

---

**БИБЛИОТЕКА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

---

**С.В. ГРЕЧАНЫЙ  
А.Б. ИЛЬЧЕВ  
В.В. ПОЗДНЯК  
А.Г. КОЩАВЦЕВ  
В.В. ШИШКОВ  
Ю.В. ХУТОРЯНСКАЯ**



---

**ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ**

---

*Санкт-Петербург*



---

Министерство  
здравоохранения  
Российской Федерации



Санкт-Петербургский  
Государственный  
Педиатрический  
Медицинский  
Университет

---

---

С.В. ГРЕЧАНЫЙ  
А.Б. ИЛЬИЧЕВ  
В.В. ПОЗДНЯК  
А.Г. КОЩАВЦЕВ  
В.В. ШИШКОВ  
Ю.В. ХУТОРЯНСКАЯ

# ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ



---

Учебное  
пособие

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ  
2020

---

УДК 616.89  
ББК 56.14  
О28



О28    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.

**ISBN 978-5-907184-90-9**

Учебное пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальностям 31.05.02 «Педиатрия» и 31.05.01 «Лечебное дело». Изложены основные симптомы и синдромы общей психопатологии. Рассмотрены наиболее важные аспекты частных нозологических форм. Раскрыты особенности основных психопатологических нарушений у детей. Приведены клинические примеры основных нарушений. Дополнительные главы посвящены инструментальным исследованиям и методам экспериментально-психологического обследования в психиатрии. Даны вопросы для самоконтроля.

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальностям 31.05.02 «Педиатрия» и 31.05.01 «Лечебное дело».

**Рецензенты:**

Профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, д.м.н., профессор Е.В. Снедков

Профессор кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России д.м.н., профессор А.Б. Пальчик

УДК 616.89  
ББК 56.14

*Утверждено учебно-методическим советом Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Выпускается при поддержке Фонда научно-образовательных инициатив  
«Здоровые дети – будущее страны»

**ISBN 978-5-907184-90-9**

© СПбГПМУ, 2020

## ВВЕДЕНИЕ

**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).

**Частная психиатрия** изучает нозологические формы психических заболеваний.

По этиологии выделяют следующие группы нозологических форм:

- Эндогенные психические заболевания (шизофрения, аффективные расстройства, шизоаффективный психоз) – обусловлены преимущественно внутренними (эндогенными) факторами. Прямой связи с развитием органического мозгового процесса нет.

- Эндогенно-органические психические заболевания (эпилепсия, атрофические процессы головного мозга, сосудистые заболевания головного мозга) – обусловлены преимущественно эндогенными факторами, при этом клинические проявления и течение определяются развитием органического мозгового процесса, то есть, необратимым повреждением и функций, и структуры головного мозга как субстрата психической деятельности.

- Экзогенно-органические психические заболевания – обусловлены преимущественно внешними факторами (черепно-мозговые травмы, инфекции,

интоксикации). Клинические проявления и течение определяются стадийным развитием органического мозгового процесса.

- Экзогенные психические расстройства – основную роль играют вне-мозговые биологические факторы, (инфекции, интоксикации, соматические заболевания), вызывающие функциональные нарушения головного мозга наряду с другими нарушениями организма и не приводящие к органическому мозговому процессу.

- Психогенные психические заболевания (невроты, реактивные психозы) – обусловлены действием психических травм – значимых для данной личности неблагоприятных событий и потрясений.

- Патология психического развития: отсутствует начало, течение и исход (умственная отсталость, задержки и искажения психического развития, расстройства личности).

**Типы течения психических заболеваний** (см. приложение).

Непрерывно-прогредиентное (процессуальное) – хроническое течение с последовательным развитием симптоматики и неуклонным углублением психического дефекта. Возможно быстрое прогрессирование с развитием выраженного дефекта (злокачественное течение) и медленное (нарушения развиваются постепенно и не достигают выраженной степени). В случаях наиболее легких изменений говорят о латентных формах болезни.

Приступообразно-прогредиентное – происходит углубление психического дефекта от приступа к приступу.

Фазный тип – приступы не приводят к развитию психического дефекта.

Рекуррентное (ремиттирующее) – после первого приступа наступают изменения личности, в дальнейшем отмечаются фазы.

Психиатрический диагноз включает в себя название болезни (патологического состояния), тип течения, если возможно – этиологию. Также указывается ведущий синдром или синдромы (основные в клинической картине на настоящее время).

Диагноз формулируют в соответствии с рубриками Международной классификации болезней (МКБ-10, 1994), с указанием шифра нозологической формы. Для психических расстройств и расстройств поведения в МКБ-10 предусмотрен класс F.

### **Методы исследования в психиатрии**

Основным методом оценки психического статуса больного, выявления психопатологических симптомов и синдромов, постановки диагноза является клиничко-психопатологический метод. Его наиболее важная часть – клиническая беседа с больным. Также он включает в себя клиническое наблюдение за состоянием больного в динамике. Анализируются речевые высказывания пациента, его поведение, экспрессивные акты (мимика, жесты).

Дополнительными методами являются экспериментально-психологическое, неврологическое, лабораторное и инструментальное обследование, выявление сопутствующих соматических нарушений.

# 1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПСИХИАТРИИ

## Основные принципы оказания психиатрической помощи в РФ

Дифференцированность – организация помощи различным контингентам (общая, детско-подростковая, гериатрическая, пограничная психиатрическая помощь, судебно-психиатрическая экспертиза, наркологическая служба).

Преемственность – взаимодействие психиатрических учреждений различного уровня (стационарного, полустационарного, амбулаторного).

Ступенчатость – оказание психиатрической помощи в различных медицинских учреждениях: психиатрических кабинетах поликлиник, психоневрологических диспансерах, психиатрических больницах.

## Стационарная психиатрическая помощь

Оказывается в условиях специализированных психиатрических больниц. На стационарное психиатрическое лечение больные поступают по направлению скорой психиатрической помощи, психоневрологического диспансера, врачей-психиатров соматических стационаров. Отделения психиатрической больницы разделяются на мужские и женские. Целесообразна специализация отделений: общего профиля, подростковые, гериатрические, для особо беспокойных, соматически ослабленных, выздоравливающих и др.

В отделениях существует 4 вида наблюдения:

1. Ограничительное наблюдение. Предназначено для больных с агрессивными и суицидными тенденциями. Пациенты находятся в палате, в которой организовано отдельное круглосуточное наблюдение персоналом.

2. Дифференцированное наблюдение. Предназначено для больных, которые не представляют опасности для себя и окружающих. Эти больные могут свободно передвигаться по отделению, однако за пределы отделения выходят только в сопровождении персонала.

3. Свободный выход (режим «открытых дверей»). Предназначен для больных, находящихся в достаточно стабильном психическом состоянии.

4. Режим частичной госпитализации («домашний отпуск»). Больные отпускаются домой на несколько дней в сопровождении родственников. На этот период выдаются лекарства и инструкция по их приему. По возвращении оценивается психическое состояние и принимается решение о дальнейшем режиме.

## Амбулаторная психиатрическая помощь

Осуществляется психиатрическими кабинетами либо сетью психоневрологических диспансеров, работающих по территориальному принципу и предоставляющих следующие виды психиатрической помощи:

**Психиатрическая помощь в амбулаторных условиях**, за исключением диспансерного наблюдения – оказывается врачом-психиатром при добровольном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия (в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя). Ранее обозначалась как консультативно-лечебная помощь.

**Диспансерное наблюдение** может устанавливаться для лица, страдающего хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Предполагает наблюдение за состоянием его психического здоровья путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи (см. приложение 1.1).

Решение вопросов об установлении диспансерного наблюдения и его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров. Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния.

### **Полустационарная психиатрическая помощь**

Оказывается в дневных стационарах – полустационарных отделениях, работающих в утреннее и дневное время. Предполагает регулярное посещение пациентов, необходимое обследование и психиатрическую помощь.

Для больных, имеющих выраженную степень психических нарушений, но не имеющих показаний для неотложной госпитализации в психиатрическую больницу, в дневном стационаре может быть организован ночной стационар с возможностью круглосуточного пребывания.

### **Психиатрическая помощь детям**

Обеспечивается детскими (до 15 лет) и подростковыми (15 лет и старше) диспансерными отделениями. Если по достижении 18 лет психическое состояние пациента требует специализированной помощи, дальнейшее наблюдение и лечение проводится в психоневрологическом диспансере для взрослых.

Стационарная психиатрическая помощь детям и подросткам осуществляется в специализированных психических стационарах и отделениях.

### **Правовые основы оказания психиатрической помощи в РФ**

2 июля 1992 г. был введен в действие Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Закон направлен на защиту прав и интересов граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь; защиту лиц, страдающих психическими расстройствами от необоснованной дискриминации в обществе на основе психиатрического диагноза; защиту общества от возможных опасных действий больных; защиту врачей и других медицинских работников, участвующих в оказании психиатрической помощи; психиатрическое освидетельствование лица без его согласия; случаи оказания психиатрической помощи без согласия пациента; недобровольная госпитализация; принудительные меры медицинского характера.

Госпитализация в психиатрическую больницу (медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях) проводится добровольно. Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет госпитализируется по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Не-

дееспособные лица – по просьбе или с согласия его законного представителя. При поступлении больной (или его законный представитель) подписывает информированное добровольное согласие на госпитализацию в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь, и информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (лечение).

Согласно настоящему Закону, психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Статья 29 Закона указывает, что госпитализация в психиатрический стационар может происходить без согласия лица или его законного представителя, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Лица, помещенные в психиатрический стационар в недобровольном порядке, подлежат обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. Если госпитализация признается необоснованной, и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке. Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в ней.

Основанием для помещения в психиатрический стационар (медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях) может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами РФ.

Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.

## **Показания к экстренной госпитализации больных в психиатрический стационар:**

- Расстройства сознания.
- Депрессивные состояния с суицидными мыслями и поступками.
- Маниакальные состояния с нарушением поведения, агрессивностью.
- Бредовые и галлюцинаторно-бредовые состояния, приводящие к поведению, опасному для пациента и (или) окружающих (например, императивные галлюцинации, бред ревности).
- Эпилептический статус.

## **Принципы работы с отказом психиатрического пациента от еды**

Следует помнить, что отказ от еды психиатрического пациента чаще всего связан с его психопатологическими переживаниями. Следует использовать:

- Беседу.
- Терапию психического нарушения, являющегося причиной отказа. В ряде случаев стимулируют аппетит (Инсулин 10–20 ЕД п/к и 40% р-р глюкозы в/в через 1–2 ч.).
- При неэффективности приведенных мер либо опасности жизни и здоровью пациента необходимо зондовое кормление (назогастральный зонд).

## **Принципы купирования психомоторного возбуждения**

Психомоторное возбуждение у психически больного является самостоятельным психопатологическим симптомом (например, кататоническое возбуждение) либо проявлением другого психопатологического симптома (например, императивных галлюцинаций). Следует использовать:

- Беседу.
- Психофармакологическую терапию. В качестве препаратов «первой линии» применяются Феназепам® 1–2 мг в/м, либо Галоперидол до 5–10 мг в/м, либо Диазепам 10 мг в/в медленно. При отсутствии эффекта, в качестве «второй линии», применяют Хлорпромазин 25–100 мг в/м либо Клопиксол-Акуфаз 50–150 мг в/м. Последний имеет длительный период действия (2–3 суток), поэтому следует избегать его назначения пациентам с неизвестной реакцией на нейролептики, а также с наличием в анамнезе выраженных побочных эффектов.
- Меры физического стеснения и изоляции. Наиболее часто применяется мягкое ограничение рук пациента на время не более 2 часов. Согласно «Закону о психиатрической помощи...», меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях (психиатрическом стационаре), применяются только в тех случаях, когда иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинских работников. О формах и времени применения данных мер делается запись в медицинской документации.

## 2. 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. Разновидности см. в приложении 2.1.

### **Нарушения интенсивности ощущений**

**Гиперестезия** – усиление интенсивности одного или нескольких видов ощущений. Обычно сопровождается отрицательной эмоциональной реакцией:

- *«Звуки оглушают, раздражают».*
- *«Свет режет глаза».*
- *«Одежда давит».*

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»).

**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.

- *«Покалывает в руке».*
- *«По спине мурашки бегают».*

**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 обыденном языке отсутствуют понятия, адекватно передающие их характер. Поэтому в речи больных с сенестопатиями появляются специфические высказывания.

В высказываниях больных аффективными и органическими заболеваниями преобладают смысловые категории тяжести, давления, жжения (при депрессии наиболее характерны переживания с локализацией в области груди, туловища):

- *«По позвоночнику давит, как волны пошли».*
- *«Боли в ушах как будто что-то там вырывают».*
- *«Сердце как ножом резали».*
- *«Как будто сердце изнутри сжимает».*
- *«Шпаренье в груди, как горчичник запек».*

При шизофрении сенестопатии чаще описываются словами, обозначающими не ощущения, а признаки предметов (Давтян Е.Н., Давтян С.Э., 2010):

- *«Шевеление мозга, мозг покачивается».*
- *«Распирание и как бы надувание в голове».*

У детей до 3 лет сенестопатии не выявляются. В возрасте 4-5 лет они похожи на болевые ощущения. В дошкольном возрасте наблюдаются в рудиментарной форме. В младшем школьном возрасте становятся более завершенными. В пубертатном возрасте наблюдаются в обычном виде, сочетаясь, как правило, с навязчивыми или сверхценными ипохондрическими опасениями по поводу какого-либо заболевания.

**Синестезии** – взаимодействие органов чувств. Ощущения одного вида сопровождаются качествами, свойственными ощущению другого вида.

- *Пациент «слышит ладонями», чувствует, что «пахнет светом», звучание музыки вызывает у него цветовые зрительные ощущения.*

Синестезии могут сопутствовать галлюцинациям:

- *Слышит «теплые, мягкие, солоноватые голоса».*

Синестезии встречаются при различных психических заболеваниях, наркотическом опьянении. В норме синестезии могут наблюдаться у лиц с хорошо развитым чувственным воображением и образным мышлением (например, «окрашенный звук» у музыкантов).

Оптические синестезии описаны у слабовидящих детей и подростков с врожденными катарактами. Слуховые, обонятельные, вкусовые и болевые ощущения произвольно дополняются или замещаются ощущениями хроматических цветов (Микиртурмов Б.Е., 1972).

### 3. 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.

**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.

Основные клинические варианты агнозии см. в приложении 3.1.

**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, orpsis – зрение) – искаженное зрительное восприятие окружающих предметов. Основные клинические варианты метаморфопсии см. в приложении 3.2.

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.

Психосенсорные расстройства у детей возникают при токсикоинфекциях, энцефалитах.

Метаморфопсия проявляется в виде нарушения формы окружающих предметов, микро- и макропсии, порропсии, ощущения перемещения предметов: одеяло кажется огромным и тяжелым, придавливающим, дома на улице кажутся косыми, наклоненными, трамвайные рельсы – изогнутыми, волнистыми.

При нейроинфекциях, нейроревматизме часто возникает множественность восприятия – ребенок видит несколько ламп вместо одной, нередко с различной яркостью.

Расстройство схемы тела наблюдается начиная с младшего возраста: кажется, что он стал маленьким, или голова увеличилась, язык распух и не помещается во рту, поя-

вилась чрезвычайная легкость в теле, ощущение невесомости, падения в пропасть, проваливания, плавания (Сухарева Г.Е., 1955).

### **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 экзогенно-органических расстройствах, эпилепсии, неврозах.

Выделяют три клинических формы деперсонализации:

1) Аутопсихическая – чувство нарушения восприятия собственных психических процессов (мыслей, эмоций, воспоминаний), своего я:

- *«Такое ощущение, что не могу думать».*
- *«Памяти словно нет...».*
- *«Я уже не я, как бы взгляд со стороны».*

При эндогенной депрессии аутопсихическая деперсонализация принимает форму «болезненной психической анестезии» (*anaesthesia psychica dolorosa*) – тягостного переживания полной утраты чувств:

- *«Исчезли все эмоции».*
- *«Полнейшее безразличие наступило».*

2) Соматопсихическая – чувство нарушения восприятия собственного тела (переживание утраты телесных ощущений, витальных и физиологических функций (голода, сна), омертвления тела, его искусственности):

- *«Чувство, что руки, ноги, голова – не мои».*
- *«Я как неживой, одеревеневший».*
- *«Отсутствует чувство сна».*

3) Аллопсихическая – чувство нарушения восприятия окружающего мира (утрата чувства его реальности, переживание его безжизненности, неясности, тусклости, расплывчатости его звуков, красок):

- *«Воспринимаю окружающее как в телевизоре».*
- *«Вижу как сквозь толщу воды».*
- *«Как будто перестала различать цвета».*

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:

- *«Мир как нереальный...».*
- *«Мир словно покрыла серая пелена».*

- «Ничего не меняется, но такое ощущение, будто я нахожусь на другой планете».

Типичные проявления деперсонализации появляются в постпубертатном периоде. До этого ее проявления рудиментарные, преимущественно соматопсихические:

- «Моя голова, как шарик, оторвется и улетит» (10 лет).
- «Совсем себя не чувствую, одни глаза остались» (12 лет).

Аутопсихическая деперсонализация при малопрогрессирующей ранней детской шизофрении проявляется синдромом расщепления личности и патологическим перевоплощением.

Аутопсихические формы появляются в пубертатном возрасте (Ушаков Г. К., 1968):

- «Я – не я..., себя не чувствую, ощущаю только голову» (15 лет).
- «Я отделена от мира..., у меня состояние отгороженности, как будто я живу в собственной оболочке» (14 лет).
- «Ощущаю себя раздвоенным» (15 лет).

### **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. Например, предмет в темном углу комнаты кажется человеком, в оттопыренном кармане угадывается силуэт ножа.

- 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). В узорах ковра видят сказочных животных, причудливые растения. Оживают персонажи на картинах. В пятнах света на потолке появляются странные орнаменты, чьи-то лица. Парейдолии характерны для делирия, онейроида, наркотического опьянения, состояний экстаза.

В детском возрасте иллюзии встречаются значительно чаще, чем у взрослых. Этому способствуют свойственные детям эмоциональная лабильность (волнение, тревога, страх), повышенная активность воображения, внушаемость, а также состояния переутомления.

Зрительные иллюзии встречаются уже в раннем детстве. Слуховые обманы и интерпретативный компонент появляются в школьном возрасте (шум дождя как звук шагов, звук воды в трубах как разговор). Тактильные и обонятельные иллюзии встречаются реже (складка одеяла как змея, запах еды из кухни как запах лекарств).

Наиболее часто иллюзии у детей возникают в структуре делирия при интоксикационных и инфекционных психозах. Преобладают зрительные иллюзии и парейдолии.

При шизофрении иллюзии фантастические (абжур как «птица без головы»), часто с бредоподобной интерпретацией.

Отдельные иллюзии встречаются при неврозах на фоне страха, тревожных опасений.

**Галлюцинации** – 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 («*Встал... пошел... открыл холодильник... хочет одеться...*»). Возможны диалоги «голосов» между собой. Опасным вариантом являются императивные галлюцинации – приказы делать что-либо (например, не есть, ударить кого-либо, выброситься из окна) или запреты (разговаривать, отвечать на вопросы). 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.

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.

Дифференциально-диагностические критерии разграничения истинных и ложных галлюцинаций см. в приложении 3.3. Клинические приемы выявления галлюцинаций при алкогольном делирии см. в приложении 3.4.

**Галлюциноз** – синдром, в клинической картине которого преобладают обильные галлюцинации, обычно одного вида (чаще слуховые, реже зрительные, тактильные, обонятельные). Развивается на фоне ясного сознания. Галлю-

цинирование 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).

Обманы восприятия у детей наблюдаются при инфекционных заболеваниях (в структуре делириозного помрачения сознания) и шизофрении.

У детей истинные галлюцинации могут появляться с 2–3 лет – зрительные и тактильные обманы (видит летающих вокруг него мух, ползущих змей, пауков и т.п.), гипнагогические галлюцинации (перед засыпанием «налетают пчелы, которые хотят ужалить»).

Псевдогаллюцинации, как более сложный феномен, появляются у детей позднее – с 3–4 лет, нередко сочетаясь с рудиментарными идеями воздействия. Преобладают зрительные обманы (странные человечки с длинными руками, причудливые звери, мертвецы, инопланетяне. Дети говорят, что «они не такие, как настоящие», «это так делают, как в кино»).

В 5–8 лет появляется рудиментарная бредовая трактовка (видит страшных людей, говорит, что они хотят на него напасть, сделать что-то плохое). Наблюдаются элементарные слуховые обманы (стук, плач, бой часов), реже – завершённые вербальные галлюцинации (непонятные голоса, «в ушах разговор»), в том числе императивные («Не ешь!» «Не ходи в школу!»). Встречаются «оральные галлюцинации» – болезненные ощущения инородных тел в полости рта: («Во рту бумага и железки». «Волосы во рту») (Башина В.М., 1980).

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

Галлюцинации воображения связаны с эйдетизмом и возникают из фантазий:

- *Больной представлял маленьких забавных пингвинов. Временами представления проецировались вовне: «Вижу – лампа висит, и тут же вижу пингвинчиков».*

Гипнагогические галлюцинации спонтанные, с фантастическим содержанием:

- *Больная 10 лет во время засыпания при закрытых глазах видит черные клетки, по которым катится шар. Иногда в страхе видит «шевелиющийся клубочек человечков и змей».*

Сновидные галлюцинации – псевдогаллюцинации, появляющиеся в моменты засыпания и пробуждения («я видел сны»). По сравнению с гипнагогическими галлюцинациями они более яркие, сценopodobные, нередко сопровождаются чувством постороннего влияния (Ковалев В. В., 1985):

- *«Я не сплю, а занимаю промежуточную позицию».*

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.

## 4. 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. Свойства и операции мышления см. в приложениях 4.1. и 4.2.

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 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 незавершенной мысли другой. Речь ускоренная, нередко в виде монолога.

У детей раннего возраста ускорение мышления при маниакальном состоянии не выражено. Тем не менее, ассоциации поверхностные, оживляется речь. После 15–18 лет ускорение мышления приобретает характерные черты «скачки идей».

**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:

- *«Мысль стопорится будто».*
- *«Мысленно как бы топчусь на месте».*
- *«Пустовато в голове».*

Замедленное мышление наиболее характерно для депрессивных состояний.

**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*.

- На вопрос как проехать к ней домой, больная ответила: «...*Опустите пяточок, встаньте на лесенку, она свезет вас вниз, встаньте на перрончик, подойдет вагончик, откроются двери...*». На вопрос, до какой станции надо ехать, сказала: «*Я же объясняю...*» и вновь начала повторять все сначала.

**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 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:

- «*Я – Лора, чистая как Лотос*».
- «*Должна передать новое знание*».
- «*Чувствую себя французом*».

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. Появляется эйфориеподобное настроение:

- «*Стала внутренне обновленной*».
- «*Своим присутствием здесь помогаю*».
- «*Просыпающиеся качества гениального изобретателя*».

Аутистическое мышление является частью аутизма – ухода из внешней реальности в мир внутренних представлений. Больные отгорожены, теряют эмоциональный контакт с окружающими и потребность в этом контакте.

Аутистическое мышление наблюдается при шизофрении, раннем детском аутизме, шизоидном расстройстве личности и акцентуации.

**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:

- «*Когда руки сомкнуты, они вместе, а когда разомкнуты, то выходят кубы*».
- «*Попала сюда, потому что видела из дома свое место, какое оно бурое*».

Выраженная разорванность мышления при шизофрении, проявляющаяся монологом непонятной речи, называется шизофазией:

- *«Наш брак есть таинство воплощения двух или трех по ходу развития человечества и децентрализации Земли. Горечь, которую мы испытываем, есть не что иное, как сконцентрированная блудная частица крови совместно с газом окружающей атмосферы. Третий муж был корень, палач, сын Чапая... в первую брачную ночь тетя родила Наташу Волкову... сына... за 85 рублей».*

**Бессвязное (инкогерентное) мышление** – отсутствие логических связей между представлениями, ощущениями, восприятиями. Характерно для состояний помраченного сознания (амении, 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:

- *«Как Вас зовут? Сын... Как Ваше имя? Сын Коля... Как же так? Имя мое Михаил... Какой сегодня день? Все для Шурочки... А кто я? Вы, правда, нет, тогда Шурочка...».*

**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.

- *Больной не ест борщ, так как борщ может быть флотским, и если он его съест, ему будет грозить опасность быть выброшенным за борт и оказаться на дне морском.*

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:

- *«Да, большинство приспособилось к паутине обязанностей, внезапное разрушение которой чувствительно ударит по интересам многих.... Точнее – безделье, бездеятельность, причем, кипучая.... Действенность лозунга в том, что он употребляется к месту, ко времени, если он – та самая ложка к тому самому обеду, которая стоит дорого: всех блюд обеда вместе взятых. Его смысл люди должны видеть в каждойодневной жизни».*

В подростковом возрасте резонерское мышление может выступать в форме метафизической или философской интоксикации – непрерывных и непродуктивных размышлений о сложных научных или философских проблемах, трудных вопросах бытия.

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

- *«Внушенные мысли – это красные рыбки на рассвете».*

- *«Если диктор в телевизоре приложил руку ко рту – я должна молчать».*

Происходящие события, слова и действия людей, предметы, буквы, цифры могут приобретать иной символический смысл.

- *Пациент выразил в символической форме жизненный путь человека десятью существительными русского языка, оканчивающимися на «-мя», выстроив их в следующей последовательности: «Семя – вымя – племя – имя – знамя – бремя – стремя – пламя – темя – время».*

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

- *«Строгий флечик».*

Неологизмы могут образовываться путем слияния слов или их частей, подмены, перестановки и повторения слогов:

- *«Тягофон» (соединение слов «тянуть» и «телефон»).*

В ряде случаев неологизмы полностью определяют язык больного и делают его совершенно недоступным для понимания:

- *«Плазмоутян собралось много, а фуестр плюнул чернилами».*

**Патологическая продукция мышления** (патологические идеи).

**Навязчивые явления** – возникают произвольно, 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 (приложение 4.3).

Навязчивые явления встречаются при неврозе навязчивых состояний, психастеническом расстройстве личности и акцентуации.

У детей навязчивые образования рудиментарные, в виде моторных и аффективных навязчивостей, без выраженного переживания их чуждости и критического отношения к ним:

- *«Я знаю, что не надо об этом думать, но ничего не могу поделать с этим».*

Отмечаются навязчивые движения (учащенно мигают, наморщивают лоб, нахмуриваются, поворачивают голову, подергивают плечами, облизывают и обкусывают губы, покашливают, «хмыкают», потирают руки), более сложные навязчивые действия (прикасаются к предметам или частям тела, постукивают, потряхивают руками, перешагивают через трещины в асфальте, многократное обводят буквы при письме), ритуальные действия (расставляют игрушки, обувь в определенном порядке). Моторные навязчивости встречаются при неврозах и, в вычурной форме, при шизофрении.

Предшественниками навязчивых движений и действий являются привычные однообразные движения – стереотипные раскачивания туловища и покачивания головой (яктация), особенно при засыпании, однообразная игра частями тела.

К рудиментарным навязчивостям относятся однотипные вопросы – назойливые, стереотипно повторяющиеся, не имеющие познавательной цели. Наблюдаются в продромальном периоде шизофрении, при пограничных состояниях. Ребенок не выслушивает ответ, продолжая повторять один и тот же вопрос («Почему бумага белая?» «Зачем вода капает?»).

Встречаются патологические образные представления, связанные со страхами:

- *У больной 11-ти лет, на фоне опасений по поводу успеваемости, стали возникать зрительные образы двоек, а затем одноклассников-двоечников и их неправильные ответы. Появились защитные ритуалы – взгляд в разные стороны в определенной последовательности, отмахивания для предотвращения плохой оценки (Ковалев В. В., 1985).*

У детей старшего возраста наблюдается навязчивый счет, хульные мысли, дисморфобические идеи (опасения по поводу реального, но незначительного дефекта внешности).

**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. Разновидности идей см. в приложении 4.4.

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, малопрогрессивной шизофрении и органических заболеваний головного мозга.

У детей 2–3 лет с ранним детским аутизмом наблюдаются сверхценные игры. Дети часами увлеченно играют с предметами, не предназначенными для игры (веревочками, кастрюлями, проводами), могут стереотипно открывать и закрывать водопроводные краны, катать бутылочку и т.п. Игры с другими детьми они не интересуются.

У детей 4–7 лет наблюдаются стереотипные «пытливые» вопросы («почему люди умирают?») с образными представлениями (смерть – «что-то большое, черное, человек туда проваливается»).

При вялотекущей шизофрении и шизоидном расстройстве личности в младшем и среднем школьном возрасте наблюдаются односторонние увлечения (интересуется одним узким предметом – географическими картами, схемами движения городского транспорта и т.п.). В подростковом и юношеском возрасте отмечаются сверхценные интересы и увлечения.

При синдроме сверхценных интересов активность имеет познавательную направленность (размышляют о «смысле жизни», предназначении человека, «мировом сознании», разрабатывают дополнения к теории относительности, стремятся создать «общую концепцию воспитания», используют специальную литературу, делают рас-

четы, выписки). Деятельность продуктивная, однако носит характер болезненного мудрствования.

При синдроме сверхценных увлечений – «патологических хобби» (Личко А.Е., 1979) совершают физические упражнения, соблюдают диету, собирают необычные коллекции (косточек плодов, испражнений разных видов животных, гвоздей), составляют каталоги (названий улиц, маршрутов транспорта, терминов).

**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.

Патологическое фантазирование в раннем детстве в форме игровых перевоплощений и стереотипных действий характерно для шизофрении и представляет собой аутистический уход в мир фантазий с полным отрывом от реальности.

**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 (см. приложение 4.5).

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 де-

прессивного бреда является понятие «внутренней угрозы» (опасности, исходящей от своего я).

### **Синдромы с бредом**

**Паранойальный 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 (см. приложение 4.6).

- 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.

- *«Не могу сам думать, слабость мыслей, и думаю чужими мыслями».*

- *«Было чувство открытости, незащитности, мысли читали».*

- *«Действуют на меня магнетическими лучами, выжигают волосы».*

- *«Говорят моим языком».*

- *«Можно посылать голоса прямо в голову. Голоса из передатчиков».*

Первичным смыслом высказываний больных с синдромом психического автоматизма является понятие «насилие».

**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 заgrimированных знакомых, родственников или известных лиц. Симптом отрицательного двойника – родственники и знакомые представляются больному чужими – как правило, заgrimированными 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:

- *«Нет желудка, сгнил кишечник, нет мозга».*

- *«Сердце остановилось».*

- Бред мучительного бессмертия (меланхолическая форма) – больные считают, что они будут мучиться вечно:

- *«Великая грешница..., будут терзать собаки, львы, тигры..., эти мучения будут продолжаться вечно».*

- Бред отрицания окружающего (бред гибели мира) – больные отрицают существование окружающих людей и событий, абстрактных категорий (время, числа):

- *«Солнце погасло».*

- *«Вообще мир не существует, никаких планет, ничего нет. ... Я тоже не существую, вас тоже нет. ... Даже слов таких нет».*

Бред гибели мира может сочетаться с депрессивным бредом виновности и злого могущества. Больной утверждает, что из-за него погибло все население мира, животные, растения, города разрушены, вся жизнь остановилась и т.п.

Бредовые расстройства у детей раннего возраста рудиментарные.

Отрывочный бред связан с иллюзиями и галлюцинациями, как правило, при состояниях помрачения сознания:

- *Ребенок «видит» «мохнатых страшных гусениц», «гусеницы» «нападают» на него, просит прогнать их.*

В младшем возрасте наблюдается чувство «присутствия постороннего» (бояться «чужого», заглядывают под кровать, за шкафы, закрывают окна). Характерна настороженность с тревогой (прячутся, настороженно относятся к пище):

- *«Дядя посмотрел злыми глазами».*
- *«Пища плохая, грязная».*

Специфическим проявлением настороженности является враждебное отношение к близким, прежде всего к матери (грубит, отталкивает, не берет у нее лакомство).

В препубертатном возрасте появляются отчетливые идеи преследования:

- *«Выслеживают какие-то ребята».*
- *«Учитель занижает оценки».*

В пубертатном возрасте наблюдается паранойяльный бред чужих родителей (с избирательной враждебностью к матери, недоверием и подозрительностью к действиям родителей), дисморфоманический бред:

- *Мать готовит любимые блюда – «стремится задобрить меня, чтобы я ей верил, хотя на самом деле меня не любит и может, войдя в доверие, принести вред, даже отравить».*
- *Больной 15 лет, недоволен своим ростом. Маскировал недостаток – носил ботинки на толстой подошве, высокие шапки, поднимался на носки, выпячивал грудь, поднимал плечи, вытягивал шею. Замечал, что на улице на него смотрят. Обращался к эндокринологам, требовал назначения гормона роста или операции на головном мозге. Придерживался диеты с высоким содержанием белков.*

Параноидный бред несистематизированный, выступает в форме ипохондрического бреда (острые приступы со страхом за жизнь, яркими сенестопатиями: «В голове горячее переливается», «в груди рвется что-то»), нигилистического бреда («внутренние органы гниют, отмирают, все разлагается»), «бреда переделки» (Сканави Е.Е., 1964) («переделяют в старика», «вырежут половые органы»), бреда воображения на фоне бредоподобных фантазий.

Парафренный бред встречается редко:

- *Больной 12 лет заявлял, что он «королевского происхождения», требовал, чтобы его называли «Людовиком», оказывали «королевские почести». Называл мать «королевой – матерью», целовал ей концы пальцев. Заявлял, что он «самый красивый и самый умный». В больнице держался высокомерно, предъявлял претензии, что его кормят «пищей не для королей».*

Нарушения бредового регистра наблюдаются у детей и подростков при экзогенно-органических и соматогенных психозах, шизофрении.

## 5. 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.

У новорожденных наблюдаются простейшие реакции удовольствия и недовольства. До 3 лет преобладают эмоции, связанные с удовлетворением или неудовлетворением биологических потребностей, с выраженным соматовегетативным компонентом. После 3 лет начинают развиваться «высшие» эмоции, связанные с самосознанием. К 10–12 годам они приобретают такое же значение, как и «низшие», а к 20 годам завершают свое формирование.

Особенностями эмоциональных проявлений у детей являются: элементарность, преобладание положительных эмоций, повышенная эмоциональная лабильность. Аффективные нарушения у детей рудиментарные и атипичные, часто проявляются в виде «возрастных эквивалентов» (соматовегетативных, двигательных реакций).

Разновидности эмоций по их содержанию см. в приложении 5.1.

### 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.

**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. *apathēia* – бесчувственность) – равнодушие и безучастность к себе и окружающим. Сопровождается бездеятельностью, отсутствием жела-

ний 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 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:

– *Больная с улыбкой сообщает, что ее беспокоит страх за дочь.*

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

### **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.

**Мория** – 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, пси-

хические эквиваленты припадков), встречается при органических поражениях головного мозга, прогрессирующем 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.

**Страх** – переживание опасности, непосредственно угрожающей субъекту. Сопровождается разнообразными соматовегетативными реакциями.

У детей выделяют пять вариантов страха (Сухарева Г. Е., 1955):

- Навязчивые страхи (фобии). Возникают вопреки желанию, осознаются как чуждые.
- Страхи со сверхценным содержанием (наиболее часто встречающиеся) – с представлением о предмете страха, убеждением в обоснованности страха и отсутствием попытки его преодолеть (боязнь темноты с представлением о наличии в темноте устрашающих объектов). Отношение ребенка к предметам или явлениям, вызвавшим испуг, стойко меняется.
- Бредовые страхи сопровождаются переживанием внешней угрозы со стороны живых или неживых объектов, настороженностью, подозрительностью, эпизодами возбуждения. Возникают вне связи с психотравмирующей ситуацией.
- Психопатологически недифференцированные страхи – приступы протопатического страха с переживанием неопределенной угрозы для жизни («страшно», «боюсь»), двигательным беспокойством, разнообразными вегетативными нарушениями (тахикардия, потливость, покраснение лица и др.), неприятными соматическими ощущениями (сдавление и замирание в области сердца, стеснение в груди, похолодание в животе, прилив крови к лицу и др.).
- Ночные страхи – во время сна возникает выраженный страх и двигательное возбуждение на фоне суженного сознания. Ребенок беспокоен, плачет, кричит, мимика выражает сильный страх. Зовет мать, но не узнает ее, не отвечает на расспросы. Могут быть снохождения, устрашающие сновидения, обманы восприятия («боюсь, прогони его!»). Разбудить или успокоить ребенка не удается. Длится 15-20 минут, затем сменяется сном.

**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.

У детей типичные дисфории наблюдаются с дошкольного возраста. Встречаются атипичные формы в виде общего недомогания, неприятных ощущений и болей в различных частях тела (сенесто-ипохондрический вариант).

**Растерянность** – острое чувство беспомощности, недоумения, непонимания ситуации и своего состояния. Встречается при аменции, астенической спутанности, а также при шизоаффективном психозе. Больные чрезмерно отвлекаемы, тревожны, задают отрывочные недоумевающие вопросы:

– «Где я? ... Кто эти люди? ... Ничего не понимаю...».

У детей растерянность проявляется в мимике и жестах, а после 10–12 лет и в высказываниях. Страх перед надвигающимся безумием наблюдается в 14–15 лет.

### **Синдромы с нарушением настроения**

**Маниакальный синдром** (манія) 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, прогрессивном параличе, приступообразной шизофрении, шизоаффективном психозе, симптоматических психозах.

В детском возрасте маниакальный синдром протекает атипично.

В препубертатном возрасте мания проявляется гиперактивностью, суетливостью, импульсивными поступками, необычным упрямством, непослушанием, склонностью к грубым шалостям. Аффективный компонент выражается приподнятым настроением без оттенка солнечности. Иногда в высказываниях звучит переоценка своей физической силы, возможностей. При выраженной мании прожорливы, кривляются, гримасничают.

В пубертатном возрасте солнечный оттенок настроения становится более выраженным. Однако также преобладают нарушения поведения – суетливость, утрата чувства дистанции, хвастливость, прожорливость, гиперсексуальность, агрессивность («возбужденная мания»).

В постпубертатном возрасте маниакальная триада становится более типичной. Однако нарушения поведения остаются.

А.Е. Личко (1979) выделяет у подростков типичную, гневливую, параноидную, астено-эксплозивную манию, делинквентный эквивалент мании и манию со спутанностью сознания.

**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:

- *«Я конченный, дрянной человек».*
- *«Я виновата перед людьми. Я оскорбляю их своим присутствием».*
- *«Пропавший человек, один только выход остался...».*

Возможны расширенные суициды – вместе с собой убивают своих ближайших родственников (детей, супругов, родителей), так как считают, что они, по вине больных, также обречены на тяжелые страдания либо несут «зло» обществу:

- *«Дети, живя с такой матерью, находятся под постоянной угрозой расплаты за мои ошибки».*
- *«Детей воспитал такими же преступниками, как и я сам».*

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.

Депрессивный синдром наиболее характерен для депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства и циклотимии. Депрессия также встречается при эпилепсии, инволюционных, органических аффективных, симптоматических, реактивных психозах, приступообразной шизофрении, шизоаффективном психозе. Выделяют также невротическую депрессию.

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. Могут возникать картины, схожие с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, спастическим колитом, бронхиальной астмой, цефалгиями, гипертони-

ей, пароксизмальной тахикардией, стенокардией, кожными, аллергическими, эндокринными заболеваниями.

Дифференцировать скрытые депрессии с соматическими заболеваниями помогают следующие диагностические признаки:

- Витальный оттенок настроения («Тяжесть на душе, сердце ноет, щемит»).
- Суточные колебания самочувствия и настроения (наиболее типично ухудшение в утренние часы и первую половину дня).
- Наличие замедления мышления и двигательной активности.
- Соматические и вегетативные проявления не укладываются полностью в картину соматического заболевания.
- Фазное течение заболевания, возможное наличие сходных фаз или типичных аффективных фаз в анамнезе.
- Слабый, временный эффект от соматической терапии или его отсутствие.
- Положительная реакция на терапию антидепрессантами.

У детей депрессивные состояния атипичные.

В раннем детстве наблюдается анаклитическая депрессия. Она связана с эмоциональной депривацией (лат. *deprivatio* – лишение), например, разлукой с матерью (материнской депривацией). Этап возбуждения с плачем и агрессией сменяется заторможенностью, нарушением сна. Наблюдается безучастность, отказ от игр, постоянное печально-покорное выражение лица. При затяжном течении возникает задержка речевого и психического развития.

В 6–9 лет преобладают соматовегетативные и двигательные нарушения. Утрачивается живость, интерес к играм. Переживание тоски не характерно. Наблюдаются психосоматические эквиваленты депрессии – энурез, ночные страхи, снижение аппетита, запоры (Oudshoorn D.N., 1993).

В пубертатном возрасте тоскливое настроение более выражено, возникают рудименты идей малоценности («я ни на что не годный, неспособный», «ничего у меня не получается»). В отличие от взрослых, менее выражены заторможенность мышления и речи. Чаще отмечаются навязчивые и сверхценные ипохондрические опасения. Фазовые состояния длятся 10–14 дней, светлые промежутки также непродолжительные.

А.Е. Личко (1985), помимо типичной депрессии, выделяет у подростков депрессивные эквиваленты: делинквентный (мрачность, угрюмость, непослушание, агрессивность, эпизоды алкоголизации), ипохондрический (ипохондрические жалобы, повторные обращения к врачам) и астено-апатический (утомляемость, скука, уныние, потеря интереса к учебе, занятиям).

## 6. НАРУШЕНИЯ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ (ПРОИЗВОЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ)

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. Этапы волевого акта см. в приложении 6.1.

- 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 волевым акте этап борьбы мотивов отсутствует, и за осознанием мотива сразу следует выполнение действия. В сложном волевым акте этот этап является наиболее важным, так как выбор одного из возможных мотивов определяет направление и содержание дальнейшей деятельности.

Поведение детей раннего возраста определяется инфантильно-гедонистической мотивацией – стремление к немедленному удовлетворению своей потребности и получению удовольствия, не предвидя последствия действий.

В 7-15 лет преобладает эгоцентрически-утилитарная мотивация – появляется способность отказывать себе в удовлетворении мелких, сиюминутных желаний ради удовлетворения эгоцентрических потребностей в будущем.

В 12-15 лет и старше преобладает альтруистическая мотивация – человек получает удовлетворение от своего высоко нравственного поведения и не может поступать иначе. Окончательно волевая сфера формируется примерно к двадцати годам.

### **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 облигатных 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), парапраксия (неадекватность движений), амбигентность (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).

## 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), 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 (гримасничание) – 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.

*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.

Кататонический ступор сопровождается специфическими вегетативными и соматическими нарушениями: сухость 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 ног).

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).

- Эхолоалия и эхопраксия.

- Гримасничанье – ребенок нахмуривает лоб, зажмуривается, таращит глаза.

- Выкрики или проговаривание бессмысленных сочетаний звуков или набора отдельных, не связанных по смыслу слов: «Бара – тара – пара – бара – тара», «ай – за стол – не кричи – столик – стульчик», в том числе неологизмов: «забиток» вместо «молоток», «бонка» вместо «подушка».

При выраженном возбуждении ребенок мечется, хватает и бросает предметы, кричит, визжит, выкрикивает отдельные слова.

Симптомы кататонического возбуждения сочетаются с регрессивными расстройствами психомоторики: потряхиваниями кистями, взмахиванием руками, перебиранием пальцами перед глазами, атетозоподобными движениями пальцев, подпрыгиванием на носках.

В препубертатном и пубертатном возрасте кататоническое возбуждение приобретает типичные черты.

На первом плане наблюдается речевое возбуждение: вербигерация, повторение одних и тех же фраз, эхолалия («...как самочувствие?»). Речевой контакт отсутствует. Больные говорят сами с собой (симптом монолога), экзальтированно восклицают, бранятся. Характерны импульсивные поступки, агрессия с безудержной яростью и стремлением бить и ломать все, что попадает на глаза.

Рудиментарные проявления ступора наблюдаются с 3–5 лет.

Отмечается кратковременное застывание (с поднесенной ко рту ложкой при еде, удерживанием поднятой для обувания ноги). Изредка элементы эмбриональной позы и симптом воздушной подушки. Часто наблюдается полный или частичный мутизм, который прерывается спонтанными высказываниями («хочу домой», «не плачь, скоро тебя заберут»). Отмечается негативизм. Возможны отказы от пищи, задержка мочи и кала.

Типичные состояния кататонии наблюдаются с пубертатного возраста.

**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. Расторможено половое и пищевое влечение. Настроение имеет характер своеобразной «холодной» эйфории. Гримасы 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 пузрильными или, наоборот, взрослыми интонациями:

- *Больная 7 лет, присаживается на стул, вскакивает, вновь садится, но задом наперед. Забрасывает ногу на спинку стула, садится на стол. Неожиданно гортанно кричит. Всккивает, ходит, подчеркнута двигая бедрами, поднимая подол платья. Строит гримасы. Смеясь, спрашивает: «А какие у Вас чулки? Это капрон или сеточка?» (Вроно М.Ш., 1971).*

## 7. 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 Жилия де ля Туретта (полиморфные гиперкинезы и движения, похожие на миоклонические, затем вокализация, тики мышц лица и верхней части туловища, импульсивная копролалия и эхолалия).

### **Нарушения пищевого влечения.**

**Булимия** – повышение пищевого влечения с прожорливостью, неутолимый 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 какексия с аменореей, выраженной астени-

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 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.).

При транссексуализме дети стремятся носить одежду противоположного пола, называть себя именем другого пола, просят окружающих говорить о них так же. В более старшем возрасте стремятся общаться с детьми противоположного пола. Тягостно переживают развитие вторичных половых признаков в подростковом возрасте.

У детей до 6 лет рудиментарные проявления садизма выражаются в удовольствии от совершения действий, вызывающих отвращение у окружающих, в стремлении причинять боль родным, мучить животных. В возрасте 7-15 лет появляются в виде издевательства над младшими и слабыми, рисунках и фантазиях садистического содержания.

Мастурбация в младенческом и раннем детском возрасте чаще всего встречается в структуре резидуально-органических нарушений, чаще у девочек. Наблюдается плотное сжимание бедер, трение о предметы, ерзание на животе, реже используются руки или игрушки. Появляется мышечное напряжение, гиперемия кожи, потливость, учащенное дыхание, может наблюдаться «отрешенное» выражение лица. Приступы длятся до нескольких минут. При появлении родителей временно прекращают экссесс, выжидают их ухода. При попытке прервать приступ появляется недовольство, протестные реакции (отбиваются, плачут). Заканчивается общим расслаблением (Микиртумов Б.Е., 1978).

**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 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).

У младших подростков одним из факторов, приводящих к суициду, является асоциальное и суицидальное поведение и депрессивные расстройства у родственников. Имеют значение импульсивность, склонность к насилию, нетерпимость критики. У старших подростков тенденция к самоубийству связана с алкоголизацией и наркотизацией.

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.

У детей до 3 лет рудиментарные проявления агрессивности выражаются немотивированным, стойким упрямством.

В 3–7 лет повышенная агрессивность проявляется аффективными вспышками с конфликтностью, упрямством, прямой агрессией (могут ударить, укусить, плюнуть), в том числе к матери и близким.

В школьном возрасте дети испытывают радость при неудачах или страданиях окружающих, недоброжелательно относятся к ним. Драчливы, жестоки, издеваются над младшими, придираются к высказываниям и действиям родителей.

У подростков агрессивность проявляется делинквентным поведением – нарушением школьной дисциплины, непослушанием, хулиганскими поступками, стремлением противоречить родителям и учителям.

## 8. 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.

У детей внимание отличается повышенным интересом к новым, эмоционально окрашенным раздражителям, отвлекаемостью и преобладанием пассивного внимания.

До трех лет дети часто производят впечатление невнимательных, рассеянных.

У дошкольников появляется более устойчивое внимание, прежде всего при понимании значения занятия (например, одобрение родителей) и ожидании его результата.

Основные свойства внимания см. в приложении 8.1.

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

– *Начинает читать, но через несколько минут утомляется и незаметно для себя отвлекается на какой-либо посторонний стимул.*

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

– *Идет за каким-либо предметом, но, если по дороге отвлекается на другой стимул, забывает, за чем шел.*

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 самоуничтожения 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.

## 9. 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).

У детей до 5–7 лет преобладает произвольная кратковременная конкретно-образная память – зрительная и двигательная, в меньшей мере слуховая. Выражены эмоциональные механизмы памяти, лучше запоминаются эмоционально насыщенные впечатления.

В младшем школьном возрасте увеличивается удельный вес смысловой памяти. В подростковом возрасте развивается абстрактно-логическое запоминание с выделением существенных признаков предметов.

Для детей характерен эйдетизм (от греч. eidos – вид, образ) – чрезвычайная яркость представлений, способность удерживать в памяти и с точностью воспроизводить четкие и яркие образы. По мере взросления эйдетизм редуцируется (сохраняется у лиц художественного типа, например, у живописцев).

### 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.

**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.

У детей грубые и стойкие расстройства памяти относительно редки. Амнезия чаще всего наблюдается на фоне нарушенного сознания. Ретроградная амнезия у детей и подростков выражена относительно слабо и охватывает короткий промежуток времени.

У подростков при первых алкогольных опьянениях наблюдаются кратковременные ретроградные и антероградные амнезии, а также палимпсесты, особенно на почве черепно-мозговых травм, мозговых инфекций, эпилептоидных особенностей личности.

Наиболее частым расстройством памяти у детей является *дисмнезия* – сочетание нарушенного запоминания с нарушенным хранением и воспроизведением. Нарушения памяти при дисмнезии относительно неглубокие. Однако они приводят к нарушению запоминания и воспроизведения вновь усвоенных сведений, прежде всего, школьных знаний, прочитанных книг. Легкие и преходящие нарушения наблюдаются при астенических расстройствах, более выраженные и стойкие – при психоорганическом синдроме и органической деменции.

### **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.).

Конфабуляции у детей и младших подростков наблюдаются чаще, чем псевдореминисценции и связаны с высокой активностью воображения. Ложные воспоминания расцвечены красочными или фантастическими деталями. Наблюдаются при патологическом фантазировании и рудиментарных парафренических состояниях, часто сочетаются с бредом воображения.

Кроме того, у детей нередки иллюзии памяти – ошибки памяти, связанные с отсутствием четкого разграничения правды и вымысла.

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

**Криптомнезия** – 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.

### **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 застреманностью 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.

Впервые описан С.С. Корсаковым в 1887 г. у больных алкоголизмом (полиневритический психоз или корсаковский психоз – специфические расстройства памяти в сочетании с полиневритом). Встречается при различных органических заболеваниях головного мозга.

Больные не могут запомнить, где они находятся, кто их окружает, какой сегодня день. Не помнят, с кем беседовали сегодня. Знания и навыки, имевшиеся до начала заболевания, сохраняются в памяти и воспроизводятся. Пробелы в памяти заполняются замещающими конфабуляциями и псевдореминисценциями. Критика отсутствует, однако нарушения памяти в слабой степени осознают:

- Пациент находится на отделении несколько недель, однако на вопрос, как долго находится в больнице, отвечает, что всего несколько дней. Затрудняется сказать, почему попал в больницу. На вопрос, как зовут его лечащего врача, объясняет, что он здесь недавно, и еще не запомнил. На просьбу назвать сегодняшнее число говорит, что не следит за числами.

У детей корсаковский синдром встречается после 10 лет, в рудиментарной форме. При выраженной фиксационной амнезии отсутствует или не выражена ретроградная. Страдает словесная память (забывается имя врача, содержание беседы), меньше зрительная (находят свою койку, врача). Нарушена сложная ориентировка во времени (дата, дни недели). Ориентируются во времени суток и месте. Парамнезии отмечаются редко. Течение непродолжительное, до 2,5 месяцев. Синдром развивается после тяжелых менингитов, в отдаленном периоде черепно-мозговых травм, после эпилептического статуса. Чаще, чем у взрослых, может быть полное восстановление памяти.

**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.

Психоорганический синдром у детей обозначается в зарубежной литературе как синдром минимальной мозговой дисфункции.

У детей младше 4–5 лет его проявления рудиментарные, выражаются в задержке речевого развития. Вербальный интеллект страдает больше, чем невербальный (Козловская Г.В., 1995). Нередко наблюдаются проявления органической или резидуальной невропатии (Мнухин С.С., 1968) – рвоты, срыгивания, диспепсии, потливость, колебания температуры тела, аллергические реакции, нарушение сна, двигательная и эмоциональная возбудимость.

С 4–5 лет в клинической структуре преобладают повышенная эмоциональная и двигательная возбудимость, импульсивность, назойливость. Отмечаются затруднения тонких движений и моторики, требующих быстрого переключения (речь, рисование, одевание, обувание). Нарушенная концентрация внимания затрудняет усвоение новых знаний.

В 7–9 лет на первом плане наблюдаются нарушения школьных навыков – чтения, письма, счета (дислексия, дисграфия, дискалькулия). Эти расстройства часто сопровождаются астеническими явлениями. Данный вариант называется синдромом резидуальной церебрастении с запозданием развития школьных навыков (Мнухин С.С., 1968).

У детей школьного возраста и подростков психоорганический синдром чаще всего проявляется психопатоподобными состояниями. Наблюдаются эмоциональная возбудимость и агрессивность, растормаживание «низших» влечений. Поведение направлено на непосредственное получение удовольствия.

## 10. 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.

Формирование интеллекта связано как с воспитанием индивида, так и его активным участием в социальной жизни. Начало развития мышления связано с появлением предпосылок интеллекта. В периоды возрастных кризов наблюдаются качественные скачки, связанные с периодизацией развития мышления (от наглядно-действенного к конкретно-образному и абстрактно-логическому):

У младенцев о психическом развитии свидетельствует активность ребенка.

Первый скачок – около года – появление речи и сложных движений (ходьба и др.).

Второй скачок – около трех лет – появление осознания я, долговременной памяти, усилением речевой и познавательной активности (детские вопросы), стремление к самостоятельности и овладению навыками самообслуживания («я сам»).

4–6 лет – развитие внимания и памяти.

6–7 лет – формируется готовность к школьному обучению. Выражается в развитии навыков чтения, письма и счета, абстрактно-логического мышления (умение сравнивать, обобщать, исключать, классифицировать, образовывать понятия).

В начале пубертатного криза (11–12 лет) резко возрастает способность к усвоению большого количества информации благодаря развитию абстрактно-логического мышления и смысловой памяти. В конце пубертатного криза (около 16 лет) резко возрастает способность к самостоятельному, более глубокому осмыслению и принятию решений.

**Задержка психического развития** возникает вследствие психофизического инфантилизма, слаборожденности, затяжных астений (при истощающих заболеваниях раннего детства), нарушениях развития речи, у слабобудящих 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 абстрагированию.

При своевременной медико-педагогической помощи (обучение с раннего школьного возраста в специальной школе) задержка может преодолеваться (к среднему и старшему школьному возрасту догоняют сверстников в интеллектуальном развитии). При отсутствии медико-педагогической коррекции задержка психического развития остается в виде **пограничной умственной отсталости**, с интеллектуальным показателем (IQ), равным 70–90 баллам.

**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.

В раннем детском возрасте преобладает отставание развития речи. Игровая деятельность обычно нецеленаправленная и выражается в подражании. Отчетливая картина психического дефекта складывается к концу дошкольного или началу школьного возраста. В школьном возрасте преобладает конкретно-образное мышление, отсутствует способность выделить существенные признаки предметов и явлений.

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 десятками 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). Эмоцио-

нальные 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).

*Клинико-физиологическая классификация умственной отсталости С.С. Мнухина – Д.Н. Исаева.* Выделяют четыре формы умственной отсталости:

- Стеническая форма характеризуется равномерным недоразвитием интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых функций.
- При астенической форме отмечается неплохой запас понятий и представлений, удовлетворительная память, хорошая житейско-бытовая ориентировка. Однако внимание неустойчивое и истощаемое. Это затрудняет освоение навыков (чтения, письма, счета), пространственных представлений.
- Для атонической формы характерны плохая способность к психическому напряжению, нарушение целенаправленной активности. Больные бездеятельные или находятся в состоянии хаотической двигательной активности. Отмечается невозможность сосредоточения, недифференцированность эмоциональных реакций, слабость инстинктов.
- Больные с дисфорической формой отличаются нецеленаправленным хаотическим поведением, затяжными эмоциональными реакциями дистимического и дисфорического типов.

**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 прогрессирующем параличе.

Деменция в детском возрасте связана с органическими поражениями головного мозга и имеет ряд возрастных особенностей. Ослабляются или утрачиваются ранее приобретенные навыки (двигательные, навыки опрятности, самообслуживания), экспрессивной речи. В тяжелых случаях речь полностью утрачивается (моторная и сенсор-

ная афазия). Уровень побуждений к деятельности снижается либо отмечается нецеленаправленная деятельность с бесцельным двигательным возбуждением. Характерна эйфория.

В препубертатном возрасте наблюдается снижение умственной работоспособности, брадифрения, нарушение концентрации внимания.

В пубертатном возрасте отмечаются психопатоподобные нарушения на фоне расторможенности «низших» влечений (сексуальности, прожорливости). Снижается критика к поведению. Преобладает эйфорический или апатический фон настроения. Характерны дисфорические состояния с тоскливо-злым аффектом и агрессивными актами.

## 11. 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. Различают следующие уровни бодрствования:

- Бодрственное внимание – обычное рабочее состояние оптимального возбуждения коры головного мозга.
- Аффективное сознание – излишняя стимуляция, обеспечивающая яркость и живость восприятий действительности в ущерб осознанию взаимосвязей между текущим и прошлым опытом.
- Пассивное (ослабленное) внимание – плохо осознаются взаимосвязи между текущим и прошлым опытом, последний превалирует в форме фантазий.
- Сонливость – сознание заполняется воспоминаниями, грезами.
- «Быстрый» сон – переживание исключительно прошлого опыта, в виде сновидений.
- «Медленный» сон – разлитое торможение, прекращается осознание и текущего, и прошлого опыта.

В активно функционирующем сознании формируются «фокус» и «периферия», находящиеся в непрерывной динамической взаимосвязи.

Разновидности сознания: предметное сознание (познание предметной действительности), самосознание (система знаний о самом себе и своих отношениях с окружающими), социальное сознание (знание общественных отношений).

Классификацию нарушений сознания см. в приложении 11.1.

**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. Нарушение мышления – различная степень его бессвязности (непоследовательность, фрагментарность, инкогерентность и др.).
3. Дезориентировка – во времени, месте, ситуации, окружающих лицах, собственной личности.
4. Последующая амнезия (полная или частичная) – расстройство запоминания происходящего.

**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.

Развитие сопора и комы у детей – признак тяжелого состояния. Легкие степени оглушения обратимые, часто не оставляют выраженных психических изменений.

**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 – гриппический 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.

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.

У детей делирий встречается с 4–5 лет. Он кратковременный, от нескольких часов до 1–2 суток. Динамика ограничивается ранними стадиями. Характерно развитие устрашающих зрительных иллюзий (кресло как «горбатый старик с длинной бородой») и множественных калейдоскопически сменяющихся зрительных гипнагогических галлюцинаций (картины школьной жизни, люди, животные, деревья, цветы). Стадия истинных галлюцинаций, как правило, неразвернутая, abortивная. На фоне тревожного беспокойства и бессонницы возникают отдельные зрительные галлюцинации (чаще мелкие зооптические: мухи, пауки, змеи, птицы, крысы, кошки и т. п.), тактильные и реже элементарные слуховые галлюцинации. Дети пытаются «прогнать» образы, сбрасывают их с постели.

Тяжелый делирий возникает редко, при тяжелых соматических заболеваниях.

**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.

**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 произвольного, 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 амигдало-гиппокампальная локализация пароксизмального очага.

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

Сумеречные состояния у детей наблюдаются чаще, чем у взрослых. Однако они рудиментарные и непродолжительные. Преобладают двигательные автоматизмы.

У дошкольников наблюдаются однообразные стереотипные привычные действия: оральные автоматизмы (глотание, жевание, чмокание губами, облизывание) и однообразные движения руками (поглаживание, перебирание пальцами). В старшем школьном возрасте к ним присоединяется сноговорение, реже снохождение. Сумеречные состояния развиваются чаще ночью, в бодрствующем состоянии встречаются реже. Развернутые сумеречные состояния встречаются в старшем подростковом возрасте.

Разновидностью сумеречных состояний являются ночные страхи: ребенок внезапно, в страхе, часто с криком, просыпается. Нередко возникают устрашающие зрительные галлюцинации (видит чудовище, кого-то в черном). Отмечаются автоматизированные однообразные движения. Реакция на обращение отсутствует. Приступ длится от нескольких минут до часа, затем ребенок вновь засыпает. Приступ амнезируется.

**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.

## 12. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ

**Электроэнцефалография** заключается в регистрации электрической активности мозга через неповрежденные покровы черепа. В ряде случаев при органических заболеваниях мозга можно определить место и вид поражения. Электрическую активность мозга определяют в покое, а также под воздействием различных раздражителей, функциональных проб (мелькание световых вспышек различной частоты, звуковые сигналы различной интенсивности, гипервентиляции). Традиционный метод оценки – визуальная оценка параметров записываемых кривых. В настоящее время используется компьютерная оценка результатов ЭЭГ.

Ритмические биопотенциалы ЭЭГ характеризуются частотой (число колебаний в секунду), амплитудой и конфигурацией.

Выделяют следующие ритмы ЭЭГ и конфигурации ритмических волн:

Ритм		Частота, колебаний в секунду		Конфигурация
Альфа	$\alpha$	8–12		Синусоидальная (как правило)
Бета	$\beta$	13–25	Быстрые волны	Близка к треугольным вследствие заостренности вершин
Гамма	$\gamma$	Более 25–30	Быстрые волны	Часто эти волны могут налагаться на более медленные колебания и поэтому располагаться на записи как выше, так и ниже изоэлектрической линии
Дельта	$\delta$	1–3	Медленные волны	Многообразные: синусоидальные, округлые, заостренные
Тета	$\theta$	4–7	Медленные волны	



Неритмические волны бывают одиночными или в виде групп:

а) острые волны – колебания с широким основанием и острой вершиной длительностью от 300 до 40 мс; их амплитуда может быть весьма различной;

б) пики – колебания, сходные с мелкими острыми волнами, длительностью 40–20 мс;

в) быстрые асинхронные колебания – колебания потенциала длительностью 10 мс и меньше;

г) пароксизмальная активность – внезапное появление на ЭЭГ групп или разрядов колебаний потенциалов с частотой и амплитудой, резко отличающимися от доминирующих частот и амплитуд.

Важная характеристика ЭЭГ – выраженность тех или иных компонентов, определяемая специально вычисляемым индексом. Он представляет собой процентное содержание данного вида ритмических колебаний среди всех волн на ЭЭГ. Индекс обычно вычисляют за 30–60 с или на отрезке 1 м записи со скоростью 3 см/с.

Выделяют 5 типов ЭЭГ здорового человека: доминирует альфа-ритм, есть и бета-волны; только альфа-ритм; только бета-ритм; доминирует альфа-ритм, есть и бета-, и медленные волны; доминирует альфа-ритм, имеются и бета-волны, и одиночные пики.

У здорового человека на ЭЭГ существуют выраженные различия в электрической деятельности разных областей мозга, так называемые регионарные различия. Альфа-ритм наиболее отчетливый в затылочных отделах мозга; быстрые и медленные ритмы преобладают в передних отделах.

Электроэнцефалография стала во многом математическим методом.

«Базовым» является метод спектрального анализа ЭЭГ. Формула быстрого преобразования Фурье раскладывает ЭЭГ на дельта-, тета-, альфа-, бета-диапазоны в виде пиков или столбцов накопленной энергии. Пики накопленной энергии отображаются в графиках разными цветами для оценки специалистом.

Спектральный анализ альфа-диапазона особенно важен как для взрослых, так и детей любого возраста, поскольку именно эта активность наиболее распространена в ЭЭГ. Существует не один, а несколько пиков накопленной энергии – полимодальность или полидиапазонность альфа-ритма. Это связано с наличием не одного, а нескольких генераторов альфа-активности (корковых и глубинных) в мозге. Рекомендуется выделять два диапазона альфа-ритма: низкочастотный альфа-ритм (7,75–10 Гц, альфа 1 ритм) и высокочастотный альфа-ритм (10–13 Гц, альфа 2 ритм).

Развитие преимущественных или основных ритмов мозга у детей (электрогенез) зависит от возраста. У новорожденного преобладает дельта-активность. В возрасте 8–36 месяцев на ЭЭГ регистрируется затылочный тета-ритм, который, по сути, является альфаподобной активностью, поскольку по своим характеристикам напоминает альфа-ритм у старших детей. Эта активность имеет частоту от 3,5 до 5 Гц с максимальной амплитудой в затылочной области. Затылочный ритм достигает 6–7 Гц в возрасте года. Преобладание затылочного ритма в диапазоне 4–7 Гц отмечается в возрасте от 12 до 30 месяцев. К 3 годам

его частота достигает 8 Гц у большинства здоровых детей. В течение последующих нескольких лет частота уже альфа-ритма медленно возрастает. В возрасте 7–10 лет преобладает низкочастотный альфа-ритм (8–10 Гц, альфа 1 ритм при спектральном анализе), а у детей старше 10–11 лет – 11–12 в секунду (высокочастотный альфа-ритм, альфа 2 ритм при спектральном анализе), не отличаясь от альфа активности взрослого человека.

При умственной отсталости и задержках психического развития на ЭЭГ отмечается задержка электрогенеза. При умственной отсталости легкой степени у подростка и взрослого может отсутствовать высокочастотный альфа-ритм (альфа 2 ритм при спектральном анализе). При умственной отсталости средней или тяжелой степени преобладает затылочный тета-ритм или даже дельта-активность с искаженными зональными распределениями.

При заболеваниях головного мозга отмечаются характерные изменения ЭЭГ.

*Грубоорганические процессы* приводят к весьма значительным изменениям электрической активности мозга. При обширном поражении головного мозга и его локализации на поверхности мозга (конвекситальная кора), при замещении нервной ткани соединительной, под соответствующими электродами не будет регистрироваться электрическая активность или в этой области будут регистрироваться биопотенциалы значительно сниженной амплитуды.

Другие изменения ЭЭГ возникают в связи с тем, что в здоровой ткани находится патологический очаг (рубцовые сращения, опухоль, киста) или инородное тело, в результате происходит механическое воздействие на здоровую ткань и ее раздражение. В результате в здоровой ткани возникают медленные высокоамплитудные волны, разряды быстрых электрических колебаний и другие феномены. Именно эти признаки дают повод заподозрить изменения мозгового вещества.

При *болезни Альцгеймера* на преклинической стадии при уменьшении объема гиппокампа отмечается флюктуация ритмики ЭЭГ между низко- и высокочастотным альфа-ритмом. На ранней стадии заболевания прогрессирует уменьшение объема гиппокампа с преобладанием низкочастотного альфа-ритма. На развернутых стадиях регистрируется тета-ритм с редукцией альфа-активности. Когда мозг достигает значительного уменьшения объема, особенно гиппокампа, на ЭЭГ отмечается медленная дельта-тета активность.

При *эпилепсии* наиболее отчетливые и характерные нарушения электрической активности мозга происходят по типу комплексов «пик – медленная волна». Эти комплексы часто регистрируются в эпилептическом очаге, что позволяет установить его локализацию. При расположении в глубинных структурах для обнаружения очага использует снятие ЭЭГ с использованием функциональных проб. Функциональные нагрузки позволяют выявить скрытые нарушения электрической активности. Во время судорожного припадка регистрируются высокоамплитудные медленные волны или комплексы «пик-волна», которые возникают несколько ранее клинических проявлений припадка и заканчиваются вместе с ним. В межприступном периоде часто может отсутствовать высокочастотный альфа-ритм (альфа 2 ритм при спектральном анализе).

При *сосудистых заболеваниях головного мозга*, в зависимости от глубины поражения, наблюдаются диффузные нарушения регулярности ритмов, появление медленных и острых волн, асинхронных быстрых колебаний, сглаживание регионарных различий. При инсульте в острой стадии альфа-ритм отсутствует, доминируют дельта- и тета-ритмы, регистрируются острые волны. Резко нарушается биоэлектрическая активность. Нарушается биоэлектрическая активность в поврежденном полушарии со сдвигом к медленноволновой активности последовательно от низкочастотного альфа-ритма (8–10 Гц, альфа 1 ритм при спектральном анализе), к тета- и дельта-активности.

При *атрофических изменениях мозговой ткани* отмечается снижение амплитуды биопотенциалов, обеднение их частотного состава. Иногда регистрируется машинообразный альфа-ритм. Реакция на раздражители слабая или отсутствует.

**Реоэнцефалография (РЭГ, Рео-ЭГ)** – метод определения тонуса и кровообращения в сосудах головного мозга на основе измерения электрического сопротивления мозговой ткани. Установлено, что 80–90% изменений сопротивления обусловлено динамикой внутричерепного кровообращения и лишь 10–20% – динамикой кровообращения кожных покровов головы. Для регистрации РЭГ через ткани пропускают переменный ток частотой 80–150 кГц, силой 1–10 мА. Сопротивление при прохождении пульсовой волны изменяется в пределах от 0,25 до 2 Ом. РЭГ используется для оценки как функционального состояния мозга, так и состояния мозговых сосудов при всех заболеваниях с нарушением кровообращения, сосудистого тонуса, эластичности сосудов (атеросклероз, гипертония, острые и хронические нарушения мозгового кровообращения, опухоли, абсцессы). Результаты РЭГ анализируют визуально, измеряя характеристики кривой РЭГ.

РЭГ здорового человека состоит из повторяющихся волн, содержащих следующие компоненты: 1) начало волны; 2) начало крутого подъема; 3) конец крутого подъема (вершина); 4) поздняя систолическая волна; 5) инцизура; 6) дикротический зубец: 1–4 – систолическая фаза, восходящая часть волны, 5–6(1) – диастолическая фаза, нисходящая часть волны.

Интерпретация выделенных характеристик сводится к следующему. Сглаженность формы оценивается как уменьшение эластичности стенок сосудов. Укорочение времени распространения волны говорит о повышении тонуса. Амплитуда волны отражает интенсивность пульсовых колебаний. Отношение амплитуды к общему сопротивлению под электродами этого отведения отражает объем пульсовой волны (показатель относительного объемного пульса). Отношение длительности восходящей части к длительности всей волны является показателем сосудистого тонуса.

Вычисляются также и другие характеристики РЭГ, связанные с процессом кровообращения.

РЭГ считается патологической, когда регистрируется форма волны, характерная для более старшего возраста; отмечается существенная межполушарная асимметрия по форме волны; межполушарная асимметрия амплитуды больше

10%; элементы восходящей части одного полушария запаздывают больше, чем на 0,015 секунд по сравнению с запаздыванием в другом полушарии; отмечается углубление инцизуры со сдвигом ее вниз по нисходящей части кривой; выявляется значительное снижение или повышение волн; уменьшается время распространения реографической волны.

Изменения РЭГ при заболеваниях головного мозга.

В начальных стадиях *церебрального атеросклероза* появляется некоторая сглаженность кривой и плато на вершине волны. При значительной выраженности этих изменений форма волны становится куполообразной или аркообразной, уменьшаются время распространения и амплитуда волны. Все это указывает на потерю эластичности и уменьшение кровенаполнения сосудов.

В транзиторной стадии *гипертонической болезни* отмечается смещение дикротического зубца ближе к вершине с тенденцией к образованию плато. Дальнейшее развитие процесса приводит к уменьшению амплитуды волны и закруглению вершины; часто абсолютной вершиной является поздняя систолическая волна, а дикротический зубец располагается выше изгиба. В склеротической фазе волна принимает аркообразную форму. Применение нитроглицерина в качестве функциональной пробы позволяет в зависимости от глубины процесса подучить нормальную РЭГ через разные промежутки времени, иногда такой нормализации не бывает.

*Головная боль сосудистого генеза.* При мигренозных болях, локализованных преимущественно в одном полушарии, на РЭГ отмечается межполушарная асимметрия с повышением амплитуды на пораженной стороне. При вегетосудистой дистонии в зависимости от патогенетического механизма регистрируются: а) плато на вершине волны, хорошо выраженные дополнительные колебания, повышенная амплитуда, что свидетельствует о понижении сосудистого тонуса с увеличением кровенаполнения и растяжением стенок сосудов; б) закругленная вершина, плохо выраженные дополнительные колебания, уменьшенная амплитуда, что свидетельствует о повышении тонуса сосудов.

*Закрытая черепно-мозговая травма.* Гематома на стороне поражения приводит к уменьшению амплитуды и сглаженности дополнительных колебаний, что указывает на затруднение кровотока в связи со сдавлением мозга. При ушибе на стороне контузии регистрируются увеличение амплитуды и угла наклона восходящей фазы волны, углубление инцизуры. Сотрясение мозга не вызывает асимметрии. В зависимости от тяжести травмы отмечаются изменения, характерные для повышенного или пониженного тонуса сосудов.

При *геморрагическом инсульте* изменения РЭГ более выражены, чем при ишемическом, распространяются на оба полушария с некоторым акцентом на пораженном полушарии. Амплитуда РЭГ уменьшена, волна уплощена. Нередко наблюдаются явления атонии с резким укорочением нисходящей части кривой и перемещением инцизуры вниз к основанию волны.

**Эхо-энцефалография (ЭхоЭГ)** – метод ультразвуковой локализации мозга, при которой определяется расстояние от височной кости до медиальных структур с одной и другой стороны головы. Регистрируют отраженные ультразвуковые

сигналы, направленные слева и справа. Если медиальная структура расположена строго посередине, то отраженный импульс будет зарегистрирован на одном и том же месте при измерении как справа, так и слева. Если импульс появляется на разном расстоянии от начала развертки, то, вычитая из большего расстояния меньшее, определяют смещение (в миллиметрах) структур в ту или иную сторону. При объемном процессе любой природы в одном из полушарий величина М-эха будет больше в пораженном полушарии, при атрофических изменениях – соответственно меньше. Прямой пропорциональности между величиной опухоли и величиной М-эха может не быть.

**Ультразвуковая доплерография (УЗДГ)** основана на эффекте Доплера – изменении частоты ультразвуковых волн при их отражении от движущихся объектов (при движении в сторону датчика частота увеличивается, от датчика – уменьшается). Применяется для исследования сосудов и кровотока в них (объем, скорость и направление движения крови). Позволяет обнаружить нарушения кровотока, косвенно определить состояние стенок и просвета сосудов.

**Пневмоэнцефалография (ПЭГ)** – метод определения состояния желудочковой системы и субарахноидального пространства головного мозга с помощью их заполнения воздухом или кислородом и последующей краниографии. Используется для диагностики патологических процессов травматического или воспалительного характера, опухолей головного мозга, пороков развития мозга. При введении воздуха или кислорода в желудочковую систему мозга через спинномозговой канал конфигурация и границы желудочков четко выявляются на рентгеновских снимках. Важно придать больному правильное положение.

В норме в прямой проекции желудочковая система имеет вид бабочки (переднезадний снимок), летящей птицы (заднепередний снимок). В боковых проекциях контрастируются тени боковых и III желудочков, иногда водопровода мозга и IV желудочка. В зависимости от локализации и характера патологического процесса получаются различные картины. После ПЭГ назначается постельный режим на 5–6 дней. Возможны умеренные менингеальные явления и повышение температуры.

**Краниография** – рентгенографический метод исследования черепа и его содержимого без применения контрастных веществ. Различают прямые и косвенные рентгенологические патологические признаки. Прямые признаки связаны с процессом обызвествления или наличием инородных тел.

Косвенные признаки – вторичные изменения костей черепа в связи с развитием патологического процесса в мозге. Они подразделяются на общие и местные. К общим изменениям в костях относятся появление или усиление пальцевых вдавлений (образуются в результате наибольшего давления извилин мозга), порозность деталей турецкого седла, усиление сосудистого рисунка. Они вызываются внутричерепной гипертензией вследствие опухоли, абсцесса, гематомы, а также гипертензионно-гидроцефалического синдрома. Местные изменения возникают вследствие непосредственного локального давления на кость объемных образований (например, изменение турецкого седла при опухолях

---

гипофиза, расширение канала зрительного нерва, расширение внутреннего слухового прохода и деструкция пирамиды височной кости при невrome слухового нерва). Краниография дает ценные сведения при опухолях, травмах головы, аномалиях развития черепа.

**Компьютерная томография (КТ)** – метод рентгенодиагностики мозга, в котором используется послойная регистрация плотности мозговой ткани. Результат в виде томограммы проецируется на экран, где малое поглощение рентгеновского луча отражается черным цветом, а большое – белым. Рисунок может быть представлен в условной цветовой шкале. С экрана рисунок фотографируется. Полученные данные хранятся в электронном виде. Любой рисунок можно воспроизводить многократно целиком или частично с разным увеличением.

КТ позволяет определять малые различия в плотности ткани, не улавливаемые обычной рентгенографией, не наносит вреда пациенту. КТ с высокой точностью (до 80%) диагностирует опухоли, черепно-мозговые травмы, мозговые дегенерации и разнообразные интракраниальные нарушения. В ряде случаев она имеет преимущество перед другими методами диагностики органических поражений мозга. При определении малых опухолей на основании черепа возможности КТ ограничены.

**Магнитно-резонансная томография (МРТ)** – получение изображения органа, основанное на использовании электромагнитных свойств атомных элементов с нечетным числом электронов или протонов. По сравнению с КТ-изображениями, магнитно-резонансные значительно контрастнее, имеют более четкие различия белого и серого вещества, лучшую визуализацию базальных, стволовых и конвекситальных структур, гиппокампа, височной доли.

При психических заболеваниях на изображениях МРТ определяется мозговая атрофия, снижение плотности мозговой ткани. Мозговая атрофия проявляется увеличением размеров желудочковой системы (центральная или преимущественно подкорковая атрофия) и субарахноидальных пространств больших полушарий (преимущественно корковая атрофия).

Одним из методов МРТ является диффузная тензорная магнитно-резонансная томография. Она основана на измерении величины и направления диффузии молекул воды в веществе головного мозга. Метод позволяет воспроизвести трехмерную реконструкцию волокон белого вещества, а также обнаружить и оценить повреждение проводящих путей.

*Функциональная МРТ* позволяет исследовать деятельность коры головного мозга, осуществлять картирование функционально-специализированных зон (моторной, сенсомоторной коры, зон речи Брока и Вернике). В основе лежит определение уровня оксигенации – кровоснабжение отдельных участков мозга определяется локальной вариацией функциональной активности мозга.

### 13. КЛИНИЧЕСКИЕ ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Симптомы психических расстройств в основном представляют собой явления качественного порядка. Однако во многих случаях требуется дополнительная оценка количественных показателей, характеризующих состояние больного, таких как степень выраженности у него психических нарушений в настоящее время и в динамике, сравнительная оценка эффективности проводимой терапии и др. Либо необходимо получить дополнительные сведения о степени нарушения или сохранности основных психических функций больного и его личностной сферы.

Дополнительными методами диагностики психопатологии служат оценка состояния больного с использованием клинических оценочных шкал, а также проведение экспериментально-психологического обследования.

#### Клинические оценочные шкалы

Для оценки степени тяжести депрессии применяется *шкала Гамильтона для оценки депрессии* (HDRS или HAM-D – Hamilton Depression Rating Scale), *шкала Монтгомери-Асберг* (MADRS – Montgomery-Asberg Depression Rating Scale). Оценку симптомов депрессии по этим шкалам проводит врач согласно прилагаемой инструкции. Оценка депрессии с участием пациента (ответы пациента на серию предлагаемых ему вопросов) может проводиться по *шкале депрессий Бека* (DBI – Beck Depression Inventory), *шкале самооценки депрессии Цунга* (The Zung Self-Rating Depression Scale), а также *шкала самооценки депрессии*, разработанная в НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Для оценки степени выраженности мании можно использовать *шкалу мании Янга* (YMRS – Young Mania Rating Scale).

Оценку степени выраженности тревоги можно проводить с помощью *шкалы тревоги Гамильтона* (HARS или HAM-A – Hamilton Anxiety Scale). Самооценка уровня тревожности, как в данный момент (реактивная тревожность), так и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека) проводится по *шкале самооценки Спилбергера* (адаптированной Ю.Л. Ханиным).

Для оценки степени выраженности позитивной и негативной симптоматики при шизофрении используется *шкала PANSS* (Positive and Negative Syndrome Scale), содержащая три стандартизированных набора симптомов: 7 продуктивных (P), 7 негативных (N) и 16 общих симптомов (G). С этой же целью может применяться *шкала BPRS* (Brief Psychiatric Rating Scale), содержащая 18 клинических признаков.

Оценка экстрапирамидных расстройств (симптомов паркинсонизма, дистонии и дискинезии) проводится с помощью *шкалы экстрапирамидных симптомов* (ESRS – Extrapyramidal Symptom Rating Scale). Степень выраженности соматовегетативных побочных эффектов может оцениваться по *шкале SARS* (Simpson-Argus Rating Scale). Для оценки переносимости лекарств (при их кли-

нических испытаниях) может использоваться *шкала оценки побочного действия UKU (Udvalg for Kliniske Undersogelser Scale)*.

Общая степень выраженности психических нарушений у больного оценивается по *шкале общего клинического впечатления (CGI – Clinical Global Impression)*.

### **Экспериментально-психологические методики**

При исследовании **сенсомоторной сферы и внимания** наиболее важными показателями являются *концентрация, переключаемость* (их повышение или снижение) и *динамика* внимания (истощаемость или поздняя работываемость).

Применяются следующие методики:

*Корректирующая проба Бурдона* – выявляет нарушения концентрации и динамики внимания. Представляет собой нахождение и вычеркивание заданных букв или цифр из предъявленных рядов. Фиксируется объем проделанной работы и ее темп, наличие и количество ошибок (пропущенных и неправильно вычеркнутых знаков) и их распределение (количество ошибок не изменяется, либо постепенно возрастает, либо уменьшается).

*Тест Тулуз-Пьерона* первично направлен на изучение свойств внимания (концентрации, устойчивости, переключаемости) и психомоторного темпа, вторично оценивается точность и надежность переработки информации, волевою регуляцией, личностные характеристики работоспособности и динамику работоспособности.

*Счет по Крепелину* – также обнаруживает нарушения концентрации и динамики внимания. Испытуемому предлагают произвести операции сложения с предлагаемыми парами чисел. Регистрируется темп работы и количество ошибок.

*Отсчитывание* – позволяет оценить концентрацию внимания. Предлагается задание последовательно отнимать одно и то же число от исходного, например, число 7 от 100. Регистрируется темп вычисления, наличие и количество ошибок, их распределение и качество (ошибки в единицах или десятках).

*Отыскивание чисел по таблице Шульте*, представляющей собой квадратную таблицу, содержащую 25 ячеек (в одноцветном варианте) с цифрами от 1 до 25, расположенными в случайном порядке. Задача испытуемого состоит в нахождении цифр в порядке возрастания или убывания на время. С помощью таблиц Шульте выявляют нарушения концентрации и объема внимания.

Исследование **памяти** проводят с помощью следующих методик:

*Запоминание 10 слов*. Помогает оценить объем памяти (способность к запоминанию). Испытуемому устно предъявляют серию из 10 слов, которые он должен повторить. Серию предъявляют несколько раз. После этого просят повторить слова через 20 и 50 минут (оценка способности к удержанию и отсроченному воспроизведению). Фиксируется количество правильно воспроизведенных слов в каждой попытке и наличие воспроизведений не предъявлявшихся слов.

*Повторение цифр в прямом и обратном порядке.* Повторение вслед за экспериментатором ряда из трех, затем из четырех и т.д. до девяти цифр в прямом порядке, а затем до восьми цифр в обратном порядке. Фиксируется количество цифр, которое испытуемый способен запомнить и повторить. Результаты эксперимента позволяют оценить объем памяти испытуемого (прямое воспроизведение) и его способность к оперированию запомненным материалом (обратное воспроизведение).

*Пиктограмма.* Испытуемому дается задание запомнить ряд понятий с помощью рисования пиктограмм – рисунка на каждое понятие («веселый праздник», «вкусный ужин», «тяжелая работа», «дружба», «любовь» и др.). Методика пиктограмм направлена на исследование памяти, опосредованной образами (ассоциативной образной памяти). Помимо этого, она весьма информативна и для оценки особенностей мышления – воспроизведение испытуемым в пиктограмме основных, латентных либо конкретных признаков понятия-стимула.

*Воспроизведение рассказов.* Помогает исследовать смысловую (логическую) память. Испытуемому вслух читается короткий рассказ, который он должен повторить. Фиксируется количество воспроизведенных смысловых единиц рассказа, наличие или отсутствие пропущенных эпизодов и воспроизведений событий, не происходивших в рассказе.

Для исследования **операций мышления и интеллекта** используют следующие методики:

*Ассоциативный эксперимент* направлен на выявление нарушений содержательной стороны мышления. Испытуемому предъявляют слова-стимулы и дают задание называть первые ассоциации, которые появляются у него в ответ на эти слова. Анализируют количество и характер ассоциаций (по смыслу, по созвучию, по смежности, по аналогии и т.п.).

*Исключение.* Позволяет судить об уровне процессов обобщения и отвлечения (конкретно-образный или абстрактно-логический уровень), о способности обследуемого выделять существенные признаки предметов и явлений, объединяющие их в группу и исключаящие из группы некоторые из них. При словесном варианте методики обследование производится при помощи карточки, на которой написаны серии из пяти слов. При предметном варианте – при помощи набора карточек, каждая из которых содержит изображение четырех предметов. Одно из слов или один из предметов необходимо исключить из группы (например, «дряхлый, маленький, старый, изношенный, ветхий») и объяснить принцип исключения.

*Образование аналогий.* Различают образование простых аналогий (для обследования детей) и сложных аналогий (для обследования лиц со средним и высшим образованием). Для выполнения заданий по простым аналогиям испытуемому необходимо установить логические связи в отношении двух понятий друг к другу и подобрать тождественное по смыслу отношение из ряда данных (например, «школа – обучение; больница – доктор, ученик, учреждение, лечение, больная»).

*Классификация* применяется для исследования процессов обобщения и отвлечения, последовательности суждений. Для исследования необходим набор карточек с изображением различных предметов, растений, живых существ и т.д. Испытуемому предлагают объединить их в группы по общим признакам. Оценивается уровень классификации и обобщения признаков (конкретный, абстрактный уровень) и уровень существенности признаков (латентные, нормальные, второстепенные признаки).

*Обобщение понятий.* Испытуемому предлагают назвать изображения или разные предметы одним словом, обозначающим общее родовое понятие. Если он с этим не справляется, то предлагают обратное, например, назвать известные ему виды животных, деревьев, предметов одежды и т.п. Ошибки расценивают как недостаточность аналитико-синтетических процессов.

*Противоположные понятия.* Испытуемому называют понятия и просят назвать противоположные по смыслу. Оценивают, как и предыдущий тест.

*Сходство и различие понятий.* Испытуемому предлагают определить сходство и разницу между понятиями (например, между тарелкой и лодкой). Исследуются способности выделять существенные признаки предметов (общие и дифференциальные) и выражать их словесно.

*Понимание сюжетных картин.* Испытуемому предлагают рассмотреть репродукцию картины и рассказать, что на ней изображено. Суть задачи в том, чтобы исследуемый выделил существенные детали картины и определил ее основное содержание.

*Установление последовательности событий по картинкам.* Обследуемому предъявляют сюжетные картинки, на которых изображено последовательное развитие какого-то события, и объясняют ему, что если он разложит картинки в правильном порядке, то получится связный рассказ об этом событии. Затруднения в установлении развития сюжета по серии рисунков свидетельствуют о недостаточности уровня процессов обобщения и способности к выстраиванию логических связей между событиями.

*Осмысливание рассказов.* Результаты исследования свидетельствуют об осмыслении сюжета рассказа и о состоянии памяти обследуемого. Для исследования применяются специально подобранные короткие рассказы, чаще всего поучительного характера. Понимание скрытого, переносного смысла рассказа бывает затруднительно при интеллектуальной недостаточности.

*Понимание переносного смысла.* Испытуемому предлагают объяснить переносный смысл нескольких знакомых и незнакомых пословиц, а затем сопоставить пословицу с одной из предлагаемых фраз, объясняющих ее. При анализе результатов учитывают, что понимание переносного смысла незнакомой пословицы основано на абстрагировании от прямого смысла. Возможны следующие варианты: а). испытуемый объясняет переносный смысл правильно (хороший уровень абстрактного мышления); б). объясняет посредством конкретных жизненных примеров (компенсация нарушенных способностей к абстракции конкретно-образным мышлением); в). вовсе не может объяснить смысла пословицы, понимает ее буквально (нарушение и абстрактного, и конкретного мышления).

Описанные методики (особенно методики исключения и классификации) позволяют исследовать не только операциональные процессы мышления (обобщение, абстрагирование и др.), но и его мотивационную составляющую – целенаправленность, способность к критической оценке, устойчивость мотивационной линии (интенции) мышления. При нарушении мотивационной составляющей появляется разноплановность, нецеленаправленность, аморфность суждений. Клинически это наблюдается при структурных расстройствах мышления, например, при резонерском мышлении.

Многие описанные выше методик имеют варианты, адаптированные для детского возраста.

Для исследования **интеллекта** используются психометрические методики.

*Тест Векслера* и *тест Айзенка* позволяют вычислять *интеллектуальный показатель* или *коэффициент умственного развития* (IQ), характеризующий общий уровень интеллекта или степень его недостаточности. Показатель IQ 90 и более соответствует нормальному уровню интеллекта, менее 90 – пограничной умственной отсталости, менее 70 – дебильности, менее 50 – имбецильности, менее 30 – идиотии.

*Тест Векслера* – комплексная методика, состоящий из 11 субтестов, каждый из которых исследует те или иные стороны интеллекта. Для детей 6,5–16 лет применяется адаптированный вариант.

Субтесты	Предмет оценки	Пример
Вербальные		
1. Общая осведомленность	Запас общих знаний и сведений	Сколько дней в году?
2. Понятливость	Понимание смысла выражений, способность к суждению, степень социальной зрелости	Почему трудовое законодательство ограничивает рабочий день подростков?
3. Арифметический субтест	Способность оперировать числами, концентрация активного внимания	Ученик купил 6 тетрадей по 25 рублей. Сколько он истратил денег?
4. Установление сходства	Способность к классификации, абстрагированию	Стол и стул – оба...?
5. Повторение цифровых рядов	Кратковременная оперативная память, внимание	Повторить в прямом порядке: 3-8-6, 8-4-2-3 и т.д. до ряда из 9 цифр Повторить в обратном порядке: 2-5, 5-7-4 и т.д. до ряда из 8 цифр
6. Словарный субтест	Словарный запас (вербальный опыт)	Что такое завтрак? и т.п.

Невербальные		
7. Шифровка	Зрительно-моторная координация, переключаемость внимания	Подстановка к ряду цифр определенных (по образцу) символов
8. Недостающие детали	Способность к точному зрительному восприятию, нахождению отличий	Картинки с недостающими деталями
9. Кубики Коса	Сенсомоторная координация, синтез, пространственное воображение	Сложение фигур из цветных кубиков по образцу
10. Последовательные картинки	Способность к логическому мышлению, пониманию ситуации, прогнозированию событий	Составление рассказа из серии сюжетных картин
11. Составление фигур	Способность к синтезу и конструктивному праксису	Составление из отдельных фрагментов единого смыслового целого (человека, кисть руки и т.д.)

*Тест Айзенка* представляет собой ряд вопросов и задач, выявляющих как способности производить основные логические операции мышления, так и способности к нестандартным способам решения задач. Время проведения теста ограничивается 30 минутами. Применяется с 18 лет.

*Прогрессивные матрицы Равена* – предназначены для изучения логического мышления. Испытуемому предъявляются серии из 9 рисунков с фигурами или узорами, связанными определенной логической зависимостью. Одна из фигур или часть узора отсутствует. Внизу дается несколько вариантов отсутствующей части, из которых требуется выбрать правильный. Всего дается 60 таблиц, разделенных на 5 серий (в серии А необходимо установить взаимосвязь в структуре матриц, в серии В – найти аналогию между парами фигур, в серии С – установить характер прогрессивного усложнения фигур, в серии D – обнаружить принцип перегруппировки фигур, в серии Е – найти принцип разложения фигур на элементы). Время исследования ограничивается 40 минутами. Цветные прогрессивные матрицы используются для детей 4,5–9 лет, стандартные (черно-белые) – для детей 8–14 лет и взрослых.

*Шкала Бине-Симона* разработана для обследования детей в возрасте 3–11 лет и применяется для определения соответствия интеллектуального развития ребенка его возрасту. Она представляет собой 30 тестов-задач возрастающей трудности. Сложность задач сопоставлена с возрастом ребенка – чем он старше, тем больше задач он должен решить.

Кроме того, для исследования интеллекта у детей в возрасте 4–6 лет целесообразно пользоваться следующей примерной схемой:

1. Знание своего возраста, текущей даты, своего адреса, имени воспитателя.
2. Знание право – лево («Покажи левый глаз!» «Где у тебя левая рука?»).
3. Знание времен года, месяцев («Сколько?» «Перечисли!» «Какие месяцы летом?»).

4. Знание частей тела, их назначения.
5. Знание цвета, формы, величины (кубики, шарики, карандаши, одежда).
6. Знание (перечисление): мебели, домашних животных, городов, писателей.
7. Знание обобщающих слов: овощи, фрукты, обувь, инструменты, хищники и др.
8. Знание из чего делают хлеб, масло, платье, ботинки.
9. Нахождение существенных признаков для выявления сходства и различия: девочка – кукла, собака – волк, солдат – партизан и др.
10. Исключения лишнего: «стол, стул, окно, шкаф» или: «молоток, гвоздь, топор, пила».
11. Понимание смысла образных выражений и поговорок, «морали» басен: «золотая голова», «каменное сердце» и др.
12. Развитие навыка чтения (по буквам, по слогам, бегло, без ошибок).
13. Развитие навыка письма (буквы, слова, текст, без ошибок).
14. Развитие навыка счета (до 5, 10, 20, на пальцах, в уме, сложение и вычитание в пределах 10, переход через десяток).
15. Умение решать задачи в одно или два действия.

*Тест «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда* включает четыре субтеста. Три из них составлены на невербальном стимульном материале (рисунки, изображающие определенные ситуации, экспрессивные движения, отражающие состояние человека и истории с дополнением), один – на вербальном (фразы и возможные ситуации общения). Позволяет исследовать социальный интеллект, то есть способность понимать и прогнозировать поведение людей в разных жизненных ситуациях, распознавать намерения, чувства и эмоциональные состояния человека по невербальной и вербальной экспрессии. Субтесты диагностируют четыре способности в структуре социального интеллекта: познание классов, систем, преобразований и результатов поведения. Тест применяется для взрослых.

Для исследования **личности** применяются личностные опросники.

*Миннесотский многомерный личностный опросник* (MMPI – The Minnesota Multiphasic Personality Inventory) – состоит из 566 вопросов, на каждый из которых испытуемый должен ответить положительно или отрицательно (имеется также более короткий вариант опросника, состоящий из 377 вопросов). Результаты формируют несколько шкал, по которым и оцениваются индивидуально-психологические особенности данной личности (шкалы депрессии, ипохондрии, истерии, психопатии, социальной интроверсии и др.), а также эмоциональное состояние на момент обследования, социальные установки, поведение, адаптация, сферы значимых отношений и отношение испытуемого к обследованию. Применяется с 18 лет.

*Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО)* – разработан А.Е. Личко совместно с Н.Я. Ивановым для определения типов характера в рамках конституциональных и органических расстройств

личности, патологических развитий личности и акцентуаций характера у подростков в возрасте 14–18 лет. Представляет собой наборы фраз, отражающих отношение представителей разных типов расстройств личности и акцентуаций характера к ряду жизненных проблем, актуальных для подросткового возраста (самочувствие, отношение к близким и окружению, к будущему, новому, критике, правилам и т.д.). Предлагается выбрать от 1 до 3 ответов (из списка в 10–20 фраз) по каждой проблеме.

*Личностный опросник Айзенка* – состоит из 57 вопросов, отражающих двухфакторную модель личностных черт человека Г. Айзенка. Согласно этой модели, всю совокупность черт личности можно представить посредством фактора *экстраверсии/интроверсии* (преимущественная ориентация субъекта на мир внешних объектов или на внутренний субъективный мир) и фактора *нейротизма* (характеристика эмоциональной устойчивости субъекта, степени тревожности, уровня самоуважения и возможных вегетативных расстройств). Для подростков 10–15 лет применяется адаптированный вариант.

*16-факторный личностный опросник Кэттелла*. Предназначен для оценки основных личностных черт по 16 факторам (таким как «слабость Я – сила Я, конформность – доминантность, шизотимия – аффектотимия и др.). Детский вариант используется для возраста 8–12 лет, подростковый – 12–16 лет.

*Тест Леонгарда-Шмишека* – применяется для диагностики типа акцентуации характера. Детский вариант применяется для детей с возраста 11–12 лет.

Для исследования **личности** также используются проективные методы. Они позволяют вербализовать переживания, скрытые от непосредственного наблюдения, но актуальные для личности в данный момент – актуальное эмоциональное состояние, эмоциональное отношение к окружающим, наличие беспокойства, тревоги, уровень агрессии, степень удовлетворенности собой и др.

*Тест Роршаха* (пятна Роршаха) – набор абстрактных чернильных пятен с симметричным аморфным изображением, черно-белым и цветным. Оцениваются проективные ответы – с чем у испытуемого ассоциируются данные пятна. Применяется для детей начиная с дошкольного возраста и взрослых.

*Тематический апперцептивный тест* (ТАТ) – представляет собой 19 карточек, позволяющих исследовать как социальную сферу личности (отношения в семье, с друзьями, к труду и т.п.), так и переживания, характерные для расстройств психотического уровня (бредовая настроенность, суицидные тенденции, тревога, возможность агрессивного поведения). Существуют варианты теста для детей 3–10 лет и 8–14 лет.

*Тест Сонди*. Испытуемому предлагается выбрать наиболее и наименее симпатичные портреты мужчин и женщин. Каждый портрет в заостренном виде отражает проявление одного из восьми основных базисных влечений человека и выявляет ту или иную проблему или патологию обследуемого. Применяется для детей старше 10 лет и взрослых.

*Тест рисуночной фрустрации Розенцвейга*. Испытуемому последовательно предъявляются 24 рисунка – лица, находящиеся во фрустрационных ситуациях. На рисунке также дана реплика одного из персонажей (например: «Это ужасно!

Вы разбили мою любимую вазу моей матери!)). Испытуемому требуется написать ответ. Тест помогает оценить направленность личностных реакций испытуемого (обвиняет себя, окружающих либо внешние случайные обстоятельства) и тип этих реакций (фиксируется на препятствии, самозащите или решении проблемы). Для детей 4–13 лет используется детский вариант. Для подростков 12–15 лет использовать как детский, так и взрослый варианты.

*Тест «Дом, дерево, человек».* Испытуемому предлагают нарисовать в произвольной форме дом, дерево и человека. Характер изображения этих предметов и их частей представляет собой проекцию актуального эмоционального состояния испытуемого и его социальных отношений. Применяется для детей с 3–4 лет и взрослых.

*Тест «Несуществующее животное»* – испытуемому предлагают нарисовать несуществующее животное, после чего задают ряд специальных проективных вопросов, направленных на выявление его актуального состояния («Как зовут? Чем питается? Хватает ли еды? Живет один или с себе подобными? Есть ли враги? Как от них защищается?») и т.д.). Применяется для детей с 5–6 лет и взрослых.

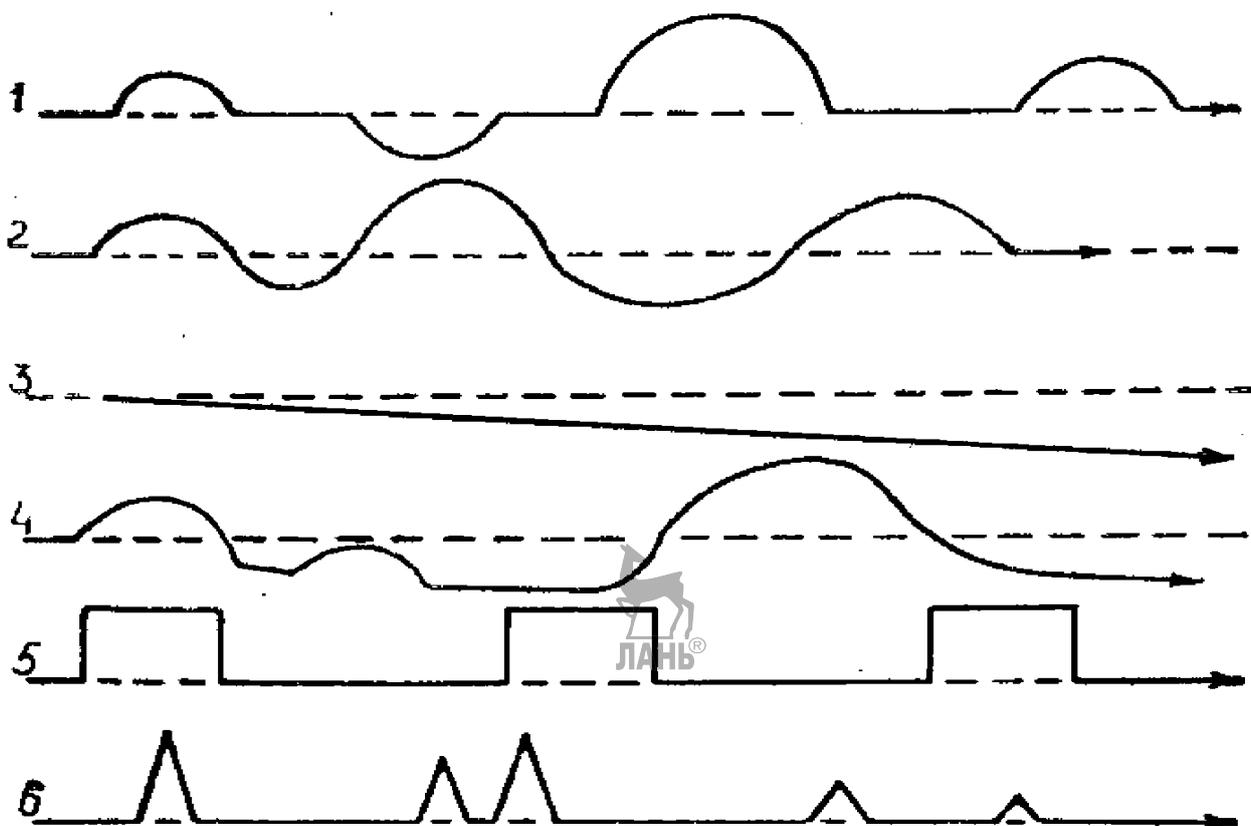
*Тест «Человек под дождем»* – испытуемому предлагается последовательно нарисовать человека, а затем (на другом листе) человека под дождем. Тест позволяет исследовать личностные резервы и особенности защитных механизмов, способность преодолевать неблагоприятные ситуации, адаптационные возможности. Применяется для детей с 9–12 лет и взрослых.

*Тест цветового предпочтения Люшера.* Испытуемому предлагается набор из 8 карточек определенных цветов. Требуется выбрать самый приятный цвет. Выбранный цвет удаляется из набора, после чего эксперимент повторяется с оставшимися карточками и т.д. Тест Люшера позволяет исследовать нервно-психическую устойчивость и актуальное эмоциональное состояние испытуемого – выявить тревожность, беспокойство, снижение настроения, раздражение, суицидные тенденции, отгороженность. Кроме того, тест позволяет косвенно предположить у испытуемого наличие акцентуированных черт личности. Применяется для детей с 5–7 лет и взрослых.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Введение

Типы течения психических заболеваний.



1. Циркулярный (фазный) тип.
2. Альтернирующий тип.
3. Непрерывно-прогрессирующий тип.
4. Ремитирующий тип.
5. Периодический тип.
6. Пароксизмальный тип.

### 1. Организационные основы психиатрии

1.1. Группы динамического наблюдения.

Д1	Лица, недавно выписанные из психиатрической больницы. Осматриваются 1 раз в 3 дня
Д2	Лица, находящиеся на активном лечении. Осматриваются 1 раз в 2 недели
Д3	Лица в нестойкой ремиссии. Осматриваются 1 раз в 1 месяц
Д4	Лица в стойкой ремиссии. Осматриваются 1 раз в 3 месяца
Д5	Лица с длительно не изменяющимся состоянием (умственная отсталость, деменция). Осматриваются 1 раз в 6 месяцев
Д6	Лица с пограничным уровнем нарушений. Осматриваются 1 раз в год
Д7	Лица, которые в данный момент госпитализированы

## 2. Нарушения ощущений



### 2.1. Разновидности ощущений.

Модальность	Зрительные, слуховые, тактильные, вкусовые, обонятельные, температурные, висцеральные, болевые.
Функциональность	Интероцептивные – информация о состоянии внутренних процессов организма (чувство усталости, голода, комфорта и т.п.).
	Экстероцептивные – информация о свойствах предметов и явлений внешней среды.
	Проприоцептивные – кинестетические и статические – информация о положении тела и его перемещении в пространстве.
Осознанность	Эпикритические – доступные для анализа и интерпретации, непосредственно связанные с процессами мышления, памяти, внимания. Опыт их переживания закреплен в языке в виде понятных всем носителям языка слов («тепло», «боль» и т.п.). Филогенетически связаны с корой больших полушарий.
	Протопатические – малодифференцированные, не имеют четкой локализации. Филогенетически более древние, связаны с подкорковыми структурами. Тесно связаны с витальными и эмоциональными переживаниями. В норме не осознаются, но формируют общее чувство собственного существования, ощущение «витальной нормы». В языке почти нет понятий для их описания.

## 3. Нарушения восприятия

### 3.1. Основные клинические варианты агнозий.

Зрительная	Агнозия объектов	Неузнавание предметов по их внешнему виду
	Симультанная	Агнозия действий – больной узнает отдельные объекты, но не узнает группу объектов как единое целое или не понимает происходящего действия
	Пространственная	Неспособность ориентироваться в пространстве, определять расположение предметов и расстояние между ними
	Литеральная	Неузнавание букв
	Алексия	Невозможность читать текст
	Оптическая амузия	Неузнавание нот
	Прозопагнозия (агнозия на лица)	Неузнавание знакомых лиц на фотографии или при непосредственном общении
	Асхематизм	Пациент узнает сами предметы, но не опознает их по рисункам, схемам
Слуховая	Словесная глухота	Неузнавание слов на слух. Пациент слышит слова, но не понимает их (проявление сенсорной афазии)
	Сенсорная амузия	Неузнавание мелодий
Обонятельная		Неузнавание предметов или веществ по их запаху
Тактильная	Аутоагнозия	Неузнавание частей собственного тела
	Соматоагнозия	Нарушение восприятия целостного образа своего тела
	Болевая агнозия	Нарушение восприятия болевых раздражений
	Астереоагнозия	Неузнавание предметов на ощупь.

### 3.2. Основные клинические варианты метаморфопсии.

Основные варианты метаморфопсии	Клиническая характеристика
Макропсия	Предметы кажутся увеличенными в размерах
Микропсия	Предметы видятся уменьшенными
Дисмегалопсия	Перекрученность, скошенность, нарушение пропорций предметов
Полиопсия	Видение нескольких одинаковых предметов вместо одного
Порропсия	Изменение расстояния до предметов (их приближенность, отдаленность)
Микротелеопсия	Уменьшенный размер в сочетании с отдаленностью предметов
Эритропсия	Предметы кажутся окрашенными в красные тона (возможны искажения в отношении других цветов)

### 3.3. Дифференциально-диагностические критерии разграничения истинных и ложных галлюцинаций.

Критерии	Истинные галлюцинации	Псевдогаллюцинации
Реальность	Реальные, неотличимые от остальных образов, вписаны в окружающую обстановку.	Особые явления, отличаются от остальных образов, не вписываются в окружающую обстановку.
Сенсорная реальность	Соответствуют физическим возможностям органов чувств. Образы яркие, «чувственные».	Превышают возможности органов чувств (слышит «голос с другой планеты», видит людей, находящихся в другом городе). Имеют необычный характер («беззвучный голос», либо, наоборот, необычно четкое видение, в крайне ярких, «неземных волшебных красках»).
Проекция	Экстрапроекция. Образы появляются в окружающем пространстве.	Интрапроекция. Образы возникают во внутреннем психическом или телесном пространстве («голос» внутри головы; картинка «в сознании», видит ее «мозгом»)
Чувство сделанности образов	Нет. Образы воспринимаются как существующие сами по себе, без участия посторонней воли.	Есть. Образы появляются в результате постороннего влияния («наводят голоса» с помощью специальных аппаратов, «прокручивают в голове магнитофонную запись», «показывают картинки», «подпускают в нос запахи»).
Критика	Отсутствует. Больной убежден в реальности образов.	Отсутствует. Пациент воспринимает образы как реально существующие. Может говорить об их необычном характере. В ряде случаев воспринимает их как «сделанные» искусственно и специально для него
Насильственность	Нет. Можно защититься от образов (закрыв глаза, заткнув уши).	Есть. От образов невозможно избавиться.

### 3.4. Клинические приемы выявления галлюцинаций при алкогольном делирии.

Симптом Липмана	Появление зрительных галлюцинаций при надавливании на закрытые глаза
Проба Бехтерева	Появление зрительных обманов, внушаемых при легком надавливании на опущенные веки пациента
Симптом Ашаффенбурга	Пациент разговаривает по выключенному телефону
Симптом Рейхардта	Больной «читает» мнимый текст на чистом листе бумаги
Проба Осипова	Ощущение в кулаке мнимого предмета, который врач якобы вложил туда

## 4. Нарушения мышления

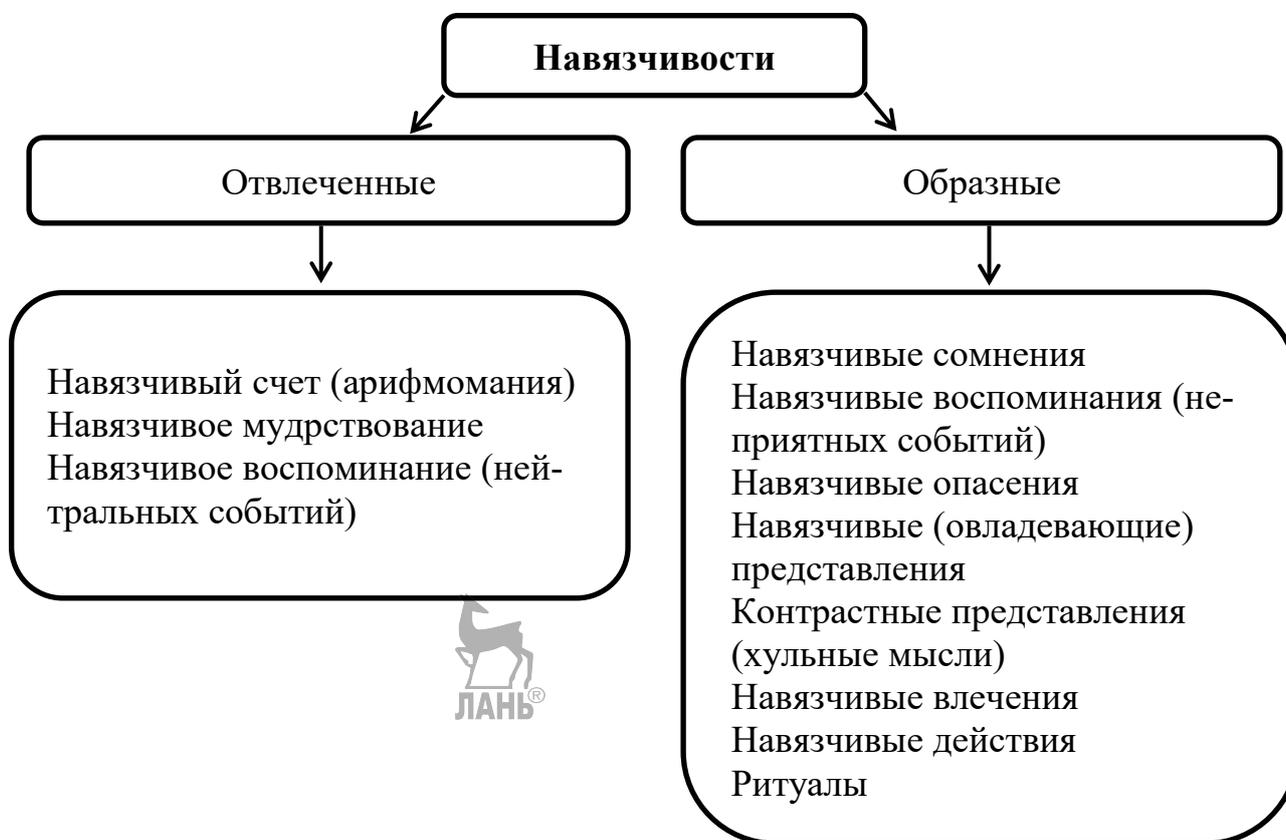
### 4.1. Свойства мышления



#### 4.2. Логические операции мышления.

Анализ	Мысленное разделение предмета на составляющие элементы, свойства, признаки
Синтез	Формирование целостного знания о предмете на основе его свойств и признаков
Сравнение	Сопоставление объектов по их свойствам и признакам, в результате чего устанавливается их сходство или различие
Обобщение	Выявление свойств и признаков, общих для ряда предметов, на основе которых возможно их группирование, классификация
Абстрагирование	Выделение нескольких признаков, существенных для данного анализа, с отвлечением от остальных признаков
Конкретизация	Выделение частных свойств и признаков предмета на основе знания присущих ему общих закономерностей

#### 4.3. Разновидности навязчивых явлений.



#### 4.4. Разновидности сверхценных идей по содержанию.

- Идеи с переоценкой своих возможностей.
- Идеи ущемления своих прав (сутяжные, кверулянтские).
- Идеи ревности.
- Идеи вероисповедания.
- Идеи нового мировоззрения, новых философских взглядов.
- Ипохондрические идеи.
- Дисморфоманические идеи.

#### 4.5. Классификация бреда по содержанию (Griesinger W., 1867).

<b>Бред преследования</b> (персекуторный бред)	<b>Бред величия</b>	<b>Депрессивный бред</b>
Первичный смысловой компонент – «внешняя угроза»		Первичный смысловой компонент – «внутренняя угроза»
Преследования Отношения Особого значения Воздействия Отравления Одержимости, дерматозной Ревности Ущерба Инсценировки	Величия Могущества Богатства Высокого происхождения Реформаторства Изобретательства Мессианский Манихейский Эротоманический	Самоуничжения Самообвинения (виновности) Ипохондрический Греховности Обнищания Дисморфоманический Бред Котара (нигилистический бред, бред отрицания)

#### 4.6. Клинические разновидности психических автоматизмов.

Идеаторный	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Насильственные наплывы мыслей (ментизм)</li> <li>• Звучание собственных мыслей</li> <li>• Открытость собственных мыслей окружающим</li> <li>• Чужие, «сделанные» мысли и эмоции</li> <li>• Отнятие собственных мыслей, насильственный обрыв мыслей (шперрунг), отчуждение эмоций</li> <li>• Насильственное разматывание воспоминаний</li> <li>• «Сделанные» сновидения</li> </ul>
Сенсорный	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тягостные телесные ощущения, сопровождающиеся чувством «сделанности», воздействия</li> </ul>
Моторный	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Насильственно вызванные движения, действия</li> <li>• Речедвигательные галлюцинации Сегла – насильственные импульсы к говорению, беззвучные движения губ и языка либо неконтролируемое произнесение слов и фраз вслух</li> </ul>

### 5. Нарушения эмоциональной сферы

#### 5.1. Основные разновидности эмоций по их содержанию.

Тоска	Переживание потери, отсутствие чего-либо хорошего в перспективе. Тоска протопатического (витального) уровня сопровождается ощущением тяжести и душевной боли
Тревога	Чувство надвигающегося несчастья
Страх	Переживание непосредственной угрозы для жизни и благополучия
Вина	Переживание личной ответственности с осуждением самого себя
Раскаяние	Проявление чувства вины, самообличение
Разочарование	Внутренняя опустошенность в сочетании с подавленностью, связанная с крушением идеалов, надежд

Скука	Переживание отсутствия интересов, пустоты жизни
Обида	Недовольство со стремлением обвинить другого
Возмущение	Негодование в ответ на оскорбление
Гнев	Бурное проявление недовольства
Радость	Предчувствие или ожидание успеха, удовольствия
Удовольствие	Чувство приятного от сделанного, от удовлетворения потребности

## 6. Нарушения волевой сферы

### 6.1. Этапы волевого акта.

- Актуализация побуждения (потребности)
- Формирование мотива (осознание цели)
- Обсуждение и борьба мотивов и выбор одного из них
- Принятие решения о действии (постановка конкретной задачи, составление плана действия)
- Исполнение принятого решения



## 8. Нарушения внимания

### 8.1. Основные свойства внимания.

- Сосредоточенность (концентрация) – способность концентрироваться на каком-либо одном стимуле, игнорируя остальные стимулы.
- Объем – количество единиц информации, которые могут одновременно удерживаться вниманием. В норме у взрослых объем внимания составляет 7 (от 5 до 9) единиц.
- Устойчивость – способность внимания длительно удерживаться на одном и том же, актуальном для субъекта стимуле.
- Переключаемость – способность внимания переключаться на другие, более актуальные для субъекта стимулы.



## 11. Нарушения сознания

### 11.1. Синдромы нарушения сознания.

Обеднение сознания	Помрачение сознания
Оглушение: – Легкая степень (обнубиляция) – Средняя степень (сомноленция) – Глубокая степень (сопор, кома)	Делирий
	Онейроид
	Сумеречное состояние
	Спутанность сознания: – аментивная – астеническая

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

### 1. Организационные вопросы психиатрии.

1. Разновидности психиатрической помощи в РФ.
2. Правовые основы оказания психиатрической помощи в РФ.
3. Показания к экстренной госпитализации в психиатрический стационар.
4. Принципы работы с отказом психиатрического пациента от еды.
5. Купирование психомоторного возбуждения у психически больных.

### 2. Нарушения ощущений.

1. Нарушения интенсивности ощущений, их нозологическая принадлежность.
2. Основные клинические различия парестезий и сенестопатий.
3. Клиническая картина синестезий.

### 3. Нарушения восприятия.

1. Клинические варианты агнозий.
2. Психосенсорные и оптико-вестибулярные расстройства.
3. Синдром деперсонализации-дереализации, его клинические формы.
4. Основные различия иллюзорных и галлюцинаторных обманов.
5. Разновидности галлюцинаций по их содержанию.
6. Дифференциальные признаки истинных и псевдогаллюцинаций.

### 4. Нарушения мышления.

1. Обстоятельное мышление, его нозологическая принадлежность.
2. Ускоренное, разорванное и бессвязное мышление, их клинические отличия.
3. Клиническая картина аутистического мышления.
4. Основные различия навязчивых, сверхценных и бредовых идей.
5. Классификация бреда по его содержанию.
6. Основные синдромы бреда.

### 5. Нарушения эмоциональной сферы.

1. Патологический аффект, его отличия от физиологического.
2. Апатия и эмоциональная тупость, их нозологическая принадлежность.
3. Неадекватность и амбивалентность эмоций при шизофрении.
4. Основные клинические различия эйфории, мории и экстаза.
5. Дисфория, ее клиническая картина и нозологическая принадлежность.
6. Депрессивная и маниакальная триада симптомов.
7. Скрытые депрессии, их дифференцировка с соматическими заболеваниями.

### 6. Нарушения волевой сферы.

1. Гипобулия и абулия. Апатоабулический синдром.
2. Клинические проявления кататонического ступора и возбуждения.
3. Основные проявления гебефренического синдрома.

### 7. Нарушения влечений.

1. Клинические варианты импульсивных влечений.
2. Нарушения пищевого влечения. Синдром нервной анорексии.
3. Клинические разновидности нарушений основных влечений.

## 8. Нарушения внимания.

1. Повышенная истощаемость, повышенная отвлекаемость и сужение объема внимания при астенических состояниях и органических заболеваниях.
2. Повышенная отвлекаемость внимания.
3. Различия чрезмерной концентрации и тугоподвижности внимания.
4. Клиническая характеристика апрозексии.

## 9. Нарушения памяти.

1. Амнезия, ее клинические разновидности.
2. Различия конфабуляций, псевдореминисценций и криптомнезий.
3. Прогрессирующая гипомнезия и амнестический синдром. Закон Рибо.
4. Основные клинические признаки корсаковского синдрома.
5. Психоорганический синдром, его основные клинические признаки.

## 10. Нарушения интеллекта.

1. Задержки психического развития, причины, медико-педагогическая коррекция.
2. Причины умственной отсталости. Степени недоразвития интеллекта при умственной отсталости.
3. Классификация умственной отсталости С.С. Мнухина - Д.Н. Исаева.
4. Деменция, ее клинические варианты.
5. Основные различия умственной отсталости и деменции.

## 11. Нарушения сознания.

1. Общие клинические признаки нарушений сознания.
2. Оглушение, его стадии.
3. Делириозный синдром, клиническая картина тяжелых форм делирия.
4. Онейроидный синдром, его клиническая характеристика.
5. Сумеречное помрачение сознания. Амбулаторные автоматизмы.
6. Сходства и различия аментивной и астенической спутанности сознания.

## 12. Функциональные методы исследования в психиатрии.

1. Энцефалография – принцип метода, показания, характеристика результатов.
2. Реоэнцефалография, применение в психиатрии.
3. Эхо-энцефалография. Применение в психиатрии.
4. Пневмоэнцефалография, краниография, применение в психиатрии.
5. Компьютерная томография, применение в психиатрии.
6. Магнитно-резонансная томография, применение в психиатрии.

## 13. Клинические оценочные шкалы, экспериментально-психологическое обследование в психиатрии.

1. Клинические оценочные шкалы, задачи и границы применения.
2. Экспериментально-психологическое исследование отдельных психических функций (внимания, памяти, мышления).
3. Экспериментально-психологическое исследование интеллекта.
4. Экспериментально-психологическое исследование личности.

---

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПСИХИАТРИИ .....	5
2. НАРУШЕНИЯ ОЩУЩЕНИЙ .....	9
3. НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ .....	11
4. НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ .....	16
5. НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ.....	25
6. НАРУШЕНИЯ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ (ПРОИЗВОЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ) .....	31
7. НАРУШЕНИЯ ВЛЕЧЕНИЙ.....	35
8. НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ®.....	38
9. НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ.....	39
10. НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА.....	43
11. НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ .....	46
12. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ..	51
13. КЛИНИЧЕСКИЕ ОЦЕНОЧНЫЕ ШКАЛЫ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.....	58
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ .....	74



---

## Литература

1. Чутко Л.С., Пальчик А.Б., Кропотов Ю.Д. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков. СПб., Российская медицинская академия последипломного образования министерства здравоохранения Российской Федерации; 2004: 112.
2. Психопатология детского возраста. СПб., СпецЛит; 2001: 463.
3. Гузева В.И. и соавторы. Детская неврология. Клинические рекомендации. М.: МК. 2014; 1(1): 328.
4. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. СПб., Речь; 2004: 384.



---

Учебное издание

**Гречаный** Северин Вячеславович, **Ильичев** Алексей Борисович,  
**Поздняк** Вера Владимировна, **Кощавцев** Андрей Гелиевич,  
**Шишков** Валерий Витальевич, **Хуторянская** Юлия Валерьевна

### **Общая психопатология**

*Учебное пособие*

Подписано в печать 28.01.2020 г. Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная.  
Гарнитура Таймс. Объем 4,75 печ. л. Тираж 200 экз. Заказ № 6.

Отпечатано в ЦМТ СПбГПМУ

ISBN 978-5-907184-90-9

---