова болезнь** [Charcot J.M., 1869, Кожевников А.Я., 1883]. Хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, этиологически неод­нородное (в большинстве случаев инфекционного происхождения). Клинически — периферические и центральные параличи, повышение сухожильных и периосталь­ных рефлексов, появление патологических рефлексов. При локализации процесса на уровне от коры полушарий до структур мозгового ствола (церебральная форма) возможны психические расстройства, бульварные явления.

**Шарко малая истерия** [Charcot J.M., 1889]. Истерия с двигательными расстройствами в виде тика, тремора, подергиваний отдельных мышц.

**Шарко триада** [Charcot J.M., 1865]. Считалась специфичной для рассеянного склероза, включает в себя нистагм, интенционный тремор, скандированную речь. Указанные симптомы входят в Марбурга пентаду, более патогномоничную для этого заболевания.

**Шарпантье феномен** [Charpentier]. Усиление ажитированной депрессии при изменении окружающей больного обстановки. Наблюдается при эндогенных, цирку­лярной и инволюционной депрессиях, старческих и атеросклеротических психозах.

**Шегрена болезнь** [Sjogren Т., 1955]. Наследственное заболевание, характе­ризующееся сочетанием врожденной двусторонней катаракты с олигофренией и мозжечковой атаксией.

**Шегрена—Ларссона болезнь** [Sjogren T., Larsson T., 1956, 1957]. Наслед­ственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом передачи. Поражает оба пола. Характерно сочетание олигофрении различной степени выраженности с вро­жденными эритродермией и ихтиозом и спастическими параличами. Умственная недостаточность не прогрессирует.

Наблюдаются эпилептиформные припадки, перерождение сетчатки, гиперте­лоризм, дисплазия зубов. Возможны гипофизарные расстройства.

**Шерешевского—Тернера синдром** [Шерешевский Н.А., 1925, Turner J., 1938]. Наследственное заболевание, обусловленное хромосомной патологией (от­сутствие одной Х-хромосомы). Наблюдается только у женщин. Характерны низкий рост, половой инфантилизм, недоразвитие половых органов, вторичных половых признаков, широкие крыловидные кожные складки, идущие от затылка к предпле­чью, короткая шея, пигментные пятна на коже.

В психике в ряде случаев легкое умственное недоразвитие, явления психиче­ского инфантилизма.

**Шизокарность** (*греч. schizo —* раскалывать, расщеплять, разделять, *kara —* голова, вместилище разума) [Mauz F.]. Признак особо неблагоприятного, злокаче­ственного течения шизофренического процесса с быстрым развитием исходного со­стояния. См. *Шизофрения шизокарная.*

**Шизоневроз** (*шизо + невроз*)*.* См. *Шизофрения неврозоподобная.*

**Шизонойя** (*шизо + греч. noeo —* воспринимать, мыслить) [Pichon E.]. Термин, обозначающий диссоциацию сознательных и неосознаваемых установок личности, проявляющуюся в нарушениях ее психической активности. Codet и Lafforgue понима­ют под шизонойей все наблюдающиеся у психически больных аффективные нару­шения, развивающиеся в связи с расстройствами эволюции инстинктов и приводя­щие к неправильному поведению. С этой точки зрения Ш. рассматривается как компенсаторная тенденция к аутистической активности, наблюдающаяся при раз­личных неврозах, шизофрении в понимании E. Bleuler, раннем слабоумии E. Kraepelin, дискордантном помешательстве P.H. Chaslin. По мнению A. Porot [1965], столь значительная широта понятия Ш. в значительной мере снижает его научную ценность.

**Шизопатия** (*шизо + греч. pathos —* болезнь, страдание) [Bleuler E., 1920]. Рез­ко выраженная шизоидия, шизоидная психопатия.

**Шизопараграфия** (*шизо + пара + греч. grapho —* писать) [Bobon G., 1950]. Симптом, характеризующийся нелепым включением в слова при письме ненужных букв. Иногда является выражением кататонической стереотипии.

**Шизопаралексия** (*шизо + пара + греч. lexis —* чтение) [Bobon G., 1950]. Симп­том, аналогичный предыдущему, но наблюдается при чтении, когда больной вводит в слова лишние, ненужные звуки-паразиты.

**Шизофазия** (*шизо + греч. phasis —* речь) [Kraepelin E., 1913]. Своеобразное проявление мыслительно-речевых расстройств при шизофрении. Первоначально выделялась как особая форма шизофрении, при которой резко выраженная разо­рванность и совершенно непонятная речь контрастируют с внешней упорядоченно­стью, известной доступностью и относительной интеллектуальной и аффективной сохранностью больных. Характерна повышенная речевая активность, речевой на­пор. Выражен симптом монолога, характеризующийся речевой неистощимостью и отсутствием потребности в собеседнике. В настоящее время рассматривается как этап течения параноидной шизофрении [Вроно М.Ш., 1959]. По A. Kronfeld [1940], Ш. близка к разорванности, общим для них является важная роль в формировании кли­нической картины психомоторно-кататонических динамизмов. Описаны случаи, когда Ш. проявлялась только в письменной речи (шизография) [Levi-Valensy J., Migault P., Lacan J., 1931].

**Шизофрении длительные формы** (*шизо + греч. phren —* ум, разум) [Schneider K., 1922]. Длительные, затягивающиеся па много лет, приступы Ш., на­блюдающиеся при подостром течении шизофренического процесса или как длитель­ный этап неблагоприятного течения после катастрофического сдвига при злокаче­ственном течении. Состояние больных относительно стабилизируется и симптома­тика теряет спою яркость, однако решающее значение для клинической оценки и прогноза этих состояний имеют не симптомы дефекта, поскольку истинные его раз­меры в этот период определить трудно, а закономерности динамики еще активного процесса [Мелехов Д.Е., 1963].

**Шизофрении систематика Леонгарда** [Leonhard K., 1957]. Различаются фор­мы системные (типичные) и несистемные (атипичные). Несистемные близки к цикло­идным психозам. Общее название Ш. для системных и несистемных форм К. Leonhard рассматривает лишь как дань традиции. К системным формам относятся системные парафрении, гебефрении и кататонии. Они отличаются медленным нача­лом, определенной симптоматикой и течением с образованием специфического де­фекта. Системные формы могут носить характер простых или комбинированных. Не­системные формы — аффективная парафрения, шизофазия и периодическая ката­тония. Они протекают ремиттирующе, шубообразно, и дефектные изменения при них менее выражены. При аффективной парафрении, наряду с бредом величия и преследования, отмечаются аффективные расстройства в виде состояний экстаза, страха и раздражительности. Шизофазия, по К. Leonhard, не соответствует понима­нию E. Kraepelin, ее границы расширены, она сближается, с одной стороны, с пси­хозами спутанности и страха-счастья, с другой — с периодической кататонией. На первом плане при шизофазии выступают расстройства мышления и речи, но могут наблюдаться и кататонические, и парафренные симптомы.

**Шизофрении формы по Снежневскому** [Снежневский А.В., 1969]. Система­тика форм Ш., в основу которой положен принципиально различный характер их течения при единстве симптоматологии и тенденций динамики патологического про­цесса, стереотипа развития заболевания. Различаются непрерывнотекущая, рекур­рентная и приступообразно-прогредиентная Ш. Каждая из этих форм включает в себя различные клинические варианты (см. *Шизофрения*)*.*

**Шизофреническая реакция.** См. *Реакции шизофренические, шизофренные.*

**Шизофренический дефект.** Патологические изменения личности, наступаю­щие при течении шизофренического процесса и отчетливо обнаруживающиеся в пе­риод ремиссии, когда в известной мере затухает процессуальная симптоматика. Со­стояние дефекта обладает известной подвижностью за счет входящих в него функ­циональных, обратимых, расстройств. Основные симптомы Ш.д. — снижение, редук­ция энергетического потенциала, аутизм, эмоциональное отупение. Динамика Ш.д. обнаруживается как при его углублении, так и при известном ослаблении степени выраженности дефектных расстройств в связи с уменьшением глубины функцио­нально-динамического компонента дефекта. А.Г. Амбрумова [1962] различает компенсированные и декомпенсированные резидуально дефектные состояния. При полной их декомпенсации, считает автор, можно говорить об исходных состояниях (см.). Основное отличие Ш.д. от исходного состояния в практической необратимости последнего. Ш.д. является понятием динамическим, а не статическим, тогда как ис­ходное состояние — это стабилизовавшийся тотальный дефект [Перельман А.А., 1944).

Син.: остаточные резидуальные состояния [Mayer-Gross W., 1955].

**Шизофренический спектр** [Ketty S.S., 1968; Rosenthal D., 1975). Концепция, согласно которой шизофрения рассматривается в контексте группы шизофрено- подобных психозов, в том числе и протекающих стерто, неманифестно. Основой для изучения расстройств Ш.с. послужили исследования близких родственников больных шизофренией. По А. Жабленскому [1986], Ш.с. в свете современных данных включа­ет: 1) «твердый» спектр (прогредиентные формы шизофрении, пограничные формы — латентная шизофрения); 2) «мягкий» спектр (острые шизофреноподобные психо­зы, шизотипные личности, «мягкие» неврологические синдромы, являющиеся при­знаком возможного дизонтогенеза ЦНС и часто встречающиеся у родственников больных шизофренией).

**Шизофрения.** Эндогенное прогредиентное психическое заболевание, харак­теризующееся диссоциацией психических функций и протекающее с обязательным развитием психического дефекта в эмоционально-волевой сфере и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами (бред, галлюцинации, аф­фективные расстройства, кататонические симптомы и др.).

В клинической картине Ш. выделяют триаду основных, облигатных симптомов — аутизм, расщепление и эмоциональное отупение. Название заболевания проис­ходит от слова «расщепление». Расщепление проявляется характерной для Ш. дис­социацией, дискордантностью психических функций.

Заболеваемость Ш. выше всего в подростковом и юношеском возрасте, а так­же в возрасте 20-29 лет.

Имеются данные об этиологической роли генетических факторов, полученные как клинически, так и специально проводившимися исследованиями (изучение кон- кордантности близнецов, «стратегия приемных детей» и др.). Тип наследования ши­зофренических психозов не выяснен, высказано предположение о том, что различ­ные клинические формы Ш. генетически отличаются друг от друга различными констелляциями ряда дискретных наследственных факторов, уникальная комбина­ция которых создает своеобразие клинических картин заболевания и течения раз­личных его форм [Вартанян М.Е., 1983].

Син.: Блейлера болезнь, преждевременное слабоумие, дискордантное поме­шательство, раннее слабоумие.

***Ш. амбулаторная*** [Zilboorg G., 1956]. Относительно доброкачественно проте­кающая Ш., клиническая картина которой характеризуется, главным образом, невро­зоподобной симптоматикой. Больные поддаются психотерапевтическому воздей­ствию. Понятие, аналогичное «мягкой» Ш.

***Ш. асимптоматическая*** [Гиляровский В.А., 1933]. Выделение предмани- фестной фазы в течении шизофренического процесса, когда еще отсутствует явная клиническая симптоматика заболевания, однако на экзогенные вредности нервная система реагирует шизофренической симптоматикой. Таким образом, выделенные Каном шизоидного типа реакции и Поппером шизофренного типа реакции рассмат­риваются как проявление реакции скрыто протекающего шизофренического процес­са на экзогению. До начала асимптоматической фазы реакции будущего больного шизофренией соответствуют обычным экзогенного типа реакциям, обнаружение ши­зофренических симптомов рассматривается как признак уже текущего шизофрени­ческого процесса. Понятие асимптоматической фазы шизофрении соответствует представлениям E. Bleuler о латентной Ш.

***Ш. атипическая*** [Bostroem A., 1938]. Одно из описаний так называемых крае­вых психозов. Нетипичность проявляется в симптоматике и формах течения заболе­вания, в особенностях формирования дефекта. Рассматривается также как неблаго­приятно протекающий вариант циклоидного психоза.

***Ш. гебефреническая.*** Чаще всего — вариант злокачественной юношеской Ш. Как правило, при этом наблюдается сочетание гебефренической и кататонической симптоматики, что служит основанием для обозначения синдрома как гебефрено-ка- татонического [Снежневский А.В., 1983] или кататоно-гебефренического [Личко А.Е., 1979]. Возможны эпизодические галлюцинации и отдельные бредовые переживания. Выделяется специфическая форма гебефренического дефекта [Личко А.Е., 1989]. В тех случаях, когда гебефреническая симптоматика удерживается в течение несколь­ких лет, отмечается своеобразная остановка психического развития на возрасте ма­нифестирования заболевания. Дефект носит характер апатико-абулического. См. *Гебефрения, Синдром гебефренический, Кербикова триада гебефренического син­дрома.*

***Ш. гебоидная.*** Вариант юношеской шизофрении, дебютирующей гебоидными расстройствами. Течение гебоидного синдрома неоднородно — в одних случаях речь идет об относительно благоприятно протекающей малопрогредиентной Ш., в других гебоидная симптоматика скоро регрессирует и отмечаются тяжелые психоти­ческие формы. Выделены в динамике типы гебоидных состояний при Ш.: 1) характе­ризуется тенденцией к течению со значительным редуцированием и полным исчез­новением гебоидных расстройств по мере наступления зрелого возраста — затяж­ной гебоидный приступ; 2) характеризуется течением с длительным сохранением ге- боидного состояния в картине болезни и по прошествии юношеского возраста — вя­лотекущий вариант гебоидной шизофрении [Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., Беляев Б.С., 1986]. См. *Гебоид, Гебоидофрения; Синдром гебоидный.*

***Ш. гередодегенеративная*** (*лат. heres —* наследник + *дегенерация*) [Herz E., 1928]. Форма Ш., при которой совершенно отсутствуют какие бы то ни было экзо­генные факторы, принимающие участие в формировании картины болезни. Исклю­чительно велика роль конституциональных моментов. Противопоставляется симпто­матической Ш.

***Ш. ипохондрическая*** [Bornstain М., 1928; Консторум С.И., Окунева Э.Г., Бар- зак С.Ю., 1935; Фрумкин Я.П., Завилянский И.Я., 1958]. Описывалась как самостоя­тельная (атипичная) форма, характеризующаяся медленной прогредиентностью течения и доминирующей в клинической картине сенестопатически-ипохондрической симптоматикой. В настоящее время рассматривается как вариант малопрогредиент­ной Ш., в рамках которой различают небредовую ипохондрию и сенестопатическую шизофрению, отличающуюся более значительной прогредиентностью. При послед­ней больше выражены проявления аутизации, нарастающего эмоционального обед­нения, снижения психической активности и продуктивности, деперсонализационные расстройства, соматические галлюцинации. С течением заболевания сенестопатии редуцируются, но не исчезают полностью, оттесняются на второй план достигшей большой выраженности негативной эмоциональной симптоматикой.

***Ш. кататоническая.*** Дебютирует обычно в возрасте между 20 и 30 годами, иногда раньше, состоянием острого психомоторного возбуждения. После первого ка­татонического приступа наступает ремиссия, а затем процесс протекает периодиче­ски, в виде нерегулярно повторяющихся острых кататонических вспышек и все бо­лее кратковременных ремиссий, клиника которых свидетельствует об углублении психического дефекта. Нередки онейроидные и параноидные включения. В дефект­ных и исходных состояниях отмечается изменчивость аффективных проявлений с внезапными переходами от аффективной тупости к немотивированной взрывчато­сти.

***Ш. латентная*** [Bleuler E., 1911]. Формы Ш., протекающей с «легкими патоло­гическими расстройствами», без психотической симптоматики и лишь в части случа­ев, после многолетнего скрытого течения, обостряющейся под влиянием разного рода неблагоприятных факторов. Затруднительна дифференциальная диагностика с конституциональными аномалиями характера шизоидного круга. Правомерность вы­деления не является общепризнанной. Рядом исследователей Ш.л. относится к стертым формам вяло протекающей Ш. [Штернберг Э.Я., Молчанова Е.К., 1978].

***Ш. малопрогредиентная.*** Ш. с медленно нарастающим психическим дефек­том и постепенным развитием изменений личности. Характерны психопатологиче­ские синдромы сравнительно неглубокого расстройства психической деятельности, неврозо- и психопатоподобные проявления. В зависимости от выступающей на пер­вый план симптоматики различают такие варианты как: Ш.м. с явлениями навязчиво­сти (обсессивные, компульсивные и фобические симптомы); Ш.м. с явлениями де­персонализации; Ш. ипохондрическая; Ш.м. с истерическими (истериформными) проявлениями; бедная симптомами Ш. — первичный дефект-психоз [Юдин Т.И., 1941], простой вариант вялопротекающей Ш. [Наджаров Р.А., 1972]. В течении Ш.м. различаются периоды латентный, активный и стабилизации. Приступы в течении психоза носят характер рудиментарных, несложных по структуре аффективных или аффективно-бредовых.

Ш.м. наблюдается в рамках как непрерывно-прогредиентной, так и приступо­образно-прогредиентной Ш.

Син.: Ш. медленнотекущая, Ш. вялотекущая.

***Ш. мягкая*** [Kronfeld A., 1928]. Формы Ш., характеризующиеся слабой интен­сивностью и медленным, относительно благоприятным, течением процесса, напри­мер, ипохондрическая и неврозоподобная формы. Характерная особенность — большая доступность больных контакту, психотерапевтическому воздействию.

***Ш. неврозоподобная.*** Вариант Ш. малопрогредиентной с астеноподобной, обсессивной или истериформной симптоматикой, явлениями деперсонализации, дисморфофобии, сенестопатически-ипохондрическими расстройствами. В чистом виде эти синдромы при шизофрении не встречаются, клиническое их определение исходит из преобладающей симптоматики. Н.И. Фелинская [1979] характеризовала неврозоподобные состояния при шизофрении как своеобразные «смешанные» — неврастеноподобная симптоматика сочетается с навязчивостями и дисморфофоби- ями, навязчивости — с ипохондрическими переживаниями. Характерные особенно­сти этих неврозоподобных синдромов — преморбидные особенности больных часто им не соответствуют, при астеническом характере жалоб отсутствуют явления повы­шенной истощаемости, такие астеноподобные состояния трудно отграничивать от нарастающей апатизации.

***Ш. непрерывно-прогредиентная.*** Отличается значительным диапазоном различающихся по темпу течения и глубине дефекта — от медленного малопрогре­диентного до грубопрогредиентного, «шизокарного» [Mauz F., 1930; Молохов А.Н., 1948]. Отсутствуют приступообразные стадии в течении болезни, прогредиентность носит характер неуклонный, без явных ремиссий. Колебания в степени выраженно­сти психопатологической симптоматики незначительны. Характерно большое разно­образие продуктивных и негативных симптомов. По степени прогредиентности раз­личают формы — злокачественную и малопрогредиентную. Для злокачественной формы характерны: раннее начало; негативные признаки предваряют развитие про­дуктивной симптоматики; быстрое наступление клинической картины и тяжесть ис­ходного состояния, полиморфизм продуктивных расстройств; резистентность к про­водимой терапии. Прогредиентная Ш. проявляется преимущественно параноидной симптоматикой, соответствует описанной E. Kraepelin бредовой форме. При этом также отсутствует приступообразность, фазность течения. Динамика развития бре­дового синдрома: паранойяльный этап (систематизированный бред без галлюцина­ций и явлений психического автоматизма) сменяется параноидным, которому часто присущ синдром Кандинского—Клерамбо, с последующим переходом в парафрен- ный бред [Курашев С.В., 1955; Елгазина Л.М., 1958; Шумский Н.Г., 1958]. Наблюда­ются случаи, при которых паранойяльный синдром оказывается длительным, на длительный период стабильным, — они определяются как паранойяльный вариант параноидной прогредиентной Ш.

***Ш. нерегрессивная*** [Nyman А.К., 1978]. Выделение своеобразной формы «шизофрении без регресса». Под регрессивной психотической симптоматикой пони­маются бред преследования, экспансивные формы бреда, слуховые галлюцинации, кататоническая симптоматика, пассивность. Характерны разнообразные и поли­морфные симптомы — повышенная чувствительность к слуховым, зрительным и тактильным восприятиям, нарушения восприятия движения своего тела, утрата ав­томатизма движений и дыхания, затруднения концентрации внимания, расстройства мышления, депрессивность, ангедония (утрата способности испытывать удоволь­ствие от жизни), дисморфофобии, навязчивости, ритуалы. В большинстве случаев при длительном течении заболевания появляется симптоматика «регрессивной» Ш. Нередко «нерегрессивная» симптоматика обнаруживается в анамнезе в периоде, предшествующем манифестации «регрессивной» Ш.

Рассматривается как форма малопрогредиентной Ш. с характерными для ши­зофренического процесса особенностями последующей психопатологической симп­томатики, течения и исхода [Москаленко В.Д., 1981].

***Ш. острая.*** Формы Ш., характеризующиеся острым возникновением аффек­тивно-бредовых, галлюцинаторно-бредовых, онейроидных (см. *Онейроид, Оней- рофрения*) и (или) кататонических расстройств. Наиболее типичны острые приступы (шубы) в рамках приступообразно-прогредиентной Ш., при ее злокачественном и прогредиентно-шубообразном вариантах. Описываются острые приступы Ш. с преобладанием бредовых расстройств над аффективными — паранойяльный, гал­люцинаторный, параноидный, парафренный. Маниоформная и кататоническая симп­томатика больше выражена при злокачественном течении; при прогредиентной шу­бообразной Ш. отмечаются лишь кататонические включения на высоте острых пара­ноидных и парафренных приступов. В клинике острого параноидного приступа аф­фективные нарушения носят характер маниоформных или депрессивных (угрюмая подавленность).

***Ш. параноидная.*** Форма заболевания, характеризующаяся преобладанием в клинической картине бредообразования. Наблюдается в рамках непрерывно-прогре­диентной и приступообразно-прогредиентной Ш. Для последнего варианта характер­но ремиттирующее течение и острое начало заболевания в виде паранойяльного, галлюцинаторного, параноидного и парафренного приступов.

***Ш. паранойяльная.*** Характеризуется систематизированным паранойяльным бредом. Наблюдается либо в форме стабильного варианта бредовой прогредиент­ной Ш., длительное время сохраняющего структуру систематизированного бредово­го синдрома, либо как начальный этап шизофренического бредообразования, через относительно непродолжительное время сменяющийся параноидным синдромом.

Стабильный, длительно сохраняющий свою структуру паранойяльный син­дром выделяют в особую форму паранойяльной Ш.

***Ш. парафренная.*** Общее название форм течения Ш., в клинической картине которой преобладает парафренный бредовой синдром. Парафренный синдром мо­жет определять картину острых парафренных приступов заболевания, либо являет­ся заключительным этапом шизофренического бредообразования, сменяющим па­раноидный этап. При длительном существовании парафренного синдрома говорят о парафренном типе течения Ш.

***Ш. периодическая.*** Ш., протекающая в виде приступов, клиническая картина которых определяется аффективными, аффективно-бредовыми, онейроидно-катато- ническими, реже аментивноподобными расстройствами. Приступы отделены друг от друга относительно длительными ремиссиями, в которых обязательно обнаружива­ются, хотя поначалу и не достигающие значительной выраженности, признаки психи­ческого дефекта. Симптомы личностного дефекта по мере течения заболевания приобретают большую выраженность, а сами ремиссии становятся короче. Происхо­дит перерастание Ш. периодической в приступообразно-прогредиентную и непре­рывную. Характерны аффективные расстройства, протекающие в виде циклотимо- подобных состояний и фазообразно протекающих приступов, отличающихся монопо­лярностью и часто смешанной психопатологической структурой (например, депрес­сивно-параноидные состояния).

***Ш. поздняя*** [Bleuler М., 1943]. Форма Ш., проявляющаяся в возрасте старше 40 лет и существенно не отличающаяся от симптоматики начинающихся в более раннем возрасте форм. Характерно отсутствие грубых органических, в частности амнестических, расстройств. Существует тенденция отнесения к Ш.п. большинства бредовых психозов позднего возраста — инволюционная шизофрения [Polonio P., 1954], сенильная шизофрения [Janzarik W., 1957]. Для Ш.п. характерно раннее оформление бредовых синдромов по типу парафренных, известная стабильность последних при относительно замедленной прогредиентности течения заболевания, сближение психопатологической симптоматики с симптоматикой, характерной для собственно психозов позднего возраста (часты идеи ущерба, мелкомасштабный ха­рактер бреда).

***Ш. постэмотивная.*** Эндогенный процесс, проявляется в связи со значимой для больного эмоциональной травмой, особенно в тех случаях, когда под угрозой оказываются самосохранение индивида, его социальный статус или сексуальная жизнь [Campbell R.J., 1981]. Характерно реактивное начало с неврозоподобной симптоматикой, постепенно исчезающей и заменяющейся процессуальной, не свя­занной с психогенией, например, гебефренической. Эмоциональное потрясение рассматривается как фактор, провоцирующий и ускоряющий развитие психоза у предрасположенной личности. Существует точка зрения о том, что шизофрения во­обще является заболеванием постэмотивным.

***Ш. привитая.*** См. *Пфропфшизофрения.*

***Ш. приступообразно-прогредиентная.*** Характеризуется течением в виде приступов (шубов), включающих в себя выраженные аффективные компоненты. В рамках Ш.п-п. в соответствии с характером к темпом прогредиентности различают формы: злокачественную; прогредиентную; шизоаффективную; малопрогредиент­ную (вялотекущую).

Ш.п-п. занимает как бы промежуточное положение между непрерывной и ре­куррентной. Прогредиентность в значительной мере определяется качеством ремис­сий.

Клиническая картина приступов определяется аффективно-бредовой, аффек­тивно-галлюцинаторной, аффективно-кататонической, кататоно-онейроидной симп­томатикой.

Глубина шизофренического дефекта прогрессирует (в большей или меньшей степени) от приступа к приступу.

Син.: Ш. перемежающе-поступательная, Ш. шубообразная.

***Ш. простая.*** Классическая форма Ш., выделенная E. Kraepelin и характеризу­ющаяся преобладанием негативной симптоматики. Продуктивные расстройства мо­гут наблюдаться в виде включений в клинической картине, в основном определяю­щейся снижением энергетического потенциала, эмоциональным отупением. По современной систематике относится к малопрогредиентной Ш.

***Ш. псевдоневротическая.*** См. *Ш. неврозоподобная.*

***Ш. психопатоподобная.*** Вариант течения Ш. малопрогредиентной. Иногда психопатоподобные изменения наступают после первого (и единственного) шуба приступообразно-прогредиентной Ш. Псевдопсихопатическая симптоматика отлича­ется достаточно широким диапазоном — шизоидная, истерическая, гипопараноиче- ская, гипертимная и др. Сочетание ее с диссоциативными расстройствами подчас носит парадоксальный характер [Смулевич А.Б., 1987]. Возникает она чаще всего при относительно мягком, благоприятном течении эндогенного процесса, однако не­смотря на это больные обязательно обнаруживают признаки нерезко выраженного личностного дефекта по шизофреническому типу. Наряду с такими состояниями, ко­торые можно определить как психопатоподобный шизофренический дефект, извест­ны и психопатоподобные дебюты шизофрении, когда псевдопсихопатические клини­ческие проявления опережают выявление процессуальной симптоматики [Лившиц С.М., 1976]. Эти состояния характеризуются особенной криминогенностью.

Син.: постпроцессуальная психопатия [Гиляровский В.А., 1935]; постши- зофренная психопатия [Сухарева Г.Е., Коган Э.И., 1935]; постпроцессуальная психо- патизация личности [Мелехов Д.Е., 1963].

***Ш. рекуррентная.*** См. *Ш. периодическая.*

***Ш. ремиттирующая.*** См. *Ш. периодическая.*

***Ш. сенестопатическая.*** Вариант Ш. малопрогредиентной ипохондрической. Клиническая картина длительное время, в течение нескольких лет, определяется выраженным синдромом сенестопатоза. При этом обязательно обнаруживаются признаки медленно прогрессирующих изменений личности, специфических для ши­зофренического процесса. Сенестопатии сочетаются с явлениями деперсонализа­ции и ценестезии.

***Ш. симптоматическая*** [Krisch H., 1920; Herz E., 1928]. Шизофреноподобные психозы, возникающие после экзогенных вредностей, а не спонтанно, как при ге- редодегенеративной шизофрении.

***Ш. фебрильная*** [Scheid K.F., 1937]. Один из вариантов острого течения ши­зофренического процесса с наличием в картине заболевания фебрильных и субфе­брильных приступов, причиной которых, по мнению автора, являются изменения крови, своеобразный гемолитический синдром. В Ш.ф. различают смертельный и не­смертельный типы течения. А.С. Тиганов [1961, 1982] характеризует фебрильные приступы клинически как своеобразные онейроидно-кататонические, протекающие с кататоническим, аментивноподобным и гиперкинетическим возбуждением, ступором, субступором, острым чувственным или фантастическим бредом. Наблюдаются при­ступы Ш.ф., по А.С. Тиганову, при рекуррентном и приступообразно-прогредиентном течении Ш.

***Ш. ценестезическая*** [Huber G., 1971]. Один из вариантов ипохондрической шизофрении, характеризующийся преобладанием в клинической картине ощущений типа ценестезии (сенестопатий). Близок к Ш. сенестопатической.

***Ш. циркулярная.*** Разновидность периодической шизофрении, протекающей с аффективными приступами — маниоформными и депрессивными. В клинике манио- формных состояний часто отмечаются кататонические включения, депрессивные приступы схожи с кататоническим ступором [Перельман А.А., 1944]. С течением за­болевания приступы постепенно утрачивают сходство с фазами МДП, на первый план все больше выступают проявления шизофренического психического дефекта.

***Ш. шизоаффективная.*** Форма приступообразно-прогредиентной (шубооб­разной) Ш. Характерны острые галлюцинаторные, параноидные, галлюцинаторно­параноидные и парафренные приступы, и клинике которых значительное место за­нимают аффективные расстройства. Для приступов, помимо остроты протекания, типичны полиморфность и вариабельность психопатологической симптоматики. Эта форма ближе к рекуррентной, чем к непрерывнотекущей Ш. Аффективные расстрой­ства протекают в форме маниоформных состояний и депрессий, сочетаются с неси­стематизированным бредом, остро развивающимися явлениями психического авто­матизма. Уже к периоду манифестации психоза больные обнаруживают явные изме­нения личности, что рассматривается как свидетельство перехода амбулаторного течения в манифестное, шизоаффективное [Наджаров Р.А., Смулевич А.Б., 1983]. Иногда течение заболевания ограничивается одним приступом, однако в большинстве случаев приступы повторяются, своими проявлениями они сходны с предыдущими (тип клише).

***Ш. шизокарная.*** См. *Ш. ядерная, Шизокарность.*

***Ш. шубообразная.*** См. *Ш. приступообразно-прогредиентная.*

***Ш. ядерная.*** Определение форм шизофрении, при которых отмечается бы­строе наступление резко выраженного психического дефекта (угасание инициативы, эмоциональная тупость), рано исчезает продуктивная психопатологическая симпто­матика.

Син.: Ш. шизокарная, Ш. галлопирующая.

**Шильдера болезнь** [Schilder P., 1912]. Редкое заболевание, обусловленное неуклонно прогредиентным демиелинизирующим процессом, поражающим веще­ство головного мозга, его больших полушарий и мозжечка.

Характеризуется нарастанием деменции и расстройств речи, эпилептиформ­ными припадками, очаговыми поражениями, в зависимости от локализации процес­са, слуха и зрения, вплоть до полной глухоты и амавроза, образованием спастиче­ских параличей и появлением псевдобульбарных симптомов. Смерть в течение двух-трех лет при явлениях кахексии и децеребрационной ригидности.

Начало заболевания чаще всего в молодом и, особенно, в детском возрасте, хотя не исключена возможность заболевания и в другие возрастные периоды.

Этиология неизвестна. Предположительно указывают на близость между Ш.б. и рассеянным склерозом.

Син.: диффузный склероз нервной системы, прогрессирующая мозговая лей- копатия, диффузный прогрессирующий склеротический периаксиальный энцефалит, прогрессирующая склеротическая энцефалолейкопатия.

**Шильдера—Штенгеля синдром** [Schilder P., Stengel E., 1928]. Вариант расстройств «схемы тела». Отсутствует реакция на болевое раздражение, хотя бо­левая чувствительность сохранена. Больной не может локализовать наносимое раз­дражение, не реагирует на него обычными рефлекторными автоматическими движе­ниями. При этом отмечаются элементы апраксии. Очаг поражения — в теменной доле.

Син.: болевая асимболия.

**Шиндлера бифокальная психотерапия** [Schindler R., 1959]. Групповая пси­хотерапия, проводимая параллельно с группами больных и их родственников.

**Шинкаренко—Мохова проба** [Шинкаренко И.П., Мохов Л.А., 1955]. Служит для диагностики алкогольного опьянения. О содержании паров этилового спирта в выдыхаемом воздухе свидетельствует изменение цвета реактива (хромовый ангид­рид, силикагель, серная кислота) — из оранжевого в зеленый.

**Шипковенского освобождающая психотерапия** [Шипковенский Н., 1965]. Совокупность принципов построения психотерапевтического процесса: 1) освобо­ждение от патогенной ситуации; 2) освобождение от страха и опасений; 3) освобо­ждение от самонаблюдения (например, самонаблюдение при ипохондрических со­стояниях приводит к снижению порога восприятия интероцептивных импульсов и, та­ким образом, к усилению психопатологической симптоматики); 4) освобождение от разговоров о своих и чужих болезнях («лечебное молчание»).

**Широта терапевтического действия.** Диапазон доз лекарственного средства от минимально эффективной до минимально токсичной.

**Шихена синдром** [Sheehan H.L., 1937]. Наблюдается при частичном некрозе передней доли гипофиза в послеродовом периоде в связи с тромбоэмболией (после массивных кровопотерь, при послеродовом сепсисе). Возникает гипопитуитаризм, приводящий к гормональной недостаточности других эндокринных желез, зависящих от гипофиза. Характеризуется двумя видами признаков:

1. Соматические признаки: агалактия, выпадение волос, сухость и бледность кожи, снижение артериального давления и температуры тела, гипогемоглобинемия, головная боль, сонливость, зябкость, запоры, снижение основного обмена. Возмож­ны коллаптоидные и коматозные состояния.
2. Психические признаки: астения, апатия, притупление эмоциональной реак­тивности, ослабление памяти, иногда — нарушения поведения, агрессивные тенден­ции. В ряде случаев наблюдается галлюцинаторно-параноидный синдром экзогенно­го характера.

**Шмишека личностный опросник** [Schmieschek H., 1970]. Психодиагностиче­ская методика, предназначенная для выявления личностной акцентуации и базирую­щаяся на концепции K. Leonhard акцентуированных личностей. Включает в себя 88 вопросов, ответы на которые дают показатели, соответствующие десяти типам ак­центуации характера и темперамента. Используется для выявления личностной ак­центуации в пограничной психиатрии, при психосоматических заболеваниях. В на­шей стране применяются варианты для взрослых [адаптация Блейхера В.М., 1973] и для детей и подростков [модификация Крук И.В., 1975].

**Шмуттермайера методика групповой ступенчатой музыкотерапии** [Schmuttermayer R., 1980]. Одна из психотерапевтических методик, относящихся к музыкотерапии. Включает прослушивание музыки, пение, инструментальное импро­визирование, танцы. Применяется при расстройствах влечений, аффекта, моторики и восприятия, а также при интрапсихических или межперсональных нарушениях. Применяется в комплексе других лечебных, в том числе и психотерапевтических, мероприятий. Оказывает нормализующее влияние на поведение больных.

**Шнейдера первичный бред отношения** [Schneider К.]. Систематизирован­ный бред отношения или преследования, не сопровождающийся галлюцинациями и длительное время исчерпывающий клиническую картину психоза. Характерен для начальных стадий параноидной шизофрении, до трансформации паранойяльного синдрома в параноидный.

**Шнейдмена тест Macea Picture Story** [Schneidman E.C., 1947]. Проективная психологическая методика, использующая 22 фоновые картинки и 67 фигурок людей различного возраста и занятий. Обследуемый составляет из этого материала кар­тинку и рассказывает по ней историю. Рассказы анализируются по форме и содер­жанию. Учитывается социальный аспект рассказа, позволяющий выявить особенно­сти адаптации обследуемого к окружающей среде, характер присущих ему интерпер­сональных взаимоотношений, тип самооценки.

Син.: тест MAPS.

**Шогама—Мировского методика психотонической тренировки** [Шогам А.Н., Мировский К.И., 1965]. Модификация Шульца метода аутогенной тренировки, пока­занная для больных астеногипотонической группы. Формулировка самовнушения рассчитана на симптоматическое действие. Характерны развернутые, подробные формулы самовнушения, широкое применение образных представлений, комплекта­ция специализированных групп больных по принципу направлений органо-трениров­ки, включение активирующих (симпатикотонических) упражнений. Эффективность лечения «объективизируется» исследованиями кожной температуры, артериального давления и т.п.

**Шок затянувшийся.** Осложнение инсулинокоматозной терапии когда несмот­ря на все полагающиеся меры больного не удается вывести из коматозного состоя­ния. При этом иногда уровень сахара в крови оказывается достаточным. В патогене­зе Ш.з. придается значение явлениям токсикоза, гипоксии тканей мозга, гипоксемии, отека мозга. Продолжительность — от нескольких часов до нескольких дней. При яв­лениях Ш.з. в первую очередь проверяют уровень сахара в крови, в случае обнару­жения гипогликемии ее купируют введением углеводов. Лечение такое же, как при отеке мозга, иногда помогает спинно-мозговая пункция.

**Шок инсулиновый.** Коматозное гипогликемическое состояние, вызываемое введением инсулина в процессе инсулино-коматозной терапии шизофрении. Часто для достижения Ш.и. длительно болеющим шизофренией и, особенно, уже прини­мавшим это лечение, приходится вводить большие дозы препарата.

Син.: кома инсулиновая.

**Шок отсроченный.** 1. Повторная гипогликемия (вплоть до комы) через несколько часов после купирования инсулинового шока. 2. Отставленное во времени развитие электросудорожного припадка при электросудорожной терапии — возни­кает не сразу после включения электрического тока, а через 10-60 сек.

Син.: кома отсроченная.

**Шок психический.** См. *Паралич эмоциональный.*

**Штаабс сценотест** [Staabs G., 1951]. Проективная психологическая методика для исследования детей. Исследуемому предъявляют набор фигурок, представляю­щих различных людей. Ребенок свободно манипулирует фигурками, придает им позы и жесты, отражающие различные эмоциональные состояния и настроения, ожидания. Используется для исследования взаимоотношений ребенка с окружающи­ми.

**Штама—Вигболдуса—Гросфельда пресенильная деменция** [Stam E.C., Wigboldus J.M., Grosveld F.M., 1968]. Подострая спонгиоформная энцефалопатия. Начало после 50 лет — снижение памяти, дезориентировка, беспокойство в ночное время. Нарастающее оскудение речи вплоть до мутизма, негативизм, неправильное поведение (агрессивность, нелепые поступки). Неврологически — прогрессирующая гипокинезия, тремор, судорожные подергивания мышц лица и туловища. При ПЭГ — явления внутренней гидроцефалии. На ЭЭГ — высокие дельта-волны в лобных отделах, чередующиеся с острыми волнами, дву- и трехфазными острыми волновы­ми комплексами. Микроскопически и гистохимически — рассеянные скопления сиа- ломукопротеинов в серой субстанции мозга, базальных ганглиях и мозжечке.

**Штеелина симптом** [Staehelin J.E., 1943]. Стремление пьющего человека как можно быстрее довести у себя опьянение до степени глубокого оглушения. Наблю­дается у психопатов, невротиков и больных, находящихся в психотическом состоя­нии и желающих опьянением заглушить тягостно переживаемую ими психотическую симптоматику.

**Штелльвага симптом** [Stellwag K., 1869]. Широко раскрытые глазные щели при редких и неполных мигательных движениях у больных тиреотоксикозом, при паркинсонизме.

**Штерна болезнь** [Stern F., 1939]. Исключительно редкое заболевание, наблю­дающееся в предстарческом возрасте и обусловленное двусторонней атрофией зри­тельных бугров. Характерны исчезновение реакции зрачков на свет и конвергенцию, гиперсомния, появление хватательных рефлексов и рефлексов с губ, быстро про­грессирующая деменция.

Син.: деменция с таламической дегенерацией.

**Штерна симптом** [Stern R., 1897]. Периодическое колебание функций коры большого мозга, проявляющееся в понижении чувствительности, появлении парезов и атаксии произвольных мышц, ослаблении интеллектуальных способностей, речи, памяти, ухудшении зрения (снижение остроты и сужение поля зрения), слуха, вкуса, обоняния. Такого рода состояния длятся несколько секунд, нередко они сопровожда­ются клоническими подергиваниями верхних конечностей, иногда — припадками джексоновского типа (см. *Браве—Джексона эпилепсия*)*.* Наблюдается после череп­но-мозговой травмы и объясняется периодическими изменениями мозгового крово­обращения, дисциркуляторными расстройствами.

**Штерца симптом** [Stertz G., 1911]. Периодические колебания психических функций при церебральном атеросклерозе, вплоть до появления скоропреходящих парезов конечностей или афатических эпизодов, «мерцание симптомов».

Ср.: Грассе перемежающаяся хромота мозговых центров.

**Штиле—Ричардсона—Ольшевского синдром** [Steele J., Richardson J., Olszewski J., 1963]. Заболевание неизвестной этиологии. Начинается в 55-60 лет, протекает неуклонно прогредиентно. Летальный исход через 2-9 лет. Характеризует­ся супрануклеарной офтальмоплегией, цервикальной мышечной дистонией, псевдо- бульбарным параличом, пирамидно-мозжечковыми нарушениями, интеллектуальны­ми и личностными расстройствами. Постоянный признак — эмоциональная лабиль­ность, слабодушие.

**Штоккерта симптом** [Stockert F., 1934]. Симптом невосприятия половины тела. При этом во время ходьбы корпус уклоняется в сторону поражения, окружаю­щие предметы кажутся движущимися в противоположном направлении. Наблюдает­ся при грубой органической патологии большого мозга. Некоторые больные сохраня­ют критическое отношение к своим ощущениям (в случаях локализации поражения в зрительном бугре), другие — совершенно не воспринимают одну сторону тела (при поражении мозолистого тела).

**Шторка опросник для выявления суицидального риска** [Stork J., 1972]. Предназначен для диагностики Рингеля пресуицидального синдрома, направлен на выявление депрессивно-негативной самооценки. Содержит 52 утверждения, полу­ченные при сравнении пробандов с выраженными суицидальными тенденциями и контрольной группы лиц, не обнаруживающих склонности к суицидальным мыслям и поступкам.

**Штремгрена—Далби—Далби—Ранхейма синдром** [Stromgren E., Dalby A., Dalby M., Ranheim В., 1970]. Описан в пяти поколениях одной семьи и характеризует­ся развитием катаракты и прогрессирующей глухоты с нарушениями функции вести­булярного аппарата. Начало — чаще всего в возрасте между 20 и 30 годами. В не­врологическом статусе — мозжечковая атаксия, интенционный тремор туловища и конечностей, мышечная гипотония, изменения речи, шатающаяся походка, нистагм центрального типа. У 5 из 9 наблюдавшихся больных после 50 лет развились пара­ноидные психозы органического типа. Нарастающая деменция.

**Шуб шизофренический** (*нем. Schub —* толчок, сдвиг). Острые приступы ши­зофрении, возникающие по типу толчкообразных вспышек, сдвигов, после которых наступают ремиссии, в состоянии которых больные обнаруживают углубляющийся личностный дефект. Наиболее характерно течение заболевания с шубами при при­ступообразно-прогредиентной (шубообразной) шизофрении.

**Шульца метод аутогенной тренировки** [Schultz J.H., 1932]. Психотерапевти­ческий метод, основанный на действии мышечной релаксации и целенаправленного самовнушения. Релаксация вызывается самовнушением и служит основой для по­следующего самовнушения, направленного на различные функции организма. В ме­тод включены и некоторые приемы йогов. Различают упражнения низшей ступени, позволяющие избирательно воздействовать на некоторые вегетативные и психиче­ские процессы, и высшей ступени (самосозерцание), направленные на вызывание у себя состояния нирваны со способностью к произвольной яркой визуализации пред­ставлений и сновидным расщеплением сознания. Приемы высшей ступени не нашли широкого применения в психотерапии [Свядощ A.M., 1971]. Типичные упражнения первой ступени: вызывание ощущения тяжести, тепла в конечностях, регуляции рит­ма сердечной деятельности, дыхания, влияние на органы брюшной полости, вызы­вание ощущения прохлады в области лба.

Известны многочисленные модификации (см. *Беляева, Лебединского—Борт­ник, Свядоща—Ромена, Шогама—Мировского методики*)*.*

\_Э\_

**Эббеке синдром** [Ebbecke H., 1943]. Состояния «молниеносного приступа страха», протекающие со своеобразным оптическим феноменом. В поле зрения воз­никают светящиеся точки, пятна, геометрические фигуры, которые повторяются как бы в виде негативных отпечатков. Сопровождаются депрессивным фоном настрое­ния и суицидальными мыслями. Первоначально был описан у психопатических лич­ностей истероидного круга. Имеются наблюдения относительно появления Э.с. при темпоральной эпилепсии у детей.

**Эвальда биотонус** [Ewald G., 1924]. Совокупность гипотетических энергетиче­ских процессов (биопотенциал), определяющая возможности психической деятель­ности человека, его темперамент и уровень аффективного реагирования. Показа­тель биотонуса как бы дополняет характерограмму и дает возможность индивиду­ального прогнозирования психогенных реакций. Концепция G. Ewald является даль­нейшим развитием концепции E. Kretschmer (см. *Кречмера психобиограмма*)*.*

**Эвирация** (*лат. eviratus —* женоподобный). 1. Обнаруживающаяся у мужчин — истинных (врожденных) гомосексуалов утрата мужских свойств психики, замена их женскими — кокетливостью, манерностью, характерными мимическими, пантоми­мическими и поведенческими реакциями; 2. Бредовая убежденность больного — мужчины и том, что у него имеются женские половые органы и соответственные функциональные проявления (беременность, менструация, лактация и др.). Наблю­дается при шизофрении.

**Эго** (*лат. Ego —* я). Средняя инстанция в трехчленной психоаналитической структуре личности, созданной S. Freud. Занимает промежуточное положение между «Оно» (Id) и супер-Эго (super-Ego). При этом «Оно» представляется вместилищем инстинктов, неосознаваемых влечений, а супер-Эго выполняет функцию цензуры, не пропуская в Эго неприемлемые по социальным мотивам, низменные, например, кро­восмесительные, импульсы и влечения. Таким образом, по S. Freud, регулируются взаимоотношения личности и окружающей действительности.

**Эгоизм.** Особенность личности или психическое состояние, при которых на первом плане находятся собственные интересы, стремление к приобретению лич­ных преимуществ и избежанию неудобств, лишений, забота о себе. Наблюдается как у психически здоровых при наличии соответствующих черт характера, так и при психопатиях и некоторых психических заболеваниях (начальные стадии психических расстройств позднего возраста, шизофрения и др.).

**Эгоизм альтруистический** (*фр. altruisme —* бескорыстная забота о благе дру­гих, от *лат. alter —* другой). Принцип, предложенный H. Selye [1974] в качестве меры предупреждения создания в межличностных отношениях стрессовых, особенно дис- трессовых, ситуаций. Заключается в правиле не причинять зла, желать добра окру­жающим, чтобы не давать им повода враждебно относиться к тебе, желать зла. Ле­жит в основе предложенного Н. Selye комплекса психопрофилактических и психо­терапевтических мер, направленных на осуществление оптимального функциониро­вания личности.

**Эгофония** (*греч. aix —* коза, *phone —* голос). В психиатрии: голос, по тембру, высоте, модуляциям, интонациям напоминающий блеянье козы. Наблюдается при истерии, старческих психозах, прогрессивном параличе. В клинике внутренних бо­лезней сходный симптом наблюдается при экссудативном плеврите (разновидность бронхофонии).

**Эгоцентризм** (*эго + лат. centrum —* центр). 1. Личностные особенности, ха­рактеризующиеся выдвижением на первый план мотивов собственной психической жизни, своих взглядов, интересов при игнорировании интересов и суждений окружа­ющих. Наблюдается у больных эпилепсией, психопатических личностей. 2. Бредовой Э. наблюдается в процессе бредообразования, когда больной, по K. Conrad [1958], не может совершить «коперниковский поворот», то есть когда он находится в плену собственного «Я» — все происходящее вокруг, по представлениям больного, имеет к нему непосредственное отношение.

См. также *Феномен присвоения.*

**Эгротогения** (*лат. aegrotus —* больной, *греч. -genes —* порождающий, вызы­вающий). [Либих С.С., 1968]. Отрицательное психологическое воздействие одних больных па других в условиях определенной группы, что ведет к появлению новых симптомов невротического характера или усилению уже имеющихся. Один из вари­антов психогении.

**Эзофагоспазм** (*анат. oesophageus —* пищевод + *спазм*)*.* Дискинезия пищево­да, характеризующаяся периодическими его спазмами. Наблюдается при невротиче­ских состояниях — истерическом и системном неврозах.

Син.: эзофагизм.

**Эйбулия** (*греч. eu —* хорошо, правильно, *bule —* воля). Нормальное состоя­ние воли, отсутствие волевых расстройств.

**Эйдетизм** (*греч. eidos —* вид, образ) [Urbantschitsch, 1907; Jaensch E.R., 1911]. Способность удержания исключительно четких и ярких образов виденных предметов. Наблюдается чаще всего у подростков. Нередко отмечается у художни­ков [Мунк Э.]. В патологии иногда находится в связи с галлюцинаторными пережива­ниями (зрительными).

**Эйзоптрофобия** (*греч. eisoptron —* зеркало + *фобия*)*.* Навязчивый страх, бо­язнь зеркал. Симптом может наблюдаться и в структуре синдрома дисморфофобии (анти-симптом зеркала, когда больной страшится увидеть якобы происшедшие изме­нения его лица).

Син.: спектроскопия.

**Эйтаназия** (*эй + греч. thanatos —* смерть). Преднамеренное приближение ле­тального исхода неоказанием медицинской помощи или умерщвлением больного, находящегося в терминальном состоянии, якобы с целью предотвращения дальней­ших его страданий. Противоречит принципам врачебной этики. Прикрываясь идеями Э., немецкие нацисты в годы второй мировой войны уничтожали тысячи больных лю­дей.

**Эйфория** (*эй* + *греч. phero —* нести, переносить). Повышенное беззаботное настроение, благодушие, сочетающееся с беспечностью, недостаточно критическим отношением к своему состоянию; безмятежное блаженство. В отличие от маниа­кальных и гипоманиакальных состояний, Э. присуще отсутствие интеллектуальной живости и стремления к деятельности, она протекает с замедлением мыслительной деятельности (вплоть до персеверации), при наличии слабоумия. Наблюдается при органических психозах (болезнь Пика, прогрессивный паралич и др.)

**Эйфория индифферентная.** Состояние эмоциональной приподнятости, ха­рактеризующееся поверхностностью аффективных проявлений. E. Bleuler считал ее характерной для больных шизофренией и видел ее проявления в их речи, когда в одном предложении соседствуют выражения, свидетельствующие о радостном на­строении и депрессивности. Автор рассматривал Э.и. как частный случай расщепле­ния в сфере аффективности и речи.

**Эйхофобия** (*греч. euchos —* желание, пожелание + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь произносить или выслушивать добрые пожелания, суеверное избега­ние их. Часто подкрепляется навязчивыми ритуалами.

**Экбома синдром.** См. *Бред дерматозойный, Берса—Конрада синдром.*

**Эквиваленты депрессивные.** 1. [Каннабих Ю.В., 1914]. Приступообразно возникающие состояния, характеризующиеся соматическими жалобами (головная боль, мигрень, тахикардия, перемежающаяся боль в области сердца), которые яв­ляются спутниками гипотимии, но не основным и ведущим симптомом циклотимиче­ской депрессии. Таким образом, в отличие от представлений о соматической цикло­тимии (циклосомии) Д.Д. Плетнева и Е.К. Краснушкина и от современных представ­лений о ларвированной депрессии Э.д. не рассматривались автором как основные симптомы циклотимической депрессии, а трактовались как составная часть депрес­сивного синдрома.

2. [Karliner W., 1957]. Ипохондрические состояния, доминирующие в клиниче­ской картине депрессивной фазы циркулярного психоза и нередко маскирующие основную психопатологическую симптоматику. Возможно как фазное повторение ипохондрических эквивалентов депрессии, так и чередование их с типичными цирку­лярными фазами.

**Эквиваленты психоэпилептические** [Озерецковский Д.С., 1928]. Пароксиз- мально возникающие навязчивые влечения, при этом агрессивность бывает направ­лена против самых близких людей. Характерен аффект страха. Отмечаются измене­ния восприятия (психосенсорного синтеза), мышления и аффективности. Отсутству­ют генерализованные расстройства сознания и последующая амнезия. Относятся к описанным М.О. Гуревичем особым состояниям.

**Эквиваленты тимопатические.** Психопатологические состояния или прехо­дящие нарушении деятельности каких-либо органов или систем, наблюдающиеся как проявление аффективных расстройств, чаще всего депрессивной или маниа­кальной фаз МДП, латентной депрессии, шизоаффективных приступов.

**Эквиваленты эпилептические** [Hoffmann F., 1862]. Пароксизмально возни­кающие, кратковременные расстройства психической деятельности, протекающие без тонико-клонических судорог. Чаще всего — дисфории, сумеречные и особые со­стояния, явления амбулаторного автоматизма, пориомании (непреодолимое стрем­ление к бесцельному блужданию), приступы зрительных и слуховых галлюцинаций. Не всегда являются заменителем эпилептического припадка, в ряде случаев, по современным данным, описанные явления выполняют роль ауры или наблюдаются после припадка. Понятие Э.э. в последнее время значительно сужено: из него изъ­яты малые припадки (абсансы).

**Эквипотенционализм** (*лат. aequus —* равный, *potentia —* сила, мощь). Направление в невропатологии и психиатрии, полностью отрицавшее очаговую при­роду таких расстройств как афазия, агнозия, апраксия и др. Возникло в связи с реви­зией классического, узколокализационистского учения об афазиях. Примером Э. яв­ляется теория единой афазии P. Marie, согласно которой существует единая афазия (афазия Вернике), включающая три элемента: амнестический, агностический и дис- фазический. От соотношения в клинической картине афазии выраженности этих эле­ментов зависит форма афатического синдрома. Моторная афазия, по P. Marie, это афазия Вернике, к которой присоединяются явления анартрии. Э. рассматривает афатико-агностико-апрактические синдромы как результат целостного поражения недифференцированного головного мозга, соотнося их клиническое своеобразие со степенью массивности этого поражения. По А.Р. Лурия [1962], оба эти направления являются психоморфологическими и рассматривают клинические синдромы в непо­средственной связи с морфологическим субстратом мозга без попытки их физиоло­гического анализа.

**Эквифинальность** (*лат. aequus —* равный, соразмерный, *finalis —* конечный). Принцип, утверждающий сходство психопатологических проявлений раз­личных психических заболеваний на конечных этапах их развития.

**Экзальтация** (*лат. exaltatio* — подъем, воодушевление). Приподнятое на­строение с чрезмерным воодушевлением, повышенной самооценкой. В прежние времена этот термин употреблялся для обозначения гипомании.

**Экзацербация** (*лат. exacerbo* — раздражать, отягощать). Обострение, ухуд­шение клинической картины заболевания. Может быть результатом течения патоло­гического процесса, проявляющимся отягощением болезненного состояния или про­явлением сменяющего ремиссию рецидива.

**Экзистенциальный анализ** (*лат. existentio —* существование). Течение в за­рубежной психологии и психиатрии, возникшее в 20-е годы нашего столетия. В осно­ве его лежат идеи «философии существования» [Binswanger O.L., Minkowski E., Fischer О.]. Психопатологические категории рассматриваются с позиции экзистенци­альной философии, с привлечением категорий пространства, времени. Центральное понятие — экзистенция (человеческое существование) как нерасчлененная це­лостность субъекта и объекта. Экзистенция проявляется заботой, страхом, решимо­стью, совестью. Все они определяются через смерть. Свою сущность, экзистенцию человек может понять в ситуациях чрезвычайных — в борьбе, страдании, смерти. Э.а. антинозологичен. Изучение нозологических форм подменяется исследованием биографии субъекта. Психическое заболевание с позиции Э.а. понимается как из­вращение «структуры бытия в мире», раскрываемой априорным путем. Объективно­му клинико-психопатологическому изучению психически больного, этиопатогенеза заболевания противопоставляется представляющееся экзистенциалистам более су­щественным и важным сближение с больным в экзистенциальной коммуникации, как с партнером по совместному существованию. Объектом изучения в психиатрии яв­ляется не психически больной, а сфера межперсональных отношений. Поскольку взаимоотношения людей в обществе весьма индивидуальны, разнообразны и непо­вторимы, постольку бесполезны с точки зрения Э.а. и поиски каких-либо объектив­ных критериев, на которых можно было бы строить психиатрическую диагностику. Э.а. близко смыкается с психоанализом, прагматизмом A. Meyer.

**Экзогения** (*греч. ехо —* вне, снаружи, *genea —* рождение, порождение) [Mobius P.J., 1892]. Обусловленность психических заболеваний внешними, находя­щимися вне организма причинами. К экзогенным относят соматогенные (соматиче­ски обусловленные, по K. Schneider) психозы в широком смысле этого слова — ин­фекционные, интоксикационные, посттравматические, вызванные заболеваниями внутренних органов.

**Экзогенного типа реакции.** См. *Реакции экзогенного типа.*

**Экзогенный** (*экзо + греч. -genes —* порождающий, вызывающий). Обуслов­ленный воздействием внешних факторов, экзогенный.

**Экзометаморфопсии** (*греч. ехо —* вне, снаружи, *meta —* за чем-либо, *morphe —* вид, форма, *opsis —* зрение). См. *Метаморфопсия.*

**Экзорцизм** (*греч. exorkizo —* заклинать). Изгнание бесов. Применение для ле­чения психических расстройств средневековых методов заклинания, отчитывания с целью изгнать поселившегося в теле больного дьявола, причиняющего якобы на­блюдаемые у него психические расстройства. Ведет происхождение от давних пред­ставлений о бесоодержимости как о сущности происхождения психоза. Был распро­странен в средние века, однако встречается и в настоящее время, будучи близким к знахарству, колдовству и другим ритуальным способам воздействия на дурные, чер­ные силы в человеке.

**Экзофтальм** (*экзо* + *греч. ophtalmos —* глаз). Выпячивание глазных яблок, пу­чеглазие. В выраженных случаях может сочетаться с несмыканием век при закрыва­нии глаз, расширением глазных щелей. Наблюдается при тиреотоксикозе, опухолях головного мозга, гидроцефалии.

**Эклампсия** (*греч. eklampsis —* вспышка, внезапное возникновение). Тяжелая форма позднего токсикоза беременных. Возникает на фоне нефропатии, обычно во второй половине беременности. В патогенезе играют роль токсический отек и спазм сосудов головного мозга. Характерны эпилептиформные судороги (см. *Судороги эк­ламптические*) и нарушение сознания с психомоторным возбуждением, зрительны­ми и слуховыми галлюцинациями. Судороги могут протекать сериями, в форме ста­туса. Возможно развитие коматозного состояния (опасный признак). При этом отме­чается артериальная гипертензия. Э. может протекать и без судорог, характеризуясь расстройствами сознания, отеками, артериальной гипертензией при наличии пато­логии в моче (протеинурия).

**Экмнезия** (*греч. ek —* вне, за пределами, *mnesis —* память) [Blanc-Vontenille H., 1887]. Форма расстройства памяти, нарушение осознавания времени, при кото­ром стирается грань между прошлым и настоящим. Либо события прошлой жизни переносятся в настоящее (например, страдающая болезнью Альцгеймера больная в перечне газет, которые она получает, называет издававшийся до революции «Кие­влянин», «Копейку»), либо текущие события переносятся в прошлое («сдвиг ситуа­ции в прошлое» при старческом слабоумии, болезни Альцгеймера).

**Экнойя** (*греч. ek—* вне, *noeo* — воспринимать) [Ziehen Th.]. Господство одно­го определенного аффекта над всеми психическими проявлениями. П.Б. Ганнушкин [1933] относил к Э. группу психопатических личностей, которых он называл фанати­ками чувства, к которым в первую очередь принадлежат приверженцы религиозных сект. Это люди легковнушаемые, быстро подпадающие под чужое влияние: они слу­жат не столько идее, сколько определенному лицу, которому они экстатически пре­даны и во имя которого готовы на самопожертвование. Такая же замена идеи соот­ветствующим аффектом наблюдается, по П.Б. Ганнушкину, при параноическом бре­де ревности, сущность которого определяется не столько мыслью о возможности из­мены, сколько неотступно владеющим этими больными беспредметным чувством ревности. К Э. относятся и психопатические личности тревожного, фобического склада, в психической жизни которых доминирует чувство страха, присоединяющее­ся ко всему происходящему вокруг [Kahn E.]. Таким образом, понятие Э. лишено од­нородного психопатологического содержания.

**Экономо триада** [Economo C., 1917]. Основные и обязательные признаки острой стадии эпидемического энцефалита: лихорадка, патологическая сонливость и глазодвигательные нарушения.

**Эксгибиционизм** (*лат. exhibeo —* выставлять) [Lasegue E.Ch., 1877]. Форма сексуальной перверсии. Нарушение психосексуальных ориентации по объекту. Ха­рактеризуется стремлением к обнажению при лицах противоположного пола поло­вых органов для вызывания у себя сексуального возбуждения и наслаждения. Встре­чается, как правило, у мужчин. К Э. относят и склонность к циничным высказывани­ям, показывание порнографических рисунков представителям другого пола. При со­четании Э. с садизмом пациенту доставляет удовольствие видеть реакции стыда и страха v женщины, при сочетании с мазохизмом — стремление испытать чувство страха перед наказанием, стыд.

**Эксквизитный** (*лат. ех —* из, *cuaero —* старательно разыскивать). Отборный, показательный, характерный. Часто употребляется неправильно, как синоним тер­мина «казуистический», то есть редко встречающийся.

**Экспансивный** (*лат. expansio —* расширение). 1. Страстный, несдержанный в проявлениях чувств, эмотивный; 2. Протекающий с повышенным настроением, оживлением в двигательно-волевой сфере, например, Э. форма прогрессивного па­ралича.

**Экспериментально-психологические методы.** Способы экспериментально­психологического исследования психических свойств человека (памяти, внимания, темпа сенсомоторных реакций, уровня и характера протекания мыслительной дея­тельности, аффективно-личностных свойств). В психиатрии имеют вспомогательное диагностическое значение. С этой целью в патопсихологии применяют методики типа функциональных проб (предъявление обследуемому задания, моделирующего проблемную ситуацию, разрешение которой он должен найти) и психологических те­стов, в которых изучаются стандартизированные реакции личности на стимулы, чет­ко регламентированные по степени трудности и времени выполнения задания. Пока­затели в тестах сравниваются с усредненными показателями, характерными для данной популяции.

**Экспертиза психиатрическая.** Освидетельствование психического состояния лица, стационарное или амбулаторное, для решения вопросов его трудоспособно­сти (врачебно-трудовая экспертиза), вменяемости и дееспособности (судебно-психи­атрическая экспертиза), пригодности к военной службе (военно-психиатрическая экс­пертиза). Кроме того, эксперты-психиатры принимают участие в работе общих воен­но-врачебных комиссий и медико-педагогических комиссий, решающих вопросы обу­чения детей в обычных или вспомогательных школах. Э.п. использует данные клини­ческого наблюдения и обследования, анализ анамнестических сведений (субъектив­ных и объективных), имеющуюся документацию, отражающую предшествовавшие обращения обследуемого за медицинской помощью, данные лабораторных исследо­ваний.

**Экспертиза судебно-психиатрическая.** Проводится для освидетельствова­ния лиц с целью решения вопроса об их вменяемости, дееспособности и возможно­сти отбывания наказания, если предположение о психическом заболевании возник­ло во время пребывания в местах заключения. Назначается судебно-следственными органами. Э.с.-п. могут подвергаться ответчики, свидетели и потерпевшие. Помимо медицинских данных используют материалы судебного дела. Производится специ­альными судебно-экспертными психиатрическими комиссиями, решения которых предоставляются органам, назначившими Э.с.-п.

**Экспертиза судебно-психологическая.** Назначается судебно-следственны­ми органами в тех случаях, когда обследуемый психическим заболеванием не стра­дает, однако есть указания на наличие у него известных психологических особенно­стей, которые могут играть роль в совершении правонарушения, например, при предположении о физиологическом аффекте. Производится психологами, имеющи­ми достаточную профессиональную подготовку и использующими в своей работе данные патопсихологического исследования, сведения об особенностях формирова­ния личности испытуемого и о его психическом состоянии в период совершения пра­вонарушения и непосредственно предшествовавший ему период, материалы меди­цинской и юридической документации. По решению судебно-следственных органов при необходимости назначается комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

**Эксплозивность** (*англ. explosive —* вспыльчивый). См. *Взрывчатость.*

**Экспрессивный** (*лат. expressus —* явный, выразительный). 1. Выразитель­ный, отражающий эмоциональное состояние, например, Э. мимика; 2. Являющийся выражением внутренних процессов, состояний, например, Э. речь.

**Экстаз** (*греч. ekstasis —* исступление, восхищение). Повышенное настроение, переживание восторга, необычайного счастья. При некоторых психических заболе­ваниях Э. является формой аффективного расстройства, протекающего с расстрой­ствами сознания и нарушениями контакта с окружающими. Может наблюдаться как свойство личностной акцентуации и при психопатиях. Пример Э. психопатического — экстатическая аура у больных эпилепсией.

**Экстериоризация** (*лат. exterior* — наружный, внешний). I. В психологии: обу­словленность внешних действий, высказываний и т.д. внутренними психологически­ми структурами, в свою очередь складывающимися на основе интериоризации соци­альных факторов, внешней деятельности человека, отражения их в психике; 2. В психиатрии: субъективистская тенденция к выделению ряда психопатологических феноменов (обвиняющие галлюцинации, бредовые идеи греховности, самообвине­ния) из фактов предшествующих этому неправильных, «порочных» поступков, под­вергшихся интрапсихической переработке и вызвавших своеобразные комплексные переживания вины.

**Экстероцептивный** (*экстеро + лат. capio —* принимать, воспринимать). От­носящийся к экстероцепции.

**Экстероцептор** (*экстеро + лат. capio —* принимать, воспринимать). Рецеп­тор, воспринимающий поступающие из внешней среды раздражения.

Син.: экстсрорецептор, рецептор внешний.

**Экстероцепция** (*экстеро + лат. capio —* принимать, воспринимать). Восприя­тие организмом раздражений, поступающих из внешней среды.

Син.: экстерорецепция, внешняя рецепция.

**Экстравертированность** (*экстра + лат. verto —* поворачивать). Личностное свойство, характеризующееся направленностью интересов и деятельности вовне. Противоположна интровертированности. См. *Айзенка личностный опросник, Лично­сти типология Юнга.*

Син.: экстраверсия.

**Экстракампинный** (*лат. extra —* вне, *campus* — поле). Находящийся вне поля зрения, например, экстракампинные галлюцинации.

**Экстрамуральный** (*экстра + лат. murus —* стена). Расположенный вне како­го-то ограниченного пространства. Например, Э. психиатрия — внебольничная пси­хиатрия.

**Эксцентризм** (*экс* + *лат. centrum —* центр). Странность, необычность поведе­ния, поступков. Проявляется в чудаковатости манер, искусственности поз, утриро­ванных жестах и мимике, своеобразной манере речи и письма, стремлении к экстра­вагантности в одежде. Наблюдается при истероидной психопатии.

**Эксцитация** (*лат. excito —* растревожить, возбуждать). Состояние возбужде­ния.

**Эктогенный.** Вредные факторы извне, играющие роль в происхождении пси­хических расстройств.

Син.: экзогенный.

**Эктогенез** (*лат. ecto— внешний, genesis —* происхождение). Обусловлен­ность психических расстройств, заболеваний внешними факторами.

**Эктогения.** См. *Экзогения.*

**Экфория энграмм** (*греч. ekphoreo —* выносить, *еп —* находящийся внутри, *gramma —* запись). Оживление в памяти следов прошлого запоминания, его фраг­ментов (энграмм) и воссоздание по ним относительно целостной, систематизирован­ной картины. Энграммы при этом выступают как составные элементы памяти. При нейропсихологическом исследовании письма, речи особое внимание уделяется воз­можности воспроизведения больным автоматизированных в процессе жизненного опыта энграмм (фамилия, имя, адрес и др.).

**Электропунктура** (*электро + лат. punctum —* точка). Один из методов ре­флексотерапии, основанный на воздействии электрического тока на биологически активные точки с помощью специальных электродов.

Син.: гальванопунктура.

**Электросон.** См. *Гиляровского—Ливенцева—Сегаль—Кириловой метод электросна.*

**Электросубкортикограмма** (*электро + лат. sub —* под, *cortex —* кора, *греч. gramma —* запись, чертеж, схема). Кривая, отражающая изменения биопотенциалов подкорковых структур головного мозга.

**Электросубкортикография** (*электро + субкортик + графия*)*.* Метод иссле­дования деятельности подкорковых структур головного мозга с помощью специаль­но вводимых электродов для записи их биоэлектрической активности.

**Электрошок** (*греч. elektron —* янтарь, составная часть сложных слов, означа­ющая «электрический», *фр. choc —* шок). См. *Черлетти—Бини метод.*

Син.: электрокома.

**Электроэнцефалограмма** (*электро + энцефалограмма*)*.* Кривая, отражаю­щая изменения биопотенциалов головного мозга. Получается с помощью электроэн­цефалографа при различных отведениях.

Син.: ЭЭГ.

**Электроэнцефалограф** (*электро + греч. enkephalos —* головной мозг, *grapho —* писать, изображать). Прибор для регистрации биопотенциалов головного мозга.

**Электроэнцефалография** (*электро + энцефалография*)*.* Метод регистрации электрической активности головного мозга через неповрежденные покровы черепа. Применяется в психиатрии главным образом для диагностики органических заболе­ваний головного мозга, помогает установить наличие патологического органического процесса и его топику. Записи биотоков проводятся в состоянии покоя (фоновая ЭЭГ) и при различных нагрузках (гипервентиляция, использование звуковых и зри­тельных раздражителей, введение фармакологических веществ). Анализ показа­телей ЭЭГ может производиться с помощью ЭВМ.

**Электроэнцефалопатия** (*электро + греч. enkephalos —* головной мозг, *pathos —* страдание, болезнь). Энцефалопатия вследствие электротравмы.

**Электроэнцефалоскоп** (*электро + энцефало + греч. skopeo* — смотреть, на­блюдать). Прибор для исследования деятельности головного мозга методом элек- троэнцефалоскопии.

**Электроэнцефалоскопия** (*электро + энцефалоскопия*)*.* Метод исследования деятельности головного мозга, основанный на одновременной регистрации биопо­тенциалов многих его участков с отображением на экране электронно-лучевой труб­ки в виде мозаики светящихся точек, непрерывно меняющих свою яркость в соответ­ствии со степенью возбуждения нейронов этих участков.

**Эллиса синдром** (Ellis Н.Н., 1910). Форма сексуальной перверсии, при кото­рой половое наслаждение достигается при соприкосновении или манипуляции с жидкостями — водой (во время мытья, купания) или мочой (обнюхивание либо питье мочи). Второй симптом носит название уролагнии и рассматривается как проявле­ние мазохизма или фетишизма (см. *Фетишизм*)*.*

Син.: Хавелок Эллиса синдром, ундинизм (*ундина —* русалка).

**Элпенора синдром.** Вариант просоночного состояния с дезориентировкой, неполным пониманием окружающего. Нередко наблюдается у страдающих алкого­лизмом, которые при внезапном пробуждении, находясь в состоянии неполного со­знания, могут проявить агрессивно-разрушительные тенденции. *Элпенор —* персо­наж «Одиссеи», младший из спутников героя. Уснув на крыше дворца Цирцеи, он был внезапно разбужен голосами и шумом тагов своих товарищей, спросонок шаг­нул в сторону, противоположную лестнице, упал с большой высоты и погиб вслед­ствие перелома шейных позвонков.

Син.: опьянение сном.

**Элюзия** (*англ. elusion —* увертка, уклонение) [Laing R.D., 1961]. Прием психо­логической защиты, направленный на сохранение своего «Я» в ситуации конфликта с окружающими путем ухода от реальности в мир фантазий, грез. При Э. граница между фантазиями и реальностью как бы размывается, одно подменяет другое. Примером Э. является жизнь Эммы Бовари в романе Флобера «Госпожа Бовари». См. *Боваризм.*

**Эмаскуляция** (*лат. е*(*х*) — из, от, *masculus* — мужской). Кастрация лиц муж­ского пола двусторонним удалением семенных желез.

**Эмбололалия** (*греч. embolon —* клин, затычка, *lalia —* речь, болтовня). Ча­стое употребление одних и тех же слов и оборотов. См. *Речевой эмбол.*

Син.: эмболофразия.

**Эмбриопатия** (*греч. embrion —* утробный плод, зародыш, *pathos —* болезнь, страдание). Обозначение патологических состояний, возникающих в эмбриональном периоде. См., например, *Алкогольная эмбриопатия.*

**Эмбриопатия алкогольная.** См. *Алкогольная эмбриопатия.*

**Эмотивность** (*лат. emoveo —* возбуждать). Повышенная чувствительность, при которой эмоциональные реакции наступают быстро, достигают большой силы и, нередко, оказываются чрезмерно продолжительными.

Син.: эмоциональность.

**Эмоции.** Переживание человеком своего отношения к объективной действи­тельности и к самому себе, удовлетворенность или неудовлетворенность собствен­ными действиями. Формирование Э. разного уровня и сложности происходит вслед-

ствие развития определенных форм связи организма с внешней средой. Различают Э. биологические, связанные с удовлетворением или неудовлетворением жизненно важных потребностей (голод, жажда, половое влечение) и высшие, связанные с удовлетворением или неудовлетворением духовных (социальных, нравственных, по­знавательных и т.д.) потребностей. По своей чувственной окраске Э. делятся на по­ложительные и отрицательные. О задержанных Э. говорят в тех случаях, когда в силу тех или иных причин (главным образом, социальных) человек вынужден их по­давлять.

**Эмоции иктательные** (*лат. ictus —* припадок). Характеризуются внезапно­стью возникновения и непродолжительностью. Чаще всего это эмоциональные реак­ции депрессии и страха. Могут наблюдаться при любом органическом поражении го­ловного мозга, но особенно — при височной эпилепсии с расположением эпилепто­генного очага в гиппокампально-амигдалярно-височной области, при субклиниче­ском ее течении [Weil A.A., 1956].

**Эмоции, формы по Аствацатурову** [Аствацатуров М.И., 1936]. Различаются две основные формы эмоций, рассматриваемые как элементы рецепторной функ­ции, — таламическая и корковая. Таламическая эмоция — филогенетически старая, примитивная, безотчетная психическая реакция в форме неясного переживания при­ятного и неприятного, проявляется при психических заболеваниях в виде эндогенной депрессии, тоски, тревожного настроения, страха (см. *Витальная тоска* и *Виталь­ная депрессия*)*.* Диффузный, безотчетный, необъяснимый характер этих пережива­ний создает аффективную предуготованность, способствующую возникновению гал­люцинаторных и бредовых образов. Корковая эмоция является филогенетически бо­лее поздней надстройкой, содержащей в себе гностические компоненты (см. *Чув­ства гностические*)*.* Формы эмоций по М.И. Аствацатурову соответствуют формам чувствительности по Н. Head — протопатической таламической и эпикритической корковой.

**Эмоциональная тупость.** См. *Аффективная тупость.*

**Эмоциональные островки** [Muller М., 1930]. Принцип построения психо­терапии шизофрении, придающий основное значение созданию аффективного кон­такта, приводящего к прорыву аутизма и способствующего воссозданию личностных отношений. Таким образом, речь идет о воздействии на основные шизофренические механизмы. Соответственно трудовая терапия шизофрении рассматривается также как средство прорыва аутизма, выдвигаются основные задачи психотерапевта при лечении бреда (модификация бреда с целью устранить или уменьшить его противо­речие действительности, инкапсуляция бреда, корригирование бреда при сохране­нии обусловленных им тенденций поведения). Роль аффективного контакта в психо­терапии шизофрении, особенно параноидной, подчеркивается советскими психо­терапевтами [Завилянская Л.И., 1968, 1987; Посвянский П.М., 1974].

**Эмпатия** (*греч. empatheia —* сопереживание). Постижение эмоционального состояния другого человека сопереживанием. В понятии Э. обобщены близкие по содержанию идеи о симпатии и положения концепции вчувствования. Э. может быть эмоциональной, интеллектуальной (когнитивной) и предикативной (предсказываю­щей переживания другого человека, его аффективные реакции в конкретных ситуа­циях). Различают также особые формы Э. — сопереживание и сочувствие. Сопере­живание — переживание эмоционального состояния другого на основе отождествле­ния с ним; сочувствие — переживание по поводу чувств другого. Изучение Э. важно для решения ряда социально-психологических проблем. В психиатрии понятие Э. привлекается при разработке методов социальной реабилитации, при изучении ге­неза немотивированных преступлений и т.д.

**Эмподистокоимез** (*греч. empodizo —* препятствие, *koimesis —* сон). Затруд­нения засыпания, например, при неврастении, при передозировке некоторых ле­карств.

**Эмпростотонус** (*греч. emprosthotonos —* натянутый вперед). См. *Камптокор- мия.*

**Эмфиоменный** (*греч. emphyo —* прививать, насаждать) [Шипковенский H., 1956]. Привитой, развивающийся на почве олигофрении. Например, привитая ши­зофрения (пфропфшизофрения), привитая циклофрения (пфропфциклофрения).

**Энджелмена синдром** [Angelman H., 1973]. Характеризуется сочетанием ум­ственного недоразвития с эпилептиформными припадками и насильственными про­явлениями (гримасами, смехом). Мышечный тонус, в целом, снижен, атактические движения. Походка неуверенная. Наблюдается микроцефалия, чрезмерное высовы­вание языка, пирамидные и, чаще, экстрапирамидные знаки. Своеобразная мотори­ка больных напоминает движения кукол-марионеток.

Начало заболевания в раннем детстве — от 10 до 42 месяцев. Первые прояв­ления в виде детских судорог — общих, очаговых или миоклонических. Больные ну­ждаются в постоянном уходе и присмотре.

Этиология неизвестна. В двух из семи описанных в мировой литературе слу­чаях отмечалась аминоацидурия [Herman E.J., 1978].

**Эндогенез** (*греч. endo —* внутри, *genesis —* происхождение). Возникновение психических заболеваний и их течение в связи с наследственными факторами. По­нятие Э., как и экзогении, было введено P.J. Mobius [1892].

**Эндогения** (*эндо + греч. genesis —* рождение, происхождение). Патологиче­ские процессы, болезни эндогенного происхождения.

**Эндогенные опиаты.** Группа нейропептидов, обладающих анальгезирующим действием и способных конкурировать с морфином и др. опиатами за связывание соответствующих рецепторов. Участвуют в патогенезе эндогенных психозов. Вклю­чают в себя эндорфины и энкефалины.

**Эндогенный.** Возникающий, развивающийся эндогенно.

**Эндокринопатия** (*эндо + греч. krino —* отделять, выделять, *pathos —* страда­ние, болезнь). Общее название нарушений деятельности желез внутренней секре­ции, эндокринных расстройств.

**Энилизм** (*греч. oinos —* вино). Винный алкоголизм.

**Энкопрез** (*греч. еп —* приставка для обозначения времени, *kopros —* кал). См. *Недержание кала.*

**Энурез** (*эн + uron —* моча). См. *Недержание мочи.*

**Энуретический абсанс.** Разновидность бессудорожного эпилептического при­падка, проявляющегося упусканием мочи.

**Энцефалит** (*энцефал + ит*)*.* Воспаление головного мозга. Термин часто ис­пользуется для обозначения сборной группы заболеваний, не всегда носящих четко воспалительный характер, а то и вовсе невоспалительной этиологии, общим для ко­торых является диффузное и прогредиентное поражение головного мозга. Пример Э. не воспалительного генеза — Э. аллергический, Э. острый периаксиальный (бо­лезнь Шильдера) и др.

Поэтому следует говорить об Э. в строгом значении этого слова, то есть как об обусловленных инфекционным фактором воспалительных заболеваниях головно­го мозга: Э. дизентерийный, гриппозный, ревматический и др.

**Энцефалит эпидемический** [Economo C., 1917]. Воспалительное заболева­ние головного мозга, наблюдающееся в виде эпидемий. Возбудитель неизвестен, хотя общепринятой считается теория вирусной этиологии. Проявляется в виде острой и хронической стадий. Острая стадия характеризуется гиперкинетическими и психическими (делирий) расстройствами или, гораздо чаще, проявляется гиперсо­мнией (летаргией). Летаргия может быть первоначальным симптомом острой фазы, однако чаще следует за делириозным возбуждением. Хроническая стадия характе­ризуется неврологическими (постэнцефалитический паркинсонизм) и психическими расстройствами. В соответствии с преобладающими в клинической картине психиче­скими расстройствами Ф.Ф. Детенгоф [1960] различал следующие формы: 1) псев- допаралитические; 2) пароксизмальные — судорожные с психическими изменения­ми, эквивалентоподобные с приступами страха, обморочные и каталептические, ги- персомнические и нарколептические, формы с нарушением сенсорного синтеза и оптико-вестибулярными расстройствами, онирические; 3) шизофреноподобные — кататоноидные, галлюцинаторно-параноидные, гебоидные и шизофазическая; 4) психопатоподобные; 5) неврозоподобпые.

Син.: летаргический энцефалит, энцефалит Экономо.

**Энцефалит эпидемический, психосенсорная форма** [Гуревич М.О., 1941]. Форма эпидемического энцефалита, при которой не достигают значительной выра­женности паркинсонизм, бред, слабоумие. Типичны психосенсорные расстройства, парестезии.

**Энцефалозы** (*энцефал + оз*) [Marchand L., 1937]. Выделяемые в единую груп­пу в соответствии с концепцией Meygnant [1932] об абиотрофическом процессе атрофические заболевания головного мозга предстарческого и старческого возраста (болезни Пика и Альцгеймера, старческое слабоумие). Взгляд на атрофические за­болевания коры большого мозга в позднем возрасте как на следствие абиотрофиче- ского процесса, приводящего к слабоумию и распаду функций речи, гнозиса и прак- сиса, принят и в современной французской психиатрии [Еу Н., Bernard P., Brisset Ch., 1961]. Объединение этих заболеваний в одну группу, по мнению большинства иссле­дователей, является условным, так как единая биологическая или патоморфологи- ческая характеристика заболеваний, включаемых в энцефалозы, невозможна и объединение их обосновано лишь клинически [McMenemy W.H., 1940; Штернберг Э.Я., 1967].

**Энцефаломиелит** (*энцефало + миелит*)*.* Сочетанное воспаление головного и спинного мозга.

**Энцефалопатия** (*энцефало + греч. pathos —* страдание, болезнь). Органиче­ские поражения головного мозга, характеризующиеся дистрофическими его измене­ниями. Дифференциация Э. производится по этиопатогенетическим признакам — Э. аноксическая, артериосклеротическая, посттравматическая, гипертоническая, ги­погликемическая и т.д.

Термин Э. применяется, главным образом, для обозначения стойких и необра­тимых психических нарушений, возникших вследствие органического (экзогенно-ор­ганического) заболевания головного мозга. В этом отношении он совпадает с поня­тием хронического органического психосиндрома: Чаще всего термин Э. применяет­ся для обозначения остаточных проявлений черепно-мозговой травмы. В отличие от посттравматической церебрастении при посттравматической энцефалопатии, наря­ду с астеническими расстройствами, наблюдаются очаговые неврологические симп­томы, характерологические изменения (огрубение эмоций, склонность к чрезмерным аффективным реакциям, возбудимость, конфликтность, сутяжнические тенденции, частые истериформные проявления) и разной степени выраженности признаки ин- теллектуально-мнестического снижения. Грань между посттравматической Э. и пост­травматической деменцией относительна, условна, определяется глубиной интел­лектуального снижения.

Син.: церебропатия.

**Эонизм.** Сексуальная перверсия, связанная с неправильным осознанием сво­его пола, изменением психосексуальной ориентации в сторону противоположного пола. Часто сопровождается стремлением изменить свой пол путем хирургической операции на половых органах, требованием выдачи документов о принадлежности к противоположному полу. Нередко сочетается и с трансвестизмом. Изменения психо­сексуального поведения не поддаются психотерапевтической коррекции. Характер­но отрицательное отношение к лечению. Назван по имени дипломата Людовика XV шевалье д'Эона де Бюмонта, страдавшего этим половым извращением.

Син.: транссексуализм [Benjamin H., 1954].

**Эпидемии психические.** Коллективные индуцированные психозы (см.), рас­пространенные в Западной Европе во времена средневековья и чаще всего связан­ные с религиозным фанатизмом, распространенностью мистических предрассудков и суеверий. Охватывали население больших городов, областей, протекали обычно с нарастающим психомоторным возбуждением, часто в высказываниях больных доми­нировали идеи бесоодержимости, манихейства (см. *Тарантизм*)*.* Жестоко подавля­лись инквизицией. В России не приобретающие такой степени распространенности эпидемии еще перед революцией наблюдались в экономически отсталых районах Восточной Сибири (мерячение).

**Эпизод** (*греч. epeisodion —* случай, происшествие). Форма течения психиче­ских расстройств. Характерно острое начало, разворот картины психического расстройства совершается быстро, без видимых предвестников. Окончание Э. также быстрое, сопровождается обычно амнезией пережитого. Течение кратковременное. Э. состояния возникают вне какой-либо связи с внешними причинами. Типичный при­мер Э. — эпилептические сумеречные расстройства сознания и дисфории.

**Эпилепсия** (*греч. epilepsia —* схватывание, эпилептический припадок). Хрони­ческое эндогенно-органическое заболевание, протекающее с повторяющимися па­роксизмальными расстройствами (судорожными и бессудорожными) и формирова­нием слабоумия с характерными изменениями личности. При Э. наблюдаются острые и затяжные психотические состояния.

Начинается преимущественно в детском или юношеском возрасте. Имеются данные о наличии наследственного предрасположения. Значительную роль в этио- патогенезе играют органические поражения головного мозга — внутриутробное по­ражение плода, последствия черепно-мозговой травмы, нейроинфекции. В патогене­зе центральное место принадлежит наличию эпилептогенных и эпилептических оча­гов (см.).

***Э. абдоминальная.*** Э., протекающая с абдоминальными припадками (см.). По H. Gastaut [1975], применять этот термин не рекомендуется, так как абдоминальные припадки наблюдаются при различных формах Э. — генерализованной и фокаль­ной, что лишает его специфичности.

***Э. адверсивная.*** Протекает с адверсивными припадками (см.), вариант фо­кальной Э.

***Э. акустикогенная.*** Припадки провоцируются слуховыми, особенно неожи­данными, стимулами.

Син.: Э. слуховая рефлекторная, Э. акустическая, Э. аудиогенная, Э. аудио- сенсорная.

***Э. алкогольная*** (V. Magnan, 1883). Характеризуется большими судорожными припадками, возникающими у хронических алкоголиков в периоды чрезмерного упо­требления алкоголя или абстиненции, однако впоследствии припадки наступают аутохтонно. Первоначально возникновение Э.а. связывали со злоупотреблением по­лынной водкой (абсентом), однако это не нашло своего подтверждения в дальней­шем.

В настоящее время Э.а. рассматривается как вторая болезнь, развивающаяся по патогенетическим механизмам эпилептической болезни, утрачивающей первона­чальную связь с предшествующим ей и играющим причинную роль хроническим ал­коголизмом. Процесс «эпилептизации» ведет начало от формирования алкогольной энцефалопатии с происходящими параллельно изменениями обмена веществ, в том числе и повышением уровня эндогенного конвульсанта кинуренина (Громов С.А., Ефимов О.Ф., Карташев Е.В., Рыжов И.В., 1991).

***Э. арифметическая*** [Ingwar D.H., Nyman G.E., 1962]. Вид рефлекторной эпи­лепсии, при которой возникновение судорожных припадков провоцируется выполне­нием арифметических операций.

***Э. височная.*** Форма фокальной Э., при которой эпилептический или эпилеп­тогенный очаг локализуются в височной доле. Характерны припадки с сенсорной симптоматикой (слуховые, обонятельные, вкусовые), адверсивные, афатические, психические, часто в сочетании с вегетативными расстройствами и оральными авто­матизмами.

Син.: Э. височной доли, Э. психомоторная.

***Э. вторичная.*** См. *Э. симптоматическая.*

***Э. генерализованная.*** Протекает с первично генерализованными припадка­ми.

***Э. генуинная.*** Общее название форм Э., протекающих с первично генерали­зованными припадками, не связанных с явным органическим поражением головного мозга или выявленным нарушением обмена (то есть не симптоматические формы Э.).

Син.: Э. эссенциальная, Э. криптогенная, Э. идиопатическая.

***Э. детская.*** Припадки начинаются в возрасте до 3-х лет, в более старшем возрасте могут исчезнуть. Припадки носят характер миоклонических (см.), акинети­ческих (см.), часто односторонних и перемещающихся. Фокальные, особенно сома- томоторные, припадки встречаются крайне редко.

Син.: Э. инфантильная.

***Э. джексоновская.*** См. *Браве—Джексона эпилепсия.*

***Э. диэнцефальная.*** Протекает с диэнцефальными припадками.

***Э. дневная.*** Протекает с припадками, наступающими в дневное время, при бодрствовании. Ср.: Э. ночная.

***Э. затылочная.*** Форма Э. фокальной с локализацией эпилептического или эпилептогенного очага в коре затылочной области. Характерны зрительные иллю­зорные и галлюцинаторные припадки.

***Э. инсулярная*** (*анат. insula —* островок). Форма Э. фокальной вследствие поражения инсуло-периинсулярной области. Припадки часто носят характер вкусо­вых иллюзий и галлюцинаций и вегетативных проявлений (эпигастральных, абдоми­нальных).

***Э. инфантильная.*** См. *Э. детская.*

***Э. Кожевникова.*** См. *Кожевникова эпилепсия.*

***Э. континуальная*** (*лат. continuus —* непрерывный, длительный). См. *Кожев­никова эпилепсия.*

***Э. корковая.*** См. *Кожевникова эпилепсия.*

***Э. криптогенная*** (*греч. kryptos —* скрытый, тайный, *-genes —* порождающий, вызывающий). См. *Э. генуинная.*

***Э. ларвированная*** (*лат. larva —* маска). См. *Э. психическая.*

***Э. лобная.*** Форма Э. фокальной с локализацией эпилептического или эпилеп­тогенного очага в коре премоторной области лобной доли. Припадки часто носят ха­рактер субклинических, амнестических с сохраненным сознанием, но при распро­странении разряда на моторные прероландовы и подкорковые структуры они приоб­ретают характер адверсивных, соматомоторных или вторично генерализованных.

***Э. локальная.*** См. *Э. фокальная.*

***Э. малая.*** Протекает в форме малых эпилептических припадков.

***Э. метаболическая.*** Возникает у новорожденных и грудных детей в связи с нарушениями обмена веществ (пиридоксинового, аминокислотного, водно-солевого, углеводного, жирового) при наличии наследственного предрасположения или орга­нической патологии головного мозга.

***Э. мигренозная.*** Припадки возникают у лиц, длительное время страдающих мигренью, или чередуются с мигренозными приступами. По H. Gastaut, такой меха­низм патогенеза представляется сомнительным и термин этот употреблять не реко­мендуется.

***Э. миоклоническая.*** По H. Gastaut, термин неправомерен — речь идет о миоклонических припадках при болезни Унферрихта—Лундборга и эпилепсии Ко­жевникова, а также при первично генерализованной Э.

***Э. митральная*** (*анат. valvula mitralis —* митральный клапан сердца) [Лихтен­штейн Е.И., 1956]. Эпилептиформный синдром, возникающий вследствие гипоксии мозга при недостаточности сердца у больных с пороком митрального клапана.

***Э. музыкогенная.*** Редкая форма рефлекторной Э. Характерны музыкогенные припадки полиморфного характера, звуковая аура. Описана И.П. Мержеевским [1884], наблюдается при диффузных органических поражениях головного мозга с преимущественной височной, чаще двусторонней, локализацией [Hoff H., 1956; Weber R., 1956; Piotrowski A., 1959; Горник В.М., 1964.].

Син.: музыкальная Э., музыколепсия.

***Э. морфеическая.*** Припадки в основном наблюдаются во время сна, ночного или дневного.

Син.: Э. гипническая.

***Э. мягкая.*** Протекает с редкими припадками и характеризуется нерезко выра­женными интеллектуально-мнестическими и характерологическими изменениями.

***Э. наследственная.*** Обусловлена значительно усиленным наследственным предрасположением и протекает с первично генерализованными эпилептическими припадками (тонико-клоническими, миоклоническими и типичными абсансами). За­болевание чаще начинается в детском возрасте.

***Э. ночная.*** Припадки преимущественно или исключительно происходят во время ночного сна. Ср.: Э. дневная. См. также *Э. морфеическая.*

***Э. оперкулярная*** (*анат. operculum insulae cerebri* — покрышка островка большого мозга). Форма Э. фокальной, при которой эпилептический или эпилепто­генный очаг расположен в стенках сильвиевой борозды и периинсулярной области. Припадки сложного характера, с гиперсаливацией, жевательными движениями и со­стоянием оглушения. Им часто предшествует ощущение специфического вкуса.

***Э. органическая.*** Наиболее частая разновидность Э. симптоматической.

***Э. париетальная.*** Форма Э. фокальной. Локализация очага в коре теменной области. Характерны субклинические припадки, которые при переходе разряда воз­буждения на соседние чувствительные и двигательные структуры заменяются сома- томоторными, адверсивными, афатическими и др.

Син.: Э. теменная.

***Э. первично генерализованная.*** Характеризуется первично генерализован­ными припадками (тонико-клоническими, абсансами и двусторонними миоклониями), возникающими чаще в детском и подростковом возрасте. Не носит характера симто- матической, что дает основания говорить о связи с наследственным предрасположе­нием.

Син.: Э. идиопатическая, Э. эссенциальная, Э. истинная, Э. генуинная.

***Э. передневисочная.*** Разновидность Э. височной. Локализация очага в переднем отделе височной доли. Припадки носят характер аффективных или жева­тельных и глотательных автоматизмов.

***Э. перемежающаяся.*** Наблюдается у новорожденных и грудных детей и ха­рактеризуется перемежающимися припадками (судороги перемещаются с одной ко­нечности на другую, с одной половины тела на другую). Форма Э. детской.

***Э. поздняя.*** Характерно начало в зрелом и пожилом возрасте. Обычно яв­ляется следствием органических прогредиентных заболеваний головного мозга (це­ребральный атеросклероз).

***Э. полового созревания.*** Появление припадков связано с происходящими в пубертате гормональными сдвигами, временно повышающими судорожную предрас­положенность.

***Э. построландовая.*** Форма Э. фокальной. Локализация очага в коре постро­ландовой области. Припадки носят характер соматосенсорных и соматомоторных.

Син.: Э. постцентральная.

***Э. посттравматическая.*** Форма Э. органической, вызванной черепно­мозговой травмой. Припадки фокальные, характер их зависит от локализации очага поражения. Иногда происходит вторичная генерализация припадков.

Син.: Э. травматическая.

***Э. прероландовая.*** Форма Э. фокальной. Очаг локализуется в прероландовой области коры головного мозга. Часто наблюдаются джексоновские припадки.

Син.: Э. прецентральная.

***Э. пробуждения*** [Janz D., 1955]. Припадки возникают вскоре (через 1-2 часа) после пробуждения. Чаще всего это первично генерализованная Э. Признаки психи­ческой деградации выражены относительно нерезко, однако характерологические отклонения все же более значительны, чем у эпилептоидных психопатов.

***Э. психическая*** [Falret J.-P., 1861]. Бессудорожная форма Э. Диагностика основана на наличии характерных для Э. изменений личности, пароксизмальных симптомах расстройств, наблюдающихся главным образом в сфере аффектов и влечений, психических эпилептических эквивалентов, эпилептических психозов. H. Gastaut [1975] отрицает правомерность выделения Э. психической, однако дает со­вершенно иное ее определение, относя к ней все формы Э. с нарушениями созна­ния во время припадка и особенно в после- и межприпадочных периодах, что не со­ответствует общепринятому пониманию.

Син.: психоэпилепсия, Э. маскированная, Э. ларвированная, Э. бессудорож- ная.

***Э. психомоторная.*** Форма височной Э., проявляющаяся адверсивными или афатическими эпилептическими припадками.

***Э. психосенсорная*** [Гуревич М.О., 1936]. Разновидность Э. психической, в клинической картине приступов которой доминируют синдром психосенсорных расстройств и особые состояния, отличающиеся от тотальных сумеречных состоя­ний отсутствием амнезии и парциальностью нарушений сознания. Особые состоя­ния сближает с психосенсорными расстройствами наличие нарушений сенсорного синтеза.

Психосенсорные расстройства при истинной (генуинной) Э. отличаются пол­ной реинтеграцией, обратимостью симптоматики, тогда как при симптоматической Э. остаются резидуальные, хотя и нерезко выраженные, симптомы очагового харак­тера, особенно вестибулярные.

H. Gastaut [1975] обозначает психосенсорные эпилептические припадки как иллюзорные или галлюцинаторные, однако эти термины не могут рассматриваться как эквивалентные.

***Э. резидуальная*** [Kraepelin E., 1913]. Эпилептиформные синдромы у больных с резидуальными явлениями перенесенного, часто в раннем детском возрасте, орга­нического поражения головного мозга. В отличие от симптоматической эпилепсии, резидуальная возникает на почве неактивной, непроцессуальной органической пато­логии, и судорожные припадки, как правило, обусловлены наличием экзогенных вредностей [Берштейн Г.И., 1950].

***Э. рефлекторная.*** Редкая форма Э. при которой припадки возникают ре­флекторно, провоцируются чувствительными стимулами. Различают Э.р. зритель­ную и слуховую (акустикогенную) в зависимости от модальности раздражителя.

***Э. семейная.*** Наблюдается у нескольких членов одной семьи и связывается с наследственным конституциональным предрасположением. При значительной роли такого предрасположения говорят об Э. наследственной.

***Э. сенильная.*** Выделение как самостоятельной формы не обосновано [H. Gastaut, 1975], так как речь идет об Э. симптоматической или об эпилептиформных припадках, например, при болезни Альцгеймера.

***Э. симптоматическая.*** Припадки являются следствием и симптомом опре­деленного патологического состояния. Различают такие формы, как Э. метаболиче­ская и органическая (инфекции, интоксикации, травмы головы).

***Э. сифилитическая.*** Форма Э. симптоматической, наблюдается при сосуди­стых и менингоэнцефалитических проявлениях нейросифилиса.

***Э. сосудистая.*** Форма Э. симтоматической, наблюдается при сосудистых за­болеваниях головного мозга, особенно с наличием очагов поражения в специфиче­ских зонах коры головного мозга (церебральный атеросклероз, гипертоническая бо­лезнь). Протекает с большими судорожными припадками, обмороками.

***Э. телевизионная.*** Разновидность зрительной рефлекторной Э., наблюдает­ся у светочувствительных субъектов, особенно при расположении близко к экрану телевизора, при слабом освещении в помещении.

***Э. тетаноидная*** (*греч. tetanos —* судорожное напряжение, *-eides* — подоб­ный, похожий) [Prichard J.C.]. Форма Э., при которой судорожные припадки носят ха­рактер тонических, отсутствует клонический компонент.

***Э. токсоплазматическая.*** Форма симптоматической (органической) Э., на­блюдается при токсоплазмозе. Характер припадков зависит от локализации патоло­гических очагов.

***Э. тяжелая.*** Характеризуется частыми первично генерализованными припад­ками с тенденцией к развитию status epilepticus, эпизодами сумеречного помрачения сознания, интенсивным прогрессированием интеллектуально-мнестических и харак­терологических расстройств.

***Э. ункусная*** (*лат. uncus hyppocampii —* крючок гиппокамповой извилины). Разновидность височной Э., локализация очага в передне-внутренней части височ­ной доли, особенно в крючке гиппокамповой извилины. Характерны припадки с нару­шением обоняния (иллюзиями и галлюцинациями).

***Э. утренняя.*** См. *Э. пробуждения.*

***Э. фокальная.*** Характеризуется полиморфными очаговыми припадками с воз­можно вторичной генерализацией. Возникает в любом возрасте, обычно в связи с органическим поражением головного мозга.

Син:. Э. парциальная, Э. очаговая, Э. локальная.

***Э. фотогенная*** (*греч. phos —* свет, *-genes —* порождающий, вызывающий). Зрительная рефлекторная Э.

***Э. центрэнцефальная.*** Форма Э. генерализованной первичной, относится к наследственным. Характерны абсансы, миоклонии, тонико-клонические припадки.

***Э. эндокринно-токсическая*** [Серейский М.Я., 1926]. Форма Э. симптомати­ческой, характеризующаяся малыми припадками и наличием эндокринных расстройств (чаще всего гипертиреоз). Иногда эти болезненные признаки прояв­ляются одновременно, иногда же эндокринная патология предшествует появлению припадков. Преморбидно больные характеризуются как эпилептоиды.

***Э. эссенциальная*** (*лат. essentialis —* относящийся к сущности). См. *Э. гену- инная.*

**Эпилептиформный** (*эпилепсия + лат. formis —* подобный, похожий). Сход­ный с эпилептическими пароксизмами, напоминающий по клинике эпилепсию. Чаще всего термин применяется к судорожным припадкам.

**Эпилептический.** Относящийся к эпилепсии.

**Эпилептоидия** (*эпилепто + греч. -eides —* подобный). См. *Психопатия эпи- лептоидная.*

**Эпилептология** (*эпилепто + греч. logos —* учение, наука). Раздел медицины, изучающий клинику, этиопатогенез и методы лечения эпилепсии.

**Эпистаксофобия** (*греч. epistazo —* капать, сочиться + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь носового кровотечения.

**Эпитимный характер** (*греч. epi —* над, *thymos —* чувство). См. *Эпилептои- дия.*

Син.: эпилептоидный характер.

**Эпифеноменализм** (*греч. epi —* над, *phainomenon —* феномен, явление). Учение, рассматривающее психику, сознание, как явление, лишь сопутствующее фи­зиологическим процессам, надстройку над ними, не играющую активной роли в жиз­ни и деятельности человека. Э. отрицает активное отражение психикой реальности и ее значение как творческого фактора, определяющего положение человека в окру­жающем мире. Э. своими методологическими и гносеологическими принципами про­тиворечит диалектическому материализму.

**Эпифрения** (*эпи* + *греч. phren —* ум, разум). Термин, введенный Н. Шипковен­ским для обозначения эпилепсии по аналогии с шизофренией и циклофренией.

**Эпштейна симптом** [Epstein А.]. Наблюдается при неврозах у детей. При вол­нении верхнее веко не опускается, что придает лицу больного выражение страха.

**Эргазия** (*греч. ergasia —* работа, действие, деятельность) [Meyer А.]. Понятие для обозначения координированной и целенаправленной деятельности всех сомати­ческих и психических функций в норме. Из нарушений Э. А. Meyer и его последова­тели выводят разного рода эргастические реакции, специфические для определен­ных видов психической патологии. Эргазиатрия, по А. Meyer, — синоним психиатрии. См. *Майера эргазиология.*

**Эргазиофобия** (*эргазия + фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь совершения ка­кого-либо действия, движения.

**Эрготерапия** (*лат. ergon —* труд, занятие, *греч. therapeia —* лечение). Трудо­вая терапия.

**Эрготизм** (*фр. ergot —* спорынья). Пищевое отравление вследствие употреб­ления продуктов, содержащих рожки спорыньи. После предвестников (желудочно-ки­шечные расстройства, судороги в мышцах, головные боли, повышенная утомляе­мость, забывчивость, снижение настроения, страхи) развивается состояние спутан­ности с галлюцинациями, психомоторными расстройствами (возбуждение или сту­пор). Неврологически — симптоматика, напоминающая табес, но без зрачковых расстройств (эрготиновый псевдотабес). Эпилептиформные припадки. В тяжелых случаях — летальный исход или образование деменции.

**Эрейтопатия** (*греч. ereuthos —* краснеть, *pathos —* болезнь, страдание). Склонность к легко возникающему покраснению кожных покровов в области лица, шеи, груди. Может быть конституциональным признаком, часто наблюдается при не­врозах, будучи симптомом вегетодистонических расстройств.

**Эрейтофобия** (*эрейто + фобия*)*.* 1. Навязчивый страх, боязнь покраснеть; 2. Невротический страх, возникающий при рассматривании окрашенных в красный цвет предметов, возможно напоминающих кровь.

**Эремофобия** (*греч. eremos* — пустыня + *фобия*)*.* Навязчивый страх, боязнь находиться в безлюдном месте, быть в одиночестве.

**Эретизм** (*греч. erethizma —* раздражение, возбуждение). Повышенная возбу­димость, раздражительность, при значительной выраженности протекает с агрессив­но-разрушительными тенденциями. Наблюдается при олигофрении (эретическая олигофрения противоположна торпидным ее формам), постэнцефалитической и посттравматической характеропатии.

**Эризихтона синдром.** Наблюдается у тучных склеротиков с гиперлипидемией и характеризуется стремлением к излишествам в еде, несмотря на предупреждения врачей и близких о возможных пагубных последствиях, нередко оправдывающихся. Эризихтон — в греческой мифологии земледелец, обидевший Деметру, богиню уро­жаев и зерна, уничтожив деревья в посвященном ей саду. Был наказан богиней, на­славшей на него неукротимый аппетит, неутолимый голод. Чем больше он ел, тем становился голоднее. В результате Эризихтон проел свое имущество, продал за еду свою дочь в рабство, а напоследок ел самого себя.

**Эритрофобия** (*греч. erythros* — красный + *фобия*)*.* См. *Эрейтофобия.*

**Эрогенная зона** (*грея, eros —* любовь, страсть, *-genes —* порождающий, вы­зывающий). Участок кожи или слизистой, раздражение которого приводит к полово­му возбуждению и оргазму (в области половых органов, грудных желез и т.д.). Э.з. часто носят индивидуальный характер, различны для мужчин и женщин.

**Эротизм** (*греч. eros —* желание, страсть). Обобщающее название различных проявлений полового влечения.

**Эротографомания** (*эрото + графомания*)*.* Разновидность графомании, вле­чение к написанию любовных писем, эротических рассказов психически больными, психопатическими личностями.

**Эротодромомания** (*эрото + дромомания*)*.* Непреодолимое влечение к бро­дяжничеству, сопряженному с сексуальными эксцессами (любовными приключения­ми, изнасилованием и т.п.).

**Эротомания.** См. *Бред эротоманический.*

**Эскироля принципы изучения психических заболеваний** [Esquirol J.E.D., 1838]: 1) анализ симптомов психического расстройства; 2) поиски причин заболева­ния; 3) описание течения болезни и возможных вариантов ее исхода; 4) установле­ние общих принципов лечения заболевания.

**Эстезионевроз** (*греч. aisthesis —* чувство, восприятие). Неврозы, протекаю­щие с выраженной симптоматикой нарушения чувствительности.

**Этиология** (*греч. aitia —* причина, *logos —* учение, наука). 1. Учение о причи­нах болезней; 2. Происхождение, причина болезни, патологического состояния.

**Этиопатогенез** (*этио + патогенез*)*.* Совокупность представлений о причинах и механизмах развития болезни.

**Этиотропный** (*этио + греч. tropos —* поворот, направление). Направленный непосредственно на причину заболевания. Термин применяется к методам лечения, например, к лечению прогрессивного паралича пенициллином.

**Этнические факторы** (*греч. ethnos —* народ). Категории, специфические для различных этнических групп. По различию Э.ф. выделяются присущие народу при­знаки культуры, включающие особенности материального производства, человече­ского воспроизводства и быта (демографическая структура, структура семьи, обще­ственные структуры и др.), духовного воспроизводства (мировоззрение, методы со­циализации детей и подростков, верования, культурные традиции, социально-право­вые и морально-этические нормы), коммуникации (особенности общения индивидов, наиболее характерные методы общения и др.). Своеобразие Э.ф. изучается этно­психологией и этнопсихиатрией (транскультуральной психиатрией).

**Этнопсихиатрия.** Раздел социальной психиатрии, посвященный изучению эт­нических, культуральных факторов в развитии и течении психических заболеваний.

**Этнотерапия** (*греч. ethnikos —* племенной, народный, *therapeia —* лечение). [Kocova Z., Hausner M., 1979]. Погружение, возвращение больного в свое индивиду­альное и коллективное детство, в древние культурные шаблоны и архетипы с помо­щью групповых занятий, индивидуальных бесед, терапии изобразительным искус­ством, психодрамы, элементов этнологии, народных традиций, искусства танца, пан­томимы и т.д. Это способствует самораскрытию, самоутверждению пациента, поиску им своего места в жизни через ощущение в себе природного, древне-трудового, язы- чески-праздничного. Методика близка к религиозным переживаниям, глубинно-пси­хологической концепции C. Jung, однако ряд ее приемов вполне приемлем и может быть применен в работе психотерапевта, стоящего на других философских позици­ях.

**Этология** (*греч. ethos* — обычай, привычка, *logos* — наука, учение). Раздел биологии, изучающий поведение животных в естественных условиях. Особое внима­ние уделяется исследованию генетически обусловленных форм поведения. Перене­сение выводов Э. на изучение форм поведения человека представляет интерес, од­нако при этом следует учитывать социальный статус человека, поведение которого не может сводиться к сугубо биологическим механизмам, объясняться лишь ими.

**Эупарейния** (*греч. eu —* хорошо, совершенно, правильно, *pareunos —* сожи­тель). Одновременное, гармоническое наступление оргазма у мужчины и женщины во время полового акта. Ср.: диспарейния.

**Эфебофилия** (*греч. ephebos —* юноша, *philia —* любовь). 1. Разновидность мужского гомосексуализма, влечение к подросткам и юношам; 2. Влечение немоло­дых женщин к мальчикам и юношам.

**Эфиромания** (*эфир + мания*)*.* Разновидность наркомании, при которой объек­том пристрастия является этиловый эфир, производное этилового спирта, обычно используемый для наркоза.

**Эффект амфомиметический** (*лат. effectus —* результат действия, *греч. amphi —* с обеих сторон, *mimetos —* подражатель). Двойственная ответная реакция организма на внешние раздражители, при которой одновременно обнаруживаются признаки симпатико- и парасимпатикотонии, например, повышение АД и брадикине- зия.

**Эффеминизация** (*лат. e*(*f*) *—* от, из, *femina* — женщина). Нарушение созна­ния пола — женщина чувствует себя мужчиной. Симптом, противоположный эвира- ции (см.).

**Эхо эпилептические.** Стереотипные эпилептические автоматизмы (их фото­графическая повторяемость, клиширование).

**Эхография** (*греч. echo —* эхо, отголосок, *grapho —* писать, изображать) [Pick А., 1900, 1902; Sittig O., 1928]. Проявление эхолалии в письме. На просьбу отвечать письменно на задаваемый вопрос больной отвечает буквальным воспроизведением вопроса. В зависимости от того, устно или письменно был задан вопрос, различают акустическую и оптическую эхографию. Является проявлением рефлекторного авто­матизма, наблюдается при изменениях структуры головного мозга, может быть и функционального генеза.

**Эхокинезия** (*греч. echo —* эхо, отголосок, *kinesis* — движение). См. *Эхопрак- сия.*

**Эхолалия** (*эхо + греч. lalia —* речь). 1. Истинная Э. [Wernicke С., 1900], харак­теризующаяся автоматической непроизвольной и лишенной смысла репродукцией обращенной к больному речи. Больной повторяет услышанное теми же словами и с неизменными интонациями, что отличает Э. истинную от митигированной. 2. Митиги- рованная, облегченная Э., [Pick А., 1902, 1924], при которой больной повторяет во­прос собеседника, трансформируя его. Является не столько подвидом, сколько сту­пенью развития эхолалических расстройств, часто предшествуя (особенно — при болезни Пика) выявлению истинной Э.

**Эхология** (*эхо + греч. logos —* слово, речь) [Kleist К., 1908]. Симптом расстройства речи, характеризующийся тем, что больной в ответ на альтернативно построенный вопрос повторяет последнее слово. При перестановке слов вопроса он опять повторяет последнее слово, ранее бывшее первым. Например: Ответьте — да или нет! (Нет); Ответьте все же — нет или да! (Да). K. Leonhard [1957] сближает Э. с персеверацией и считает ее особенно характерной для кататонии речевой готовно­сти. Последняя выделялась автором как форма системной шизофрении (см. *Ши­зофрении систематика Леонгарда*)*.* Основные симптомы ее: мимоговорение (см.) по типу «речевого замыкания», а также персеверации, ассоциации по созвучию, нео­логизмы. Речь проявляется в форме импульсивно возникающих и тут же гаснущих ответов — реакции в связи с задаваемыми вопросами (патологическая речевая го­товность). Спонтанная речь отсутствует.

**Эхомимия** (*эхо + греч. mimia —* подражание). Непроизвольное повторение психически больным мимических движений окружающих. Наблюдается при катато­нии.

**Эхомнезия** (*эхо + греч. mnesis* — память) [Walther-Buel H., 1949]. Субъектив­ное переживание повторяемости одних и тех же событий, например, многократное (до 40-80 раз) переживание встречи с определенным лицом в одной и той же комна­те. Наблюдается при интоксикационных психозах (дибенамин). Э. аналогична симп­тому, описанному Б.А. Глазовым при интоксикации акрихином.

**Эхопатия** (*эхо + греч. pathos —* страдание, болезнь). Непроизвольное повто­рение психически больным мимики, жестов, поз, слов или выражений окружающих. Наблюдается при кататонии.

**Эхопраксия** (*эхо + греч. praxis —* действие). Непроизвольное повторение пси­хически больным действий, жестов окружающих. Симптом кататонии.

**Эхосимптомы.** Обобщающее название разного рода эхо-феноменов.

**Эхотимия** (*эхо + греч. thymos —* настроение). См. *Реакция имитации пато­логическая.*

**Эхофразия** (*эхо + греч. phrasis —* речь, речевой оборот). См. *Эхолалия.*

**Эхоэнцефалография** (*греч. echo —* отголосок + *enkephalos -* головной *мозг + grapho —* писать, изображать). См. *Эхоэнцефалоскопия.*

**Эхоэнцефалоскоп** (*эхо + энцефалоскоп*)*.* Прибор для морфологического ис­следования головного мозга методом ультразвуковой эхоскопии.

**Эхоэнцефалоскопия** (*эхо* + *энцефало + греч. skopeo —* смотреть) — метод ультразвукового исследования головного мозга. Применяется для выявления вну­тричерепной структурно-дислокационной патологии на основе определения и изме­рения латерального смещения медиально расположенных структур мозга (М-эхо- сигнала). Используется при диагностике опухолей, абсцессов, гумм, субдуральных и эпидуральных гематом, острых нарушений мозгового кровообращения, ушиба и не­которых других заболеваний мозга.

Син.: эхо-ЭС, эхоэнцефалография.

**Эя органодинамическая концепция** [Ey H.]. исходит из необходимости преодоления дуалистического противопоставления роли органического и психологи­ческого факторов в происхождении психических заболеваний, объединяет основные положения Джексона теории об уровневой деятельности головного мозга и возни­кающей при психических заболеваниях диссолюции с Жане концепцией психологи­ческого автоматизма о различных эволюционных уровнях сознания, объясняемых степенью снижения «психического напряжения». Уровень сознания рассматривается в соответствии с интенсивностью психической энергии. Интенсивность психической энергии определяется глубиной органического поражения. В зависимости от уровня, на котором происходит дезинтеграция (диссолюция), различаются два вида психиче­ских заболеваний. Острые психозы рассматриваются как патология сознания, хрони­ческие психозы и неврозы — как патология личности.

Все психические заболевания, по Н. Еу, имеют общую причину в виде органи­ческого поражения головного мозга, ведущего к нарушениям энергетического снаб­жения, вследствие чего происходит утрата контакта с реальностью, расстраивается социальная адаптация. Негативные и позитивные симптомы Н. Еу в известной мере аналогичны первичным и вторичным симптомам E. Bleuler. Диагностика шизофрении определяется не столько наличием негативных симптомов, которые могут наблю­даться и при неврозах, сколько системным их нарастанием, приводящим к наруше­ниям адаптации. Преобладание позитивных симптомов рассматривается как прояв­ление резистентности организма и считается характерным для шизофренных реак­ций, в отличие от ядерной шизофрении.

В противоположность нозологической системе E. Kraepelin выдвигается систе­матика психических расстройств по уровням диссолюции.

Э.о.к. является неоджексонианской и в известной степени эклектической. Ее положительное значение — в разработке некоторых общепатологических законо­мерностей в психиатрии, в установлении различий картин психозов, обусловленных уровнями поражения, в тенденции разграничения негативных и позитивных симпто­мов в психопатологии.

**Эякулят** (*лат. ejaculor —* выбрасывать). Семенная жидкость, выделяемая при эякуляции.

**Эякуляция** (*лат. ejaculatio —* выбрасывание). Семяизвержение, наступающее при половой близости или замещающих коитус формах половой активности (мастур­бации и др.), а также при поллюциях.

***Э. задержанная*** характеризуется длительным невыделением семени, а ино­гда и полным отсутствием эякуляции. Половой акт носит затяжной, изнурительный характер.

Син.: Э. затяжная, Э. запаздывающая.

***Э. преждевременная*** (*лат. ejaculatio praecox*) наступает преждевременно, в самом начале полового акта, иногда еще до введения полового члена во влагалище.

Син.: Э. ускоренная.

\_Ю\_

**Ювенильный** (*лат. juvenilis —* юношеский). Относящийся к детскому и юно­шескому возрасту; не достигший полового созревания.

**Юмора расстройства** (*англ. humour —* шутливый нрав). Личностное свой­ство, способность человека подмечать комические стороны явлений, эмоционально на них откликаться. Чувство юмора связано с умением находить противоречия в окружающей действительности, осмыслять их. Критерием наличия чувства юмора является понимание человеком шуток, шаржей, карикатур, комизма ситуации. Отсут­ствие или недостаточная выраженность чувства юмора чаще всего свидетельствуют об изменениях в эмоциональной сфере или недостаточном интеллектуальном раз­витии. Однако в ряде случаев недоразвитие чувства юмора является признаком конституциональным.

В психиатрии Ю.р. наблюдаются при ряде заболеваний. При шизофрении от­мечаются Ю.р., связываемые со своеобразным расщеплением интеллекта и эмоций [Познанский А.С., Дезорцев В.В., 1970; Блейхер В.М., Крук И.В., 1986]. Наиболее рано нарушается юмористическое восприятие жизненных ситуаций, не являющихся претенциозно-юмористическими, что связано с недостаточной самокритичностью и проявлением аутизма. Более длительное время сохраняется восприятие явно юмо­ристической продукции, например, карикатур. В ряде случаев Ю.р. у больных ши­зофренией носят парциальный характер, при значительной выраженности психиче­ского дефекта они становятся тотальными. В описаниях юмористических рисунков выявляется формально-оценочный подход, резонерски-комментирующий характер суждений, разноплановость мышления.

У больных эпилепсией Ю.р. обнаруживаются соответственно степени выра­женности слабоумия, при этом обнаруживаются тенденции к резонерству, эгоцен­трическая интерпретация комического с привлечением преимущественно собствен­ного жизненного опыта и своих непреодолимо инертных представлений, с затрудне­ниями в выделении существенного и тенденцией к детализации.

Юмор алкоголиков отличается брутальностью, плоскими, циничными шутка­ми. Часто больной в своих остротах не щадит и себя, обнажает свою интимную жизнь, представляет в черном цвете своих близких. Характерна своеобразная бра­вада больных алкоголизмом. В юморе алкоголиков часто виден элемент агрессивно­сти, направленной против окружающих, придающих ему мрачный характер. Смеш­ным становится то, что вовсе не представляется смешным здоровому. Юмор алкого­ликов часто выступает как проявление механизмов психологической защиты.

**Юнга аналитическая психология** [Jung C.]. Одно из направлений глубинной психологии, явившееся ответвлением от ортодоксального психоанализа S. Freud и противопоставляемое ему, хотя различия во взглядах S. Freud и C. Jung несуще­ственны: и там, и там на первый план выдвигается доминирование бессознательно­го, телеологический волюнтаризм. Основное отличие аналитической психологии от психоанализа — в объяснении сущности и природы бессознательного, биологиза- торское понимание которого S. Freud заменено трактовкой бессознательного как су­губо психологического понятия. Инстинкты человека, по C. Jung, имеют не биологи­ческую, а символическую природу. Различается личное бессознательное (все забы­тое, вытесненное человеком) и коллективное бессознательное, складывающееся из архетипов. Архетипы проявляются в виде символов и характеризуют мотивы бессо­знательного. Для анализа архетипов используются сновидения, мифология, религия. В архетипах С. Jung видел переживания предков ныне живущих людей. В психике человека коллективное, в том числе расовое, бессознательное доминирует над лич­ным. В структуре психики C. Jung выделял «персону» (превратное мнение человека о себе), «аниму» (женский архетип в мужчине), «анимус» (мужской архетип в женщи­не) и «самость» (центральный архетип личности, вокруг которого группируются все психические свойства человека).

Исключительно большое значение придается комплексам, которые, в отличие от S. Freud, трактуются далеко не всегда в плане сексуальности человека. Под комплексом C. Jung понимал скрытую в глубине бессознательного неразрешенную жизненную проблему, зависящую не только от жизненного опыта пациента, но и от архетипов, являющихся следствием жизнедеятельности предыдущих поколений.

Психотерапия, по C. Jung, основана на поисках и преодолении комплексов, являющихся символами бессознательного и отражающих моральный конфликт, про­тиворечащий человеческому существованию.

**Юнга архетипы.** См. *Юнга аналитическая психология.*

**Юнга ассоциативный эксперимент.** См. *Ассоциативный эксперимент.*

**Юнга интро- и экстраверсия.** См. *Личности типология по Юнгу.*

\_Я\_

Язык искусственный. См. *Неоглоссия.*

**Язык иррелевантный** (*англ. irrelevant —* не относящийся к делу). Нарушение мышления и речи, при котором слова, фразы, высказывания имеют значения только для говорящего. Часто это совершенно непонятный для окружающих новый язык, со­стоящий из сплошных неологизмов (см. *Неоглоссия*)*.* В то же время эти слова для самого больного значимы. Утрачивается коммуникативная функция речи. Наблюда­ется при шизофрении и раннем детском аутизме. Пример последнего случай, опи­санный L. Kanner [1948], — больной ребенок на вопрос родителей о том, всегда ли он говорит правду, отвечает им непонятным словом «блам». Оказывается, что он, рано научившийся читать, прочел объявление: «Блам говорит правду». Поскольку он говорит правду, он «Блам».

**Язык метафорический** (*греч. metaphora —* перенос). Метафора — употреб­ление слов или выражений в их переносном значении. В психиатрии понятие Я.м. отличается тем, что понятия, служащие основанием для использования больным слов и выражений, претендующих на роль метафорических, для собеседника оста­ются непонятными, хотя говорящему они представляются вполне логичными и зако­номерными. Проявление иррелевантного языка.

**Якоба—Крейцфельдта болезнь** [Jacob A., Creutzfeldt H.G., 1920]. Редко встречающаяся форма пресенильной деменции. Заболевание начинается в по­жилом возрасте с жалоб на ухудшение памяти, боль и слабость в ногах. Развивают­ся мышечное оцепенение, нарушения походки. Дизартрия, расстройства глотания, пирамидные знаки, эпилептиформные припадки, состояния нарушенного сознания делириозного типа. Нарастающая деменция. Тенденция к конфабуляциям, эпизоды нарушенного сознания, слуховые галлюцинации.

Различают [Schilder P., Malamud N., 1963] два типа течения:

1. Фронто-центро-темпоральный тип с тяжелой атрофией коры и перифериче­ских мотонейронов при относительно большей длительности заболевания.
2. Генерализованная атрофия, протекающая без поражения периферических мотонейронов. Течение подострое. В терминальной стадии — мутизм, акинезия, де­церебрационные расстройства и в заключение — кома.

Встречается очень редко. Есть указания на наследственный характер заболе­вания. Описана у представителей трех поколений одной семьи. Патологоанатомиче­ски — очаги атрофии в коре больших полушарий, мозжечке, ядрах ствола мозга, в продолговатом и спинном мозге, пролиферация глии.

**Яктация** (*лат. jactatio* — разбрасывание во все стороны). Двигательное воз­буждение в форме хаотических некоординированных движений, чаще всего — в пре­делах постели. Наблюдается при аментивных и тяжелых делириозных расстрой­ствах сознания. Я. наблюдается также в детском возрасте и проявляется навязчивы­ми действиями — ритмическое раскачивание или резкие движения туловища и голо­вы. Я. головы характеризуется быстрыми ритмическими движениями головы (накло­ны, вращения) и наблюдается у детей младшего возраста при неврозах, чаще перед засыпанием.

**Яроцкого аретотерапия.** См. *Аретотерапия.*

**Ятрогения** (*греч. iatros —* врач, *-genes —* порождающий, вызывающий) [Bumke О., 1925]. Один из вариантов психогении. Причиной болезненных расстройств является неправильное поведение врача (неосторожное высказывание врача о тяжести и плохом прогнозе болезни, предоставление больному возможности ознакомиться с медицинской документацией, научно-популярная лекция, построен­ная в пессимистическом плане, рассказ о плохом исходе аналогичного заболевания у другого больного и т.п.). Ятрогенные заболевания были почти одновременно опи­саны H.W. Gruhle, E. Bleuler, E. Kretschmer. Наиболее четко патогенез Я. был охарак­теризован О. Bumke, который подчеркивал, что часто сам врач не замечает своей роли в психогенезе заболевания. Наиболее характерны для Я. депрессивные и ипо­хондрические состояния (см. *Ипохондрия ятрогенная*)*.*

**Ятросомопатия** (*ятро + сома + греч. pathos —* болезнь, страдание). [Шипко­венский Н., 1963]. Один из вариантов патогенного воздействия медиков. Ущерб телесному здоровью больного наносится неправильным назначением лекарств, необоснованно проводимыми инструментально-лабораторными исследованиями, либо вследствие ненужной или неправильно проведенной операции. Часто сочета­ется с ятрогенией (см. *Ятрогения*)*.*

Син.: ятропатия.

**Ясперса психический процесс** [Jaspers К., 1913]. Форма течения психиче­ских расстройств, характеризующаяся прогредиентностью и образованием психиче­ского дефекта. Психопатологические расстройства не вытекают из особенностей личности больного, не являются их развитием. Это качественно новые явления, со­вершенно изменяющие психический склад больного. Примером психического про­цесса могут служить шизофрения, ряд эндогенно-органических, особенно атрофиче­ских, психозов.

**Ясперса триада критериев реактивных состояний** [Jaspers K., 1913]. Выде­лена при реактивных состояниях, для которых характерны следующие признаки: 1) реактивное состояние вызывается психической травмой; 2) психогенно-травмирую- щая ситуация отражается в клинической картине заболевания, в содержании его симптомов; 3) реактивное состояние прекращается с исчезновением вызвавшей его причины. Эти критерии не утратили своего значения и в настоящее время, однако дальнейшие наблюдения показали некоторую их относительность и условность. Так, установлена возможность отставленного возникновения реактивных состояний [Ган­нушкин П.Б., 1933; Шевалев Е.А., 1935]. Психологически понятные связи между со­держанием психопатологической симптоматики и предшествующей психогенией воз­можны и при других, в частности при процессуальных, психических заболеваниях [Ганнушкин П.Б., 1933; Бунеев А.Н., 1940; Гиляровский В.А., 1914]. Реактивные со­стояния не всегда полностью обратимы, а в ряде случаев реактивный психоз отры­вается от породившей его травмы, и ликвидация травмы не всегда влияет на исход заболевания [Введенский И.Н., 1926; Краснушкин Е.К., 1928; Фелинская Н.И., 1963; Канторович Н.В., 1967].

**Ясперса триада признаков бреда** [Jaspers К., 1913]. 1. Субъективная уверен­ность в реальности болезненных переживаний; 2. Невозможность корригировать вы­сказывания больного; 3. Несоответствие бредовых переживаний действительности.

Термины, употребляемые в оригинальном написании

**Carus** (*греч. karos —* сильная слабость). Крайняя степень выраженности ко­матозного состояния (см. *Кома*)*,* характеризуется полным исчезновением рефлексов и грубыми сосудодвигательными и дыхательными расстройствами.

**Deja entendu** (*фр.*)*.* Феномен «уже слышанного, воспринятого». Больной вос­принимает слышимое в настоящее время реально, как уже бывшее ранее, хотя это утверждение противоречит фактам.

**Deja eprouve** (*фр.*)*.* Феномен «уже испытанного». Больной утверждает, что действие или событие, в котором он на самом деле никогда не участвовал, пережи­валось им. Эти переживания могут носить бредовой характер.

**Deja fait** (*фр.*)*.* Феномен «уже сделанного». Термин использован P. Marie для обозначения разновидности парамнезий, при которой больной обнаруживает уве­ренность, что происходящее с ним в данный момент уже было когда-то.

**Deja pense** (*фр.*). Феномен «уже бывших мыслей». У больного возникает гра­ничащее с убежденностью чувство, что он в настоящее время полностью воспроиз­водит ход своих прежних рассуждений, мыслей. Этот феномен, как и deja vu, часто входит в структуру психомоторных припадков, что дает основание думать о роли в их происхождении височных отделов головного мозга [De Long R.N., 1951].

**Deja raconte** (*фр.*)*.* Феномен «уже рассказанного». При воспоминании о, каза­лось бы, уже забытых событиях, особенно если они относятся к далекому прошлому, у больного возникает ощущение, что об этом ему уже рассказывали. S. Freud ввел этот термин для обозначения убежденности пациента в том, что он уже рассказывал о каком-либо эпизоде психоаналитику, в то время как в действительности этого не было.

**Deja voulu** (*фр.*)*.* Феномен «уже бывшего желанным». Термин предложен P. Marie для обозначения парамнезий, при которых больной уверен, что его нынешние желания совершенно идентичны тем, которые он испытывал когда-то.

**Deja vu** (*фр.*)*.* Феномен «уже виденного». Видя что-либо впервые в жизни, больной утверждает, что это знакомо ему по прошлому. Например, он говорит, что уже был в каком-то, ранее им в действительности никогда не посещавшемся, горо­де. Это же относится и к чувству знакомого в ситуациях, никогда ранее больным не переживавшихся. S. Freud рассматривал данный феномен как проявление механиз­ма психологической защиты («Не бойся, ты уже был в такой ситуации, и все закончи­лось для тебя благополучно») и регрессивного оживления чувства всесильности (в форме предвосхищения будущего).

В немецкой психиатрии указанный феномен рассматривается как синоним идентифицирующих парамнезий.

**Delinquento nato** (*лат. delinquens —* виновник, *natalis —* рожденный). Термин, предложенный C. Lombroso [1876] для обозначения типа «врожденного преступника», представителя особого, антропологически выделенного автором, под­вида рода человеческого (homo delinquens), отличающегося характером телосложе­ния, наличием дегенеративных признаков и предрасположением к ряду психических заболеваний. Эта концепция приводила к неправомерной биологизации такого явле­ния, как преступность, к игнорированию его социальных корней.

**Demence precoce** (*фр.*) [Morel В., 1852]. Раннее слабоумие. Первая попытка выделения шизофрении в качестве самостоятельной нозологической формы. В представлении Morel раннее или преждевременное слабоумие охватывало главным образом гебефреническое симптомообразование. В основу нозологической самосто­ятельности раннего слабоумия были положены признаки его эндогенности и наступ­ления аффективного отупения.

**Dementia praecox** (*лат.*) [Kraepelin E., 1898] Раннее слабоумие. Выделение эндогенного психоза, приводящего к слабоумию, в состав которого первоначально включались простое, гебефреническое, кататоническое и параноидное слабоумие. Все эти формы объединялись нозологически и генетически, а также в соответствии с критерием единства исходных состояний. Впоследствии число форм раннего или преждевременного слабоумия было увеличено. Выделение D.p. явилось важным этапом в создании концепции шизофрении.

**Ebrietas psychotica** (*лат.*)*.* Патологическое (психотическое) алкогольное опьянение.

**Ebrietas vulgaris** (*лат.*). Простое алкогольное опьянение.

**Folie a deux** (*фр.* помешательство у двоих). Форма индуцированного психоза, при которой бредовые переживания отмечаются у двоих — индуктора и индуцируе­мого.

**Folie a double forme** (*фр.* помешательство в двойной форме). Психозы, про­текающие со сдвоенной аффективной фазой.

**Folie a trois** (*фр.* помешательство у троих). Форма индуцированного психоза, в котором участвуют три лица.

**Fuga idearum** (*лат. fuga* — бегство, бег, *греч. idea —* образ, мысль, идея).

Син.: скачка идей.

**Furor epilepticus** (*лат.* эпилептическое буйство). См. *Раптус эпилептиче­ский.*

**Furor maniacalis** (*лат.* маниакальное буйство). См. *Раптус маниакальный.*

**Grand mal** (*фр.*)*.* См. *Припадок эпилептический большой* (*развернутый*)*.*

**Impotentio couendi** (*лат. coitus —* половой акт). Характеризуется невозмож­ностью совершить половой акт до конца из-за недостаточной эрекции или преж­девременного семяизвержения.

**Impotentio generandi** (*лат. generare —* порождать, создавать). Обусловлена нежизнеспособностью или отсутствием половых клеток (некроспермия, азо­оспермия).

**Incontinentia alvi** (*лат. in —* не, *continere —* удерживать, *alvus —* живот, ис­пражнения). Недержание кала.

Син.: энкопрез.

**Incontinentia urinae** (*лат. in —* не, *continere* — удерживать, *urina —* моча). Не­держание мочи.

Син.: энурез.

**Jamais entandu** (*фр.*)*.* Феномен «никогда не слышанного»: знакомые звуки, речь воспринимаются как никогда ранее не слышанные.

**Jamais eprouve** (*фр.*)*.* Феномен «никогда не испытанного»: уже происходив­шие ранее действия, события воспринимаются как нечто совершенно новое, никогда ранее не переживавшееся.

**Jamais fait** (*фр.*)*.* Феномен «никогда не происходившего»: происходящие и давно известные явления воспринимаются как никогда не происходившие.

**Jamais vu** (*фр.*)*.* Феномен «никогда не виденного». Вид парамнезии, характе­ризующийся ошибочным ощущением и убежденностью больного в том, что он ни­когда не переживал или не видел ничего похожего на происходящее в данный мо­мент. Такого рода отрицание приводит к фрагментарности памяти, нарушению ее непрерывности. Вместе с полярно противоположным феноменом deja vu входит в описанные J. Jensen двойные ощущения.

**Katzenjammer** (*нем.,* дословно — кошачий вопль, кошачий концерт). Состоя­ние похмелья, характеризующееся общей слабостью, чувством разбитости, апатией, недовольством жизнью и наступающее после алкогольных эксцессов. Длится около суток.

**KZ-синдром.** См. *Концентрационных лагерей синдром.*

**Pavor diurnus** (*лат.*)*.* См. *Страх дневной.*

**Pavor nocturnus** (*лат.*)*.* См. *Страх ночной.*

**Pavor sceleris** (*лат.*). См. *Страх преступления.*

**Pedikatio mulierum** (*лат. mulier —* женщина). Половое извращение, соверше­ние полового акта между мужчиной и женщиной per anum.

**Petit mal** (*фр.* малая болезнь). См. *Припадок эпилептический малый.*

**Praecox-Gefuhl.** См. *Рюмке симптом чувства шизофрении.*

**Salacitas** (*лат. salax —* сладострастный). Повышенное половое влечение, па­тологическая сладострастность. Наблюдается у больных олигофренией, при некото­рых формах психопатий, в маниакальной фазе МДП.

**Tabes dorsalis** (*лат. tabes —* разрушение, истощение, *dorsum —* спина). См. *Сухотка спинная.*

**Verschrobenheit** (*нем. —* взбалмошность, странность, чудаковатость) [Birnbaum К., 1906; Kraepelin E., 1911]. Тип изменения личностных свойств, при кото­ром у человека оказывается особенно своеобразное поведение, необычные рече­вые манеры. Совершаются необычные, непонятные поступки. В речи отмечается предпочтение неуместных, малоупотребительных, особенно — абстрактных, слов и выражений, неологизмов. О простых вещах говорится напыщенно, манерно, неесте­ственно. Сопровождающие речь мимика и жестикуляция лишены аффективного зна­чения, часто причудливы, вычурны. Характерны также нелюдимость, склонность к одиночеству, замкнутость. Рассматривается как типично шизофренический симптом, проявление психического дефекта, в легкой форме отдельные проявления могут на­блюдаться у психопатических и акцентуированных личностей.

Библиография

[В списке литературы приведены лишь издания словарно-справочного харак­тера и руководства по психиатрии, общей психопатологии и смежным дисциплинам.]

*Авруцкий Г.Я., Недува А.А.* Лечение психически больных: Руководство для врачей. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1988.

*Банщиков В.М., Короленко Ц.П., Давидов И.В.* Общая психопатология. — М.: Медицина, 1971.

*Блейхер В.М.* Эпонимический словарь психиатрических терминов. — Киев: Вища школа, 1980.

*Блейхер В.М.* Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и меди­цинской психологии. — Киев: Вища школа, 1984.

БМЭ: В 36 т. — 2-е изд. — М.: Медгиз, 1956-1964; 3-е изд.: В 28 т. — М.: Меди­цина, 1974-1988.

*Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психологической диагно­стике. — Киев: Наукова думка, 1989.

*Гасто А.* Терминологический словарь по эпилепсии. — ВОЗ: Женева, 1975.

*Гиляровский В. А.* Психиатрия. — 4-е изд. — М.: Медгиз, 1954.

*Гуревич М.О.* Психиатрия. — М.: Медгиз, 1949.

*Гуськов B.C.* Терминологический словарь психиатра. — М.: Медицина, 1965.

*Жмуров В.А.* Общая психопатология. — Иркутск: Изд-во Иркутского универси­тета, 1988.

*Завилянский И.Я., Блейхер В.М., Крук И.В., Завилянская Л.И.* Психиатрический диагноз. — Киев: Вища школа, 1988.

*Карвасарский Б.Д.* Медицинская психология. — Л.: Медицина, 1982.

*Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В.* Психиатрия. — М.: Медицина, 1968.

Клиническая психиатрия */ Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. —* М.: Медицина, 1967.

Краткий психологический словарь */ Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошев- ского. —* М.: Политиздат, 1985.

*Лайбер Б., Ольбрих Г.* Клинические синдромы. —М.: Медицина, 1974.

*Лебединский М.С., Мясищев В.Н.* Введение в медицинскую психологию. — Л.: Медицина, 1966.

*Маккьюсик В.А.* Наследственные признаки человека. — М.: Медицина, 1976.

*Машковский М.Д.* Лекарственные средства: Пособие по фармакотерапии для врачей — 12-е изд. — М.: Медицина, 1993.

*Меграбян А.А.* Общая психопатология. — М.: Медицина, 1972.

Медицинский словарь английский — русский — французский — польский — русский */Под ред. Б. Злотницкого. —* Варшава: Польское гос. мед. издательство, 1971.

Наследственные болезни человека: Справочник */ Под ред. Л.О. Бадаляна. —* Ташкент: Медицина УзССР, 1980.

Общая сексопатология */ Под ред. Г.С. Васильченко. —* М.: Медицина, 1977.

*Осипов В.П.* Курс общего учения о душевных болезнях. — Берлин: Гос. изд. РСФСР, 1923.

*Осипов В.П.* Частное учение о душевных болезнях: Вып. I. — Петроград: Прак­тическая медицина, 1923; Вып. II. — М.-Л.: Госиздат, 1926.

*Попеску О.* Синдромы в педиатрии. — Бухарест: Медицинское издательство, 1977.

Психологический словарь */ Под ред. В.В. Давыдова, А.В. Запорожца, Б.Ф. Ло­мова и др.* — М.: Педагогика, 1983.

*Пятницкая И.Н.* Клиническая наркология. — Л.: Медицина, 1976.

*Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии. — М.: Учпедгиз, 1946.

Руководство по психиатрии: В 2 т. */ Под ред. А.В. Снежневского. —* М.: Меди­цина, 1983.

Руководство по психиатрии: В 2 т. */ Под ред. Г.В. Морозова. —* М.: Медицина, 1988.

Руководство по психотерапии. — 1-е изд. */ Под ред. В.Е. Рожнова. —* М.: Ме­дицина, 1974; 2-е и 3-е изд. — Ташкент: Медицина УзССР, 1979, 1985.

Словарь-справочник симптомов и синдромов заболеваний */ Под ред. М. Фей­гина. —* Варшава, 1965.

Руководство по судебной психиатрии */ Под ред. Г.В. Морозова. —* М.: Медици­на, 1977.

Судебная психиатрия */ Под ред. Г.В. Морозова. —* 2-е изд. — М.: Медицина, 1988.

*Фрумкин Я.П.* Психиатрическая терминология. — Киев: Госмедиздат УССР, 1939.

*Фрумкин Я.П., Воронков Г.Л., Шевчук И.Д.* Психиатрия: Таблицы и схемы. — Киев: Вища школа, 1977.

Частная сексопатология: В 2 т. */ Под ред. Г.С. Васильченко.* — М.: Медицина, 1983.

Энциклопедический словарь медицинских терминов: В 3 т. — М.: Советская энциклопедия, 1982.

Клинична психология */ Под ред. Вл. Иванова. —* София: Медицина и физкулту- ра, 1976.

Руководство по психиатрия: В 2 т. — София: Медицина и физкултура, 1987­1988.

*Стоименов Й., Рачев И.* Психиатричен клиничен речник. — София: Медицина и физкултура, 1988.

*Barta G.* Pszihologiai ertemezo szotar. - Budapest: Academiai Kiado, 1980.

*Bilikiewicz T.* Psychiatria kliniczna, Wyd. V. — Warsawa: PZWL, 1973.

*Bleuler E.* Lehrbuch der Psychiatrie. — XI Auflage, umgearb. von M. Bleuler. — Berlin—Heidelberg—New York: Springer Verlag, 1976.

*Campbell R.J.* Psychiatric Dictionary. Sed. — New York—Oxford: Oxford University Press, 1981.

Common Psychiatric Terms in 4 Languages. — Sandoz, Basel, 1971.

*Cuparencu В., Hotico Tr., Macrea R., Randasu St., Satta L., Secareanu Al., Strou A.* Psichiatrie clinicas: Guid alfabetic. — Cluj-Nanoca: Editura dacia, 1979. *Dietz K., Hesse P.G.* Worterbuch der Sexuologie und ihrer Grenzgebiete. - Greifen- Verlag zu Rudolstadt, 1971.

*Drever J.* A Dictionary of Psychology. — Harmondsworth: Penguin Books, 1952.

Encyklopedyczny slownik psichiatrii. Wyd. III. — Warsawa: PZWL, 1986.

*Fischer R.B.* The Dictionary of Mental Health. — Granada: London-Toronto— Sidney—New York, 1980.

*Hehlmann W.* Worterbuch der Psychologie. III Auflage. — Stuttgart: Kroner Verlag, 1965.

*Herman E.J.* Zespoly psychonewrologiczne. — Warsawa: PZWL, 1978.

*Hiltmann H.* Kompendium der psychodiagnostischen Tests. — Bern—Stuttgart— Wien: Huber Verlag, 1977.

*Jaspers K.* Allgemeine Psychopathologie. VIII Auflage. — Berlin—Heidelberg— New York: Springer Verlag, 1965.

*Kondas О.* Klinicka psychologia. — Bratislawa: Osveta, 1976.

*Kretschmer E.* Medizinische Psychologie / Herausgegeb. von W. Kretschmer. XIV Auflage. — Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1975.

*Leonhard K.* Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Atiologie. — VI Auflage. — Berlin: Akademie Verlag, 1986.

*Mayer-Gross W., Slater E., Roth M.* Clinical Psychiatry. — London: Cassel and Co Ltd, 1960.

*Muller Chr.* (Herausgeg.) Lexicon der Psychiatrie. — Berlin—Heidelberg—New York: Springer-Verlag, 1973.

*Noyes A.P., Kolb L.C.* Modern Clinical Psychiatry. VI Edition. — Philadelphia— London: W.B. Saunder's Company, 1963.

*Peters U.H.* Worterbuch der Psychiatric und medizinische Psychologie. II Auflage. — Munchen — Wien — Baltimor: Urban und Schwarzenberg, 1977.

Pieter J. Slownik psychologiczni. — Warsawa: Wyd. Ossolineum, 1963.

*Porot A.* Manuel alphabetique de psychiatrie clinique et therapeutique. 5-e edit. — Paris: Presse universitaire de France, 1975.

*Rycroft Ch.* A Critical Dictionary of Psychoanalysis. — Harmondsworth: Penguin Books, 1979.

*Scharfetter Ch.* Allgemeine Psychopathologie. — Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1976.

*Schneider K.* Klinische Psychopathologie. — Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1962.

*Takurdas H., Takurdas L.* Dictionary of Psychiatry. — MTP Press Limited, 1979.

*Тисе D.H.* A Dictionary of Psychological Medicine. — 1892, vol. 1-2.

*Werner A., Campbell R.J., Frazier S.H., Stone E.M.* A Psychiatric Glossary. V Ed. — АРА, 1980.

*Weitbrecht H.J.* Psychiatrie im Grundriss. III Auflage. — Berlin—Heidelberg—New York, 1973.

*Wolman B.B.* (ed.). Dictionary of Behavioral Science. — London—Basingstone: Macmillan Press Ltd, 1975.

Worterbuch der Individual Psychologie / Herausgeg. *R. Brunner, R. Kausen, M.*

*Titze. —* Munchen —Basel: Ernst Reinhart Verlag, 1985.

Worterbuch der Psychologie. — Leipzig: VEB, 1976.