

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии академии постдипломного образования ФМБА

Фофанова Ю.С.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Психиатрия (от греч. *psyche* – душа и *iatreo* – лечу) – область медицины, изучающая психические заболевания с целью их диагностики, лечения и профилактики. Разделяется на общую психопатологию и частную психиатрию.

Общая психопатология изучает общие закономерности типовых психопатологических процессов и состояний, их возникновение, развитие, клиническое проявление. Ее важной стороной является семиология – учение о симптомах (признаках) и синдромах психических расстройств.

Симптом – клинически наблюдаемый признак психического нарушения. В патогенезе психопатологических симптомов особую роль играют субъективные (речевые) механизмы, выражающиеся в патологическом смыслообразовании и определяющие специфику высказываний больных. Различают позитивные (продуктивные) симптомы – патологическую психическую деятельность, отсутствующую в норме (галлюцинации, бред) и негативные симптомы – снижение или выпадение тех или иных сторон психической деятельности (амнезия, апатия, абулия).

Синдром – система патогенетически взаимосвязанных симптомов. В структуре психического заболевания синдромы приобретают относительно специфические клинические особенности и динамику (постепенное развитие апатоабулического синдрома при шизофрении).

По степени тяжести выделяют *непсихотический* и *психотический* уровни психического нарушения. Психотический уровень (психоз) характеризуется нарушением способности индивида правильно рефлексировать действительность и действовать в ней (бред, галлюцинации, синдромы помрачения сознания). При патологии непсихотического уровня сохраняется относительно правильное понимание действительности, нет существенного изменения поведения (навязчивости, астенический синдром).

НАРУШЕНИЯ ОЩУЩЕНИЙ

Ощущение – отражение отдельных качеств предметов окружающего мира и состояний организма. Возникает непосредственно в ответ на стимул. Анатомо-физиологической основой являются рецепторы различных типов, проводящие пути и центральные анализаторы.

Нарушения интенсивности ощущений

Гиперестезия – усиление интенсивности одного или нескольких видов ощущений. Обычно сопровождается отрицательной эмоциональной реакцией. Характерна для экзогенных и органических психических нарушений (астенических состояний, интоксикаций, наркотического опьянения, алкогольного абстинентного синдрома, начальной стадии делирия).

Гипоестезия – снижение остроты и яркости одного или нескольких ощущений. Встречается при астеническом синдроме, оглушении сознания.

Анестезия – утрата чувствительности. Наблюдается при органических поражениях головного мозга (утрата поверхностной чувствительности при прогрессирующем параличе), истерическом неврозе (в этом случае анестезия носит демонстративный характер, ее локализация не соответствует зонам периферической иннервации – например, потеря чувствительности дистальных отделов конечностей по типу «носков и перчаток»).

НАРУШЕНИЯ ОЩУЩЕНИЙ

Качественные нарушения ощущений – изменение их характера, появление необычных ощущений.

Парестезии – неприятные ощущения щекотания, покалывания, пульсации, жжения, похолодания. Возникают без раздражения извне, локализуются на поверхности кожи, связаны с зонами периферической иннервации и не перемещаются. Наблюдаются при поражении периферических чувствительных нервных путей, при органических заболеваниях головного мозга.

Сенестопатии – патологические телесные ощущения, не связанные с нарушениями в соматической сфере. Встречаются при эндогенной депрессии, шизофрении, эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга. Для сенестопатий характерны следующие свойства:

- Неопределенность ощущений. Ощущения необычные, странные. Пациенты отмечают, что прежде не испытывали подобных ощущений.
- Диффузность. Ощущения не связаны с зонами периферической иннервации, возникают как на коже, так и внутри тела, могут перемещаться.
- Субъективная тягостность. Мучительный характер ощущений, особая глубина и качественно иной характер страдания, тягостный эмоциональный тон.

Сенестопатии представляют собой нарушения глубокого, протопатического уровня. Они возникают в глубине соматопсихического я и качественно отличаются от обычных телесных ощущений (например, болей при соматических заболеваниях). В быденном языке отсутствуют понятия, адекватно передающие их характер. Поэтому в речи больных с сенестопатиями появляются специфические высказывания.

НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

Восприятие – форма познавательной активности, в результате которой формируется целостный образ предмета. Тесно связано с актами ощущения и мышлением: анализ ощущений, сопоставление с прошлым опытом, появление представлений – обобщенных образов предметов, их выражение в языковых понятиях. Нарушения восприятия разделяются на четыре группы.

1. Агнозия – нарушение узнавания (распознавания) объектов и явлений на фоне ясного сознания и нормальной работы органов чувств. Характерны для органических поражений головного мозга (черепно-мозговые травмы, опухоли, энцефалиты) с поражением корковых зон тех или иных анализаторов.

2. Искажения восприятия характерны для экзогенных расстройств, экзогенно-органических поражений (инфекции, интоксикации, наркотическое опьянение), встречаются при эпилепсии (парциальные эпилептические припадки). Различают психосенсорные и оптико-вестибулярные расстройства.

Психосенсорные расстройства – искаженное восприятие физических параметров окружающих предметов и собственного тела – их размера, формы, пропорций, цвета, положения в пространстве, количества и др. **Метаморфопсия** (от греч. meta – за чем-либо, morphe – форма, opsis – зрение) – искаженное зрительное восприятие окружающих предметов. Аутометаморфопсия или расстройство схемы тела – искаженное восприятие собственного тела (его формы, размеров, положения его отдельных частей). Возникают, как правило, при закрытых глазах, под контролем зрения исчезают. Например, голова кажется увеличившейся в размерах или отделенной от туловища, руки и ноги – удлинненными, искривленными, собственное тело – увеличенным или уменьшенным в размерах, чрезмерно тяжелым или легким как перышко, жидким и т.п.

Оптико-вестибулярные расстройства – искаженное восприятие устойчивости и местоположения окружающих предметов: шатается пол, искривляются и падают стены, прогибается потолок, удаляются предметы.

НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

3. Изменения интенсивности восприятия

Синдром сенсорной гиперпатии – повышение интенсивности восприятия. Все воспринимается слишком ярко, резко, отчетливо. Наблюдается при гиперергической астении, острых экзогенных расстройствах.

Синдром деперсонализации-дереализации (синдром сенсорной гипопатии) – субъективное чувство нарушения восприятия собственных психических процессов, телесных ощущений, окружающего мира. С.С. Мнухин обозначал деперсонализацию как «кажущееся нарушение восприятия». Деперсонализация не имеет нозологической специфичности, наблюдается при эндогенных (шизофрения, эндогенная депрессия), экзогенных и экзогенноорганических расстройствах, эпилепсии, неврозах.

Выделяют три клинических формы **деперсонализации**: 1) Аутопсихическая – чувство нарушения восприятия собственных психических процессов (мыслей, эмоций, воспоминаний), своего я. 2) Соматопсихическая – чувство нарушения восприятия собственного тела (переживание утраты телесных ощущений, витальных и физиологических функций (голода, сна), омертвления тела, его искусственности). 3) Аллопсихическая – чувство нарушения восприятия окружающего мира (утрата чувства его реальности, переживание его безжизненности, неясности, тусклости, расплывчатости его звуков, красок).

Дереализация – анестетическая деперсонализация при глубоких эндогенных депрессиях, шизоаффективных психозах. Впечатления окружающего представляются бледными и как будто ненастоящими, нереальными, измененными, неестественными, в ряде случаев как будто поддельными

НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

4. Обманы восприятия

Иллюзии – ошибочное восприятие действительно существующих объектов. Мнимый объект воспринимается вместо реального. Иллюзиям способствуют эмоциональное напряжение (тревога, страх), нарушения органов чувств и внешние условия (темнота, туман, шум).

Аффективные иллюзии связаны с выраженным страхом, тревогой. В основном это зрительные и слуховые обманы.

Вербальные иллюзии – в речи окружающих слышатся угрозы, обвинения, оскорбления, насмешки. Могут сочетаться с персекуторным, депрессивным бредом.

Парейдолические иллюзии – ложные изображения подвижных сцен, животных, фантастических существ, возникающие при рассматривании сложных для восприятия предметов (рисунка обоев, складок штор). Парейдолии характерны для делирия, онейроида, наркотического опьянения, состояний экстаза.

НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

Галлюцинации – обманы восприятия, возникающие в отсутствии реальных объектов, воздействующих на органы чувств. Общие признаки – отсутствие реального раздражителя и убежденность в действительном существовании образа.

По органам чувств галлюцинации делятся на следующие виды:

Зрительные – видения различных предметов, людей, животных, мистических существ, собственного двойника и др.

Слуховые. Чаще всего наблюдаются вербальные галлюцинации – слова, фразы, разговоры, «голоса». Содержанием вербальных галлюцинаций могут быть угрозы, оскорбления, обвинения, убеждения, советы и др. «Голоса» могут комментировать действия больного. Возможны диалоги «голосов» между собой. Опасным вариантом являются императивные галлюцинации – приказы делать что-либо. Больные во многих случаях не могут сопротивляться этим приказам и выполняют их. Помимо вербальных, встречаются музыкальные галлюцинации.

Обонятельные – восприятие запахов, чаще всего, неприятных (гнили, крови, кала, гари). Запахи могут исходить от внешних предметов (из вентиляции, от пищи), от самого больного или его внутренних органов.

Вкусовые – как правило, неприятные, знакомые либо неизвестные, необычные («металлический привкус», вкус «цианистого калия», «горечь»).

Тактильные – восприятие присутствия на коже, в коже или под кожей предметов или живых существ: паутины, жидкостей, насекомых.

Висцеральные – восприятие присутствия внутри тела живых существ, инородных тел, дополнительных внутренних органов.

НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

По механизму возникновения различают *истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации*. Первые воспринимаются как реально существующие, обладают внешней проекцией, ярко чувственно окрашены. Больные убеждены, что окружающие также воспринимают эти образы. Вторые не имеют характера объективной действительности, отличаются необычным характером восприятия, интрапроекцией, а также в ряде случаев ощущением сделанности, насильственного появления образов. Псевдогаллюцинации преимущественно характерны для шизофрении, а истинные – для экзогенных психозов, органических поражений, эпилепсии.

Галлюциноз – синдром, в клинической картине которого преобладают обильные галлюцинации, обычно одного вида (чаще слуховые, реже зрительные, тактильные, обонятельные). Развивается на фоне ясного сознания. Галлюцинирование сопровождается выраженной тревогой, страхом, психомоторным возбуждением, особенно при остром галлюцинозе. В отличие от галлюцинаторно-бредового синдрома, бред отсутствует (иногда отмечаются рудиментарные и нестойкие бредовые идеи, отражающие содержание галлюцинаций).

НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

Специфические для детей обманы восприятия – галлюцинации воображения, гипнагогические и сновидные галлюцинации.

Галлюцинации воображения связаны с эйдетизмом и возникают из фантазий.

Гипнагогические галлюцинации (при засыпании) спонтанные, с фантастическим содержанием.

Сновидные галлюцинации – псевдогаллюцинации, появляющиеся в моменты засыпания и пробуждения («я видел сны»). По сравнению с гипнагогическими галлюцинациями они более яркие, сценоподобные, нередко сопровождаются чувством постороннего влияния.

В препубертатном и пубертатном возрасте галлюцинации являются составной частью бреда – сверстники «высмеивают недостатки», «договариваются избить».

Обонятельные галлюцинации (ощущение запаха собственных кишечных газов) являются компонентом дисморфоманического синдрома.

Галлюциноз возникает редко – вербальный, в виде фраз, произносимых одним или несколькими голосами, значительно реже – зрительный.

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Мышление – высшая форма познания реальности, установление внутренних связей между предметами и явлениями. Позволяет выйти за пределы восприятия, оперировать тем, что в данный момент не воспринимается, предвидеть последствия происходящего.

Мышление имеет несколько разновидностей, последовательно сменяющих друг друга в процессе психического развития индивида:

Наглядно-действенное – доречевое, в возрасте 2–4 лет. Ребенок производит действия с конкретными предметами, оперируя ощущениями и восприятиями.

Конкретно-образное – в 4–7 лет. Развиваются операции с представлениями и конкретными понятиями, параллельно развитию речи. Появляется образ предмета, доступный для сравнения с другими образами, группирования, запоминания.

Абстрактно-логическое – после 7 лет. Формируются сложные логические операции с абстрактными понятиями. Основой является принцип реальности – направленность мышления на познание объективных отношений между предметами, использование достоверных критериев истины и законов логики.

Патология мышления подразделяется на три группы.

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

1. Нарушения темпа мышления.

Ускорение мышления – легкое возникновение и быстрое течение мыслей, воспоминаний. Характерно для маниакальных состояний. Суждения поверхностные и непоследовательные, ассоциации случайные и поверхностные (например, по созвучию). Характерна «скачка идей» – непрерывная смена одной незаконченной мысли другой. Речь ускоренная, нередко в виде монолога.

Замедление мышления – заторможенное течение мыслей, замедленный переход от одной мысли к другой, уменьшение количества идей. Трудно подобрать слова, характерна олигофазия, паузы в ответах. Пациенты ощущают затруднение мышления, невозможность думать, отсутствие мыслей.

Обстоятельное мышление – склонность к детализации, излишне подробное описание всех мелочей, частных моментов. Речь чрезмерно подробная. При органических заболеваниях головного мозга в основе обстоятельности лежит невозможность разделить главное и второстепенное. Выраженная обстоятельность при эпилепсии называют вязкостью мышления.

Персеверация (от лат. persevere – упорно держаться, продолжаться) – многократные повторы какой-либо мысли, слова, фразы или действия, вне зависимости от изменения контекста, в силу их «застревания» в мышлении. Ответив на первый вопрос, на последующие больной повторяет тот же ответ. Характерна для органических поражений головного мозга, атрофических процессов.

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

2. Нарушения логической структуры и целенаправленности мышления

Аутистическое мышление не зависит от логических законов, полностью игнорирует действительность и не направлено на внешний мир. Действительность подменяется внутренним миром представлений и фантазий, с уверенностью в их реальности. Содержание переживаний противоречит действительности, нередко похоже на мифы, сказки, фантазии. Аутистическое мышление определяет аутистическую трансформацию собственного я – утрату прежних качеств и появление новых. Новое я имеет положительное значение. Воспринимают себя «просветителем», «философом», «поэтом» и др. Нередко появляется новое имя. Несоответствие представлений действительности не замечают. Аутистическое мышление определяет аутистическую трансформацию собственного я – утрату прежних качеств и появление новых. Новое я имеет положительное значение. Воспринимают себя «просветителем», «философом», «поэтом» и др. Нередко появляется новое имя. Несоответствие представлений действительности не замечают.

Атактическое (разорванное) мышление характеризуется распадом логической структуры речи при сохранении ее грамматической формы. Один из специфических симптомов шизофрении. Речь недоступна для понимания, со странными, парадоксальными сочетаниями слов. Выраженная разорванность мышления при шизофрении, проявляющаяся монологом непонятной речи, называется шизофазией.

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Бессвязное (инкогерентное) мышление – отсутствие логических связей между представлениями, ощущениями, восприятиями. Характерно для состояний помраченного сознания (аменции, астенической спутанности) при острых и затяжных экзогенных психозах. Наблюдается распад и смысловой, и грамматической структуры речи (в отличие от разорванного мышления). Речь представляет собой случайное воспроизведение не связанных между собой эпизодов жизни, хаотичный набор обрывков фраз, слов, слогов.

Паралогическое мышление – сочетание обычно несочетаемых мыслей. Исходные положения переходят в неправильные, нелогичные выводы. Мышление внешне структурировано, но ход мысли нарушен («кривая логика»). Характерно для шизофрении. В рамках паралогического мышления возможны внешне неадекватные и нелогичные, иногда опасные действия – парагномены.

Резонерское мышление – нецеленаправленное рассуждательство. Характерно для шизофрении. Мысль не может прийти к логическому завершению. Речь многословная, витиеватая, изобилует множеством вводных слов, наукообразных оборотов. Четкий и ясный ответ на вопрос больной дать не в состоянии.

Символическое мышление – использование в рассуждениях и в речи символов, понятных лишь самому больному. Характерно для шизофрении. Символические построения оторваны от реальности, нередко вычурны.

Неологизмы – патологические словообразования. Характерны для шизофрении и выражают глубокое нарушение мышления. Неологизмы не имеют смысла, либо их смысл понятен только больному

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

3. Патологическая продукция мышления (патологические идеи).

Навязчивые явления – возникают непроизвольно, вопреки воле и желанию больного, при критическом отношении к ним. Навязчивости отвлекают на себя внимание, мешают ходу мыслей, деятельности. Сопровождаются эмоциональным напряжением. Содержание оценивается как «ненужное», «лишнее». Характерен элемент борьбы – стремление преодолеть навязчивости, однако эти попытки не удаются, так как приводят к усилению эмоционального напряжения. В отличие от психических автоматизмов, отсутствует ощущение непринадлежности себе возникающих явлений и постороннего влияния. Выделяют отвлеченные навязчивости – с эмоционально не окрашенным содержанием, и образные – с эмоционально тягостным содержанием.

Сверхценные идеи – основаны на реальных ситуациях, но неадекватно отражают реальность в силу их особой эмоциональной насыщенности и значимости для больного. Сверхценная идея преобладает в сознании, стойкая, воспринимается пациентом как единственно верная. Поведение направлено на ее реализацию. Все другие интересы уходят на второй план. В отличие от навязчивых идей, сверхценные не осознаются больным как болезненные и ложные. В отличие от бреда, сверхценные идеи основаны на реальных ситуациях, не имеют дальнейшего развития, со временем могут редуцироваться. Сверхценные идеи характерны для расстройств личности, малопрогрессирующей шизофрении и органических заболеваний головного мозга.

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Синдром *патологического фантазирования* (бредоподобные фантазии, псевдология) – яркие вымыслы, заменяющие собой реальность. Целью фантазирования является привлечение к себе внимания, представление себя более значимой личностью, компенсаторный уход и защита от окружающих неприятностей. В отличие от конфабуляций и бреда воображения патологические фантазии имеют относительно правдоподобный характер. Субъекты увлечены фантазиями, но, как правило, могут признаться в их ложности. Для подростков характерно фантазирование в форме самооговоров и оговоров. Их возникновению способствуют повышенные и извращенные (садомазохистские) влечения. Самооговоры представляют собой рассказы о своих мнимых действиях и поступках негативного содержания (участие в ограблениях, принадлежности к бандам и шпионским организациям, мнимое изнасилование). Оговоры могут состоять в обвинениях в сексуальном насилии, якобы совершенном родственниками, сверстниками. В силу убежденности подростка в их реальности, эмоциональной заряженности и красочности описания, окружающие могут принять оговоры за правду. Синдром патологического фантазирования занимает промежуточное положение между сверхценными и бредовыми идеями. Встречается при истероидном расстройстве личности.

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Бред (бредовые идеи) – ложные умозаключения, формирующиеся на болезненной основе, овладевающие сознанием и не поддающиеся коррекции. По содержанию идей выделяют три группы бреда: персекуторный бред (бред преследования), бред величия и депрессивный бред.

Персекуторный бред чаще всего встречается при шизофрении, наблюдается также в структуре инволюционного параноида, органических бредовых психозов, реактивного параноида, эпилептических психозов.

Бред величия характерен для маниакальных и маниоформных состояний при биполярном аффективном расстройстве, органических аффективных психозах, эпилепсии, а также для парафренного синдрома при шизофрении.

Депрессивный бред наблюдается при депрессиях психотического уровня при биполярном аффективном расстройстве, органических аффективных психозах, инволюционной меланхолии.

Развитие и речевое выражение бреда связано с патологическим смыслообразованием. В основе содержания персекуторного бреда лежит первичное смысловое значение «внешней угрозы» (опасности, исходящей извне и избирательно направленной на больного). Первичным семантическим компонентом депрессивного бреда является понятие «внутренней угрозы» (опасности, исходящей от своего я).

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Синдромы с бредом

Паранойяльный синдром. Характеризуется бредовыми идеями преследования, отношения, ревности, реформаторства, изобретательства. Идеи представляют собой паралогическое толкование реальных фактов. Отсутствуют обманы восприятия, психические автоматизмы. Наблюдается при шизофрении, органических заболеваниях, алкоголизме (алкогольный бред ревности), инволюционных психозах. Характерно расширение круга лиц, включенных в бредовые интерпретации, и постепенная систематизация бреда. По мере расширения и систематизации бреда появляется симптом преследуемого преследователя – больные начинают активную и упорную борьбу с «преследователями», в том числе с проявлением агрессии.

Параноидный (галлюцинаторно-параноидный) синдром – персекуторный бред в сочетании с галлюцинациями, психическими автоматизмами, аффективными нарушениями (напряжением, тревогой, в острых случаях – с растерянностью, депрессивным или экспансивным аффектом). Наблюдается при шизофрении, органических, эпилептических, реактивных, алкогольных психозах. Для шизофрении характерен особый вариант параноидного синдрома – синдром психического автоматизма (синдром Кандинского-Клерамбо):

- Психические автоматизмы – переживание непринадлежности себе собственных психических и телесных процессов в сочетании с чувством их «сделанности», постороннего влияния, насилия.
- Бред преследования и воздействия – убеждение, что все переживания в рамках психических автоматизмов связаны с воздействием на больного каких-либо сил (известные или неизвестные люди, тайные организации, инопланетяне, потусторонние силы и др.; воздействуют гипнозом, особыми лучами, внедренными в тело радиоэлектронными «жучками» и т.п.).
- Псевдогаллюцинации с чувством «сделанности», постороннего влияния.

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Синдромы с бредом

Парафренный синдром – нелепо-фантастическое сочетание бреда величия с бредом преследования. Идеи величия масштабны, оторваны от реальности («царь всей Земли», «владелец несметных богатств», «мессия», способен влиять на социальные процессы в мире). Наблюдаются галлюцинации, психические автоматизмы. Парафренный синдром характерен для шизофрении, встречается при органических заболеваниях (прогрессивный паралич, черепно-мозговые травмы и др.).

Для параноидной формы шизофрении характерна последовательная смена бредовых синдромов: паранойяльный – параноидный (как правило, синдром психического автоматизма) – парафренный синдром.

Синдром Капгра (бред двойников) – ложные бредовые узнавания окружающих людей. Характерен для шизофрении. При симптоме положительного двойника в незнакомых людях узнает загримированных знакомых, родственников или известных лиц. Симптом отрицательного двойника – родственники и знакомые представляются больному чужими – как правило, загримированными преследователями. Симптом Фреголи – преследователь постоянно меняет лица, последовательно гримируется под разных людей. Бред интерметаморфозы – непрерывные изменения окружающего, превращения предметов, людей.

Синдром Котара (нигилистический бред) – фантастические нелепые идеи отрицания собственного существования или существования внешнего мира. Встречается при инволюционной депрессии, тревожно-меланхолических циркулярных депрессиях, шизофрении и функциональных психозах позднего возраста. Выделяют три клинических формы:

- Нигилистический бред (ипохондрический бред отрицания) – убеждение в нарушении функции или отсутствии тех или иных внутренних органов, вплоть до отрицания жизнедеятельности всего организма и собственного существования.
- Бред мучительного бессмертия (меланхолическая форма) – больные считают, что они будут мучиться вечно.
- Бред отрицания окружающего (бред гибели мира) – больные отрицают существование окружающих людей и событий, абстрактных категорий (время, числа).

НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Эмоции – непосредственные реакции на внутреннее состояние организма и внешние воздействия, отражающие субъективное отношение индивида к ним. Эмоции побуждают к активной деятельности, тесно связаны с волевой сферой.

Настроение – устойчивое эмоциональное состояние.

Нарушения эмоций

Нарушения интенсивности (выраженности) эмоций

Патологический аффект – кратковременная реакция на внезапную и сильную психическую травму (например, конфликт). Наблюдается при эпилепсии, органических поражениях головного мозга (после черепно-мозговых травм, энцефалитов), возбужденном (эпилептоидном) расстройстве личности. Происходит сужение сознания на психотравмирующих переживаниях с аффективным разрядом в виде психомоторного возбуждения, нередко с агрессией. За ним следует общая расслабленность, безразличие, часто глубокий сон. Период с нарушенным сознанием амнезируется. При физиологическом аффекте, в отличие от патологического, нет сужения сознания и последующей амнезии, субъект действует осознанно.

Аффективно-шоковые реакции. Возникают под влиянием внезапной и крайне интенсивной психической травмы (экстремальные ситуации, угроза жизни). Сопровождаются аффективным сужением сознания и амнезией. Проявляются в двух формах: реактивное возбуждение – хаотическое нецеленаправленное возбуждение по типу «двигательной бури» и реактивный ступор – обездвиженность с отсутствием речи и реакций на окружающее.

НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Эмоциональная гиперестезия (сенситивность) – повышенная эмоциональная чувствительность, обостренность реакций. Эмоции адекватные по характеру, но чрезмерно сильные – вспышки гнева, раздражения, реакции смеха, умиления, плача. Характерна для астенических состояний, некоторых акцентуаций и расстройств личности (сенситивного, астено-невротического).

Эмоциональная гипоестезия – вялость эмоций, холодность, черствость. Встречается при шизоидном расстройстве личности, астении.

Апатия (греч. apatheia – бесчувственность) – равнодушие и безучастность к себе и окружающим. Сопровождается бездеятельностью, отсутствием желаний и побуждений, бедностью мимики. Постепенно нарастающая апатия относится к облигатным симптомам шизофрении (в структуре апатоабулического синдрома). При глубокой астении, лобных органических поражениях апатия сочетается с аспонтанностью и адинамией.

Эмоциональная тупость – уплощение и оскудение эмоций с отсутствием способности реагировать на внешние события. Характерна для шизофрении. Отмечается безразличие, равнодушие, черствость, душевная холодность, бессердечие. Нарастает безразличие к близким, происходящим событиям, к тому, что составляло основу интересов. Больные не проявляют беспокойства при непосредственной угрозе жизни (пожар, голод), могут поедать несъедобное.

Эмоциональное огрубление – постепенная утрата наиболее тонких эмоций (такт, уважение, деликатность). В поведении отмечаются расторможенность, циничность, бесцеремонность, несоблюдение элементарных правил приличия. Характерно для органических поражений головного мозга.

НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Нарушения устойчивости эмоций

Эмоциональная лабильность (слабодушие, «недержание аффекта») – быстрые переходы от одной эмоции к другой, легкая изменчивость настроения по незначительным причинам, аффективные вспышки. Характерна для сосудистых поражений головного мозга, астенических состояний.

Эксплозивность (взрывчатость) – чрезмерная эмоциональная возбудимость с бурными вспышками гнева, ярости, часто с агрессией или аутоагрессией. Встречается при травматических поражениях головного мозга, эпилепсии.

Тугоподвижность эмоций (эмоциональная вязкость) – затруднения переключения с одной эмоциональной реакции на другую, длительное «застревание» одной эмоции. Характерна для эпилепсии.

Нарушения адекватности эмоций

Неадекватность эмоций (паратимия) – качественное несоответствие эмоции и вызвавшей ее ситуации. Встречается при шизофрении:

Амбивалентность эмоций – их двойственность, одновременное сосуществование разных эмоций. Относится к облигатным симптомам шизофрении.

НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Нарушения настроения

Гипертимия – патологическое повышение настроения.

Эйфория (греч. eu – хорошо и phero – нести, переносить) – благодушное настроение с оттенком беспечности, безмятежности, благополучия. Наблюдается при органических поражениях, алкогольном и наркотическом опьянении.

Мóрия – повышенное настроение с дурашливостью, беспечностью, склонностью к плоским шуткам, расторможенностью биологических влечений. Встречается при поражении лобных отделов головного мозга.

Экстаз – кратковременное состояние наивысшего блаженства с оттенком напряжения, иногда сужением сознания. Характерен для эпилепсии (ауры, психические эквиваленты припадков), встречается при органических поражениях головного мозга, прогрессиивном параличе, наркотических опьянениях.

Гипотимия – патологическое снижение настроения.

Тревога – чувство растущей опасности, предчувствие плохого исхода, ожидание катастрофы. Сопровождается вегетативными и соматическими реакциями (тахикардия, колебания артериального давления, потливость или озноб, желудочно-кишечные расстройства, тремор рук, дрожь), напряженностью, двигательным беспокойством, суетливостью, снижением концентрации внимания, нарушением сна. Наблюдается при многих психопатологических состояниях.

Дисфория (греч. dysphoria – раздражение, досада) – сниженное настроение с оттенком раздражительности, злобности, угрюмостью, недовольством собой и окружающими. Характерны вспышки гнева, ярости, с агрессией, разрушительными действиями, аутоагрессией. Дисфория является одним из важных диагностических признаков органических поражений головного мозга (травматических и др.) и эпилепсии, встречается при возбудимом расстройстве личности.

НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Синдромы с нарушением настроения

Маниакальный синдром (ману́я) характеризуется маниакальной триадой симптомов:

- повышение настроения,
- ускорение мышления (наиболее типична «скачка идей»),
- ускорение речевой и двигательной активности.

Повышение настроения носит витальный характер – ничем не омрачаемое состояние подъема, прилива сил. Характерны бредовые идеи величия, богатства, особых способностей и др. От идей величия при шизофрении они отличаются меньшей нелепостью, отсутствием галлюцинаций и психических автоматизмов, а также четкой связью со степенью выраженности мании. Поведение определяется повышением активности и бредовыми идеями. Типичной является «солнечная» мания – солнечно-радостное настроение. К атипичным относятся гневливая – сочетание повышенного настроения с раздражительностью, гневливостью, а также непродуктивная – повышение настроения без выраженного ускорения мышления и двигательной активности. «Солнечная» мания характерна для маниакальной фазы биполярного аффективного расстройства и циклотимии. Также маниакальный синдром встречается при органических аффективных психозах, эпилепсии, прогрессирующем параличе, приступообразной шизофрении, шизоаффективном психозе, симптоматических психозах

НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Депрессивный синдром характеризуется депрессивной триадой симптомов:

- снижение настроения,
- замедление мышления,
- замедление речевой и двигательной активности.

Снижение настроения носит витальный характер («витальная тоска») – сопровождается тягостными ощущениями «душевной боли», тяжести, жжения. Ощущения чаще всего локализуются в груди («предсердечная тоска»), реже в области живота, головы, шеи («Камень на сердце»). Характерны депрессивные идеи (самоуничужения, самообвинения, ипохондрические), суицидные мысли и попытки.

При выраженной депрессии двигательная заторможенность может достигать степени *депрессивного ступора* – полного оцепенения. На фоне непереносимой тоски или тревоги депрессивная заторможенность может внезапно прерываться *меланхолическими раптусами* (от лат. raptus – захватывание, резкое движение) – кратковременными приступами неистового двигательного возбуждения с криком, плачем, самоповреждениями, суицидными попытками.

Наиболее типична тоскливая депрессия (с тоскливым, меланхолическим настроением). К атипичным относятся тревожная, ажитированная (с тревожным возбуждением), адинамическая, дисфорическая, апатическая депрессия, депрессия с деперсонализацией (анестетическая), бредом Котара.

Трудной для диагностики является скрытая депрессия. Соматические и вегетативные проявления преобладают над психопатологическими. Наблюдаются нарушения сна, снижение аппетита, падение массы тела, запоры, тахикардия, нарушения ритма сердечных сокращений и дыхания, боли.

НАРУШЕНИЯ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Воля – способность к сознательной, организованной, целеустремленной деятельности, присущая только человеку. Деятельность человека проявляется в трех формах:

Произвольная деятельность – акты, направленные на достижение осознанной цели. Осуществляется с помощью волевого акта – целенаправленной психической активности, требующей сосредоточения активного внимания.

Автоматизированная деятельность – не требует активного сосредоточения внимания. Возникает путем сознательного научения (повторений одних и тех же действий под контролем сознания), затем производится автономно.

Инстинктивная деятельность – направлена на удовлетворение биологических (витальных) потребностей. В структуре волевого акта выделяют несколько этапов: появление мотивации к действию, борьба мотивов и выбор пути для достижения цели, выполнение действия, осознание его последствий с принятием или непринятием результата. В простом волевом акте этап борьбы мотивов отсутствует, и за осознанием мотива сразу следует выполнение действия. В сложном волевом акте этот этап является наиболее важным, так как выбор одного из возможных мотивов определяет направление и содержание дальнейшей деятельности.

НАРУШЕНИЯ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Количественные нарушения волевой сферы

Гипербулия – усиление деятельности. Цель постоянно меняется, действия редко доводятся до конца (низкая продуктивность). Характерна для маниакальных состояний, психомоторного возбуждения.

Гипобулия – снижение, заторможенность произвольной деятельности. Наблюдается при депрессии, астенических состояниях, шизофрении.

Абулия – отсутствие побуждений к деятельности. Наблюдаются адинамия, отсутствие деятельности по своей инициативе (аспонтанность), пассивность. Постепенно нарастающая абулия является одним из обязательных симптомов шизофрении. Сочетание апатии и абулии в рамках шизофренического дефекта формирует апатоабулический синдром. Аспонтанность также встречается при органических поражениях лобных долей головного мозга.

Качественные нарушения произвольной деятельности

Парабулия – неадекватность, вычурность, необъяснимость движений и действий. Встречаются парамимия (неадекватность мимики), парaprаксия (неадекватность движений), амбитендентность (одновременное присутствие противоположных побуждений, ни одно из которых не может возобладать; например, несколько раз протягивает руку для приветствия и отдергивает ее), импульсивные действия (элементарные кратковременные действия нелепого, разрушительного или агрессивного характера, возникающие без внутренней борьбы).

НАРУШЕНИЯ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Синдромы с нарушением волевой сферы

Кататонический синдром (греч. katateino – стягивать, напрягать) характеризуется мышечным напряжением, проявляющимся двигательными и речевыми нарушениями. Двигательная активность больного становится стереотипной и немотивированной, бесцельной. При развернутой картине происходит внезапное, без внешних причин чередование кататонического ступора и возбуждения. В других случаях развивается только состояние ступора либо возбуждения. Характерен для шизофрении (кататоническая форма), аффективных, органических заболеваний головного мозга, инволюционных, эпилептических психозов.

Кататоническое возбуждение – стереотипное и бессмысленное. К проявлениям кататонического возбуждения относятся:

Импульсивные действия – совершает внезапные и непредсказуемые поступки (внезапно вскрикивает, неожиданно ударяет кого-либо, плюет и т.п.).

Стереотипные действия – однообразное поведение, чаще всего нелепое и вычурное (ходьба от препятствия к препятствию, бег, действия с предметами).

Вербигерация – проговаривание или выкрикивание не связанных по смыслу слов, неологизмов, бессмысленных звуко сочетаний, «нанизывание» слогов.

Эхолалия – бесцельное повторение речи окружающих.

Эхопраксия – бессмысленное повторение действий окружающих.

Парамимия (гримасничество) – неадекватная, вычурная мимика.

Парапраксия (паракинезия) – вычурность, манерность, карикатурность жестов, движений и действий (например, подпрыгивающая походка).

Автоматическая подчиняемость – безусловное автоматическое выполнение больным всех требований, какими бы они ни были.

НАРУШЕНИЯ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Кататонический ступор – обездвиженность с отсутствием речи и повышением мышечного тонуса. К проявлениям кататонического ступора относятся:

Мутизм – полное или частичное отсутствие речи при сохранении способности говорить и понимать чужую речь.

Негативизм – выраженное повышение тонуса мышц с бессмысленным сопротивлением ситуации. Пассивный негативизм – сопротивление осмотру (не дает разогнуть ему руку). Активный – противоположные действия (при попытку разогнуть руку еще больше ее сгибает).

Восковая гибкость (каталепсия) – менее выраженный тонус мышц с отсутствием сопротивления, но длительным удерживанием позы, приданной извне.

Симптом воздушной подушки Дюпре – в положении лежа голова приподнята над подушкой.

Симптом хоботка – губы плотно сжаты и вытянуты хоботком.

Эмбриональная поза – лежит в напряженной эмбриональной позе.

Симптом Бумке – зрачки не реагируют на болевые и эмоциональные раздражители.

Симптом последнего слова Клейста – больной с мутизмом пытается ответить на вопрос, когда собеседник уходит.

Симптом Саарма – может ответить на вопрос, адресованный другому.

НАРУШЕНИЯ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Кататонический ступор сопровождается специфическими вегетативными и соматическими нарушениями: сальность кожи, акроцианоз, повышенное слюноотделение, потливость, себорея, сужение зрачков, снижение артериального давления, снижение массы тела. Больные не могут проглотить слюну.

Рудиментарным проявлением кататонического ступора являются кратковременные застывания в тех или иных позах (с поднесенной ко рту ложкой, поднятой для обувания ногой).

Различают люцидный ступор – на фоне ясного сознания и онейроидный – с грезоподобным помрачением сознания.

Люцидный ступор наблюдается при кататонической форме шизофрении, онейроидный при рекуррентной шизофрении, шизоаффективном психозе.

Рудиментарные кататонические нарушения отмечаются с 1–3 лет. Состояния рудиментарного кататонического возбуждения проявляются следующими симптомами:

- Стереотипная маятникообразная ходьба, от препятствия к препятствию.
- «Манежный бег» – однообразный бег по кругу.
- Стереотипные подпрыгивания, хлопанье в ладоши.
- Импульсивные поступки (ребенок внезапно взвизгивает, неожиданно ударяет кого-либо, плюет).
- Эхолалия и эхопраксия.
- Гримасничанье – ребенок нахмуривает лоб, зажмуривается, таращит глаза.
- Выкрики или проговаривание бессмысленных сочетаний звуков или набора отдельных, не связанных по смыслу слов

НАРУШЕНИЯ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Гебефренический синдром (от греч. hebe – юность) – дурашливое возбуждение, нелепое и немотивированное. Включает в себя:

- непродуктивную эйфорию;
- немотивированные действия;
- гримасничанье с манерностью.

Больные прыгают, кривляются, гримасничают, бессмысленно хохочут, неуместно грубо шутят, совершают импульсивные действия, нелепые выходки (забираются под кровать, катаются по полу, принимают вычурные позы). Мышление разорванное. Интонации и произношение манерные, тон речи экзальтированно-патетический. Бессмысленно повторяют слова, употребляют неологизмы. Расторжено половое и пищевое влечение. Настроение имеет характер своеобразной «холодной» эйфории. Grimасы заменяют улыбку, нелепый и беспричинный смех или хохот могут сменяться немотивированной злобностью и агрессивностью.

Гебефренический синдром характерен для гебефренической и злокачественной юношеской шизофрении. Элементы гебефреники могут сопровождать кататоническое возбуждение.

При ранней детской шизофрении отдельные симптомы гебефреники наблюдаются в структуре кататано-гебефренического синдрома. Двигательное возбуждение выражается в дурашливости, игривости и кокетстве, манерной речи с пуэрильными или, наоборот, взрослыми интонациями

НАРУШЕНИЯ ВЛЕЧЕНИЙ

Влечения – побуждения к деятельности, возникающие независимо от сознания, направленные на удовлетворение инстинктивных потребностей. Физиологическая основа – врожденные биологические механизмы – инстинкты.

Импульсивные влечения – внезапно возникающие стремления к какому-либо действию, полностью овладевающие сознанием и подчиняющие себе поведение. Встречаются при расстройствах личности, эпилепсии, шизофрении.

Дромомания – стремление к бродяжничеству, перемене мест. У детей и подростков состояния длятся от нескольких часов до нескольких дней и не связаны с дальними перемещениями. У взрослых – до нескольких недель.

Клептомания – влечение к бесцельным кражам, присвоению чужих вещей. Как правило, важен факт кражи, а не ценность украденного. Могут совершать кражу на глазах у окружающих, после чего часто возвращают украденное. В детском возрасте не следует относить к патологическому воровству мелкие кражи детских игрушек или чужих вещей – не имеющих, как правило, ценности (колечки, браслеты, бусы). Тайное присвоение совершается под влиянием соблазна. Запрет не удерживает от желания завладеть красивой и нужной вещью.

Пиромания – стремление к поджогам, манипуляциям с огнем.

Дипсомания – влечение к запойному пьянству. Длится до нескольких недель, затем самопроизвольно прекращается. Характерна частичная амнезия.

Нимфомания (у женщин), *сатириаз* (у мужчин) – неодолимая и беспорядочная сексуальная активность, не приносящая удовлетворения и не снижающая интенсивность влечения. Нередко вместо оргазма неприятные ощущения.

Копролалия – неодолимое стремление употреблять в речи нецензурные ругательства. Наблюдается при синдроме Жилиа де ля Туретта (полиморфные гиперкинезы и движения, похожие на миоклонические, затем вокализация, тики мышц лица и верхней части туловища, импульсивная копролалия и эхолалия).

НАРУШЕНИЯ ВЛЕЧЕНИЙ

Нарушения пищевого влечения.

Булимия – повышение пищевого влечения с прожорливостью, неутолимым чувством голода.

Анорексия – снижение пищевого влечения, вплоть до отказа от пищи. Встречается при неврозах, депрессиях, шизофрении. У детей младше 3 лет анорексия наблюдается при невропатиях, наряду со рвотами и срыгиваниями после еды. В 3–6 лет анорексия встречается при раннем детском аутизме и аутистическом расстройстве личности. Характерны избирательность и капризность в еде (выбор еды в зависимости от цвета, отказ от мясных блюд, овощей), длительное удерживание пищи во рту, медленное ее пережевывание, иногда выплевывание.

Нервная (психическая) анорексия проявляется стойким стремлением к похуданию. Причиной является не нарушение пищевого влечения, а сверхценная дисморфоманическая идея – болезненное убеждение в чрезмерной полноте. Характерен упорный отказ от еды, поведение, направленное на похудание. Прогрессирует потеря веса, развивается кахексия с аменореей, выраженной астени- зб ей, соматоэндокринными нарушениями. Имеется опасность летального исхода. Чувство голода вначале сохраняется, что обуславливает булимические срывы с вынужденной рвотой. Как самостоятельное расстройство встречается у девушек-подростков, как синдром – при истерическом неврозе, шизофрении. При шизофрении наблюдается *вомитомания* – стойкое влечение к рвоте.

Извращение пищевого влечения. *Полифагия* – поедание несъедобного (земли, песка, испражнений). Встречается при выраженной умственной отсталости, деменции, шизофрении; иногда в норме у беременных, у детей (поедание мела при потребности в кальции). *Парарексия* – пищевые пристрастия, обусловленные сверхценным или бредовым отношением к пище; чаще при шизофрении (смешивает все блюда – «все равно в желудке все перемешивается»).

НАРУШЕНИЯ ВЛЕЧЕНИЙ

Нарушения полового влечения

Нарушения психосексуального развития

Нарушения темпов и сроков психосексуального развития – задержка и преждевременное психосексуальное развитие.

Девииции психосексуального развития – нарушения полового самосознания (транссексуализм); нарушения стереотипа полоролевого поведения (его трансформация, гиперролевое поведение, садизм, мазохизм, садомазохизм); нарушения психосексуальных ориентаций (эксгибиционизм, вуайеризм, фетишизм, мастурбация, зоофилия, некрофилия, педофилия, геронтофилия и др.).

Конституционально-эндогенные формы сексуальных нарушений – различные нарушения при акцентуациях характера и расстройствах личности, шизофрении, эпилепсии, аффективных расстройствах, умственной отсталости.

Психогенные формы сексуальных нарушений. У мужчин несостоятельностью эрекции (импотенция), преждевременная эякуляция, отсутствие эякуляции. У женщин – вагинизм (спастические сокращения мышц влагалища и тазового дна при коитусе), диспареуния (психогенные боли в половых органах при коитусе), фригидность, аноргазмия.

НАРУШЕНИЯ ВЛЧЕНИЙ

Нарушения инстинкта самосохранения

Повышение инстинкта самосохранения проявляется боязнью нового, перемен, незнакомых людей и объектов, приверженностью к привычному и неизменному порядку. Встречается при раннем детском аутизме, невропатии, у шизоидных, психастенических и конформных личностей, при шизофрении и атонической умственной отсталости.

Аутоагрессивность – агрессия, направленной на самого себя, прямые действиями против себя (увечья, травмы, какой-либо ущерб). Легкая степень аутоагрессии – патологические привычки: трихотилломания – выдергивание волос, онихофагия – обкусывание ногтей, аутомутиляция – обкусывание губ, пальцев. Более тяжелое проявление – аутодеструктивные действия – нанесение себе повреждений. Наиболее тяжелое нарушение – *самоубийство* (суицид, лат. suis – себя, caedo – убивать). Встречаются депрессивное самоубийство (в связи с депрессивными идеями), бредовое (при бреде преследования, воздействия, перерождения через смерть), галлюцинаторное (при императивных галлюцинациях или обманах, убеждающих в безвыходности ситуации), импульсивное (внезапное, немотивированное, при кататоническом синдроме), эпилептиформное (при эпилептиформном возбуждении).

При истерическом неврозе наблюдаются демонстративные суициды. Их цель – привлечение к себе внимания, демонстрация окружающим своих страданий (совершают порезы вен на предплечьях, принимают не смертельные дозы лекарств, делают «тайные признания друзьям», пишут «прощальные записки», через которые окружающие должны обратить на них внимание). В случае выраженного аффективного напряжения с аффективным сужением сознания, либо по неосторожности, суицид может стать завершенным.

Агрессивность – упрямство, конфликтность, прямая агрессия. Встречается при расстройствах личности, психопатоподобных состояниях органического генеза, шизофрении, эпилепсии.

НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ

Внимание – избирательная направленность психики, выражающаяся в ее сосредоточенности на определенных объектах или деятельности. Пассивное (непроизвольное) внимание связано с ориентировочным рефлексом. Оно привлекается новым, сильным или интересным раздражителем. Активное (произвольное) внимание связано с целенаправленным волевым актом. Его разновидностью является селективное внимание – выделение одного объекта из ряда подобных (речь собеседника из окружающих звуков). При ослаблении активного внимания пассивное усиливается.

При астенических состояниях (неврастения, органические заболевания головного мозга) наблюдается повышенная истощаемость и отвлекаемость в связи со снижением устойчивости и концентрации активного внимания.

При астении органического генеза может сужаться объем активного внимания – способность удерживать несколько представлений одновременно.

При маниакальных состояниях и психомоторном возбуждении наблюдается *повышенная отвлекаемость* в связи со снижением устойчивости внимания. Внимание не удерживается на одном объекте и постоянно привлекается новыми случайными стимулами.

При депрессии, тревожных состояниях, патологических идеях наблюдается чрезмерная концентрация внимания (фиксация) на тягостных переживаниях и идеях (на витальной «душевной боли» и переживаниях самоуничужения при депрессии, на ситуациях преследования при персекуторном бреде).

Для эпилепсии характерна *тугоподвижность* внимания – затруднение его переключения. Больные «застревают» на одном представлении, эмоциональном переживании, виде деятельности и не могут быстро переключиться на что-либо другое.

Апрозексия – полная невозможность сосредоточения внимания. Проявляется невозможностью привлечь внимание больного или вызвать его интерес к чему-либо. Нарушены и активное, и пассивное внимание. Встречается при нарушении сознания (особенно аментивной спутанности), органических поражениях лобных отделов головного мозга со слабоумием, атонической форме умственной отсталости, ранней детской шизофрении.

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Память – отражение прошлого опыта, заключающееся в запоминании, сохранении и последующем воспроизведении (или узнавании) того, что ранее было воспринято, пережито или сделано.

Конкретно-образная (механическая) память – прямое запоминание объектов и впечатлений без их переработки.

Абстрактно-логическая (смысловая) – запоминание с участием мыслительной и интеллектуальной активности. По виду запоминаемых образов различают образную (зрительные, слуховые и другие образы), логическую (понятия, идеи), моторную (последовательности движений), эмоциональную память (эмоциональные состояния). Выделяют также произвольную и произвольную память.

По временной организации память разделяют на оперативную (запоминание на время работы с материалом, на минуты), кратковременную (запоминание текущих событий, на часы и дни) и долговременную (на месяцы и годы).

Количественные нарушения памяти

Гипермнезия – патологическое усиление памяти. Характеризуется легкостью воспроизведения прошлого опыта, большим количеством ярких образных воспоминаний. Наблюдается при маниакальных состояниях, начальных этапах алкогольного и наркотического опьянения, реже при инфекционных психозах. Гипертрофия механической памяти на фоне недоразвития смысловой может наблюдаться при умственной отсталости (запоминает большие объемы информации, не обдумывая).

Гипомнезия – ослабление памяти. Чаще всего нарушается одна из функций памяти (запоминание, хранение, воспроизведение). Встречается при астении, атеросклерозе, состояниях после черепно-мозговых травм, тяжелых инфекций, интоксикаций.

Анэфория – затруднение воспроизведения хорошо известной информации. Воспоминание обычно происходит при напоминании или отвлечении.

Амнезия – отсутствие воспоминаний, выпадение памяти.

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Ретроградная амнезия – отсутствие памяти на события, непосредственно предшествовавшие началу заболевания, выключению сознания. Возникает после черепно-мозговых травм, острых инфекций, интоксикаций.

Антероградная амнезия – отсутствие памяти на события, происходившие после окончания болезни, например, после восстановления сознания.

Фиксационная амнезия – нарушение запоминания текущих событий. Жизнь воспринимается одномоментно, без связи с прошлым и понимания последовательности событий. Является основным симптомом корсаковского синдрома. У детей чаще наблюдается кратковременно.

Аффектогенная амнезия – забывание событий, вызвавших сильное потрясение, волнение, происходящее по механизму вытеснения.

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Качественные нарушения памяти (парамнезии)

Конфабуляция – патологическая продукция, которую больной принимает за воспоминания о реальных событиях. Носит неправдоподобный и часто нелепый характер. Замещающие конфабуляции заполняют пробелы в памяти и встречаются на фоне амнезии при органических заболеваниях головного мозга, сенильных, сосудистых психозах. При парафреническом бреде наблюдаются фантастические конфабуляции (о встречах с выдающимися людьми, богатстве и т.п.).

Псевдореминисценции – неправильное воспроизведение (смещение) во времени событий, происходивших в действительности. Чаще всего заполняют пробелы в памяти. События давнего прошлого вспоминаются как недавние и наоборот. В отличие от конфабуляций, характерно обыденное содержание воспоминаний. Этиология аналогична замещающим конфабуляциям.

Криptomнезия – неспособность идентифицировать источник воспоминания. В воспоминаниях больной не различает действительно происходившие события и то, что увидел по телевизору, во сне, прочитал в книге, услышал от окружающих, и рассматривает их как происходившие с ним. Либо воспринимает происходившие с ним события как увиденные во сне, прочитанные, случившиеся с другим человеком. Встречается при шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, сенильных психозах.

Феномены «уже виденного» (déjà vu), «уже слышанного», «уже пережитого» и др. Новая обстановка и события воспринимаются как уже пережитые ранее, с ощущением, что все это уже происходило в точности так же, как происходит в настоящее время. Часто сопровождается ощущением знания, что произойдет в следующий момент. Обычно сохраняется понимание, что переживание не соответствует действительности. **Феномены «никогда не виденного»** (jamais vu), «никогда не слышанного», «никогда не пережитого» и др. Знакомая обстановка и привычные ситуации воспринимаются как впервые увиденные, прежде не переживавшиеся. Данные феномены возникают внезапно, длятся несколько секунд, затем так же внезапно прекращаются. Часто они являются аурой или психическими эквивалентами припадков. Помимо этого, встречаются при астении, органических поражениях. Явления déjà vu иногда встречаются у здоровых.

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Синдромы с нарушениями памяти

Амнестический синдром проявляется прогрессирующей гипомнезией. Память постепенно опустошается в соответствии с законом Рибо: вначале стираются недавние события, постепенно исчезают более давние. Дольше сохраняется эмоциональная и моторная память, навыки, приобретенные в детстве и молодости. Наблюдается при атрофических процессах головного мозга (прежде всего, старческом слабоумии), прогрессивном параличе, органических поражениях (после травм головного мозга, нейроинфекций, интоксикаций, энцефалитов). В исходе формируется амнестическая деменция. Прогрессирующая гипомнезия при злокачественном течении эпилепсии, в том числе у детей, связана с развитием патологического эгоцентризма (сужением круга интересов на том, что непосредственно касается больного) и застреваемостью аффектов. Например, лучше сохраняется то, что относится к лечению, или обиды.

Корсаковский синдром включает в себя:

фиксационную амнезию; амнестическую дезориентировку; конфабуляции и псевдореминисценции; ретроградную и антероградную амнезию.

Психоорганический синдром – состояние общей психической несостоятельности, специфичное для органических заболеваний головного мозга. Характеризуется триадой симптомов Вальтер-Бюэля: снижение памяти; ухудшение понимания (снижение уровня мышления); эмоциональная лабильность. Нарушаются все виды памяти. Чаще всего наблюдается дисмнезия (нарушение запоминания и воспроизведения). Мышление становится конкретным, обедняются представления, снижается сообразительность, нарушается понимание и усвоение новой информации. Снижаются адаптационные возможности. Эмоциональная лабильность может достигать степени «неудержания аффекта». В зависимости от наличия другой психопатологической симптоматики, выделяют астенический, эксплозивный, эйфорический и апатический варианты психоорганического синдрома. Психоорганический синдром чаще всего является резидуальным состоянием – последствием органических поражений головного мозга – черепно-мозговых травм, интоксикаций, энцефалитов, радиационных поражений и др.

НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Интеллект – способность создавать ассоциации высокого уровня, совокупность умственных функций (абстракция, образование понятий, суждений и умозаключений), делающих возможным познание, анализ опыта и знания для адаптации к действительности и решению новых задач. Основу интеллекта составляет мышление. Другими предпосылками интеллекта являются: точность восприятия, внимание, память, речь, моторика, познавательная активность.

Задержка психического развития возникает вследствие психофизического инфантилизма, слаборожденности, затяжных астений (при истощающих заболеваниях раннего детства), нарушениях развития речи, у слабовидящих и глухих, при семейно-педагогической запущенности. Отстает развитие предпосылок интеллекта (внимания, памяти, активности, восприятия). Способность к обучению не нарушена. В отличие от умственной отсталости, сохраняется способность мышления к абстрагирован.

Умственная отсталость (олигофрения) – наследственное, врожденное или рано приобретенное недоразвитие интеллекта вследствие повреждения зачатка или мозга до родов или в первые три года жизни. Слабоумие при умственной отсталости носит диффузный характер. Нарушается познавательная деятельность, речь, мимика, моторика, а также личностная сфера. Страдают высшие психические функции – способность к абстрагированию, смысловая память, активное внимание. Эмоции мало дифференцированные, без тонких нюансов. В волевой сфере признаки импульсивности. Страдает тонкая ручная моторика, мимика и пантомимика. Элементарные психические процессы остаются относительно сохранными – механическая память, простые эмоции, инстинктивные потребности.

НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Выделяют три степени недоразвития интеллекта:

Дебильность – легкая степень. IQ = 69–50. Мышление конкретное. Улавливают причинно-следственную сторону событий, но не способны к абстрагированию (например, не понимают переносного смысла пословиц). Речь простая. Усваивают конкретные знания, способны к обучению в специальной школе, несложному физическому труду. Моторика развита хорошо, за исключением высших операций (плохой почерк). Эмоции лишены тонких нюансов. Типична эйфория, дружелюбность. Способны к самостоятельной жизни, но в сложных ситуациях требуется помощь. ☒

Имбецильность – средняя степень. IQ = 49–30. С детства почти не обучаемы, можно развить лишь простейшие навыки самообслуживания (мыть руки перед едой, самому одеваться) и простейшие трудовые действия (одна-две механических операции, типа отрезания заготовки или перекладывания детали). Развитие навыков происходит с большой задержкой. Чтение, письмо недоступны. Словарный запас ограничен несколькими десяткам слов. Эмоциональные реакции элементарные – чувство привязанности и антипатии. Нуждаются в постоянном надзоре и опеке.

Идиотия – глубокая степень. IQ менее 30. Речь ограничена отдельными звуками, лишь при легкой степени могут употреблять несколько слов. Обращенную к ним речь не понимают. Отсутствуют навыки самообслуживания. Неподвижны либо впадают в бессмысленное стереотипное возбуждение (раскачиваются всем телом, размахивают руками, хлопают в ладоши). Эмоциональные реакции элементарные – возбуждение и крик в ответ на удовольствие и неудовольствие. Легко возникает немотивированная агрессия и аутоагрессия (кусают себя, наносят удары). Чувствительность, в том числе болевая, снижена. Расторможены и извращены биологические влечения (могут упорно онанировать, поедать несъедобное). Нередко отмечаются грубые пороки развития.

В МКБ-10 выделяют умственную отсталость легкой степени (коэффициент умственного развития находится в пределах 50–69), умеренную (35–49), тяжелую (20–34) и глубокую (<20).

НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Деменция – приобретенное слабоумие. Развивается у лиц со сформированным интеллектом и характеризуется утратой навыков. Является прогрессирующим расстройством (старческая, атеросклеротическая и др.) либо стационарным состоянием (после черепно-мозговых травм, энцефалитов). Различают два клинических варианта деменции:

Лакунарная (парциальная) – с неравномерным поражением психических функций. На ранних этапах нарушаются предпосылки интеллекта (чаще память), нет морально-этического снижения, сохраняется критика. На поздних стадиях деменция становится тотальной. Встречается при атеросклерозе, опухолях головного мозга, болезни Альцгеймера.

Тотальная – с начала болезни равномерно страдают все психические функции: ухудшается внимание, мышление, память, снижаются мотивации, огрубляются эмоции. Утрачиваются все навыки, в том числе навыки поведения в обществе. Разрушаются индивидуальные морально-этические качества личности. Отсутствует критика. Тотальной являются старческая (сенильная) деменция, деменция при прогрессивном параличе.

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Сознание – высшая, человеческая форма психического воспроизведения действительности, совокупность и сосредоточение всех психических функций. Сознание дает возможность целостного знания о мире. Оно тесно связано с речью и является идеальной стороной целеполагающей деятельности. Свойства сознания: активность (наличие внутренней цели, обуславливающей поведение), интенциональность (направленность на какой-либо объект внешнего или внутреннего мира), рефлексия (способностью осознавать самого себя и отношения объектов к себе). Сознание характеризуется степенью ясности, физиологической основой которой являются различные уровни бодрствования коры головного мозга под воздействием активирующих систем ретикулярной формации ствола и задних отделов гипоталамуса.

Общими признаками нарушения сознания, по К. Ясперсу, являются:

1. Отрешенность от окружающего мира в связи с нарушением сферы чувственного познания (ощущений и восприятия) – затруднение, неотчетливость, фрагментарность восприятия.
2. 2. Нарушение мышления – различная степень его бессвязности (непоследовательность, фрагментарность, инкогерентность и др.).
3. 3. Дезориентировка – во времени, месте, ситуации, окружающих лицах, собственной личности. 4. Последующая амнезия (полная или частичная) – расстройство запоминания происходящего.

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Обеднение сознания (оглушение) – снижение всех сторон психической активности вплоть до полного выключения сознания. Является специфическим нарушением экзогенного и экзогенно-органического генеза. Выделяют четыре степени оглушения:

1. **Обнубиляция** («вуаль на сознании») – больной вял, заторможен, безучастен к окружающему. Внимание привлекается не сразу и быстро истощается. Окружающее воспринимается как в тумане. Затруднены мыслительные операции (счет в уме). Не сразу понимает обращенную к нему речь. Отвечает и действует невпопад. Речь замедленная. У детей снижен интерес к игрушкам. Затруднено и замедлено запоминание. По выходе из этого состояния воспоминания неполные, фрагментарные.
2. **Сомноленция** – больной напоминает спящего, реагирует только на сильные раздражители (толчок, громкий звук, яркий свет). Сохраняются дифференцированные реакции на боль (отдергивает руку при уколе). Выполняет только отдельные простые инструкции («сядь», «открой рот», «выпей воды»). Спонтанная речь отсутствует, возможны простые ответы («да», «нет»). Взгляд устремлен в пространство и фиксируется на объекте лишь на короткое время. Подолгу не меняет позу. Характерна полная амнезия по выходе.
3. **Сопор** – невозможность речевого контакта. Сохранены недифференцированные реакции на болевые раздражители (на укол – общее мышечное напряжение), зрачковый, корнеальный, глоточный рефлексы. Сухожильные и периостальные рефлексы ослаблены. Появляются патологические рефлексы (орального автоматизма, Оппенгейма, Бабинского).
4. **Кома** – полное выключение сознания с отсутствием реакции на раздражители. Реакция зрачков на свет угнетена или отсутствует. Наблюдается мышечная атония, мидриаз, нарушение тазовых функций, арефлексия, отсутствие патологических рефлексов. Возможна децеребрационная ригидность.

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Синдромы помрачения сознания

Делириозный синдром (делирий) – расстройство сознания с наплывом ярких истинных галлюцинаций (преимущественно зрительных), иллюзий, ложной ориентировкой, тревогой, страхом, психомоторным возбуждением.

В *предделириозной стадии* больные становятся беспокойными, пугливыми, тревожными, эмоционально лабильными. Отмечается гиперестезия (внешние стимулы раздражают, вздрагивают от звуков, закрывают глаза от света, чувствительны к запахам). Появляются наплывы ярких образных представлений, в памяти с подробностями всплывают картины прошлого. Центральное проявление – агрипнический синдром – засыпание нарушено, сон поверхностный, с яркими устрашающими сновидениями. После пробуждения отмечается слабость.

На *гипнагогической стадии* усиливается беспокойство, говорливость. Возникают устрашающие зрительные иллюзии (чаще всего парейдолические) – в рисунке обоев видят цветы, необычных животных, в пятнах света и тени на потолке разворачиваются подвижные сцены и т.п. При закрытых глазах при засыпании возникают гипнагогические, калейдоскопически сменяющиеся галлюцинации – видят быстро сменяющиеся картины обыденной жизни, животных, людей. Дети нередко называют эти переживания «страшными снами». Сновидения становятся кошмарными. Характерно усиление переживаний вечером и ночью. Утром и днем отмечаются периоды частичного или полного прояснения сознания.

На *развернутой стадии* появляются яркие истинные галлюцинации (чаще всего зрительные, могут быть слуховые, тактильные), часто устрашающие или неприятные (человек с ножом, крысы, мухи, паутина, колючая проволока). Образы принимаются за реальные. Поведение, эмоции, мимика соответствуют содержанию галлюцинаций: возбуждены, вскакивают с постели, куда-то бегут, спасаются, что-то ловят на полу, с кем-то разговаривают, от чего-то отмахиваются, что-то стряхивают с себя. Могут нападать на окружающих, пытаться выпрыгнуть из окна. Появляется дезориентировка, отрывочные бредовые идеи (например, физического уничтожения), связанные с обманами восприятия.

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

При неблагоприятном течении (например, при отеке мозга), примерно у 20% больных, развивается *тяжелый делирий*. Его характерные формы:

Профессиональный делирий – больной полностью отрешен от реальности и автоматизировано выполняет профессиональные движения (как будто что-то стирает, копает, печатает на машинке, иногда выкрикивает отдельные профессиональные фразы). На раздражители не реагирует, в контакт с ним вступить невозможно.

Мусситирующий делирий (бормочущий) – глубокая отрешенность от реальности. Никакие раздражители не вызывают ответной реакции. Возбуждение в пределах постели (гиперкинезы, хватание, «обирание»), что-то тихо невнятно бормочет. Прогностически неблагоприятное состояние.

При дальнейшем ухудшении состояния присоединяются судорожные припадки, коматозное состояние. Высокая опасность летального исхода. Делирий длится в среднем от двух до пяти дней. Окончание критическое, после длительного (8–12 ч.) глубокого сна. Амнезия по выходе частичная – рассказывает о галлюцинаторных переживаниях, плохо помнит реальные события.

Делириозное помрачение наблюдается при различных интоксикациях, инфекциях, острых соматических заболеваниях, алкоголизме, наркоманиях.

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Онейроидный синдром – сновидное, грезоподобное помрачение сознания. Характеризуется наплывом грез – ярких сценopodobных фантастических переживаний, а также фантастически-бредовым толкованием окружающего. На начальных стадиях может быть двойная ориентировка (считает, что одновременно находится дома и в больнице, в палате и космическом корабле).

При развернутом онейроиде больной отрешен от реальности, погружен в мир ярких образных представлений и грез. Картины последовательные, сценopodobные. Чувствует себя зрителем или участником фантастических событий (космических путешествий, исторических сражений, сказочных эпизодов).

В отличие от делирия, больной внешне неподвижен, с безразличным либо зачарованным выражением лица (как зритель, созерцающий внутренние образы).

Амнезия фрагментарная, в большей степени на реальные события. Онейроидный синдром встречается при шизофрении с острым течением приступов, атипичных аффективных психозах, а также при инфекционных, интоксикационных, эпилептических психозах.

Развернутый онейроид встречается с пубертатного возраста. В раннем детском возрасте симптоматика рудиментарная – инициальные проявления онейроида и ориентированный онейроид (растерянность, тревожное беспокойство, ложные узнавания при возможности правильной ориентировки в окружающей обстановке). Онейроид у детей наблюдается при мозговых и осложненных общих инфекциях (менингитах, менингоэнцефалитах), а также в структуре приступов шизофрении.

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Сумеречное помрачение сознания – кратковременное (до нескольких минут) сужение сознания на ограниченном круге переживаний, при котором поведение обусловлено не всей обстановкой, а лишь отдельными ее деталями. Характерно внезапное возникновение и прекращение и полная амнезия.

Простой вариант сумеречного помрачения проявляется нецеленаправленным психомоторным возбуждением с импульсивными и автоматическими действиями, бессвязной речью. Мимика не соответствует происходящим событиям, бессмысленная либо отражает гнев.

Сложные варианты могут сопровождаться наплывом истинных галлюцинаций (часто устрашающих), острым образным бредом, дисфорическим аффектом. Характерны, агрессивные и разрушительные действия. Может развиваться неистовое возбуждение с импульсивной агрессивностью.

Амбулаторные автоматизмы проявляются кратковременными эпизодами непроизвольного, автоматизированного, но внешне упорядоченного поведения.

Включают в себя различные неосознаваемые автоматизированные действия, «фуги», «трансы», снохождение (сомнамбулизм), сноговорение. *Фуги* – кратковременные эпизоды элементарных действий (например, бросаются куда-то бежать). *Трансы* – более длительные, чем фуги: упорядоченные действия с учетом обстановки, внешне правильные, но неосознаваемые (вышла из дома, пошла на вокзал, уехала в другое место, пришла в себя, не помнила, как туда попала). При сноговорении произносят слова, фразы. При снохождении встают во сне, ходят, совершают простые действия, на окружающее не реагируют, на вопросы не отвечают. Глаза чаще всего закрыты как во сне. Сумеречные состояния встречаются при эпилепсии, органических поражениях головного мозга (ЧМТ, инфекции, опухоли, нейросифилис и др.). В отличие от невротического снохождения, при сумеречном невозможно разбудить больного, приступы стереотипные, наблюдается в строго определенное время ночи. Обнаруживается височная амигдалогиппокампульная локализация пароксизмального очага.

Истерическое сумеречное помрачение сознания возникает непосредственно после психотравмы, отмечается сужение сознания на психотравме, демонстративность поведения. Амнезия фрагментарная.

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Аментивное помрачение сознания (аменция) характеризуется бессвязностью мышления, выраженной растерянностью (аффектом недоумения), грубой дезориентировкой всех видов (в том числе в собственной личности), полной амнезией. Речь бессвязная, с хаотичным набором отдельных слов, слогов, фраз. На вопросы не отвечают либо бессмысленно повторяют их. Характерно нецеленаправленное двигательное возбуждение в пределах постели. Аментивное помрачение сознания встречается при тяжелых соматических заболеваниях, мозговых и общих инфекциях, реже при интоксикациях. Длится от нескольких часов до нескольких недель. Возможно затяжное течение заболевания с развитием психоорганического синдрома.

Астеническая спутанность – легкий вариант аменции. В основе лежит крайняя степень нервно-психической истощаемости. Глубина нарушения сознания колеблется (ундулирует) от аменции с растерянностью и бессвязностью до почти ясного сознания. На короткое время возможно установить контакт, больной способен осмыслить ситуацию, но быстро наступает психическое истощение с бессвязностью мышления. Амнезия по выходе фрагментарная. В детском возрасте наблюдается преимущественно астеническая спутанность (Мнухин С.С., 1968), в частности, в постинфекционном периоде. У взрослых астеническая спутанность наблюдается после инфекций, интоксикаций, тяжелых родов на фоне выраженной астении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ясперс К. Общая психопатология. – Азбука-Аттикус, 2020. – 1056 с.
2. Тиганов А.С. Общая психопатология. Курс лекций. – М.: МИА. – 2010. – 128 с.
3. Снежневский А.В. Общая психопатология (курс лекций). 2-е изд. – М.: МЕДпресс. – 2014. – 208 с.
4. Общая психопатология. Учебное пособие. / С.В. Гречаный, А.Б. Ильичев, В.В. Поздняк, А.Г. Кощавцев, В.В. Шишков, Ю.В. Хуторянская. – СПб.: СПбГПМУ, 2020. – 76 с.