



Острая психопатология

Симптомы и синдромы

**Лектор: Ларченко
Владимир Леонидович**

Расстройства восприятия

Восприятие – начальная ступень высшей нервной деятельности. Благодаря восприятию внешние и внутренние стимулы становятся фактами сознания, отражающими отдельные свойства объектов и событий.

Восприятие – психический процесс отражения предметов и явлений в целом, в совокупности их свойств. Не зависит от воли индивидуума.

Ощущение – простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств предметов и явлений, возникающий в процессе их воздействия на органы чувств.

Представление – образ предмета или явления, воспроизведенный в сознании на основе прошлых впечатлений. Зависит от воли индивидуума.

Раздражитель > ощущение > восприятие > представление

Симптомы расстройств восприятия

Гиперестезия – повышенная чувствительность к раздражителям обычной силы. Часто встречается при экзогенно-органических поражениях ЦНС (интоксикации, травмы, инфекции), маниакальных состояниях.

Гипестезия (гипоэстетезия) – пониженная чувствительность к раздражителям. Часто наблюдается при расстройствах сознания, органических нарушениях ЦНС, депрессивных состояниях.

Анестезия – крайняя степень гипестезии. Болезненная психическая анестезия – субъективно кажущееся весьма тягостным ослабление какого-либо вида чувствительности, обусловленное снижением эмоционального тона (*anaesthesia psychica dolorosa*). Наблюдается при депрессиях.

Агнозия – неузнавание раздражителя, встречается при органических поражениях ЦНС, истерических расстройствах чувствительности.

Парестезии – субъективные ощущения, возникающие без раздражителя (ощущение покалывания, ползания мурашек, онемения и т. д.). Расстройства имеют локализацию, четко ограниченную зонами иннервации. Являются симптомом неврологического расстройства.

Сенестопатии (иллюзии общего чувства) – неопределенные, трудно локализуемые, неприятные, тягостные телесные ощущения. Имеют своеобразные описания больными (стягивание, разливание, расслоение, переворачивание, сверление и т. д.). Ощущения не имеют реальной основы, «непредметны», не соответствуют зонам иннервации. Часто встречаются в структуре сенесто-ипохондрического синдрома (сенестопатии + идеи «мнимой» болезни + аффективные расстройства), при шизофрении, депрессиях.

Иллюзии – ошибочное восприятие реально существующих предметов и событий.

Аффектогенные иллюзии возникают при страхе, тревоге, депрессии, экстазе. Их возникновению способствует нечеткость восприятия окружающего (слабое освещение, невнятная речь, шум, удаленность объекта). Содержание иллюзий связано с аффективными переживаниями. Например, при выраженном страхе за свою жизнь человек слышит угрозы в разговоре далеко стоящих людей.

Физические – связаны с особенностями физических явлений (ложка в стакане воды кажется кривой).

Парейдолические иллюзии – зрительные иллюзии, при которых узоры, трещины, ветви деревьев, облака замещаются образами фантастического содержания. Наблюдаются при делирии, интоксикациях психомиметиками.

При иллюзиях всегда есть реальный объект (в отличие от галлюцинаций) или явление окружающего мира, которое в сознании больного отражается неправильно. Иллюзии в ряде случаев сложно дифференцировать от бредовой интерпретации больным окружающей обстановки, при которой предметы и явления верно воспринимаются, но нелепо трактуются.

Эдейтизм – чувственно яркое представление непосредственно предшествовавшего ощущения (особенно яркое воспоминание).

Фантазм – чувственно яркие, отчетливо фантастические грезы наяву.



Галлюцинации – расстройство восприятия в виде образов и представлений, возникающих без реального объекта.

Простые галлюцинаторные образы возникают в одном анализаторе (например, только зрительные).

Сложные (комплексные) – в формировании образов участвуют два и более анализатора. Содержание галлюцинаций связано общей фабулой. Например, при алкогольном делирии больной «видит» черта, «ощущает» его прикосновения и «слышит» обращенную к нему речь.

По анализаторам (по модальностям) выделяют следующие типы галлюцинаций.

Зрительные галлюцинации. Элементарные (фотопсии) лишены четкой формы – дым, искры, пятна, полосы. Завершенные – в виде отдельных людей, предметов и явлений.

В зависимости от субъективной оценки размеров выделяют:

- 1) нормоптические – галлюцинаторный образ соответствует реальным размерам предметов;
- 2) микроптические галлюцинации – уменьшенных размеров (кокаинизм, алкогольный делирий);
- 3) макроптические галлюцинации – гигантские.

Слуховые (вербальные) галлюцинации. Элементарные (акоазмы) – шум, треск, оклики по имени. Фонемы – отдельные слова, фразы. Галлюцинаторные переживания наиболее часто представлены в виде голосов. Это может быть один какой-то определенный голос или несколько (хор голосов). По содержанию выделяют:

1) императивные, или приказывающие, галлюцинации (являются показанием для госпитализации в психиатрический стационар);

2) комментирующие (мнимый собеседник комментирует действия и мысли больного); угрожающие, оскорбляющие;

3) антагонистические (противоположное по смыслу содержанию – то обвиняющие, то защищающие)

Тактильные (осязательные) галлюцинации в отличие от сенестопатий носят предметный характер, больной четко описывает свои ощущения: «паутина на лице», «ползание насекомых». Характерным симптомом для некоторых интоксикаций, в частности циклодолом, является «симптом исчезающей сигареты», при котором больной явно ощущает наличие зажатой между пальцами сигареты, но когда подносит руку к лицу, сигарета исчезает. У некурящих это может быть мнимый стакан воды.

Галлюцинации общего чувства (висцеральные, телесные, interoцептивные, энтероцептивные) проявляются ощущениями наличия внутри тела инородных предметов или живых существ.

Для больного ощущения имеют точную локализацию и «предметность». Больные четко описывают свои ощущения («змеи в

Вкусовые галлюцинации – чувство в ротовой полости непривычных вкусовых ощущений, обычно неприятных, не связанных с приемом пищи. Нередко являются причиной отказа больного от еды.

Обонятельные галлюцинации – мнимое восприятие запахов, исходящих от предметов или от собственного тела, чаще неприятного характера. Нередко сосуществуют с вкусовыми. Могут наблюдаться в виде моносимптома (галлюциноз Боннера – неприятный запах от собственного тела).

Клинически важно разделение на истинные и ложные галлюцинации:

Истинные галлюцинации – больной воспринимает галлюцинаторные образы как часть реального мира, содержание галлюцинаций отражается в поведении больного. Больные «стряхивают» мнимых насекомых, спасаются бегством от чудовищ, разговаривают с мнимыми собеседниками, затыкают уши, что может являться объективным признаком их наличия. Характерна экстрапроекция, т. е. образы проецируются вовне или в реальное пространство в пределах досягаемости. Течение, как правило, острое. Характерны для экзогенных психозов (отравления, травмы, инфекции, психогении). Критика больного к переживаниям отсутствует.

Ложные галлюцинации (псевдогаллюцинации) – у больных отсутствует ощущение объективной реальности. Больной воспринимает образы внутренним «я». Он четко разграничивает реальность и галлюцинаторный образ. Характерна интеропроекция, голоса звучат «внутри головы», образы возникают перед внутренним взором, или источник находится в недостижимости органов чувств (голоса из космоса, телепатическая связь, астрал и т. д.). Почти всегда присутствует чувство сделанности, насильственности. Больной «понимает», что образы передаются только ему. Течение, как правило, хроническое. Может наблюдаться критическое отношение к переживаниям, однако на высоте психоза критика отсутствует. Наблюдаются при эндогенных психозах.

Функциональные галлюцинации всегда слуховые, появляются лишь при реальном звуковом раздражителе. Но в отличие от иллюзий реальный раздражитель не сливается (не подменяется) с патологическим образом, а сосуществует с ним.

Рефлекторные галлюцинации заключаются в том, что правильно воспринимаемые реальные образы тут же сопровождаются появлением сходного с ними галлюцинаторного. Например, больной слышит реальную фразу – и тут же в голове начинает звучать похожая фраза.

Психосенсорные расстройства – нарушение восприятия размеров, формы, взаимного расположения предметов в пространстве и (или) размеров, веса собственного тела (расстройства схемы тела):

Микропсия – уменьшение размеров видимых предметов.

Макропсия – увеличение размеров видимых предметов.

Метаморфопсии – нарушение восприятия пространства, формы и величины предметов.

Поропсии – нарушение восприятия пространства в перспективе (вытянутые или спрессованные).

Полиопсии – при формальной сохранности органа зрения вместо одного предмета видится несколько.

Оптическая аллестезия – больному кажется, что предметы якобы находятся не на своем месте.

Дисмегалопсии – изменения восприятия предметов, при которых последние кажутся перекрученными вокруг своей оси.

Аутометаморфопсии – искаженное восприятие формы и размеров собственного тела. Расстройства возникают при отсутствии зрительного

Синдромы расстройств восприятия

Галлюциноз – психопатологический синдром, ведущим расстройством которого являются галлюцинации. Галлюцинации, как правило, возникают в одном анализаторе, реже в нескольких. Возникающие аффективные расстройства, бредовые идеи, психомоторное возбуждение носят вторичный характер и отражают содержание галлюцинаторных переживаний. Галлюцинозы возникают на фоне ясного сознания.

Синдром Кандинского-Клерамбо является своего рода синдромом первого ранга в диагностике шизофрении. В структуре синдрома слуховые псевдогаллюцинации, психические автоматизмы.

Различают несколько видов психического автоматизма.

1. Идеаторный (ассоциативный) проявляется наличием ощущения вкладывания чужих мыслей, отмечаются явления открытости мыслей (ощущение, что собственные мысли становятся известны окружающим, звучат, ощущение хищения мыслей).
2. Сенсорный (чувственный) психический автоматизм заключается в возникновении ощущений, чувств как будто под влиянием внешних. Характерно отчуждение собственных эмоций, у больного появляется чувство, что эмоции возникают под влиянием посторонней силы.
3. Моторный (кинестетический, двигательный) психический

Дереализационный синдром. Ведущим симптомом является отчужденное и искаженное восприятие окружающего мира в целом. При этом возможны нарушения восприятия темпа времени (время течет быстрее или медленнее), цвета (все в серых тонах или наоборот яркое), искаженное восприятие окружающего пространства. Также могут наблюдаться симптомы по типу дежа вю.

Деперсонализационный синдром выражается в нарушении самосознания, искаженном восприятии собственной личности и отчуждении отдельных физиологических или психических проявлений. В отличие от психического автоматизма, при данных расстройствах ощущения воздействия извне отсутствуют. Выделяют несколько вариантов деперсонализации.

Сенесто-ипохондрический синдром. Основу синдрома составляют сенестопатии, которые возникают первыми. В последующем присоединяются сверхценные идеи ипохондрического содержания. Больные обращаются к врачам, психическая природа заболевания отвергается, поэтому они постоянно настаивают на более углубленном обследовании и лечении. В последующем может развиваться ипохондрический бред, который сопровождается собственной трактовкой расстройств, зачастую антинаучного содержания, доверие к медикам на этом этапе отсутствует (достигает уровня открытой конфронтации).

Симптомы расстройства мышления

Мышление – это функция познания, с помощью которой человек анализирует, связывает, обобщает, классифицирует. В основе мышления лежат два процесса: **анализ** (разложение целого на составляющие части с целью выделения главного и второстепенного) и **синтез** (создание целостного образа из отдельных частей). О мышлении судят по речи человека и иногда по действиям и поступкам.

Расстройства формы ассоциативного процесса:

Ускоренный темп (тахифрения) – мышление носит поверхностный характер, мысли текут быстро, легко сменяют друг друга. Характерна повышенная отвлекаемость, больные постоянно перескакивают на другие темы. Речь ускоренная, громкая. Больные не соотносят силу голоса с обстановкой. Высказывания перемежаются стихотворными фразами, пением. Ассоциации между мыслями поверхностные, но все-таки они понятны.

Наиболее выраженная степень ускоренного мышления – **скачка идей** (*fuga idiorum*). Мыслей так много, что больной не успевает их проговорить, характерны незаконченные фразы, речь взхлеб. Необходимо дифференцировать с разорванным мышлением, при котором ассоциации полностью отсутствуют, темп речи остается обычным, нет характерной эмоциональной насыщенности.

Ускоренный темп мышления характерен для маниакального синдрома и для опьянения стимуляторами.

Ментизм – субъективное ощущение, когда в голове присутствует масса мыслей, не связанных между собой. Это кратковременное состояние. В отличие от ускоренного мышления, крайне тягостное для больного состояние. Симптом характерен для синдрома Кандинского-Клерамбо.

Замедленный темп (брадифрения). Мысли с трудом возникают и подолгу держатся в сознании. Медленно сменяют одна другую. Речь тихая, бедна словами, ответы с задержками, фразы короткие. Субъективно больные описывают, что мысли, появляясь, преодолевают сопротивление, «ворочаются как камни». Больные считают себя интеллектуально несостоятельными, оглупевшими. Наиболее тяжелая форма замедленного мышления – моноидеизм, когда в сознании больного одна мысль держится в течение длительного времени. Данный вид расстройства характерен для депрессивного синдрома, органических поражений головного мозга.

Шперунг – обрывы мыслей, «закупорка мышления», больной внезапно теряет мысль. Чаще всего переживания субъективные и в речи могут быть не заметны. В тяжелых случаях – внезапное прекращение речи. Часто сочетается с мысленными наплывами, резонерством, наблюдается при ясном сознании.

Соскальзывающее мышление – отклонение, соскальзывание рассуждений на побочные мысли, нить рассуждений теряется.

Разорванность мышления. При данном расстройстве наблюдается утрата логических связей между отдельными мыслями. Речь становится непонятной, грамматический строй речи сохраняется. Расстройство характерно для отдаленного этапа шизофрении.

Для **бессвязного (инкогерентного) мышления** характерна полная утрата логических связей между отдельными короткими высказываниями и отдельными словами (словесная крошка), речь

Резонерство – пустые, бесплодные, расплывчатые рассуждения, не наполненные конкретным смыслом. Пустословие. Отмечается при шизофрении.

Аутистическое мышление – рассуждения опираются на субъективные установки больного, его желания, фантазии, заблуждения.

Часто присутствуют неологизмы – слова, придуманные самим больным.

Символическое мышление – больные придают особый смысл случайным предметам, превращая их в особые символы. Содержание их не понятно окружающим.

Паралогическое мышление – рассуждения с «кривой логикой», основывается на сопоставлении случайных фактов и событий. Характерно для параноидного синдрома.

Двойственность (амбивалентность) – больной утверждает и

Персеверативное мышление – застревание в сознании одной мысли или представления. Характерно повторение одного ответа на разные последующие вопросы.

Вербигерация – характерное нарушение речи в виде повторения слов или окончаний с их рифмованием.

Патологическая обстоятельность мышления. В высказываниях и рассуждениях присутствует чрезмерная детализация. Больной «застревает» на обстоятельствах, ненужных деталях, тема рассуждений не теряется. Характерно для эпилепсии, паранойяльного синдрома, психоорганических синдромов, для паранойяльного бреда (особенно заметно, когда обосновывают бредовую систему).

Расстройства смыслового содержания ассоциативного процесса:

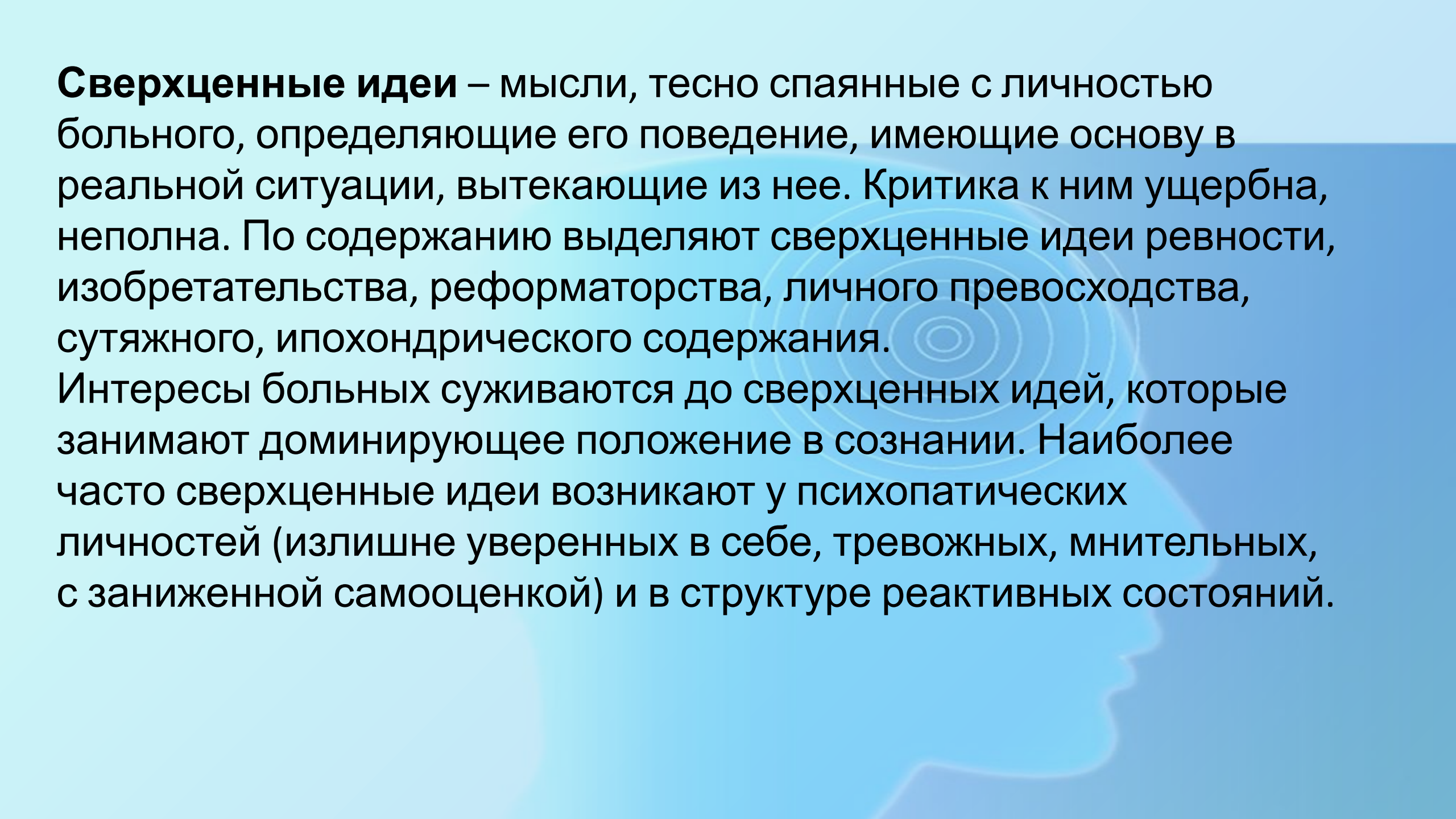
Навязчивые идеи. Навязчивые мысли (обсессии) – воспоминания, сомнения, ненужные мысли, переживания, чуждые личности больного, возникающие в сознании больного помимо его воли. Больной критичен к таким посторонним мыслям, осознает их болезненный характер, борется с ними. **Контрастные навязчивые желания** – желания совершать действия, которые не соответствуют моральным установкам личности, никогда не осуществляются.

На высоте переживания навязчивых страхов у больных отмечаются выраженные вегетативные расстройства, нередко двигательное (паническое) возбуждение.

Компульсии – навязчивые желания (например, тяга к наркотическим препаратам без явлений физической зависимости).

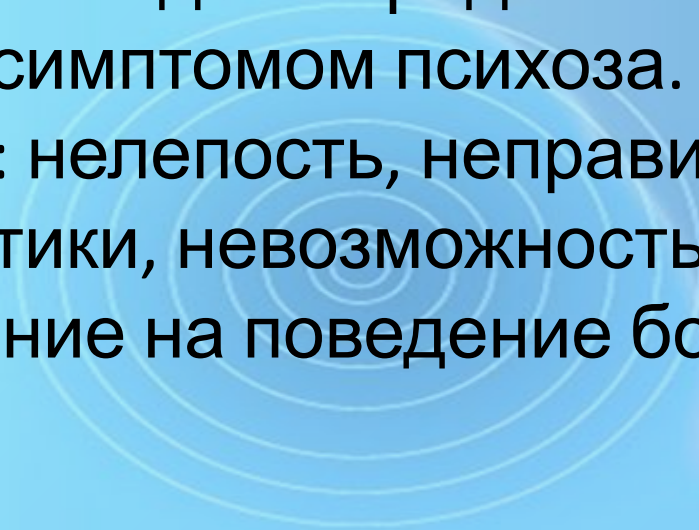
Ритуалы – особые навязчивые защитные действия, всегда сочетаются с фобиями.

Привычные навязчивые движения (не имеющие для больного защитного компонента) – обкусывание ногтей, волос, сосание пальца.



Сверхценные идеи – мысли, тесно спаянные с личностью больного, определяющие его поведение, имеющие основу в реальной ситуации, вытекающие из нее. Критика к ним ущербна, неполна. По содержанию выделяют сверхценные идеи ревности, изобретательства, реформаторства, личного превосходства, сутяжного, ипохондрического содержания. Интересы больных суживаются до сверхценных идей, которые занимают доминирующее положение в сознании. Наиболее часто сверхценные идеи возникают у психопатических личностей (излишне уверенных в себе, тревожных, мнительных, с заниженной самооценкой) и в структуре реактивных состояний.

Бредовые идеи – ложные умозаключения, возникающие на болезненной основе, больной к ним не критичен, не поддается разубеждению. Содержание бредовых идей определяет поведение больного. Наличие бреда является симптомом психоза. Основные признаки бредовых идей: нелепость, неправильность содержания, полное отсутствие критики, невозможность разубеждения, определяющее влияние на поведение больного.



По механизму возникновения выделяют следующие виды бреда.

Первичный бред – бредовые идеи возникают первично. Иногда присутствует в виде моносимптома (например, при паранойе), как правило, систематизированный, монотематический. Характерно наличие последовательных стадий формирования: бредовое настроение, бредовое восприятие, бредовое толкование, кристаллизация бреда.

Вторичный бред – чувственный, возникает на основе других психических расстройств.

В зависимости от содержания бредовых идей выделяют несколько характерных разновидностей бреда.

Персекураторные формы бреда (бред воздействия) При бреде преследования больной убежден, что группа лиц или один какой-то человек преследуют его. Больные социально опасны, потому что сами начинают преследовать подозреваемых лиц, круг которых постоянно растет. Нуждаются в стационарном лечении и длительном наблюдении.

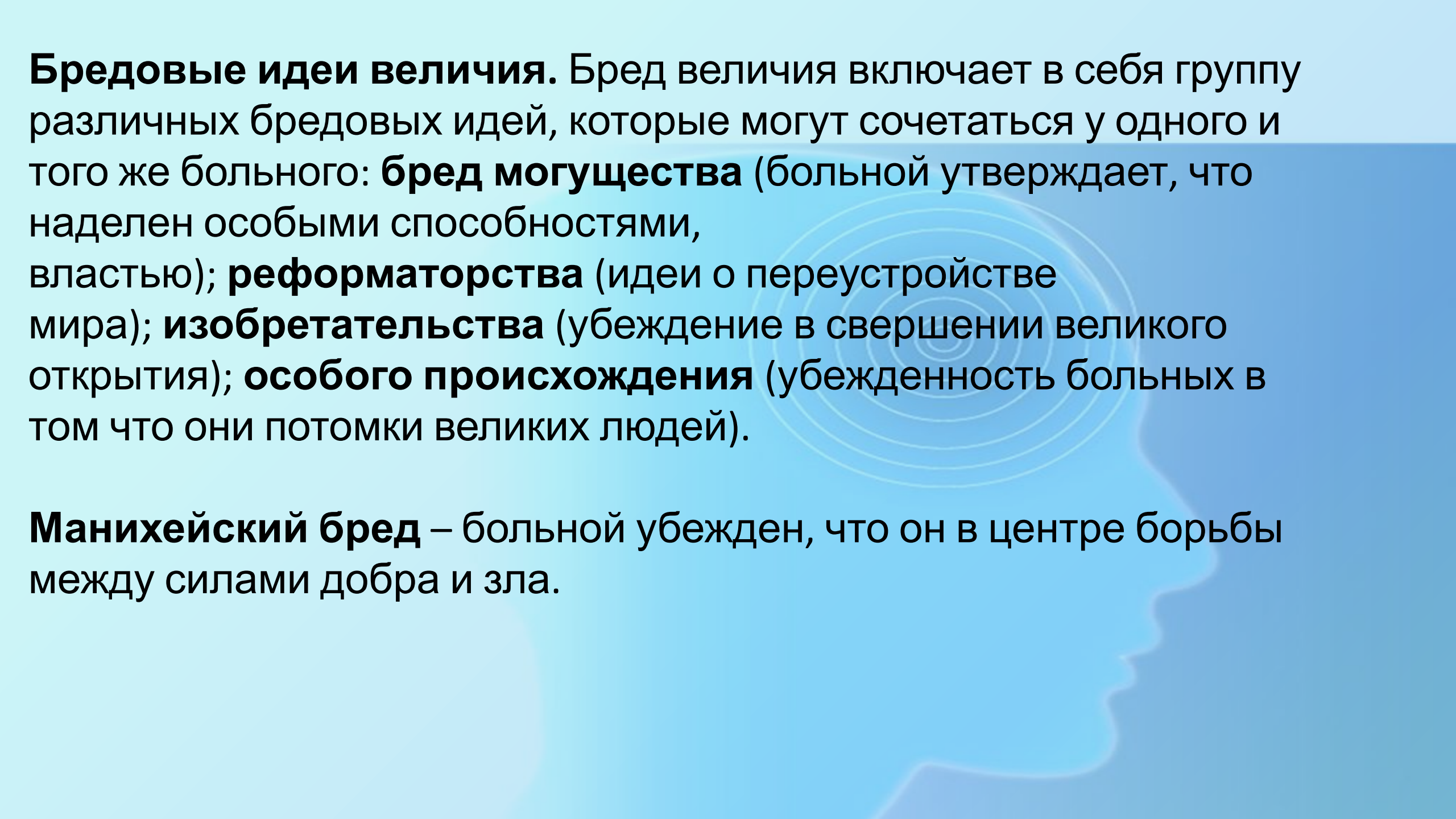
Бред отношения – больные убеждены, что окружающие изменили к ним свое отношение, стали враждебны, подозрительны, постоянно на что-то намекают.

Бред особого значения – больные считают, что специально для них подбираются телепередачи, все происходящее вокруг носит определенный смысл.

Бред отравления – в самом названии отражена суть бредовых переживаний. Больной отказывается от еды, часто присутствуют обонятельные и вкусовые галлюцинации.

Бред воздействия – больной убежден, что мнимые преследователи каким-то особым образом (сглаз, порча, особые электротоки, радиация, гипноз и т. п.) воздействуют на его физическое и психическое состояние (синдром Кандинского-Клерамбо). Бред воздействия может быть инвертированным, когда больной убежден в том, что он сам воздействует и управляет окружающими (инвертированный синдром Кандинского-Клерамбо). Часто отдельно выделяется бред любовного воздействия.

Бредовые идеи материального ущерба (ограбления, обкрадывания) характерны для инволюционных психозов.



Бредовые идеи величия. Бред величия включает в себя группу различных бредовых идей, которые могут сочетаться у одного и того же больного: **бред могущества** (больной утверждает, что наделен особыми способностями, властью); **реформаторства** (идеи о переустройстве мира); **изобретательства** (убеждение в свершении великого открытия); **особого происхождения** (убежденность больных в том что они потомки великих людей).

Манихейский бред – больной убежден, что он в центре борьбы между силами добра и зла.

Смешанные формы бреда

Бред инсценировки. Больные убеждены, что окружающие специально для них разыгрывают некий спектакль. Сочетается с **бредом интерметаморфозы**, для которого характерны бредовые формы ложных узнаваний.

Симптом отрицательного и положительного двойника (синдром Карпга). При симптоме отрицательного двойника больной принимает близких людей за чужих. Характерно ложное узнавание.

При симптоме положительного двойника чужие и незнакомые люди воспринимаются как знакомые и родные.

Симптом Фреголи – больному кажется, что один и тот же человек является ему в различных перевоплощениях.

Бред самообвинения

Бред мегаломанического содержания – больной считает, что из-за него страдает все человечество. Больной опасен для себя, возможны расширенные суициды (больной убивает свою семью и себя).

Нигилистический бред (бред отрицания) – больные убеждены, что у них нет внутренних органов, нет возможности благополучного функционирования органов, больные считают себя живыми трупами.

Ипохондрический бред – больные убеждены в наличии у них какого-либо физического заболевания.

Бред физического недостатка (дисморфоманический бред) характерен для подросткового возраста. Больные убеждены в наличии у них внешнего уродства. В отличие от дисморфофобии (которая была описана в рамках деперсонализационного синдрома) нарушения поведения очень значительны, сочетаются с бредом

Бред ревности носит часто нелепое содержание, очень стоек. Больные социально опасны. Характерен для людей пожилого возраста, иногда связан с угасанием половой функции.



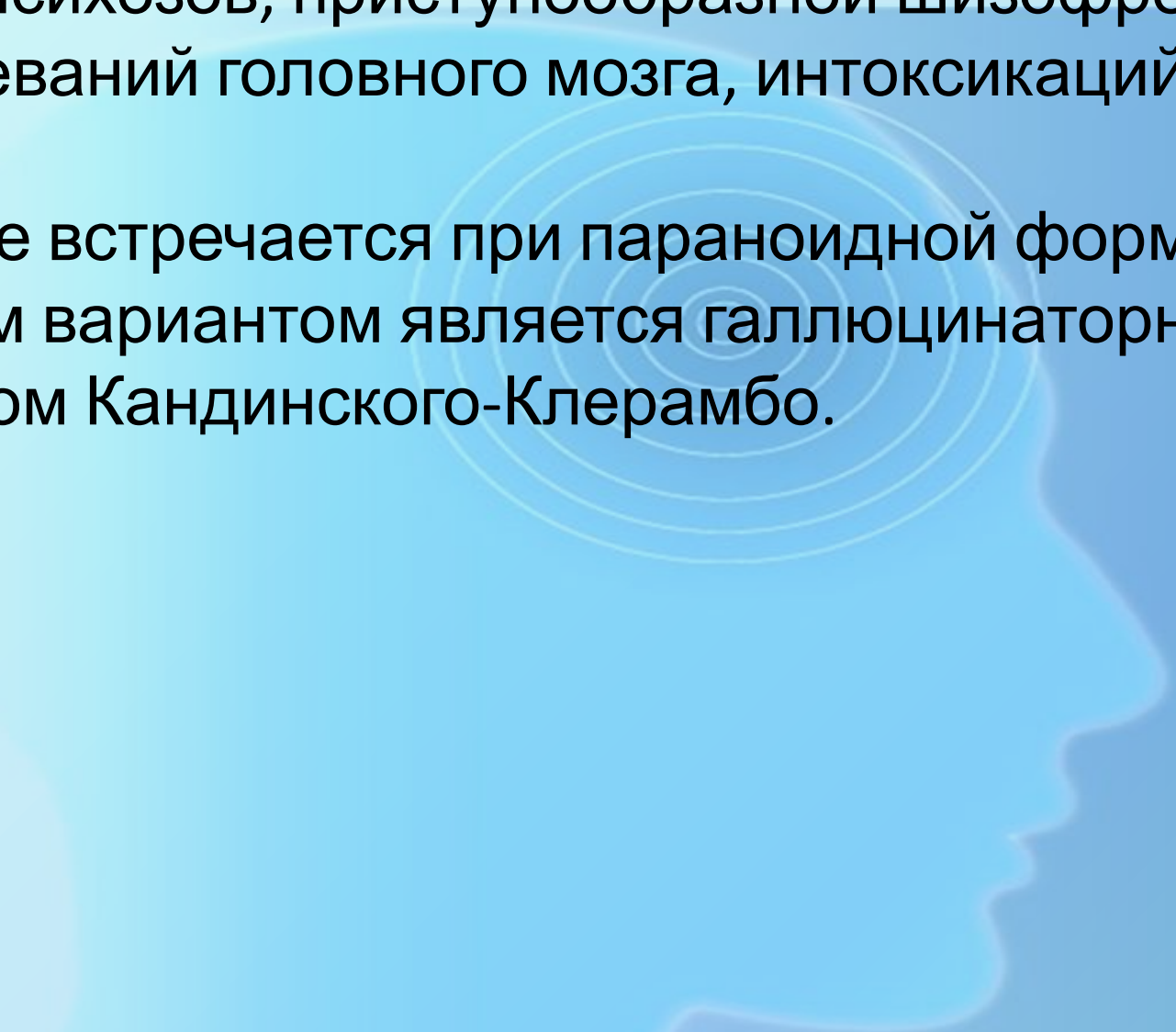
Синдромы нарушения мышления

Паранойяльный синдром – наличие монотематического первичного систематизированного бреда. Характерна одна тема, обычно бред преследования, ревности, изобретательства. Бредообразование первичное, так как бред не связан с галлюцинаторными переживаниями. Систематизированное, так как у больного есть система доказательств, которая имеет свою логику. Развивается медленно, постепенно, течение длительное. Прогностически неблагоприятен.

Параноидный синдром – бред разноплановый, несколько вариантов бреда (отношения, особого значения, преследования). В структуру этого синдрома часто входят расстройства восприятия (галлюцинаторно-параноидный синдром – бредовые идеи разноплановые, содержание бреда вторично, часто определяется содержанием галлюцинаций). Содержание бредовых идей меняется динамично. К бреду преследования присоединяется еще что-то. Сопровождается аффективным состоянием (страх, тревога, тоска). Характерно бредовое поведение и бредовое восприятие окружающего мира и текущих событий.

Острое течение (острый параноид) характерно для шизоаффективных психозов, приступообразной шизофрении, органических заболеваний головного мозга, интоксикаций.

Хроническое течение встречается при параноидной форме шизофрении, частым вариантом является галлюцинаторно-параноидный синдром Кандинского-Клерамбо.

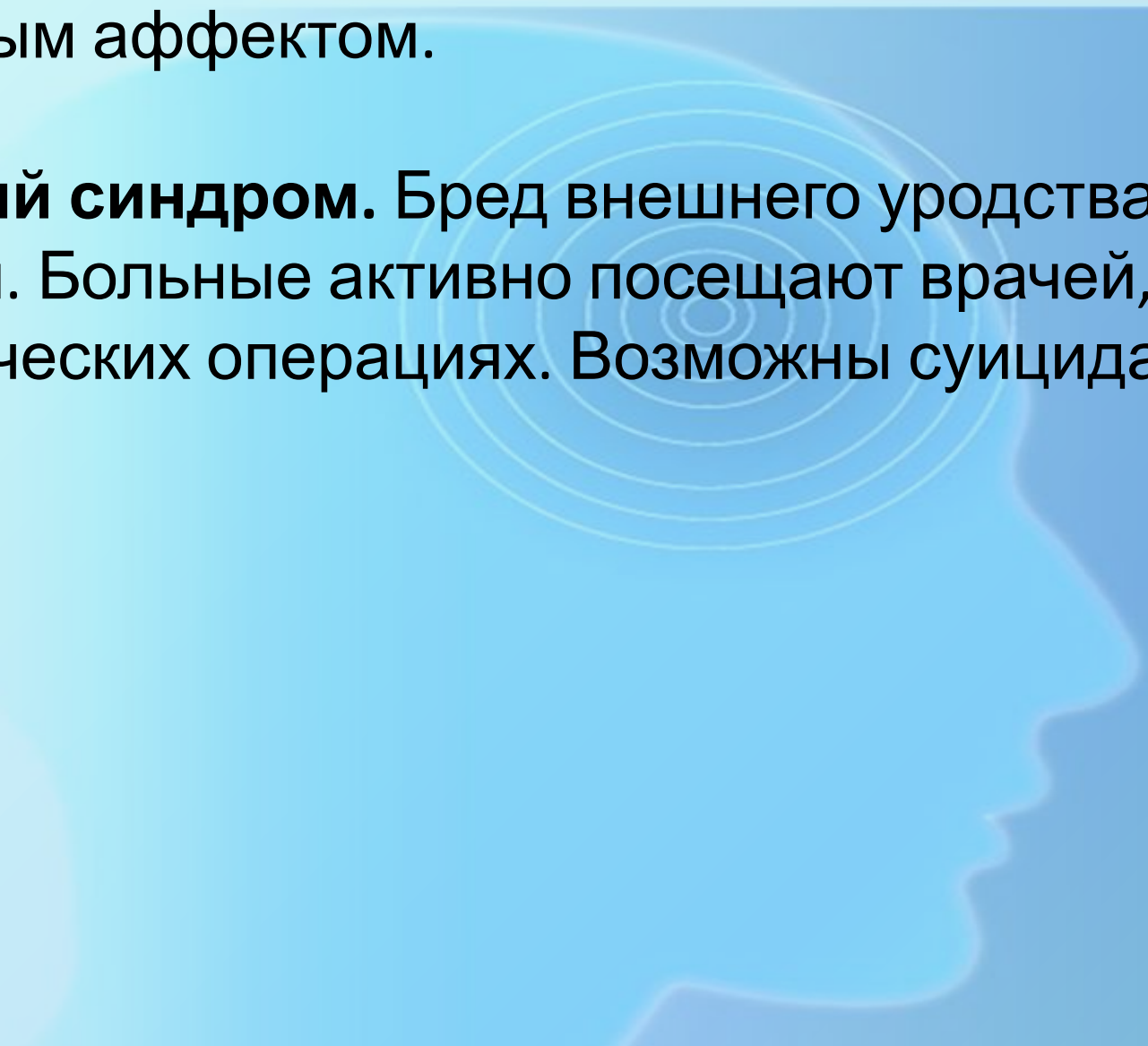


Парафренный синдром. В структуру данного синдрома входят бредовые идеи могущества и преследования, галлюцинаторные переживания, разорванность мышления. Содержание бредовых идей постоянно меняется (часто совершенно нелепое и фантастическое), система полностью отсутствует, фабула меняется в зависимости от эмоционального состояния. Настроение или благодушное, или апатичное.

Вышеперечисленные синдромы (паранойяльный, параноидный и парафренный) являются своего рода этапами развития бреда при параноидной форме шизофрении.

Синдром Котара. Наблюдается при инволюционных психозах. Бредовые идеи нигилистического содержания сопровождаются тревожно-депрессивным аффектом.

Дисморфоманический синдром. Бред внешнего уродства, бред отношения, депрессия. Больные активно посещают врачей, настаивают на пластических операциях. Возможны суицидальные мысли и поступки.



Расстройства эмоций

Эмоциями называют чувственные реакции (аффект) человека на предметы и явления окружающего мира, они всегда отражают субъективную оценку, отношение к происходящему.

Эмоции бывают положительными и отрицательными, т. е. могут отражать удовлетворение и неудовлетворение.

Симптомы расстройств настроения

Гипертимия (мания) проявляется в виде неадекватно повышенного фона настроения, который сопровождается повышенным стремлением к деятельности, переоценкой своих возможностей, двигательнo-речевым возбуждением.

Экстаз – гипертимия с преобладанием восторга, крайней степени восхищения, ощущения прозрения, постижения высшего смысла, недоступного для понимания людей.

Эйфория – состояние немотивированного благодушия в сочетании с пассивностью. Стремления к деятельности нет, характерно пассивно-созерцательное состояние. Отмечается при наркотическом опьянении, сифилисе, туберкулезе легких.

Мория – состояние приподнятого настроения с оттенком детскости, дурашливости. Часто сопровождается нелепыми поступками, неадекватной мимикой. Наблюдается при органической патологии лобных долей головного мозга.

Дисфория – немотивированное состояние злобно-раздражительного аффекта («не тронь меня»). Встречается при органической патологии головного мозга, при эпилепсии («дурные дни эпилептика»). Больные стараются отдалиться от людей. Может отмечаться как аура припадка и как самостоятельный пароксизм.

Амбивалентность (двойственность) эмоций. У больных одновременно возникает два противоположных чувства, например любовь и ненависть («обнять и придушить»). Характерна для шизофрении, для детей и женщин истерического склада характера.

Слабодушие – недержание аффекта. Характерны реакции в виде умиления, смеха или плача по незначительным поводам (трогательные сцены, увиденные по ТВ, прочитанные в книгах, воспоминания). Встречается при органической (сосудистой) патологии головного мозга.

Эмоциональная лабильность (неустойчивость) – легкий переход от хорошего настроения к плохому. Смена аффекта может происходить по любому незначительному поводу. Состояние характерно для невротических синдромов, соматогенных астений, органической патологии головного мозга, абстинентных состояний. Может сочетаться со слабодушием.

Эмоциональная холодность (тупость) проявляется в снижении аффективного резонанса на события окружающего мира и собственное состояние. Относится к психонегативным симптомам, характерным для шизофрении.

Эмоциональная неадекватность. При этом нарушении эмоциональные реакции не соответствуют ситуации в качественном или количественном соотношении. Для больных шизофренией характерны эмоциональные реакции по типу дерева и стекла, когда какие-нибудь мелочи вызывают бурные аффективные проявления, и наоборот, более эмоционально значимые для здоровых людей ситуации оставляют больных совершенно равнодушными. Однако в первую очередь о неадекватности аффекта говорят в тех случаях, когда у больных на смерть родственников возникают чувства радости, восторга («фамильная ненависть»).

Вязкий аффект – сильный продолжительный аффект, не поддающийся отвлечению при новых впечатлениях. Характерен для больных эпилепсией, чаще возникает в виде аффекта злобы, неприязни.

Застойный аффект (аффективное оцепенение) – состояние резкого эмоционального напряжения, не получающее разрядки в действиях. Характерны состояния злобы, страха.

Гипотимия (тоска) – эмоциональное состояние с преобладанием грусти, подавленности, как правило, сопровождается угнетением всех психических процессов. Свойственно снижение самооценки. Входит в структуру депрессивных и невротических синдромов.

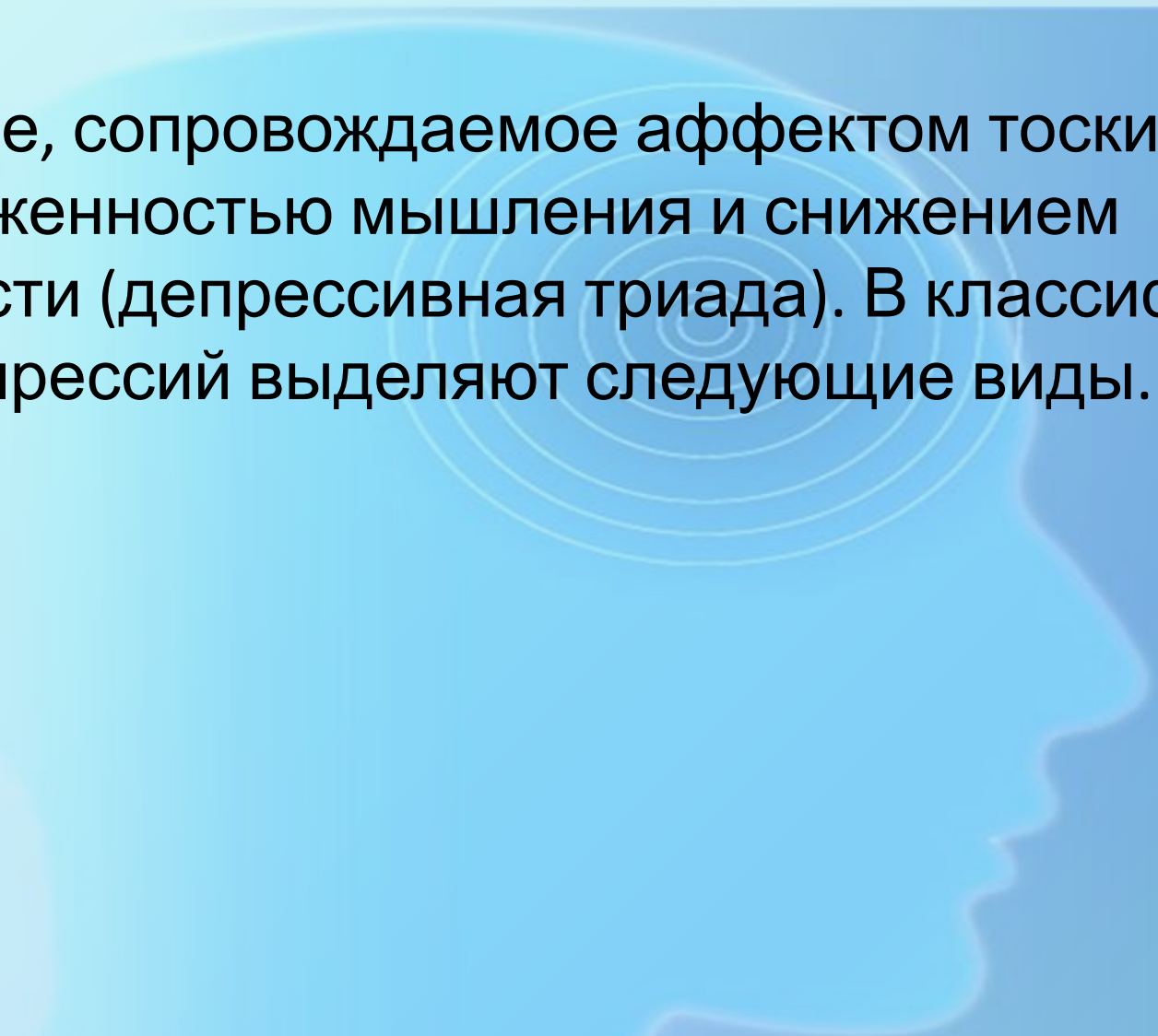
Кататимия (аффективное мышление) – искажение объективной оценки предметов и явлений за счет эмоциональной подоплеки. Мыслительный процесс не опирается на реальные факты и события, а подвластен господствующим в данный момент переживаниями. Преломление всего через чувства, часто наблюдается у онкологических больных.

Апатия – выраженное или полное безразличие к окружающему и к себе. Паралич эмоций сопровождается бездеятельностью, отсутствием побуждений, желаний.

Может развиваться постепенно, при этом апатическое отношение возникает к вещам, которые непосредственно не затрагивают интересов больного. При крайней степени развития состояние достигает апатического ступора. Может быть преходящим явлением (тяжелое депрессивное состояние, приступообразная шизофрения) или необратимым расстройством (при дегенеративных процессах в головном мозге, при конечной стадии шизофрении).

Синдромы расстройств настроения

Депрессия – состояние, сопровождаемое аффектом тоски (гипотимией), заторможенностью мышления и снижением двигательной активности (депрессивная триада). В классификации по происхождению депрессий выделяют следующие виды.



Соматизированная (маскированная, ларвированная) депрессия

Ведущим является сомато-вегетативный компонент. Жалобы на плохое настроение обычно отсутствуют, больные склонны обращаться к врачам соматического профиля. Аффект тоски выражен несильно и часто может расцениваться как вторичное явление в ответ на соматическую патологию.

Наиболее часто отмечается синдром «предсердечной тоски». Больные жалуются на боли в сердце, перебои, аритмии, ощущаемые экстрасистолы, ощущение нехватки воздуха, головные боли, нарушения сна.

На втором месте по встречаемости отмечаются жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (нарушение перистальтики – запоры или диарея; неприятные ощущения в области желудка, печени, поджелудочной железы; тошнота, рвота).

Тревожные (ажитированные) депрессии

Наиболее характерный вариант инволюционной депрессии. Аффект тоски сопровождается аффектами тревоги и страха. Больные находятся в постоянном предчувствии надвигающейся беды, катастрофы. Содержание тревожных переживаний носит либо полностью беспредметный (диффузный) характер, либо обыденно или навеяно разговорами с окружающими или средствами массовой информации.

Двигательной заторможенности нет, наоборот, отмечается речедвигательное возбуждение, больные причитают, не могут усидеть на месте. В крайних случаях такого возбуждения говорят о меланхолическом раптусе: больные с криками, причитаниями, стереотипными тревожными выкриками или визгом мечутся по коридору, катаются по полу. В этот момент они крайне суицидоопасны, могут наносить себе тяжелые увечья (с разбега

бьются головой о стену, наносят множественные глубокие ножовые

Анестетическая депрессия

Депрессивный аффект редуцирован. Больные жалуются на полное, мучительное отсутствие каких-либо переживаний (*anaesthesia psychica dolorosa*). Нередко возникает ощущение измененности окружающего – мир теряет краски, звуки слышатся приглушенными, нередко кажется, что время замедлило свой ход (меланхолическая дереализация).

Адинамическая депрессия

Ведущим симптомом является тоска, переживаемая больным как безразличие. В отличие от анестетической депрессии, больные от этого не страдают. Волевая активность снижена, больные не следят за собой, безразличны к своему внешнему виду. Характерны жалобы на вялость, чувство физического бессилия.

Маниакальный синдром

Для маниакального синдрома характерно наличие повышенного настроения, аффекта радости и счастья, ускоренного темпа мышления с характерной отвлекаемостью и легкостью образования ассоциаций, повышенным стремлением к деятельности.

При мании ускоряются все психические и физические процессы. У больных оживлена мимика и пантомимика, они выглядят моложе своих лет. Движения быстрые, пластичные, гибкие, чувство усталости отсутствует даже при больших физических нагрузках. У больного возникает ощущение полного психического и физического благополучия, игнорируются соматические заболевания.

Речь становится громкой, быстрой, эмоциональной, часто перемежается стихами, песнями. При выраженном возбуждении может отмечаться речь взхлеб, мысли не высказываются до конца, поскольку очень быстро сменяют друг друга. Окружающий мир воспринимается больным ярче, все окружающие люди кажутся счастливыми, негативная информация не воспринимается. Характерна переоценка своих физических и интеллектуальных возможностей. Больные строят далеко идущие жизненные планы, деятельны, однако ничего не доводится до конца, поскольку в голове возникает множество идей, которые больной стремится воплотить в жизнь. Отмечается отсутствие чувства меры, такта, ситуации. Больные склонны тратить огромные суммы денег на различные ненужные покупки.

Гипоманиакальный синдром

Симптоматика менее выражена в отличие от таковой при маниакальном синдроме. Переоценка своих возможностей не доходит до образования бредовых идей величия.

Двигательная активность и отвлекаемость менее выражены, поэтому больные зачастую продуктивны в своей деятельности.

Грубых поведенческих расстройств не отмечается. Для большинства окружающих больные выглядят просто веселыми, общительными и деятельными людьми.

Гневливая мания

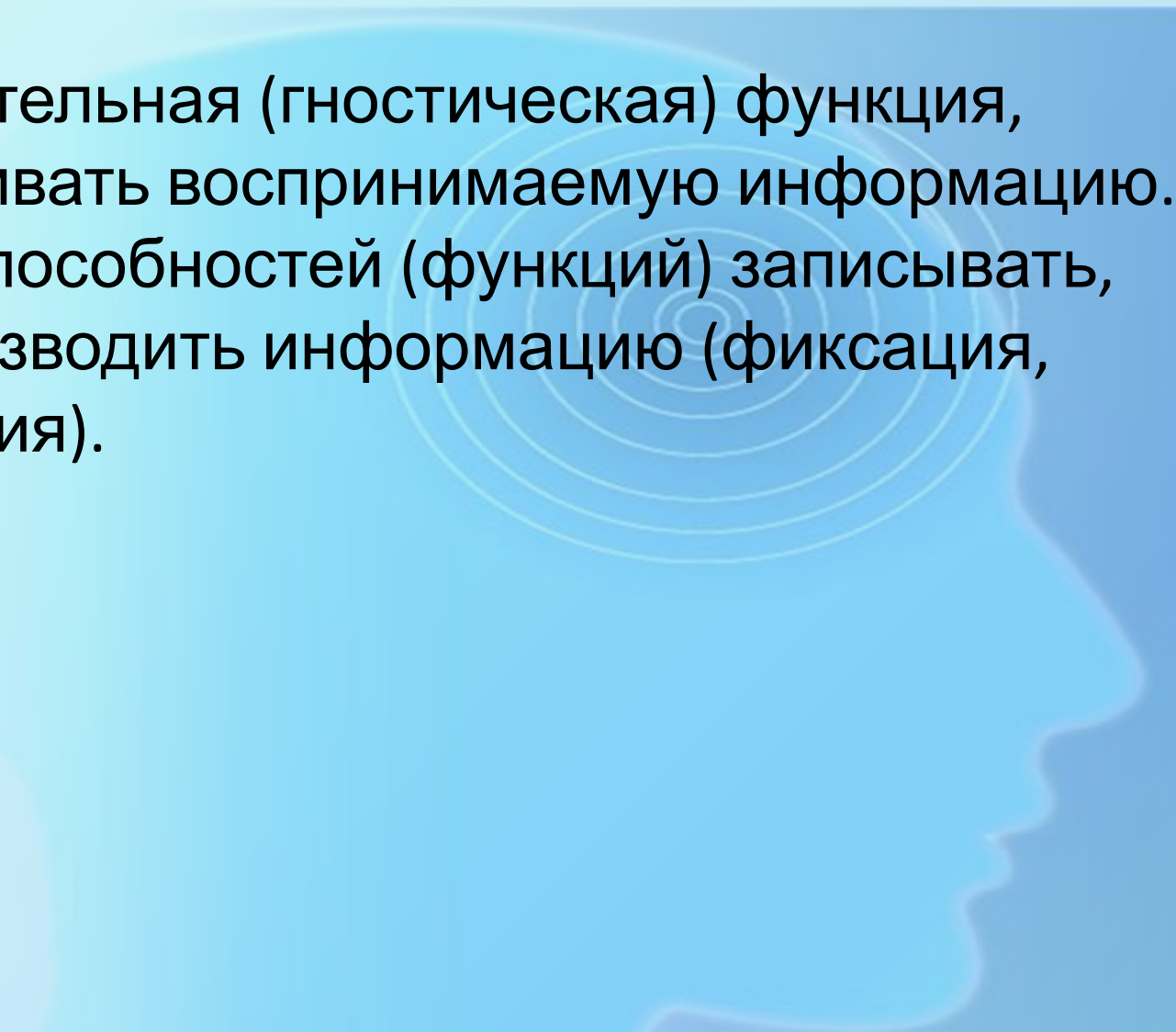
На фоне возбуждения может возникать бурный аффект гнева. Больной не терпит каких-либо ограничений, возражений, разумных объяснений, становится конфликтным и раздражительным. Но этот аффект быстро угасает. Такое состояние характерно для органической патологии головного мозга и для инволюционных расстройств психики.

Смешанный аффект

Часто возникает на переходе фаз маниакально-депрессивного психоза. Наиболее часто отмечается состояние двигательной заторможенности в сочетании с аффектом радости и ускоренным мышлением (непродуктивная мания). Больные могут быть многоречивы, но маниакальный аффект отсутствует (мания без мании).

Патология памяти

Память – это познавательная (гностическая) функция, позволяющая накапливать воспринимаемую информацию. Проявляется в виде способностей (функций) записывать, удерживать и воспроизводить информацию (фиксация, ретенция и репродукция).



Гипермнезия – оживление памяти, повышение способности вспоминания давно забытых, не актуальных в настоящее время событий. Это состояние сочетается с ослаблением запоминания текущей информации.

Гипомнезия (дисмнезия) – снижение памяти. Как правило, снижаются все три функции. Нарушается процесс запоминания, уменьшаются запасы памяти, и ухудшается воспроизведение. Ранними признаками гипомнезии являются нарушения воспроизведения необходимой в данный момент информации (нарушение селективной репродукции). Наблюдается при любых органических заболеваниях головного мозга.

Амнезия – утрата способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания.

Ограниченные амнезии – полное отсутствие памяти на какой-то период событий, амнезия всегда ограничена каким-либо интервалом.

Ретроградная амнезия – забываются события, предшествовавшие ее причине (психоз, черепно-мозговая травма, интоксикации, асфиксия, клиническая смерть, инсульт и т. д.). Может захватывать промежутки времени от нескольких минут до нескольких дней. Память на утраченные события частично или даже полностью восстанавливается.

Антероградная амнезия – выпадают из памяти события, следующие за воздействием причины (например, больной помнит события, предшествующие черепно-мозговой травме, но не помнит того, что происходило в последующие несколько часов или дней). Память на этот период не восстанавливается.

Конградная амнезия возникает на период психического расстройства. Обычно распространяется на состояния, связанные с расстройствами сознания (оглушение, делирий, онейроид, сумеречные состояния). Иногда в памяти остаются отдельные фрагменты психоза, что может быть причиной образования резидуального бреда.

Ретардированная амнезия – в отличие от конградской возникает не сразу, а спустя какой-то срок (от одного дня до недели). Больной после выхода из психоза способен рассказать о том, что с ним происходило, но спустя некоторое время забывает даже о том, что он уже рассказывал.

Палимпсест – запоминание отдельных событий и деталей своего поведения, возникающее в период алкогольного опьянения. Общий ход событий сохраняется в памяти. По мере нарастания симптомов алкоголизма палимпсест сменяется алкогольной амнезией (забывается все, что было в период опьянения)

Фиксационная амнезия – нарушается функция запоминания (фиксация), больные не удерживают в памяти события, которые происходили с ними только что. При этой форме амнезии наблюдается дезориентировка в месте, времени, окружающих лицах. Является ведущим симптомом синдрома Корсакова.

Прогрессирующая амнезия. Отмечается постепенное и необратимое опустошение запасов памяти. Забывание происходит в обратном порядке: сначала из памяти утрачиваются недавно приобретенные знания, а затем более старые и прочно закрепленные (закон Рибо). Давно минувшие события оживают в памяти больного, становятся очень яркими, в то время как на текущие события память утрачивается.

Псевдореминисценции. Прошедшие события воспроизводятся, но нарушается их временной порядок (иллюзии памяти). В воспоминаниях больного прошлое переплетается с настоящим. Содержание псевдореминисценций, как правило, обыденного характера.

Конфабуляции – вымысел в форме воспоминаний (галлюцинации памяти). По содержанию бывают фантастическими и бытовыми, последние сложно дифференцировать с псевдореминисценциями. Выраженность расстройств может достигать состояния конфабуляторной спутанности сознания – состояния с обилием конфабуляций, ложных узнаваний, растерянности.

Криptomнезии. При данном виде патологии памяти прочитанное в книгах, увиденное в кино или во сне воспроизводится больными как события, реально имевшие место в их жизни.

Синдром Корсакова (корсаковский синдром, амнестический синдром). Синдром впервые описан при алкогольной энцефалопатии (болезни Корсакова), но также встречается и при других заболеваниях (черепно-мозговая травма, опухоли, интоксикации, острая гипоксия, при старческих атрофических и сосудистых процессах).

Для синдрома характерно наличие фиксационной амнезии, амнестической дезориентировки во времени и пространстве, конфабуляций. Больной при наличии у него данных расстройств памяти не может определить точно свой возраст, назвать текущую дату, не способен запомнить, где его койка (амнестическая дезориентировка). Больные часто задают врачу одни и те же вопросы, пересказывают одно и то же, несколько раз перечитывают одно и то же, как нечто новое. На события прошлой жизни память обычно сохранена, но могут отмечаться явления ретроградной

При специально поставленных вопросах можно спровоцировать конфабуляторные высказывания. Например, у человека, который всю жизнь проработал слесарем на заводе, спросить о теме его последней диссертации. В отличие от деменции, при корсаковском синдроме сохранна ситуационная сообразительность (например, могут играть в настольные игры).



Патология интеллекта

Интеллект – совокупность познавательных способностей человека, стремление приобретать новые знания. Интеллект помогает адаптироваться в ситуации, понимать смысл происходящего, критически оценивать себя в этой ситуации. Хорошо развитая логическая память, целенаправленное мышление и высокая волевая активность являются предпосылками формирования интеллекта. Выделяют интеллект практический и теоретический. Интеллект бывает высокий, средний, ниже среднего.

Олигофрения – врожденный вид слабоумия (врожденное недоразвитие). Олигофрения – непрогредиентное состояние, усугубление признаков слабоумия может происходить под воздействием дополнительных факторов (черепно-мозговая травма, алкоголизм, токсикомании и т. д.). Наряду с интеллектуальной недостаточностью всегда в той или иной степени выражены признаки недоразвития всей личности (волевые нарушения, эмоциональные, речевые, моторные). Причины: наследственные заболевания, интоксикации, инфекции, эндокринная патология, травмы, резус-конфликт, генные девиации.

По степени выраженности слабоумия выделяют следующие формы олигофрений:

Идиотия

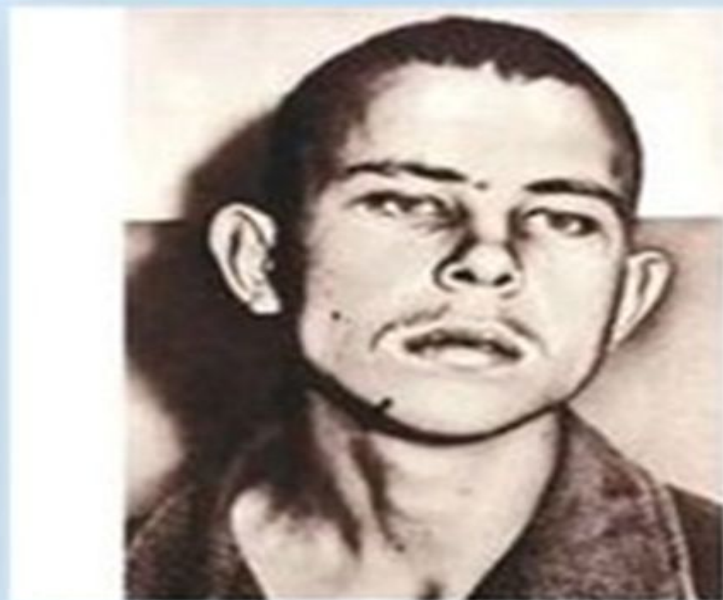
У больного отсутствует сформированная членораздельная речь. Из обращенной речи больные воспринимают только интонацию. Моторная функция грубо нарушена, элементарные навыки отсутствуют, больные не способны к самообслуживанию. Сохранены только безусловные рефлексы. Идиотия часто сочетается с грубой физической патологией и уродствами.

Имбецильность

Абстрактное мышление невозможно, и выявляются явные затруднения при конкретно-образном мышлении. Речь дефектна, развивается поздно, словарный запас небольшой, грамматическая структура нарушена. Сформированы элементарные навыки самообслуживания. Больные способны к простейшим трудовым операциям, но требуют постоянной коррекции. При резко выраженной имбецильности больные необучаемы. Суждения и простейшие навыки являются следствием усвоенного подражания.

Дебильность. Легкая форма олигофрении, характерно недоразвитие абстрактно-логического мышления, абстрактного обобщения. Мышление конкретное. Словарный запас и объем знаний бедны, не соответствуют возрастной норме.

Дебильность классифицируется на легкую, среднюю, тяжелую степень. Диагноз ставится на основе клинических признаков и психологических тестов. В легких случаях больные способны самостоятельно учиться в средней школе, при тяжелых случаях требуется обучение во вспомогательных школах. Больные способны к несложному самостоятельному труду. Может быть хорошо развита механическая память, логическая память или полностью отсутствует, или ослаблена.



* Дебильность



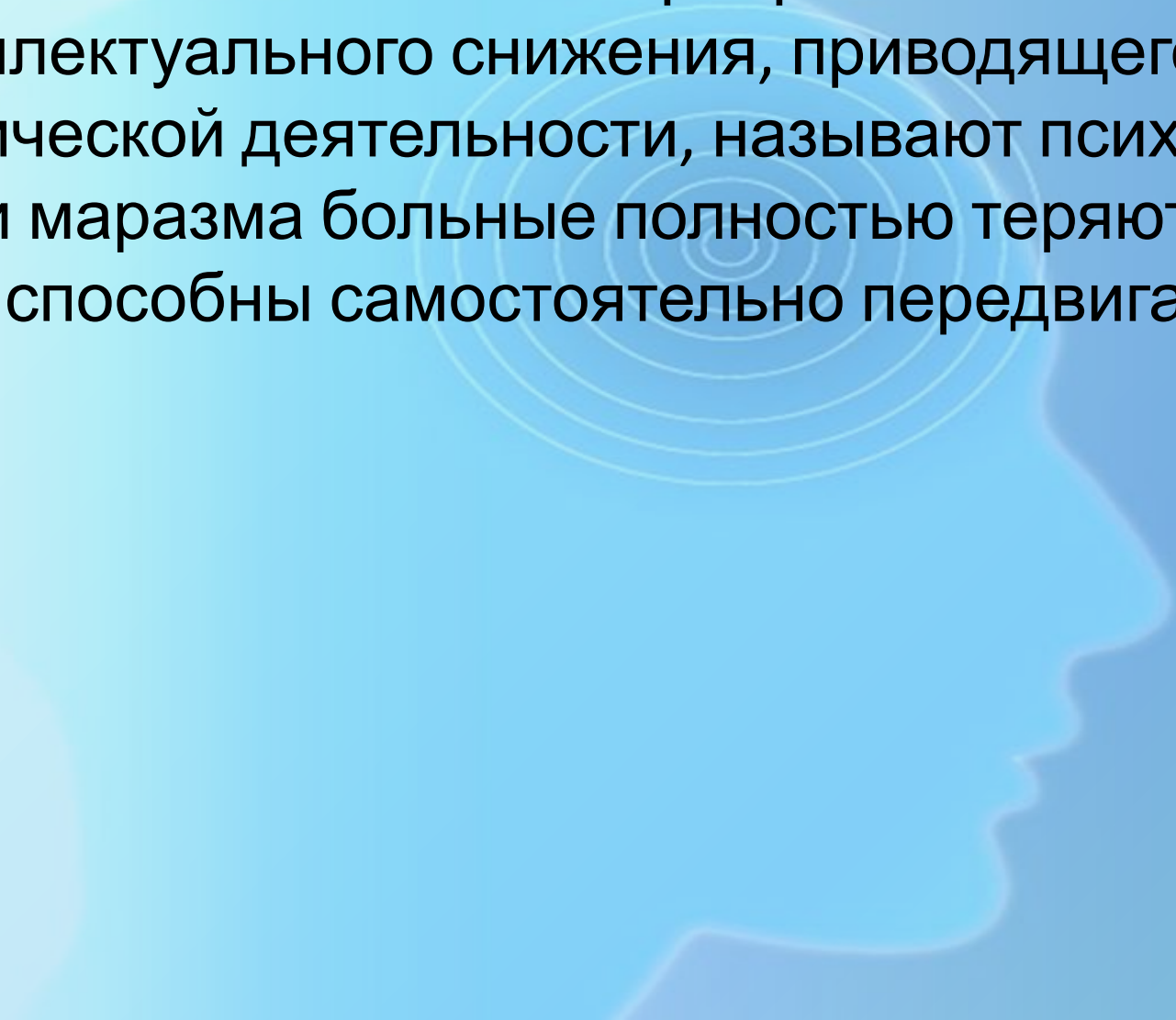
* Имбецильность



* Идиотия

* Степени умственной отсталости

Деменция – приобретенный вид слабоумия. Деменция в отличие от олигофрении всегда прогредиентна, хотя при разных заболеваниях темп снижения интеллекта может сильно варьировать. Конечную стадию процесса интеллектуального снижения, приводящего к полному распаду психической деятельности, называют психическим маразмом. В состоянии маразма больные полностью теряют навыки самообслуживания, не способны самостоятельно передвигаться.



Лакунарная (очаговая, дисмнестическая) деменция

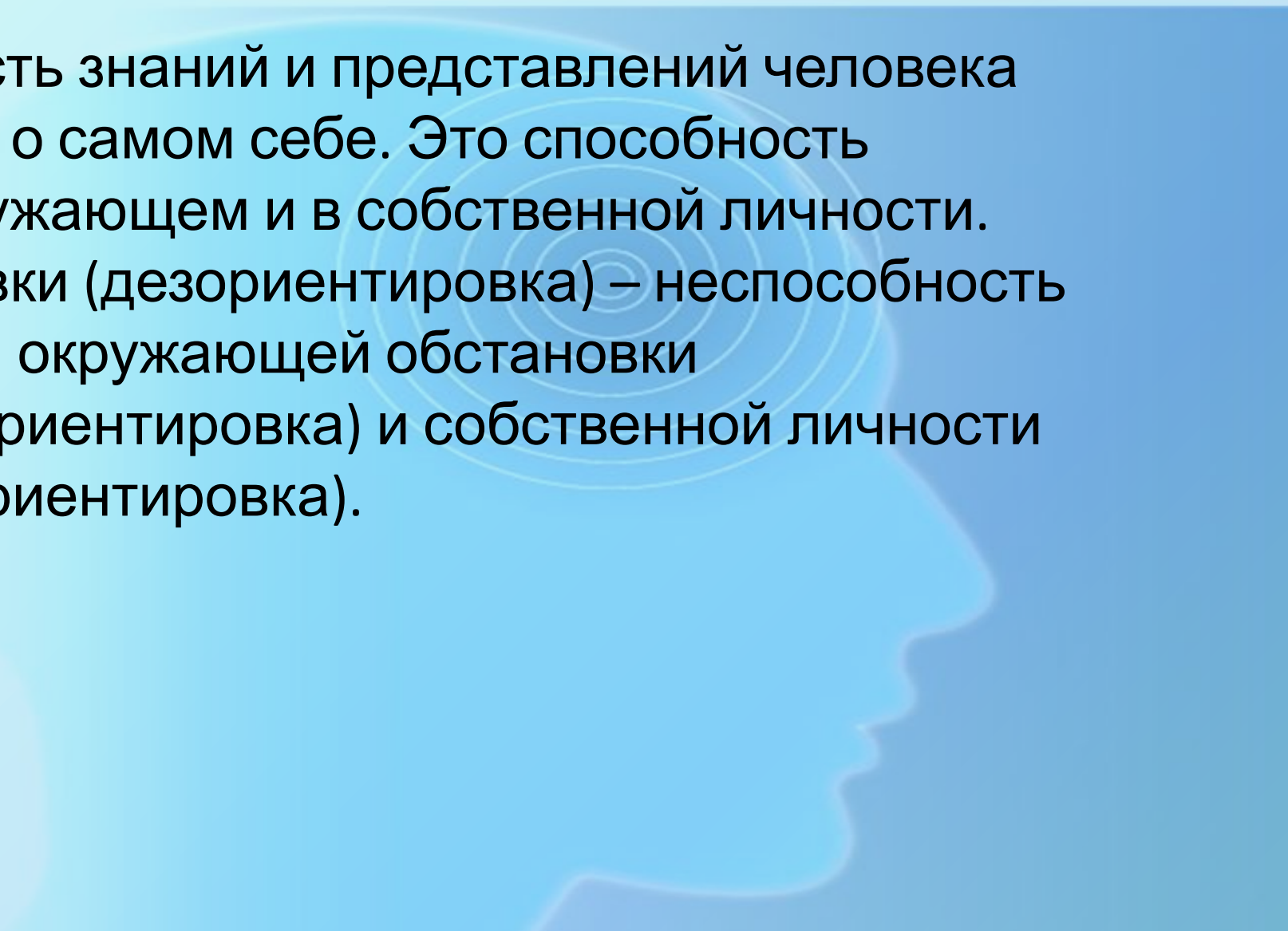
В основе интеллектуального снижения лежат нарушения памяти. Также в ряде случаев снижается уровень осмысления, интеллектуальная продуктивность, может нарушаться счет, но сохраняется критика к этим нарушениям, присутствует осознание болезни. Ядро личности долгое время сохраняется. Нередко у больных отмечаются непреодолимые аффективные реакции по незначительным поводам («недержание аффекта»). Характерны эмоциональные проявления в виде плача, раздражения, гнева. Темп психических процессов чаще замедлен. Такой вид слабоумия характерен для сосудистых поражений головного мозга (атеросклероз, гипертоническая болезнь), черепно-мозговых травм, тяжелых или хронических интоксикаций.

Глобарная (полная, тотальная, диффузная) деменция

Грубые нарушения затрагивают все психические функции (разрушается ядро личности). Нивелируются все личностные особенности. Критика к своему состоянию у таких больных полностью отсутствует. Нередко наблюдаются обострение низших влечений, прожорливость, бродяжничество, скопидомство (накопление всякого хлама). Данный вид слабоумия может наблюдаться как исход лакунарной деменции, а также встречается при старческих процессах, при болезни Альцгеймера, болезни Пика, прогрессирующем параличе.

Расстройства сознания

Сознание – совокупность знаний и представлений человека об окружающем мире и о самом себе. Это способность ориентироваться в окружающем и в собственной личности. Нарушение ориентировки (дезориентировка) – неспособность правильного осознания окружающей обстановки (аллопсихическая дезориентировка) и собственной личности (аутопсихическая дезориентировка).



Признаки нарушения сознания по К. Ясперсу:

- 1) отрешенность с утратой ясности, отчетливости восприятия окружающего;
- 2) различные виды дезориентировки (бывает предметная и личностная), которые наблюдаются изолированно или вместе;
- 3) бессвязность мышления, утрата его целенаправленности;
- 4) полная или частичная амнезия периода нарушения сознания, часто реальные события полностью амнезируются и сохраняются отрывочные воспоминания о бредовых и галлюцинаторных переживаниях.

Помрачения сознания

Оглушение

Характеризуется повышением порога возбудимости для всех внешних раздражителей. Проявляется задержкой ответных реакций на обычные раздражители. Мышление замедлено, затруднено, ответы односложные, больные не сразу способны осмыслить суть задаваемых вопросов. При более глубокой оглушенности ответы не впопад. Больные малоподвижны, движения замедлены, неловки, мимика слабо выражена. Продуктивные психопатологические расстройства отсутствуют. Ориентировка в окружающем и в собственной личности неточная. Период оглушения частично или полностью амнезируется.

Обнубиляция – «вуаль на сознании», «облачность сознания». Больные производят впечатление слегка опьяневших. Речевые реакции замедлены, часты ошибки в ответах, отмечается рассеянность, невнимательность. Обычно такое состояние кратковременно, однако при опухолях мозга может продолжаться очень долго.

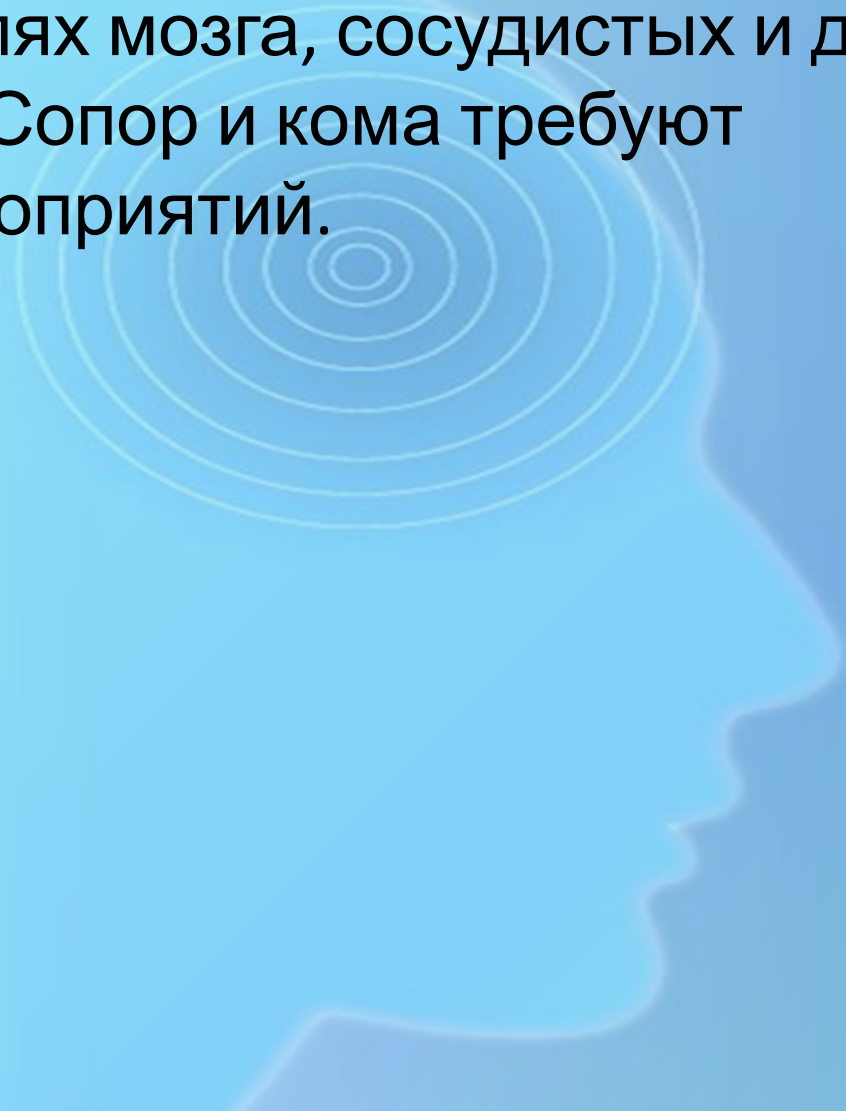
Сомнолентность – патологическая сонливость, состояние полусна. Большую часть времени больной проводит лежа с закрытыми глазами. Спонтанная речь отсутствует, но на простые вопросы больные отвечают правильно, более сложные не осмысляются.

Сильные внешние раздражители (боль, резкий запах, яркий свет, очень громкая речь) способны на непродолжительное время ослабить симптомы оглушения.

Сопор. В основе данного расстройства лежит более значительное повышение порога возбудимости ЦНС. Речевой контакт невозможен, аллопсихическая ориентировка, как правило, полностью отсутствует. Сильные внешние раздражители вызывают недифференцированные защитно-оборонительные реакции. Период помрачения сознания полностью амнезируется.

Кома – бессознательное состояние (о наличии какой-либо ориентировки говорить просто неуместно) с полным отсутствием ответных реакций. Первой исчезает болевая чувствительность, затем исчезают зрачковый, роговичный и глотательный рефлекс. Последними исчезают сухожильные рефлекс, и появляются патологические.

Помрачения сознания встречаются при интоксикациях (алкоголь, угарный газ, транквилизаторы), расстройствах обмена веществ (уремия, диабет, печеночная или почечная недостаточность), черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, сосудистых и других органических заболеваниях ЦНС. Сопор и кома требуют неотложных реанимационных мероприятий.



Изменения сознания

Делирий – выраженное расстройство предметной ориентировки при сохранности личностной. Выражена продуктивная патопсихологическая симптоматика в виде галлюцинаций (зрительных, слуховых, тактильных), аффекта страха, чувственного бреда и нередко психомоторного возбуждения.

В поведении отражается содержание галлюцинаций и чувственного бреда. Для делирия характерно наличие стадийности в процессе развития.

1. Стадия предвестников (начальная стадия)

Симптомы первой стадии обычно заметны ближе к вечеру. Появляется говорливость, общая возбужденность. Выражена отвлекаемость, непоследовательность, эмоциональная лабильность. Характерны явления общей гиперестезии: неприятен яркий свет, привычная еда приобретает интенсивный вкус, неприятные запахи становятся невыносимыми, больные вздрагивают даже при незначительных звуках. Различные, даже самые незначительные события привлекают внимание больного. Характерны наплывы ярких воспоминаний. Сон беспокойный, с яркими сновидениями тревожного, устрашающего характера.

2. Гипнагогическая стадия. Характерно усиление симптомов первой стадии. В высказываниях больного заметна непоследовательность, достигающая уровня легкой бессвязности. Эпизодически возникают явления аллопсихической дезориентировки. При закрытых глазах – гипнагогические галлюцинации. Появляются зрительные иллюзии. Интенсивность сновидений усиливается, характерны частые пробуждения, во время которых больной не сразу отдает себе отчет в том, что было во сне, а что наяву.

3. Стадия галлюцинаций. Характерно появление ярких истинных зрительных, слуховых и тактильных галлюцинаций. Поведение больного диктуется содержанием галлюцинаторных переживаний. Мимика выражает аффективные переживания. Появляется образный, чувственный бред. Больные не сразу способны осмыслить суть задаваемых вопросов, часто отвечают невпопад. Аутопсихическая ориентировка сохранена, в окружающем больные полностью дезориентированы.

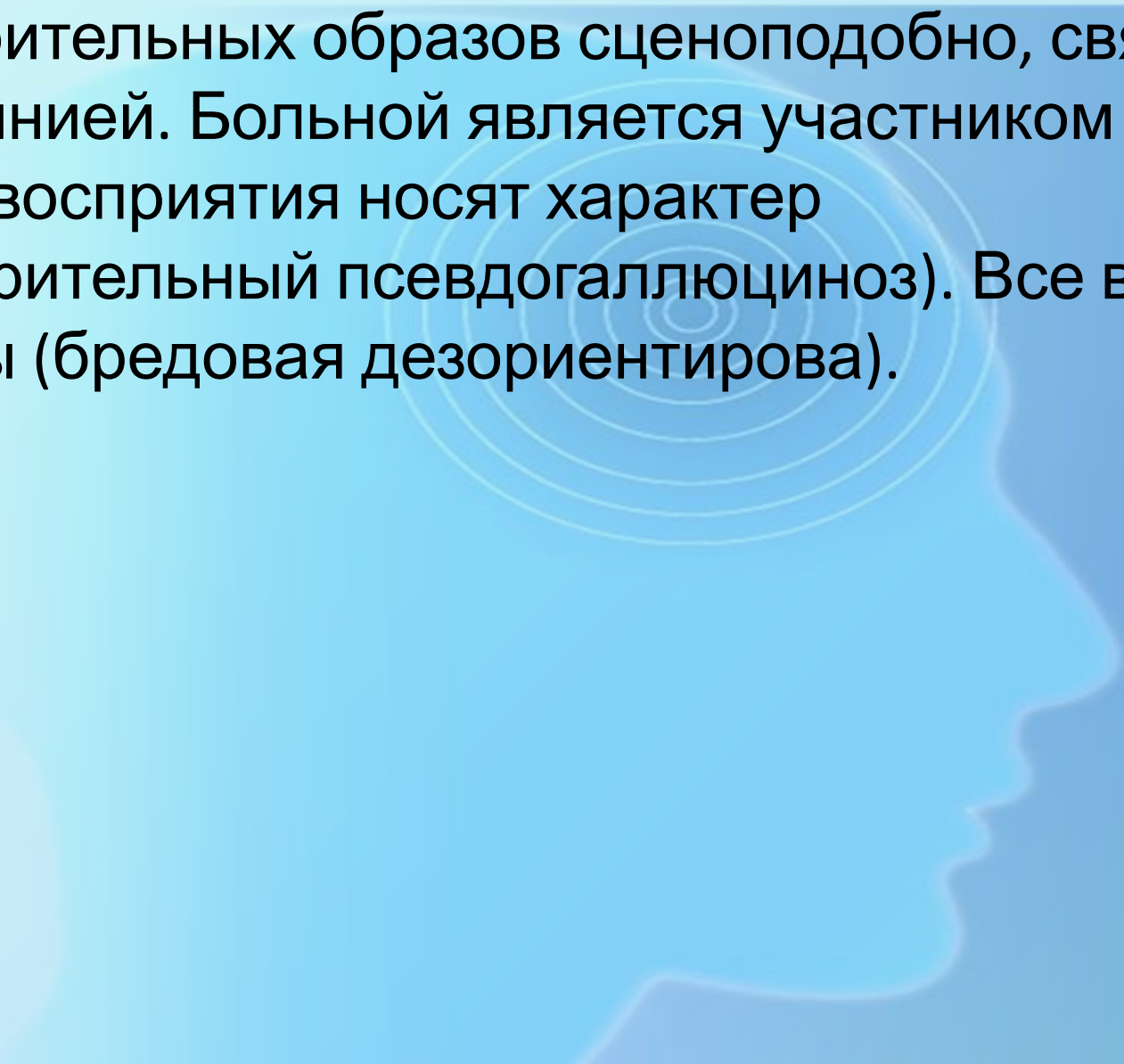
Профессиональный делирий (бред занятости)

Характерно выполнение однообразных привычных или профессиональных действий (готовка еды, шитье, уборка и т. п.). Двигательное возбуждение возникает обычно на ограниченном пространстве, сопровождается отдельными редкими словами или короткими фразами. Галлюцинации и бред либо отсутствуют, либо рудиментарны. Речевой контакт практически невозможен, иногда удается получить односложный ответ на простой вопрос. Амнезия всегда полная.

Мусситирующий («бормочущий», «тихий» делирий)

Характерно некоординированное двигательное возбуждение в пределах постели. Больные что-то с себя стряхивают, совершают хватательные движения. Речь представляет собой тихое невнятное бормотание. Речевой контакт невозможен.

Онейроид – изменение сознания с наплывом фантастических представлений, которые переплетаются с реальностью. Как правило, содержание зрительных образов сценоподобно, связано какой-либо сюжетной линией. Больной является участником мнимых событий. Расстройства восприятия носят характер псевдогаллюцинаций (зрительный псевдогаллюциноз). Все виды ориентировки нарушены (бредовая дезориентировка).



Сумеречное расстройство сознания («сумерки») – сужение психического поля зрения, избирательное восприятие окружающего при сохранении привычных автоматизированных действий. Возникает внезапно, часто на непродолжительное время (минуты, часы, очень редко держится более суток). Наблюдается при эпилепсии, органической энцефалопатии с эпилептиформным синдромом, интоксикациях. Имеет тенденцию к повторению. В зависимости от клинической картины выделяют несколько вариантов сумеречного расстройства сознания.

Транс (ориентированные сумеречные расстройства) отличается тем, что больные в общих чертах (формально) знают о том, где они находятся и кто их окружает. Автоматизмы представлены сложными последовательными действиями. Находясь в таком состоянии, больные склонны к бесцельному перемещению (могут уехать в другой город), никак не привлекают к себе внимания окружающих (хотя при наблюдении можно отметить растерянность и сонливый вид). Состояния транса полностью амнезируются.

Фуга – автоматизмы проявляются внезапно возникающим бесцельным бегом, в отличие от транса длится кратковременно.

Расстройства внимания

Внимание – психическая функция, обеспечивающая выделение в сознании одних объектов (сосредоточение на чем-либо) при одновременном отвлечении от других раздражителей. Внимание существует только при наличии ясного сознания. Выделяют два типа (компонента) внимания:

1) активное (избирательное) внимание – обусловлено целенаправленной волевой и интеллектуальной деятельностью;

2) пассивное внимание – обусловлено внешними свойствами объектов и явлений, привлечение внимания происходит без волевого участия, произвольно

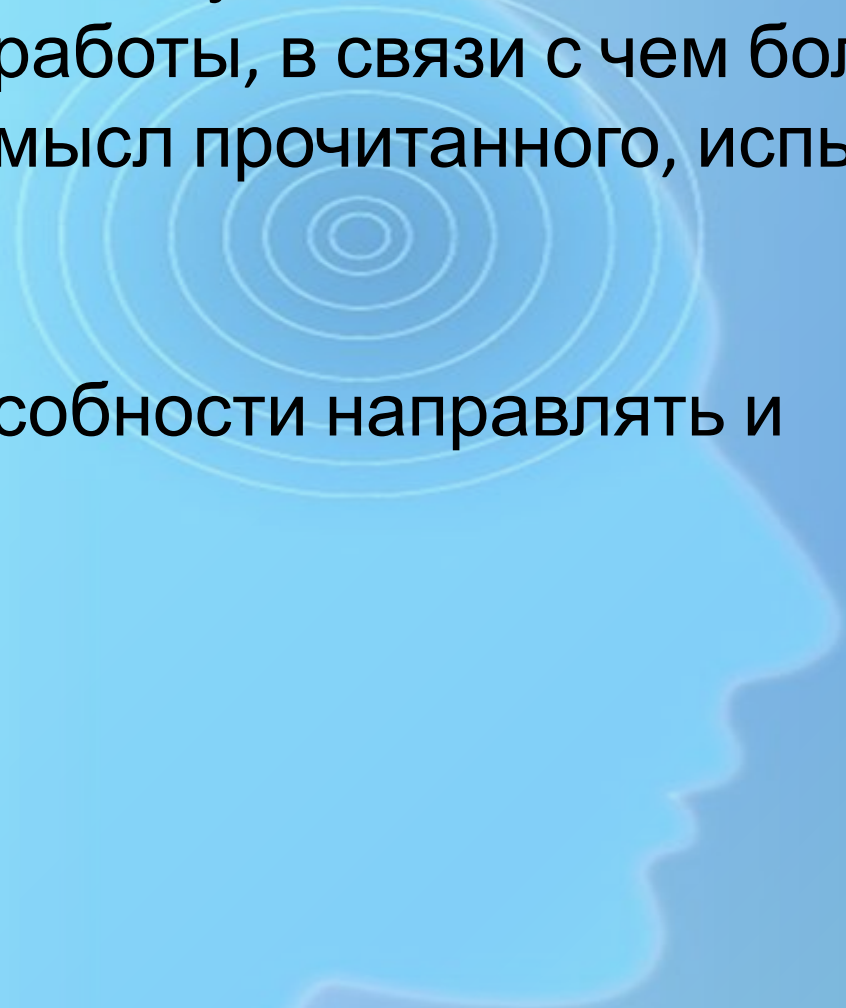
Нарушения внимания проявляются его ослаблением или усилением

Ослабление внимания (*гипопрозекия*) проявляется ухудшением активного внимания и преобладанием пассивного компонента. Возникает рассеянность, ухудшается способность концентрации внимания на чем-либо.

Раздражительная слабость внимания – изменчивость активного внимания под влиянием внешних и внутренних стимулов. При этом внимание часто сосредоточено на какой-то группе представлений (например, навязчивых мыслях).

Снижение внимания – ухудшение активного внимания вследствие умственного напряжения. О патологии говорят в том случае, если утомление внимания наступает под влиянием непродолжительной умственной работы, в связи с чем больной не в состоянии писать, осознавать смысл прочитанного, испытывает ощущение сонливости.

Апрозексия – полная потеря способности направлять и фиксировать внимание.



Усиление внимания (*гиперпрозексия*) сопровождается усилением пассивного компонента внимания. При маниакальных и гипоманиакальных состояниях усиление пассивного внимания сочетается с повышенной отвлекаемостью активного внимания. Крайней степенью отвлекаемости внимания является гиперметаморфоз (сверхотвлекаемость внимания), когда каждая мелочь привлекает внимание больного, больные выглядят растерянными, реагируют мимикой на самые незначительные раздражители, не способны описать то, что происходит вокруг.

Расстройства воли

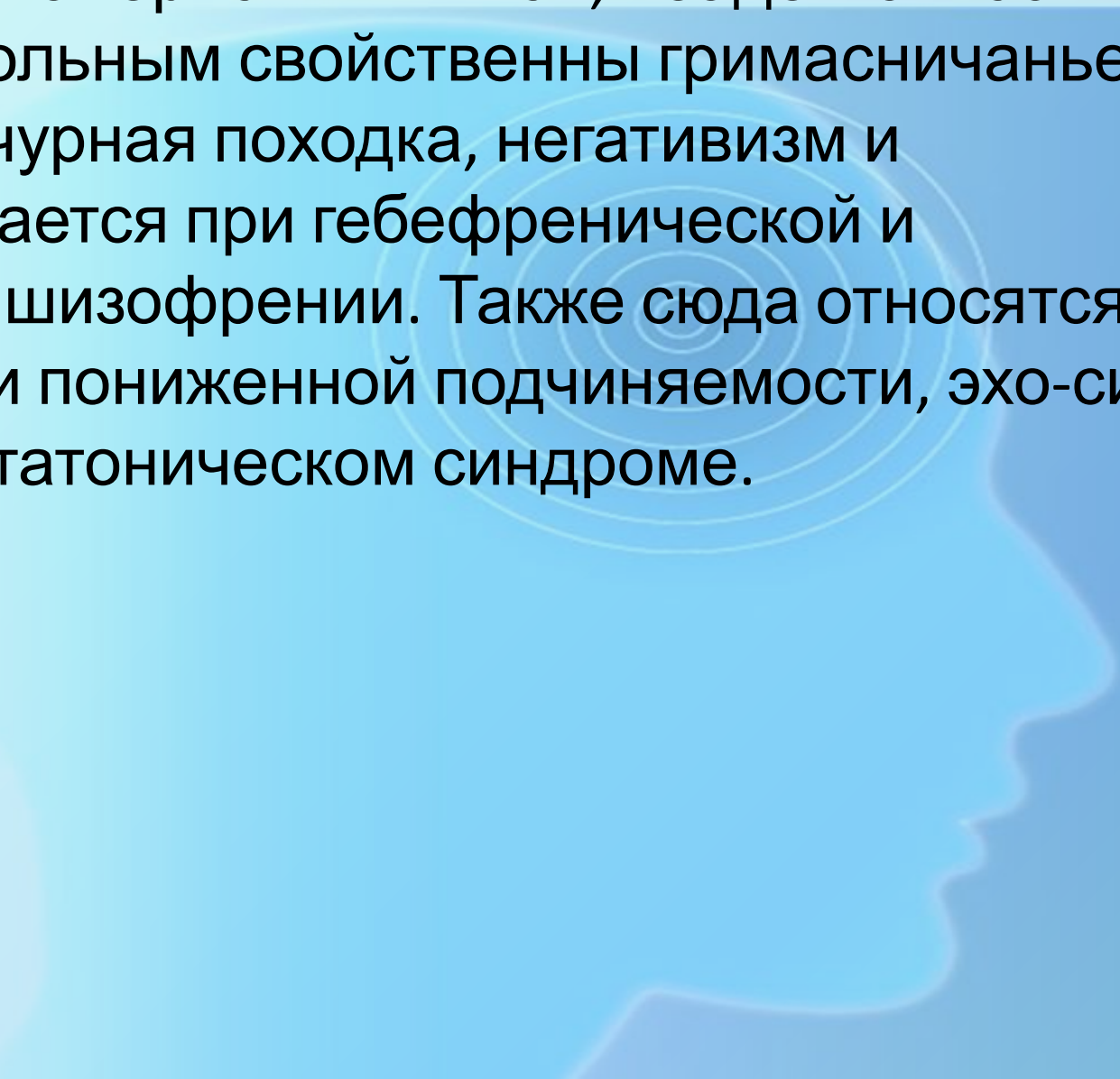
Воля – это целенаправленная деятельность человека, способность ставить перед собой цели. Большое значение в формировании волевых актов имеет мотивационная сфера человека, которая представляет собой совокупность желаний, побуждений, потребностей. Среди мотивов выделяют гедонистические (стремление получить удовольствие), утилитарные (стремление извлечь выгоду), альтруистические мотивы и т. д. Среди особенностей волевой сферы человека выделяют внушаемость (подверженность чужому влиянию), самостоятельность, нерешительность (задержка волевого акта на этапе борьбы мотивов), упрямство (действия вопреки чему-либо), неустойчивость (неспособность сдерживать неодобряемые сами человеком поступки)

Гипербулия – патологическое увеличение волевой активности, повышенное стремление к деятельности. Гипербулия часто сочетается с повышенной отвлекаемостью, в этих случаях действия носят непродуктивный характер. Встречается при маниакальном синдроме. При паранойальном состоянии характерна упорная деятельность в одном направлении в соответствии с бредовыми переживаниями (хождение по различным инстанциям, написание огромного количества жалоб, доносов).

Гипобулия – патологическое ослабление волевой деятельности, стремления к деятельности. Наблюдается при неврозах, депрессии (чем глубже депрессия, тем более выражена гипобулия).

Абулия – полное отсутствие инициативы, полная бездеятельность с минимальной сохранностью круга автоматизированных действий. Больные целыми днями лежат или сидят в постели, с большим трудом могут себя заставить сделать какое-либо движение. Часто сопровождается апатией (апато-абулический синдром). Безразличие и безволие наиболее характерны для простой формы шизофрении. Также встречается при травматических повреждениях головного мозга. При апато-абулии может происходить так называемая борьба мотивов (какой чулок надевать первым – правый или левый). Апато-абулические проявления могут отмечаться при психастенической психопатии, при акцентуации характера.

Парабулия – извращение волевой активности и побуждений. Проявляется вычурной, манерной мимикой, неадекватностью движений и действий. Больным свойственны гримасничанье, особые формы приветствия, вычурная походка, негативизм и импульсивность. Встречается при гебефренической и кататонической формах шизофрении. Также сюда относятся симптомы повышенной и пониженной подчиняемости, эхо-симптомы, которые описаны при кататоническом синдроме.



Расстройства моторики (психомоторные расстройства)

Гипокинезии проявляются замедлением и обеднением движений вплоть до состояния акинезии (полной обездвиженности при анатомо-физиологической сохранности опорно-двигательного аппарата).

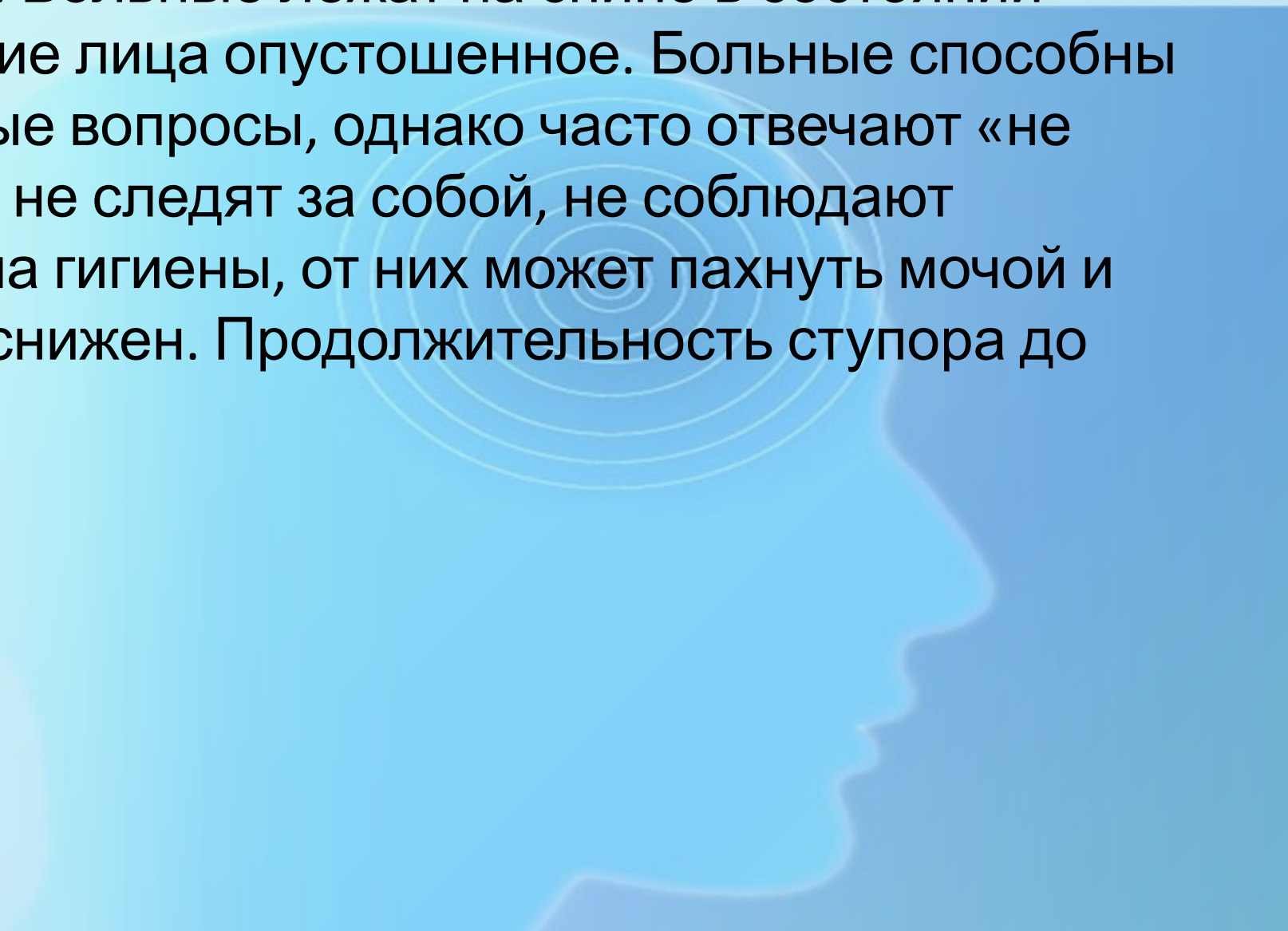
Ступор – психопатологическое расстройство в виде угнетения всех сторон психической деятельности, в первую очередь моторики, мышления и речи. Термин «ступор» часто сочетается с определением, отражающим психопатологическое расстройство.

Варианты ступора

Депрессивный ступор (меланхолическое оцепенение) – поза больного отражает депрессивный аффект. Обычно больные сохраняют способность простейшим образом реагировать на обращения (наклон головы, односложные ответы шепотом). У некоторых больных могут спонтанно возникать «тяжелые» вздохи, стоны. Продолжительность такого состояния может достигать нескольких недель.

Галлюцинаторный ступор развивается под влиянием галлюцинаторных переживаний. Общая обездвиженность сочетается с различными мимическими реакциями (страх, восторг, удивление, отрешенность). Часто возникает на высоте истинных поливокальных галлюцинаций, императивных псевдогаллюцинаций, при наплыве зрительных сценподобных галлюцинаций. Встречается при интоксикационных, органических психозах, при шизофрении. Продолжительность состояния до нескольких часов.

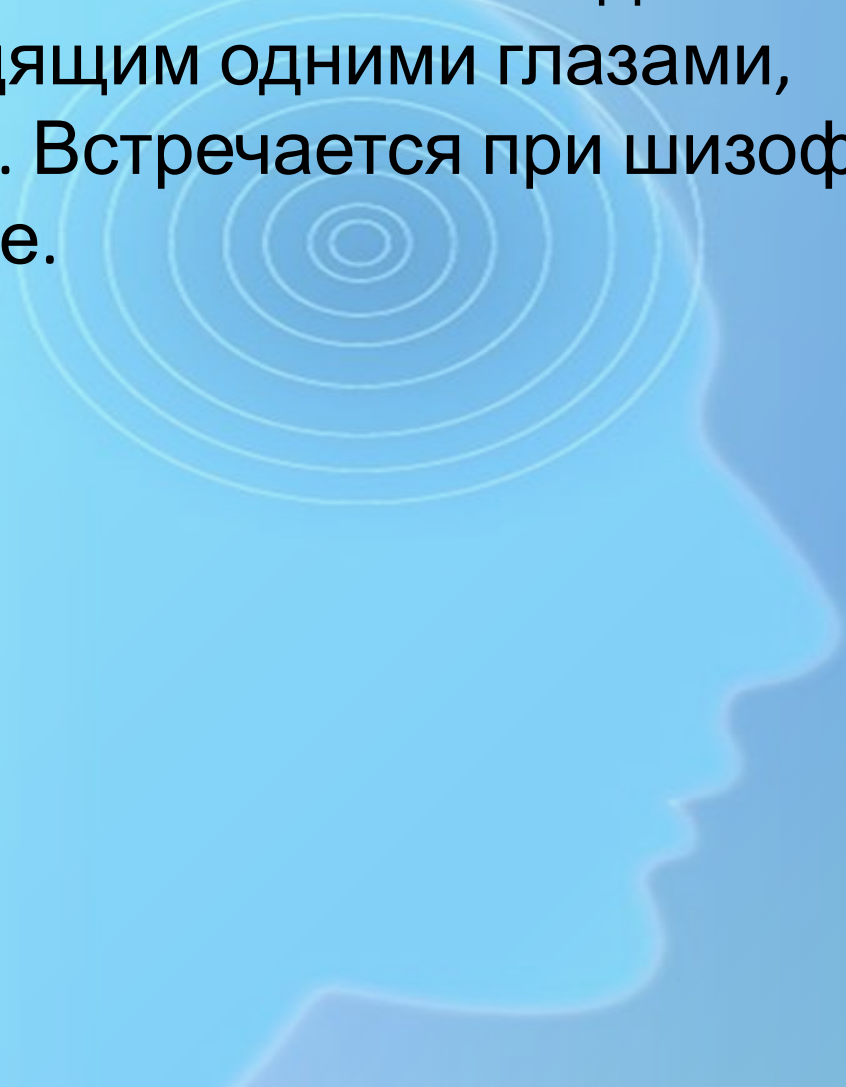
Апатический (астенический) ступор – полная безучастность и безразличие ко всему. Больные лежат на спине в состоянии прострации. Выражение лица опустошенное. Больные способны реагировать на простые вопросы, однако часто отвечают «не знаю». Больные часто не следят за собой, не соблюдают элементарные правила гигиены, от них может пахнуть мочой и калом, аппетит резко снижен. Продолжительность ступора до нескольких месяцев.



Истерический ступор возникает обычно у личностей с истерическими чертами характера. Нередко развитию ступора предшествуют другие истерические расстройства (истерические парезы, псевдодеменция, истерические припадки и т. д.). Больные не отвечают на вопросы, целыми днями лежат в постели. При попытках поднять с постели, накормить или переодеть их больные оказывают сопротивление. На высоте переживаний сознание аффективно сужено, поэтому после выхода из этого состояния у больных может наблюдаться частичная амнезия.

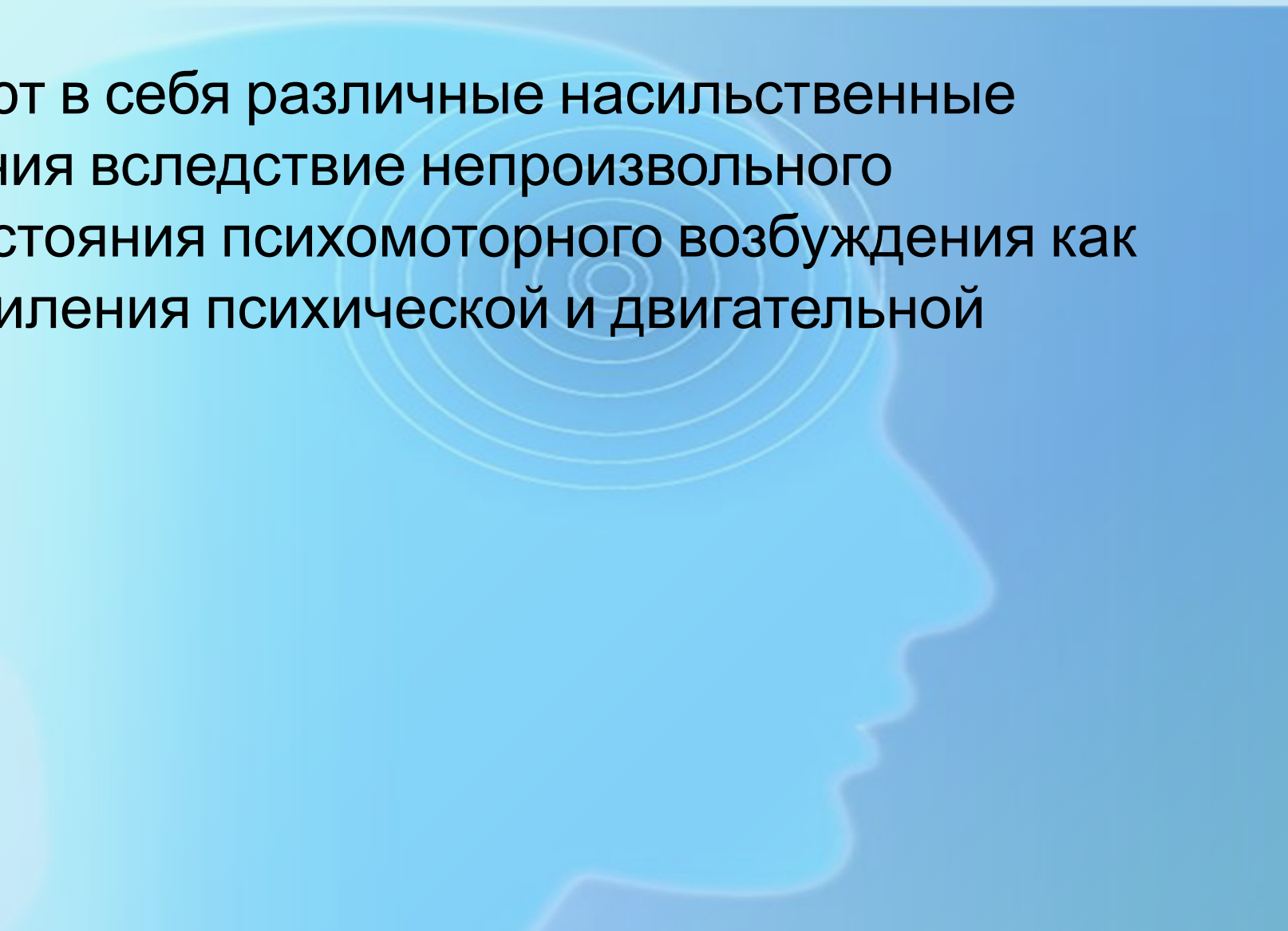
Психогенный ступор развивается остро вследствие действия интенсивной шоковой психотравмы или психотравмирующей ситуации.

Маниакальный ступор наблюдается при резком переходе депрессивного состояния в маниакальное (и наоборот). Характерно, что больной, находясь в состоянии обездвиженности (сидя или стоя), следит за происходящим одними глазами, сохраняя веселое выражение лица. Встречается при шизофрении, маниакально депрессивном психозе.



Гиперкинезии

Гиперкинезии включают в себя различные насильственные автоматические движения вследствие непроизвольного сокращения мышц и состояния психомоторного возбуждения как крайне выраженного усиления психической и двигательной активности.



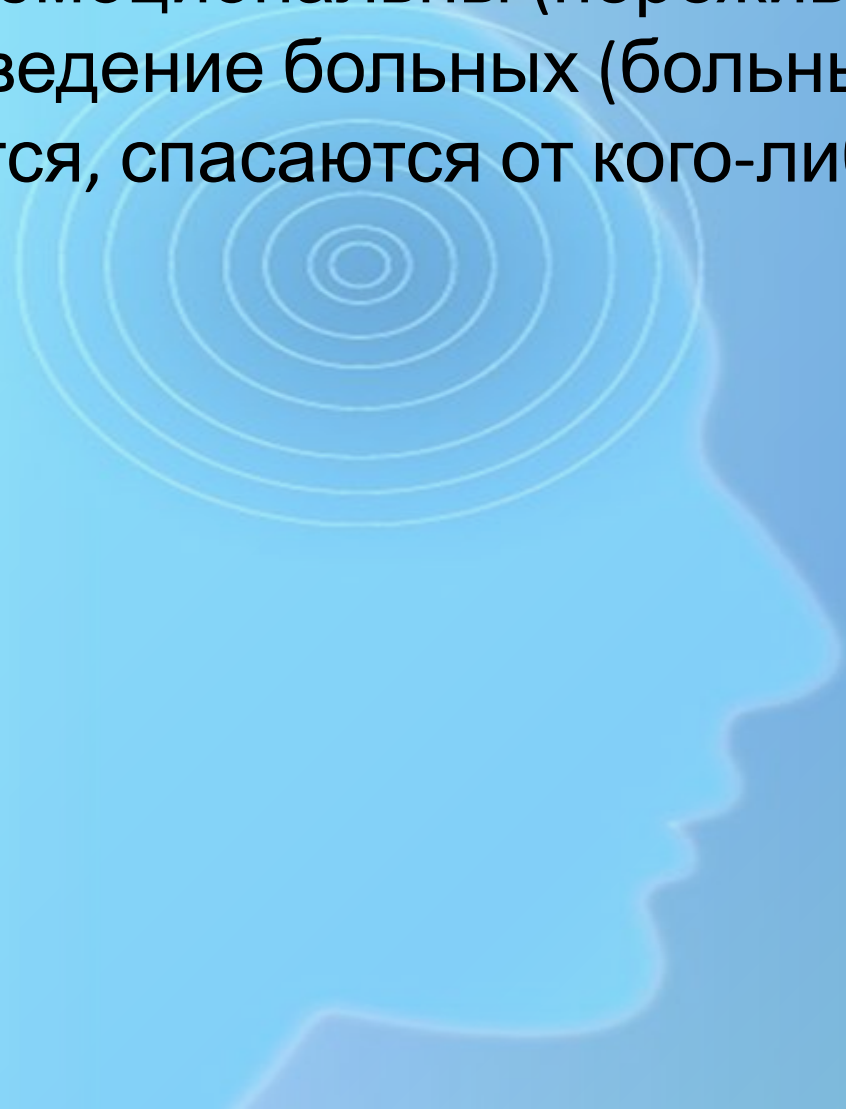
Маниакальное (простое) возбуждение обусловлено болезненно повышенным настроением, в легких формах движения взаимосвязаны, логичны и правильны, поведение сохраняет целенаправленность, сопровождается громкой ускоренной речью. В тяжелых случаях движения теряют свою логичность, становятся хаотичными, речь представлена отдельными выкриками. Может отмечаться регресс поведения (мория). В наиболее тяжелых случаях исчезает всякая речь (немое возбуждение).

Истерическое психомоторное возбуждение всегда чем-то спровоцировано, усиливается по мере привлечения внимания окружающих, всегда демонстративно. В движениях и высказываниях отмечается театральность, манерность.

Гебефреническое возбуждение сопровождается повышенным фоном настроения с оттенком дурашливости. Мимика и движения манерны, вычурны, поступки нелепы. Поведение бессмысленно, больные скидывают одежду, выкрикивают различные фразы с обилием неологизмов. В отличие от маниакального возбуждения в данном случае смех и шутки не заразительны и вызывают у окружающих совершенно противоположные эмоции.

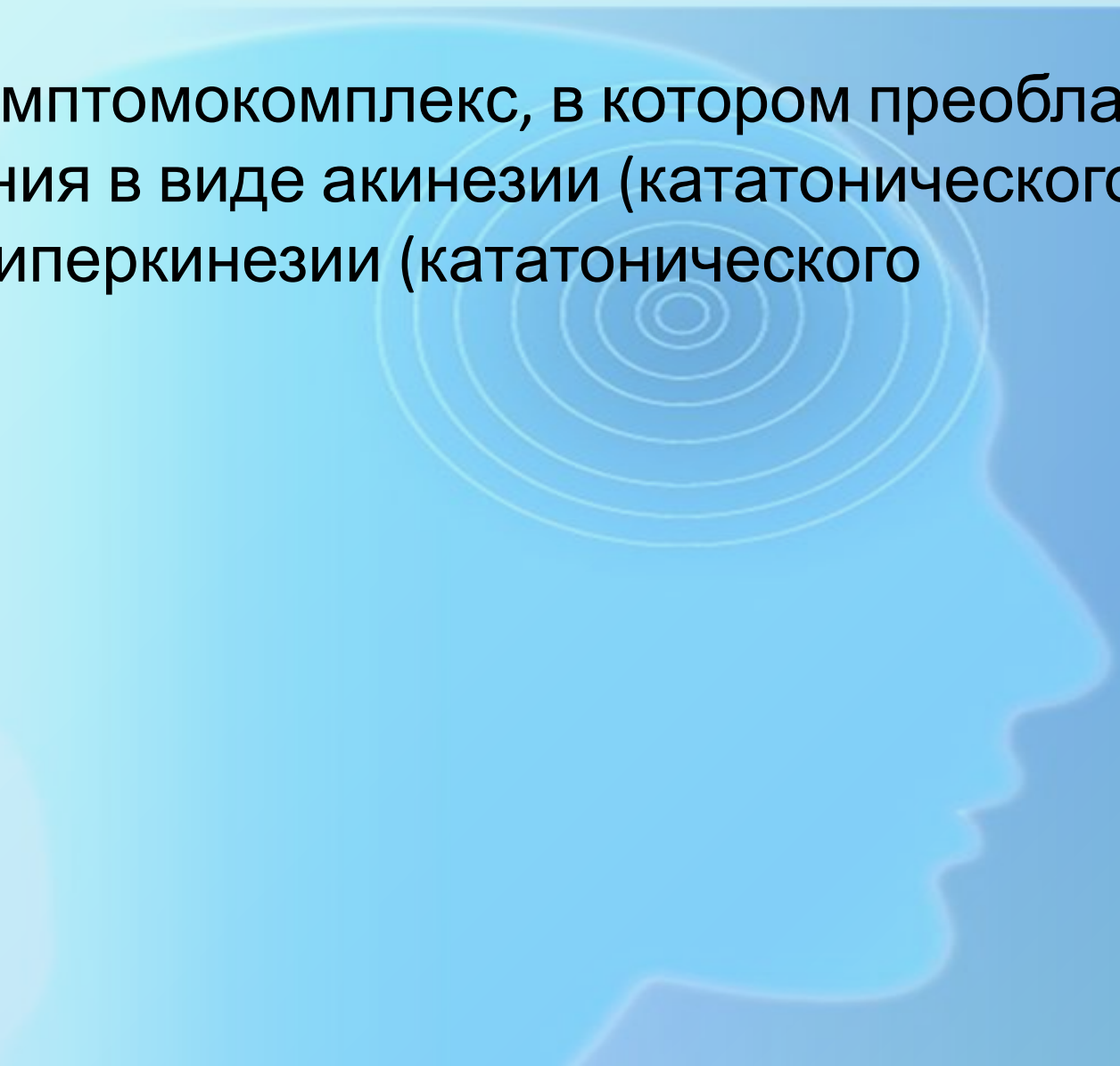
Галлюцинаторное (галлюцинаторно-бредовое)

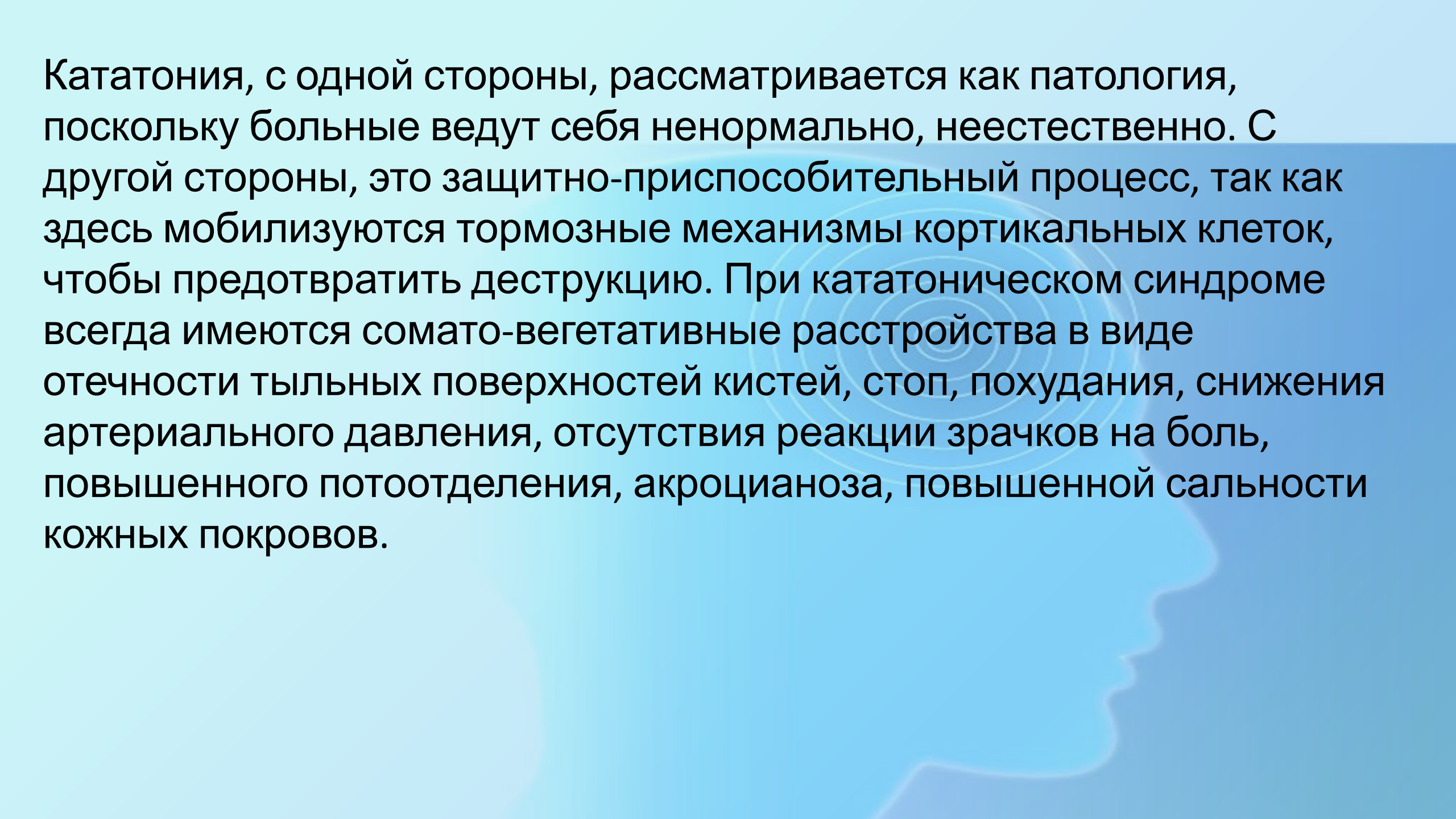
возбуждение отражает содержание галлюцинаторных (или бредовых) переживаний. Больные эмоциональны (переживают страх или радость), характерно поведение больных (больные смеются, машут руками или прячутся, спасаются от кого-либо, что-то с себя стряхивают).



Кататонический синдром

Представляет собой симптомокомплекс, в котором преобладают двигательные проявления в виде акинезии (кататонического ступора) или в форме гиперкинезии (кататонического возбуждения).



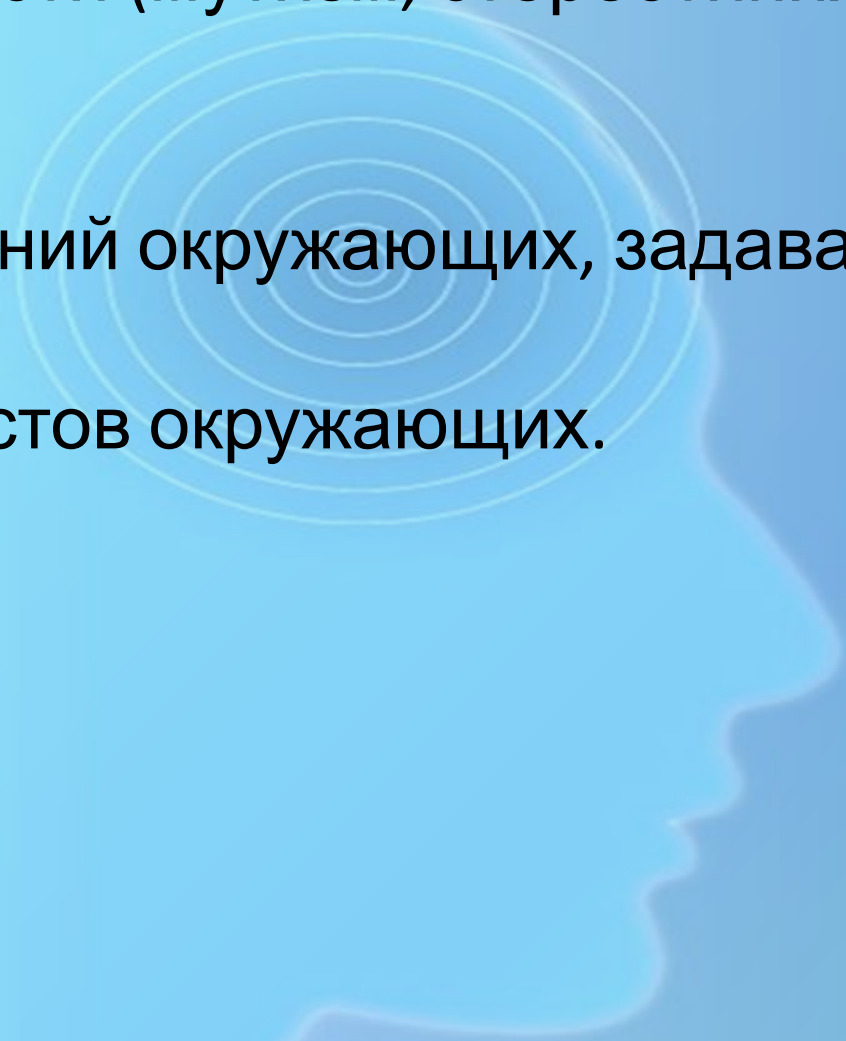
The background features a light blue gradient with a faint, stylized profile of a human head facing right. Inside the head area, there are several concentric, light-colored circles representing brain waves or neural activity.

Кататония, с одной стороны, рассматривается как патология, поскольку больные ведут себя ненормально, неестественно. С другой стороны, это защитно-приспособительный процесс, так как здесь мобилизуются тормозные механизмы кортикальных клеток, чтобы предотвратить деструкцию. При кататоническом синдроме всегда имеются сомато-вегетативные расстройства в виде отечности тыльных поверхностей кистей, стоп, похудания, снижения артериального давления, отсутствия реакции зрачков на боль, повышенного потоотделения, акроцианоза, повышенной сальности кожных покровов.

К симптомам, характерным для кататонии, относят симптомы повышенной подчиняемости (эхолалия, эхопраксия, каталепсия) и симптомы пониженной подчиняемости (мутизм, стереотипия, негативизмы).

Эхолалия – повторение высказываний окружающих, задаваемых вопросов.

Эхопраксия – повторение поз и жестов окружающих.



Каталепсия (восковая гибкость) – способность больного длительное время сохранять приданное его телу вынужденное положение. Раньше всего явления каталепсии (так же, как и явления кататонического гипертонуса) появляются в мышцах шеи и верхнем плечевом поясе, позже всего – в нижних конечностях. Поэтому одним из наиболее ранних и наиболее распространенных проявлений каталепсии является симптом воздушной подушки («симптом психической подушки», симптом Дюпрэ), который характеризуется тем, что если у лежащего больного приподнять голову, то она остается некоторое время в приподнятом положении.





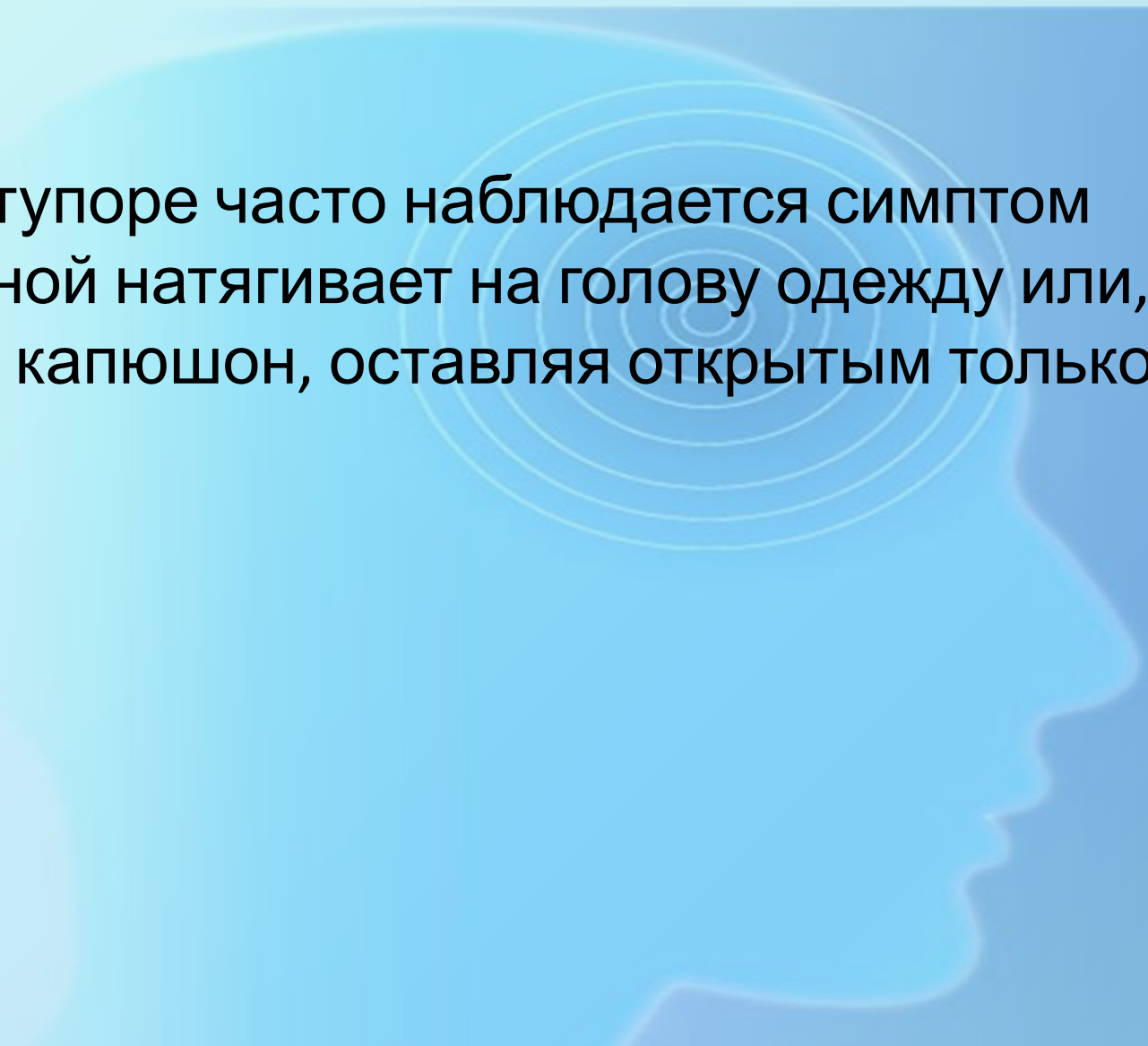
Негативизм проявляется противодействием внешним стимулам, отказом от выполнения каких-либо действий. Негативизм может быть пассивным, когда больной просто отказывается выполнять просьбу (например, оказывает сопротивление при попытке его накормить, переодеть), и может быть активным, когда больной совершает противоположное тому, о чем его просят.

Мутизм – отказ больного от речевого контакта при сохранности слуха и целостности речевого аппарата. Мутизм может быть полным и неполным (при последнем можно получить ответ на вопросы, задаваемые шепотом – симптом Павлова). Является одним из проявлений негативизма.

Кататонический ступор. Состояние сопровождается оцепенением, повышением мышечного тонуса, которое приводит к тому, что больной может находиться месяцами в стереотипной позе (чаще эмбриональная поза, «по стойке смирно», сидя на корточках). Характерна привязанность больного к какому-нибудь определенному месту (например, в каком-то определенном углу или в коридоре на самом проходе). Для кататонического ступора характерны проявления негативизма (чаще пассивного) в сочетании с явлениями каталепсии, полное отсутствие мимики или парамимия.

Парамимия проявляется в виде симптома хоботка (губы вытянуты вперед), «симптома нахмуренных бровей» (сильно сдвинутые брови).

При кататоническом ступоре часто наблюдается симптом капюшона, когда больной натягивает на голову одежду или, например, одеяло, как капюшон, оставляя открытым только лицо.



Выделяют люцидный и онейроидный вариант кататонии

Люцидная кататония (люцидный ступор). Сознание больного при этом виде ступора сохранено, он правильно ориентируется в окружающей обстановке, запоминает текущие события. После выхода из кататонического оцепенения больной правильно рассказывает о том, что происходило вокруг него, но что происходило с ним, объяснить не может.

Эффекторная онейроидная кататония. Для нее характерны проявления пассивного негативизма в сочетании с изменением сознания, чаще в виде онейроида. При онейроидном кататоническом ступоре перед больным разворачиваются сценоподобные галлюцинаторные образы. На лице часто отмечается застывшее выражение удивления.

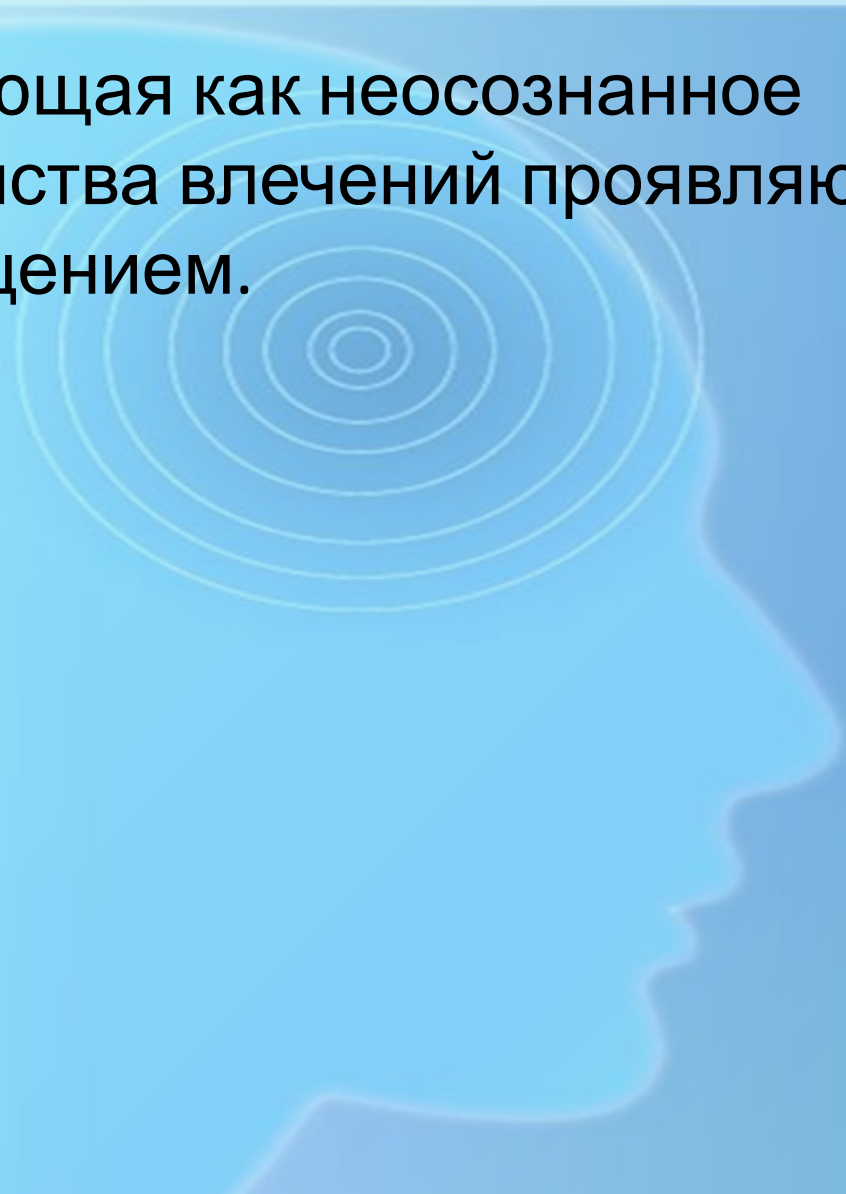
Кататоническое возбуждение. Возникает внезапно.

Совершаемые поступки импульсивны, непоследовательны, ничем не мотивированы. Для совершаемых действий характерна **стереотипия** – однообразное, зацикленное повторение одних и тех же движений, жестов. Часто отмечаются эхосимптомы – эхолалия, эхопраксия. Речь чаще совершенно бессвязна, сопровождается однообразными высказываниями (вербигерацией). На задаваемые вопросы больные отвечают невпопад. Возбуждение часто сопровождается различными аффективными проявлениями (экстазом, злобой, яростью).

Кататонический синдром чаще всего встречается при шизофрении, но бывает также при экзогенных (травматических, инфекционных, токсических) психозах. Кататонические расстройства характерны для больных в возрасте до 50 лет. У детей чаще отмечаются двигательные стереотипии – бег от стенки до стенки, бег по кругу («манежный бег»). Ряд авторов отмечают, что кататонические проявления более выражены в утренние часы и несколько ослабевают в вечерние.

Расстройства влечений

Влечение – потребность, возникающая как неосознанное стремление к чему-либо. Расстройства влечений проявляются их ослаблением, усилением и извращением.



Расстройства влечения к пище (расстройства пищевого влечения)

Анорексия – снижение или отсутствие влечения к еде с утратой чувства голода. Выделяют анорексию нервную, в виде навязчивого стремления к похуданию, наблюдаемую преимущественно у девушек. Нервная анорексия обусловлена наличием дисморфофобических, дисморфоманических переживаний или истерических расстройств личности. Больные под давлением окружающих могут принимать пищу, но затем искусственно вызывают у себя рвоту. При психогенной (психической) анорексии причиной отказа от еды являются психопатологические расстройства (императивные галлюцинации, бред, депрессия, кататония).

Полифагия (булимия, обжорство) – чрезмерное влечение к еде. Пациенты активно и обильно поглощают пищу, из-за переполнения желудка и ощущения тяжести пациенты вызывают у себя рвоту. Встречается при слабоумии, шизофрении, мании и эндокринных расстройствах. Зачастую сочетается с неразборчивостью в еде.

Извращение пищевого влечения (поедание несъедобного, парафагия, пикацизм)– стремление поесть несъедобное: землю, уголь, испражнения (копрофагия), мел. Наблюдается при слабоумии, шизофрении, нарушениях обмена, при беременности.

Расстройства влечения к жизни

Самоистязание – стремление наносить себе побои, причинять телесные страдания. Обычно наблюдается при меланхолическом раптусе, абстиненции, бредовых состояниях.

Самоуродование (самоповреждение, членовредительство) – нанесение себе повреждений, тяжелых увечий. Наиболее тяжелые самоповреждения наносят себе психически больные в состоянии алкогольного делирия (проникающие ранения черепа, брюшной полости) и при шизофрении (ампутации, кастрации). Расстройство встречается также и при психопатиях, реактивных состояниях.

Самоповреждения могут носить рентный (установочный) характер, когда человек стремится извлечь из этого выгоду (избежать наказания, не пойти на срочную службу, в тюрьмах с целью попасть в больницу).

Самоубийство – преднамеренные, осознанные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни. Наиболее суицидоопасны больные депрессией в утренние часы (5–6 ч утра – «время самоубийц»).

При разборе мотивов самоубийства выделяют несколько видов суицида:

1) показное самоубийство (парасуицид, суицидальный шантаж, суицидальные жесты) – действия направлены на привлечение к собственной персоне внимания окружающих. Суицид является средством воздействия личности на неблагоприятную ситуацию. Встречается при истерии, тюремных психозах. Всегда совершается на виду, или суицидент оставляет себе шанс быть спасенным;

2) аффектогенное самоубийство – совершается под воздействием сильного аффекта, является своеобразной формой аффективной разрядки. После прохождения аффекта (в случае, если человек выжил) всегда присутствует искреннее раскаяние в своем поступке;

3) истинный суицид (суицидомания) – стремление к самоубийству, неоднократное повторение суицидальных попыток. Наиболее характерно для больных биполярном аффективном расстройстве в депрессивной фазе, при шизофрении, встречается как проявление обсессивно-компульсивных расстройств или расстройств влечений, психопатий;

4) рациональный суицид – самоубийство, совершенное психически здоровым человеком, обычно осуществляемое при наличии неизлечимого соматического заболевания. Суицид рассматривается как единственное средство избавления от страданий. Больные склонны диссимулировать наличие суицидальных мыслей, скрывают попытки самоубийства в анамнезе. Также выделяют ассистированный суицид – самоубийство с помощью посторонних лиц, расширенный суицид – человек убивает своих близких и себя.

Извращение инстинкта размножения

Гипоэротизм (гипосексуальность) – ослабление, понижение полового влечения. Наблюдается при астении, депрессии, при приеме нейролептических препаратов.

Гиперэротизм (гиперсексуальность) – повышение либидо. Отмечается у больных с органической патологией, при маниакальном синдроме. У мужчин может сопровождаться повышенной потенцией или, наоборот, ее угнетением.

Перверзии – извращение полового влечения. Сюда относятся всякие сексуальные отклонения от сексуальной нормы (по МКБ-10: парность, гетеросексуальность, половозрелость, добровольность связи, стремление к обоюдному согласию, отсутствие физического и морального ущерба здоровью партнеров и других лиц).

Расстройства половой идентификации

Транссексуализм (исключен из МКБ-11) – ощущение себя и отнесение себя к противоположному полу, обычно сопровождается стремлением изменить свой внешний облик (в одежде, в манерах, настаивают на операциях по коррекции пола). Для установления диагноза транссексуализма важно наличие данных расстройств в течение более 2 лет и отсутствие другой психической патологии.

Трансвестизм двойной роли – ограничивается ношением одежды противоположного пола, больные стремятся быть временно признанными лицами противоположного пола. Желание перемены пола на постоянное время отсутствует, часть трансвеститов является гомосексуалами.

Расстройства сексуального предпочтения

Гомосексуализм (исключен из МКБ-10) – влечение к лицам своего пола. Может сочетаться с влечением и к противоположному полу (бисексуализм). Больные не стремятся к перемене пола.

Фетишизм – какой-нибудь неживой предмет является объектом сексуального влечения (половой символизм). Чаще всего объектом полового влечения являются детали туалета, для их обретения больные часто совершают кражи, часто склонны их коллекционировать.

Фетишистский трансвестизм – переодевание в одежду противоположного пола, связанное с половым возбуждением. После сексуального удовлетворения возникает сильное желание снять одежду противоположного пола.

Эксгибиционизм – сексуальное возбуждение возникает при демонстрации своих половых органов окружающим, случайным прохожим, нередко сопровождается мастурбацией.

Вуайеризм – тенденция подглядывать за людьми во время сексуальных или интимных занятий, что сочетается с половым возбуждением и мастурбацией. Желание вступить в половую связь с объектом наблюдения отсутствует.

Педофилия – половое влечение проявляется к детям допубертатного возраста.

Садомазохизм – половое возбуждение наступает вследствие причинения (или испытания) боли и унижения. Может проявляться в чистом виде как садизм (причинение боли партнеру), как мазохизм (принятие боли и страданий от партнера) и как смешанная форма извращения – садомазохизм. Причинение страданий может являться основным видом стимуляции или сопутствовать половому акту, необходимо для полового удовлетворения.

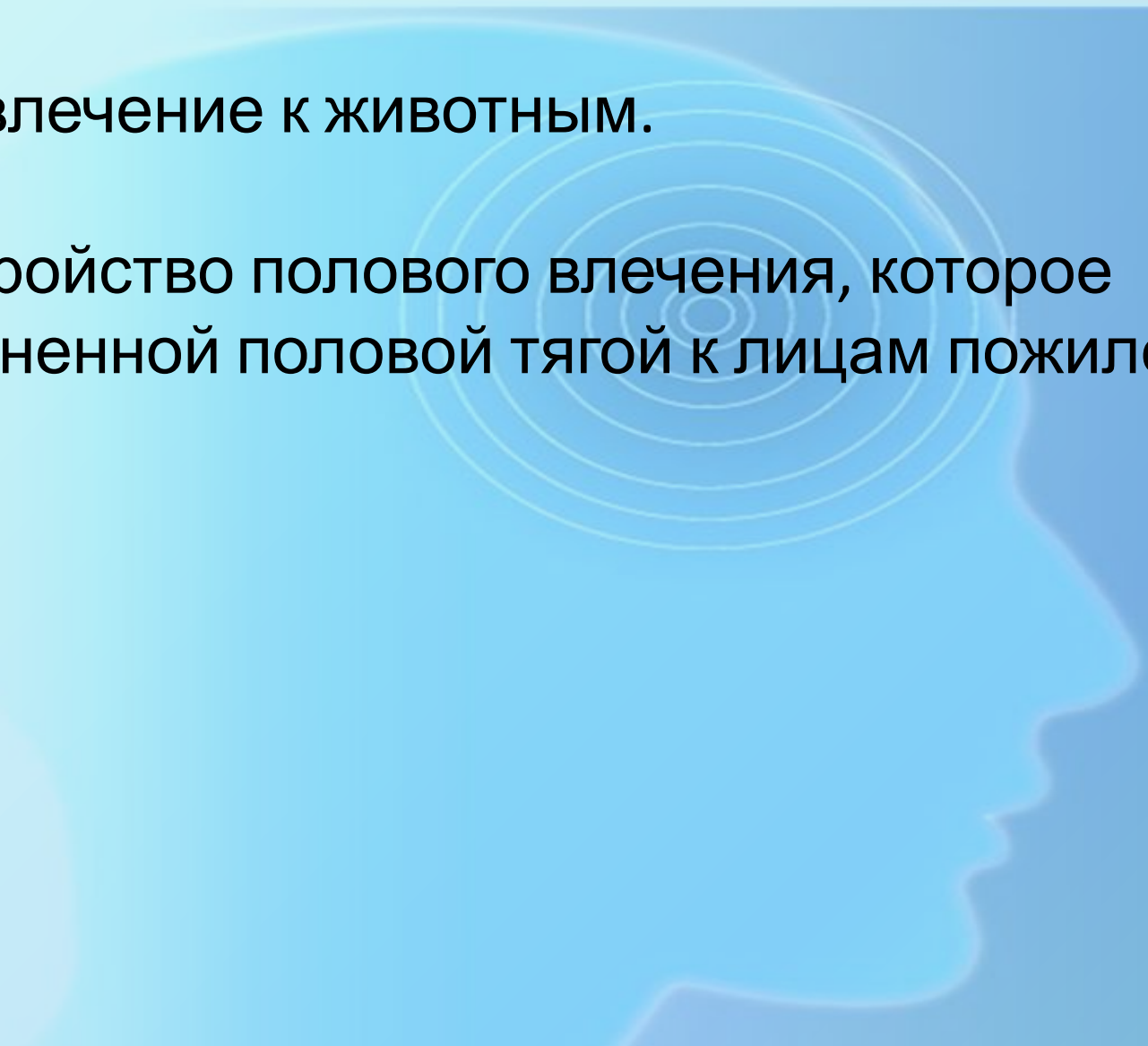
Телефонная скотопалия – половое возбуждение достигается путем совершения анонимных телефонных звонков и высказывания непристойностей.

Фроттеризм – прикосновение, трение о людей в общественных местах, в общественном транспорте.

Гипоксифилия – использование удушения или аноксии для усиления полового возбуждения.

Зоофилия – половое влечение к животным.

Геронтофилия- расстройство полового влечения, которое характеризуется болезненной половой тягой к лицам пожилого возраста.



Импульсивные влечения

К импульсивным влечениям относят непреодолимое побуждение к совершению тех или иных действий, полностью овладевающее рассудком человека. Они воспринимаются большинством больных как чуждые, нелепые, болезненные состояния. Импульсивные поступки в типичных случаях реализуются без внутренней борьбы и внутреннего сопротивления. Но в части случаев развитию их предшествует борьба мотивов.

Дромомания (вагобондаж, пориомания) – непреодолимое стремление к бесцельному бродяжничеству и перемене мест. Наиболее характерно для подростков.

Клептомания – импульсивное влечение к воровству. Среди больных kleптоманией чаще встречаются женщины. Кражи лишены смысла, важен сам процесс, а не объект.

Дипсомания (истинный запой) – непреодолимое влечение к пьянству у людей, не страдающих алкоголизмом. Запой может сопровождаться дромоманией и сексуальными эксцессами.

Пиромания – импульсивное стремление к поджогам. У ряда больных после содеянного отмечается душевный подъем, вплоть до экстаза. Часто сами принимают участие в тушении пожара. Иногда молчаливо и неподвижно созерцают пожар.

Гомицидомания – непреодолимое влечение к убийству, иногда очень близких и дорогих больному людей.

Копролалия – непреодолимое желание грязно, нецензурно выругаться, не связанное с ситуацией.

Трихотилломания – непреодолимое стремление вырывать у себя волосы.

Расстройства речи

Речь человека является отражением состояния его когнитивных функций.

Выделяют две основные группы причин нарушений устной речи:

- 1) нарушения, обусловленные психопатологическими расстройствами (расстройства сознания, мышления, аффекта, воли, невротические расстройства);
- 2) расстройства, обусловленные органической патологией.

Психопатологические расстройства речи

Тахифазия – ускоренная речь, может проявляться многословием или перемежаться с пословицами, каламбурами. Отмечается при ускоренном мышлении, от степени выраженности которого напрямую зависит расстройство речи. При скачке идей фразы могут не проговариваться до конца.

Логорея (полифразия, речевое недержание) – крайний вариант ускоренной речи, быстрая, многословная речь (нередко бессвязного содержания).

Браdifазия (олигофазия) – замедленная речь, высказывания чаще односложны, лексикон и грамматический строй упрощены.

Вербигерация – стереотипная речь, высказывание (выкрикивание) одних и тех же слов и коротких фраз.

Мимоговорение (миморечь) – ответы больного не связаны с задаваемым вопросом, иногда могут включать отдельные слова вопроса.

Формальная (рефлекторная) речь – характерны ответы банального содержания, но высказывания лежат в плоскости задаваемых вопросов.

Монолог (речь в виде монолога) – непрерывная речь в пространство. Высказывания могут быть обращены к собеседнику, но нет потребности в обмене мнениями, может сопровождаться другими речевыми расстройствами.

Мутизм – немота, отсутствие словесного общения при сохранности речевого аппарата. Может носить избирательный характер (проявляться в отношении отдельных тем, ситуаций, лиц). Может

Неологизм – характеризуется новыми словами, придуманными большими, непонятными окружающим. Словотворчество может доходить до создания собственного языка (криптолалия, глоссолалия).

Речевая бессвязность (речевая инкогеренция, речевая спутанность, «речевая крошка», «словесный салат») – бессмысленный набор слов, лишенный грамматического строя. Наблюдается при инкогерентном мышлении, аментивном возбуждении.

Зеркальная речь – воспроизведение слов (услышанных, прочитанных, произносимых спонтанно) задом наперед (с конца). Наблюдается при навязчивостях, шизофрении.

Вычурная (манерная) речь – частое употребление в высказываниях и определениях малопонятных, иностранных, часто не подходящих по смыслу слов (например, «гламурный»,

Пуэрильная речь – частое использование слов и оборотов, которые свойственны детям (сюсюканье, нарочитая картавость, искаженный грамматический строй, упоминание о себе в третьем лице). Нередко высказывания сопровождаются театральными жестами, пустыми рассуждениями. Наблюдается при истерической психопатии, шизофрении.

Слащавая речь – характерны высказывания с частым использованием уменьшительных форм в сочетании с аффективно окрашенными определениями (например, «милый доктор», «постелька», «подушечка», «дорогой мой дружочек»). Характерна для больных эпилепсией.

Телеграфная речь носит лаконичный, короткий, отрывочный характер, часто с полным отсутствием предлогов и союзов.

Эхолалия (эхолаличная речь) – повторение отдельных слов и фраз, услышанных от окружающих, повторение заданных вопросов.

Характерна для состояний с расстройством сознания, для волевых расстройств при шизофрении (кататонической).

При шизофрении часто сочетается с эхопраксией – повторением поз и жестов окружающих.

Шизофазия (шизофазическая речь) представляет собой набор слов и словосочетаний, разрозненных по смыслу, но оформленных в грамматически правильные фразы.

Афония – отсутствие звучности голоса при сохранности шепотной речи, частый симптом расстройств истерического генеза.

Заикание (логоклония) – нарушение плавности речи из-за задержек произношения звуков или слов с их повторением. Может иметь субмиссивный характер, когда у собеседника отмечаются явления логоневроза (заикания).

Расстройства речи, обусловленные преимущественно органическими поражениями

Акатафазия – употребление сходных по звучанию, но совершенно неподходящих по значению слов. Характерно для амнестической афазии при лакунарной деменции.

Афазия – полная или частичная потеря способности понимать речь (сенсорная афазия) или воспроизводить ее (моторная афазия). Возможно сочетание этих двух разновидностей (тотальная афазия). Нарушение характерно для инсультов, деменций различного генеза. Отдельно выделяется афазия амнестическая (номинативная), которая наиболее часто встречается при атеросклеротической деменции.

Дизартрия (смазанная речь) – расстройства артикуляции речи. Характерна для больных с органической патологией, для наркотического (алкогольного) опьянения.

Скандированная речь – замедленная по темпу речь с отдельным произношением слов и отдельных слогов. Характерна для травматического поражения головного мозга.



Спасибо за внимание!