

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

О.В. Шилова, Хмара Н.В.

Общая психопатология

Учебно-методическое пособие
для практических занятий по психиатрии и наркологии
для студентов 4 курса лечебного факультета

Гомель
ГомГМУ
2013г

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

О.В. Шилова, Хмара Н.В.,

Общая психопатология

Учебно-методическое пособие
для практических занятий по психиатрии и наркологии
для студентов 4 курса лечебного факультета

Гомель
ГомГМУ
2013г

УДК 616.89(072)(076.5)

ББК 56.14я73

Ш 59

Рецензенты:

Скугаревский О.О. Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», д.м.н., профессор

Карпюк В.А. Заведующая кафедрой психиатрии и наркологии УО «Гродненский государственный медицинский университет», к.м.н., доцент

Шилова О.В.

Ш 59 Общая психопатология. Учебно-методическое пособие для практических занятий по психиатрии и наркологии для студентов 4 курса лечебного факультета / О.В. Шилова, Хмара Н.В. – Гомель: ГомГМУ, 20143 – 89с.

ISBN

Цель пособия – обобщить и систематизировать теоретические знания по диагностике психических расстройств и психопатологии

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет»
« » 2013г., протокол №

УДК 616.89(072)(076.5)

ББК 56.14я73

ISBN

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2013

Введение

Психиатрия – наука о диагностике и лечении психических и поведенческих расстройств, одна из базисных клинических дисциплин, входящих в структуру высшей медицинской школы. Она способствует формированию целостных представлений о функционировании человека как био-психо-социального явления.

С другой стороны, это дисциплина, связанная системой представлений с философией, психологией, теософией. В силу особенностей социального сознания и развития антипсихиатрии она окружена целой системой предрассудков и страхов. Связаны они с представлениями о пациентах, страдающих психическими расстройствами, как о неуправляемых, агрессивных, а о психиатрах – как о карающих и ограничивающих в правах.

Психические расстройства – распространенная патология, и как самостоятельная медицинская проблем, и как коморбидная соматическим расстройствам. Целью преподавания психиатрии и наркологии является обеспечение студентов базовыми знаниями по диагностике и лечению психических расстройств, необходимым в практической деятельности врача непсихиатрической специальности. Важным также представляется знание законодательной базы для грамотного сотрудничества с коллегами психиатрами-наркологами.

Тема №1 Организация психиатрической и наркологической помощи. Закон об оказании психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании. Виды экспертиз.

Психиатрическая помощь включает в себя стационарную и внебольничную - диспансерную помощь с промежуточными и реабилитационными звеньями (дневные стационары, лечебно-трудовые мастерские). Наркологическая помощь больным была выделена в отдельную службу.

В основу положен участковый, территориальный принцип обслуживания населения, призванный обеспечить преемственность психиатрической помощи за счет тесной функциональной связи психиатрических учреждений разных ступеней. Основными звеньями психиатрической помощи являются психиатрическая больница и психоневрологический диспансер, как правило, прикрепленный к диспансеру по территориальному признаку. Они оказывают психиатрическую помощь населению, проживающему в определенном районе. При этом больница обслуживает больных нескольких диспансеров.

Основными функциями учреждений, оказывающим психиатрическую помощь, являются: оказание неотложной психиатрической помощи, осуществление консультативно-диагностической, лечебной, психопрофилактической, социально-психологической, реабилитационной помощи во внебольничных и стационарных условиях, оказание социально-бытовой помощи и содействие в трудоустройстве лицам, страдающим психическими расстройствами; участие в решении вопросов опеки указанных лиц; осуществление социально-бытового устройства инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами;

Амбулаторная помощь. Внебольничная ступень включает психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения больниц, психиатрические и психотерапевтические кабинеты при поликлиниках, а также лечебно-производственные, трудовые мастерские. В сельской местности для оказания психиатрической помощи населению создаются психиатрические кабинеты при районных больницах. Диспансерная форма помощи взрослым пациентам, построенная по территориальному принципу, по-прежнему является основой амбулаторной помощи больным с психическими расстройствами. Деятельность диспансеров построена по участково-территориальному принципу (участковый психиатр и его

помощники оказывают психиатрическую помощь жителям определенной территории - участка). Основной контингент пациентов ПНД делится на две группы: пациенты, состоящие на диспансерном учете и находящиеся под диспансерным наблюдением, и пациенты, получающие лечебно-консультативную помощь. Диспансерное наблюдение устанавливается в отношении пациентов, страдающих психическим расстройством, в случаях хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Врач должен ежемесячно осматривать пациента, находящегося на диспансерном учете, приглашая его на прием. В случае, если пациент отказывается от визита, его должны навещать на дому сам врач или участковая медсестра.

Отличие диспансерных и консультативных групп учета заключается в том, что принадлежность к первой группе может стать причиной некоторых ограничений для больного (разрешение владеть оружием, получать водительские права и некоторые другие). Права пациентов консультативной группы ничем не ограничены, несмотря на наличие амбулаторной карты и получаемую терапию. Однако опасение стигматизации ограничивает обращаемость за психиатрической помощью большого процента нуждающихся в ней, особенно больных с невротическими расстройствами.

Стационарная помощь оказывается в психиатрических больницах. В структуру психиатрической больницы входят:

- приемное отделение,
- общие психиатрические отделения (закрытые, мужские и женские), сформированные по территориальному принципу,
- специализированные отделения (для первичных пациентов, гериатрические, детские, туберкулезные, инфекционные и др.).
- открытые отделения, к ним относят психосоматические отделения (невроз) и дневные стационары. Их условия ничем не отличаются их внепсихиатрических аналогов.

-Для более полного и всестороннего обслуживания и лечения больных в психиатрической больнице создаются диагностические лаборатории (биохимическая, отделения функциональной диагностики и электроэнцефалографии, физиотерапевтическое, рентгенологическое отделения и др.).

-Оказывается постоянная высококвалифицированная консультативная помощь специалистов в области соматической патологии (терапевт, невролог, офтальмолог, гинеколог, работает зубоучастковый кабинет и др.).

-Работают медицинские психологи, юристы и социальные работники.

В общих психиатрических отделениях могут находиться пациенты, у которых характер и степень выраженности психических расстройств существенно различается. Ввиду возможности неожиданных поступков больных, в том числе агрессии по отношению к окружающим, суицидальных намерений, ухода из отделения и др., необходимо строго соблюдать режим общепсихиатрического отделения. Уже при поступлении в приемном отделении должны быть осмотрены вещи пациента, для того, чтобы исключить пронос в лечебное отделение острых колющих и режущих предметов, токсических веществ, веревок, которые могут стать источником ранения других или причинить вред самому пациенту, использоваться для суицидальных целей. Чаще он полностью переодевается в больничную одежду. Принадлежащие пациенту ценные вещи с описью сдаются в камеру хранения. Врач в приемном покое осматривает тело пациента, описывает все имеющиеся повреждения. Двери приемного и общепсихиатрических отделений всегда должны быть закрыты на замок. Дежурный персонал не имеет права на сон в течение дежурства. Особо тщательное наблюдение осуществляется за пациентами с психомоторным возбуждением, агрессией, отказом от еды, склонностью к суициду, беспомощных вследствие расстройств памяти. Если другими мерами невозможно обеспечить безопасность пациента и персонала, он может быть фиксирован на некоторый промежуток времени специальными хлопчатобумажными ремнями к кровати по решению врача-психиатра, о чем делается запись в истории болезни.

Особое значение придается приему лекарств: больной должен принять лекарство на глазах у медперсонала, иногда приходится проверять рот, так как больные прячут, а затем выплевывают таблетки.

В настоящее время работа психиатрической службы осуществляется в соответствии с законом РБ «Об оказании психиатрической помощи» №349-3 от 07.01.2012г.

1. Стационарная помощь, показания к госпитализации, ее виды. Показания к принудительной госпитализации и лечению.

Стационарная помощь в РБ носит децентрализованный характер (в областных центрах – психиатрические больницы, в отдельных районах отделения при соматических больницах). Каждая больница обслуживает население определенной территории (бригадно-территориальный метод обслуживания) и поддерживает тесный контакт с психоневрологическим диспансером (принцип преемственности).

Госпитализация может быть плановой, неотложной, либо принудительной. Направление больных в стационар осуществляется, если больной нуждается в круглосуточном наблюдении и интенсивном лечении. Важным условием для госпитализации больного является его согласие на госпитализацию. Несовершенному пациенту до 14 лет госпитализация осуществляется с согласия обоих родителей или опекунов. Если гражданин признан недееспособным с согласия законного опекуна. Согласие оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом или его законным(и) представителем и врачом-специалистом (ст. 17).

При отказе пациента или его законного представителя от подписи врач-специалист вносит соответствующую запись в медицинские документы, которая удостоверяется другим медицинским работником этой же организации здравоохранения (ст. 18) и пациент госпитализируется, только при наличии показаний к принудительной госпитализации, во всех остальных случаях госпитализация не производится. В случае если один из родителей против, либо, если отсутствует законный представитель несовершеннолетнего пациента в возрасте до 14 лет, а так же при отсутствии законного представителя лица лишенного дееспособности оказание психиатрической помощи осуществляется по решению органа опеки и попечительства. Решение органа опеки и попечительства может быть обжаловано в суде (ст. 17).

Скорая неотложная психиатрическая помощь предоставляется, если у пациента внезапно возникло или обострилось уже имеющееся психическое заболевание, и которое сопровождается общественно опасными поступками и действиями либо суицидальными намерениями. Пациент направляется в стационар, в этом случае согласие пациента или законного представителя не требуется (ст. 19), она проводится бригадами скорой помощи, а если необходимо, используются силы милиции, в последующем оформляется принудительная госпитализация. Основанием для принудительной госпитализации и лечения является решение суда о принудительной госпитализации и лечении.

Решение суда о принудительной госпитализации и лечении выносится в отношении пациента, страдающего психическим расстройством (заболеванием) и уклоняющегося от лечения, в состоянии, которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя и (или) иных лиц;
- его беспомощность;

- возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если такое лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

- Уклонением от лечения: отказ от госпитализации в психиатрический стационар; несоблюдение врачебных предписаний, правил внутреннего распорядка, самовольное приостановление лечебных процедур в случае, когда психиатрическая помощь в психиатрическом стационаре оказывается с его согласия или согласия его законного представителя (ст. 36).

2. Психиатрическое освидетельствование. Судебно-психиатрическая экспертиза (ст. 29).

Психиатрическое освидетельствование проводится врачом-специалистом /ВКК амбулаторно или стационарно с целью установления наличия/отсутствия психического заболевания, определения нуждаемости в психиатрической помощи, и форме, в которой она будет оказана, если такая потребность существует.

Психиатрическое освидетельствование проводится с согласия пациента или его законного представителя. Врач иной специальности при наличии у пациента признаков психического расстройства может направить на ВКК или к врачу-специалисту (психиатру, психотерапевту, сексологу, психоневрологу) на консультацию с одновременным письменным уведомлением. ВКК или врач-специалист проводит психиатрическое освидетельствование (ст.15).

Принудительное освидетельствование проводится:

В случае, если пациент опасен для себя и окружающих. В этом случае заявление может быть принято в устной или письменной форме, решение об освидетельствовании принимается немедленно, вопрос о госпитализации принимается на основании освидетельствования врачом-специалистом, документы в суд предоставляются в течение суток, за исключением выходных и праздничных дней.

Порядок принудительного освидетельствования пациента проводится, если предполагается, что пациент страдает психическим расстройством, которое приводит к его беспомощности либо возможности причинения существенного вреда своему здоровью из-за ухудшения состояния психического здоровья, в случае если такое лицо будет оставлено без психиатрической помощи. Для проведения психиатрического освидетельствования необходимо заключение ВКК и санкция прокурора. ВКК проводится заочно, на основании письменного заявления в лечебную организацию, где оказывают специализированную помощь. Заявление

принимается от любого лица, которое имеет сведения о психическом неблагополучии пациента, в заявлении обязательно указывается отказ от добровольного обращения к врачу-специалисту такого лица, либо его законного представителя. ВКК проводится течение 3-х дней, в заключение указывается, в каких условиях должно проводиться освидетельствование (амбулаторных или стационарных), после чего заключение направляется в прокуратуру. Санкция органов прокуратуры предоставляется в течение 2-х дней, с последующим освидетельствованием (если дано разрешение) в течение так же 2-х дней.

Если ВКК не нашло данных о нарушении психического здоровья данное заявление может быть, по усмотрению, направлено в суд. (Подача заведомо ложного заявления влечет ответственность в соответствии со ст.184 уголовного кодекса РБ от 9.07.99г. №275-3 – наказываются штрафом, или ограничением свободы на срок до трех лет, а если это повлекло тяжкие последствия – до 5 лет.).

3. Организация амбулаторной психиатрической службы.

Амбулаторная психиатрическая помощь сконцентрирована в областных, городских, межрайонных психиатрических диспансерах, в районных кабинетах. Здесь оказывается лечебно-диагностическая помощь, ведется учет психических больных, проводятся психиатрические экспертизы, социально-гигиенические, реабилитационные и реадaptационные мероприятия, а также постоянное наблюдение и лечение лиц, стоящих на учете. Диспансеры имеют специализированные кабинеты (детские, подростковые, психотерапевтические, процедурные). Работа диспансеров ведется по принципу участковости. Участковый психиатр оказывает специализированную психиатрическую помощь, организует психопрофилактическую работу среди населения, решает вопросы реабилитации и реадaptации лиц с нервно-психическими расстройствами, участвует в проведении экспертиз. Большое значение для оказания амбулаторной службы является согласие пациента или его законного представителя, за исключением за исключением оказания такой помощи на основании определения (постановления) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения.

4. Диспансерное наблюдение, его виды (ст. 33).

Диспансерное наблюдение устанавливается за пациентом, страдающим хроническим или затяжным психическим расстройством (заболеванием) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Оно осуществляется врачом-специалистом путем регулярных осмотров пациента, направленных на оказание ему

необходимой психиатрической помощи. В зависимости от состояния психического здоровья пациента осмотры осуществляются при явке пациента в государственную организацию здравоохранения либо при посещении пациента врачом-специалистом государственной организации здравоохранения по месту его жительства (месту пребывания). Частота осмотров пациента, за которым установлено диспансерное наблюдение, определяется врачом-специалистом с учетом состояния его психического здоровья, а также проводимого лечения. Диспансерная помощь за исключением пациентов, которые находятся на принудительном наблюдении и лечении психиатрическая помощь может быть оказана анонимно (ст. 16).

5. Права пациентов при оказании психиатрической помощи (ст. 21).

- уважительное и гуманное отношение;
- получение информации о своих правах;
- получение информации о состоянии своего здоровья, применяемых методах оказания психиатрической помощи, включая альтернативные, предполагаемой продолжительности их применения, возможных рисках, связанных с оказанием психиатрической помощи, о побочных эффектах и ожидаемых результатах;
- получение информации о квалификации врача-специалиста, других медицинских работников, оказывающих психиатрическую помощь;
- оказание психиатрической помощи по месту жительства (месту пребывания);
- оказание психиатрической помощи, необходимой по медицинским показаниям;
- нахождение в психиатрическом стационаре в течение срока, необходимого для оказания психиатрической помощи;
- дачу предварительного согласия на участие в научных исследованиях, объектом которых является их психическое расстройство (заболевание), в образовательном процессе, в ходе которого изучается их психическое расстройство (заболевание), фото-, видео- и киносъемке и отказ от участия в них на любой стадии оказания психиатрической помощи;
- приглашение любого врача-специалиста (с его согласия) для участия в заседании врачебно-консультационной комиссии по вопросам оказания психиатрической помощи;
- обжалование действий (бездействия) должностных лиц организаций здравоохранения.

6. Предоставление информации о состоянии психического здоровья пациента. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи (ст. 20).

Информация о состоянии психического здоровья предоставляется врачом-специалистом пациенту или его законному представителю, излагается в устной и доступной форме. Факт предоставления информации оформляется записью в медицинских документах. В случаях, когда такая информация может негативно повлиять на состояние психического здоровья пациента врач-специалист вправе ограничить объем предоставляемой информации.

Информация о факте обращения пациента за оказанием психиатрической помощи и состоянии его психического здоровья, сведения о диагнозе, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту психиатрической помощи, составляют врачебную тайну. Пациент или его законный представитель вправе определить лицо (лица), которому (которым) следует сообщать информацию о состоянии психического здоровья пациента, либо запретить ее сообщение определенным лицам.

Предоставление информации, составляющей врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя допускается в случаях установленных статьей 46 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460):

- По запросу вышестоящих органов здравоохранения Республики Беларусь, в целях контроля;
- По запросу организаций здравоохранения в целях организации оказания медицинской помощи пациенту или при угрозе распространения инфекционных заболеваний;
- По письменному запросу органов уголовного преследования и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.
- При наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате насильственных действий, информация, составляющая врачебную тайну, сообщается в правоохранительные органы в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

7. Медицинская экспертиза.

Медицинская экспертиза включает в себя трудовую, судебно-психиатрическую (уголовных и гражданских дел) и военно-психиатрическую экспертизы.

7.1. Трудовая экспертиза.

Временная утрата трудоспособности сопровождается выдачей больничного листа, который до 150 дней продляется через ВКК. При стойком снижении или утрате трудоспособности больному определяется одна из трех групп инвалидности. Решение этого вопроса осуществляется специализированными комиссиями (психиатрическими МРЭК) на основе степени утраты способности к труду, ее стойкости и необратимости:

а) I группа – наличие социальной недостаточности, требующей социальной защиты и помощи вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма. Такие больные не только не могут работать, но нуждаются в уходе или надзоре. Чаще это больные с глубоким слабоумием, в конечных состояниях шизофрении.

б) II группа – стойко выраженное изменение, которое приводит к невозможности работать, либо обучаться. Больные 2-й группы по психическому заболеванию могут работать лишь в специализированных условиях – в лечебно-производственных мастерских.

в) III группа – вследствие психического расстройства больной не может работать по специальности, либо на прежнем месте работы и должен перейти на нижеоплачиваемую работу.

Группа инвалидности может устанавливаться на срок один, два года, либо пожизненно. МРЭК также дает рекомендации по реабилитации больного.

7.2. Военно-психиатрическая экспертиза решает вопросы о годности к военной службе лиц с психическими расстройствами. Проводится в отношении призывников, где решается вопрос о возможности призыва в армию, а также в отношении военнослужащих продолжающих военную службу. Медицинское освидетельствование проводит военно-врачебная комиссия (ВВК). При рассмотрении состояние здоровья призывника, ВВК учитывает следующие основные критерии:

- 1) наличие психических нарушений;
- 2) степень имеющихся патологических изменений;
- 3) частоту обострений.

С 1 августа 2006 года в приказе министерства обороны психическая патология представлена 14 – 20 статьями, которая была дополнена постановлением 50/170 от 20.12.2010г.:

Медицинское освидетельствование проводится после обследования в стационарных условиях.

Ст. 14. Органическое психическое расстройство.

В статье предусматриваются психические расстройства (психотические и непсихотические) вследствие церебральных заболеваний, мозговых травм и других поражений головного мозга (в том числе психические нарушения вследствие эпилепсии), общих инфекций, интоксикаций (кроме вызванных употреблением психоактивных веществ), соматических заболеваний различного генеза, ВИЧ-инфекции, а также психические расстройства, связанные с воздействием РВ, ИИИ, КРТ, ЭМП и лазерного излучения, другими причинами, приводящими к церебральной дисфункции. При выраженной степени – негоден с исключением с воинского учета, при стойкой ремиссии годен к военной службе с незначительными ограничениями.

Ст.15. Аффективные расстройства (настроения):

В статье предусматриваются психические расстройства, при которых основное нарушение заключается в изменении аффекта или настроения, чаще в сторону угнетения или подъема. При выраженной степени негоден к военной службе с исключением с воинского учета, при легкой степени – негоден в мирное время, ограниченно годен в военное время.

Ст. 16. Психические поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ. При синдроме зависимости со стойко выраженными болезненными проявлениями – негоден к военной службе с исключением с воинского учета, при незначительных нарушениях функционирования – годен к военной службе с/без временных ограничений.

В статье предусматриваются психические и поведенческие расстройства, тяжесть которых варьируется (от злоупотребления психоактивными веществами с вредными последствиями без синдрома зависимости до психотических расстройств и деменции), но при этом все они являются следствием употребления одного или нескольких психоактивных веществ. Исключается зависимость от табака и кофеина.

Ст.17. Психические расстройства эндогенной этиологии:

а) шизофрения, шизотипическое расстройство, хроническое бредовое расстройство – негоден с исключением с воинского учета

б) острые и транзиторные психотические расстройства – негоден в мирное время, ограниченно годен в военное время.

При наличии психического расстройства, предусмотренного в данной статье, подтвержденного медицинскими документами о лечении и наблюдении в условиях психиатрического стационара и диспансерного наблюдения может быть снят с воинского учета без повторного обследования в стационарных условиях.

Ст.18. Невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства:

обсессивно-компульсивные, диссоциативные (конверсионные) и соматоформные расстройства, реакции на тяжелый стресс, нарушение адаптации и другие невротические расстройства. К данной статье относятся также расстройства приема пищи (нервная анорексия и нервная булимия), расстройства сна неорганической природы (бессонница, гиперсомния, снохождение, ночные ужасы и кошмары), тикозные расстройства.

При резко выраженных нарушениях негоден с исключением с воинского учета, при кратковременных состояниях закончившихся выздоровлением – годен к военной службе.

Ст.19. Расстройства личности у взрослых

В статье предусматриваются специфические и другие расстройства личности и поведения, в том числе и начинающиеся в детском и подростковом возрасте (кроме тикозных расстройств); хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга; расстройства привычек и влечений; расстройство половой идентификации; расстройства сексуального предпочтения; психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией.

При резко выраженных нарушениях негоден к военной службе с исключением с воинского учета, при расстройствах поведения и эмоций не достигающий уровень расстройства личности годен к военной службе.

Ст.20. Умственная отсталость.

При глубокой тяжелой и умеренной степени негоден к военной службе с исключением с воинского учета, при легкой степени – негоден к военной службе в мирное время, ограниченно годен к военной службе в военное время.

7.3. Судебно-психиатрическая экспертиза, порядок ее проведения. Понятие о вменяемости и невменяемости, дееспособности и недееспособности. Меры безопасности и лечения.

Судебно-психиатрическая экспертиза может быть проведена только экспертом, имеющим звание врача и прошедшим специализацию по психиатрии.

Проведение судебно-психиатрических экспертиз осуществляется постоянными судебно-психиатрическими комиссиями (не менее трех психиатров: докладчик, член и председатель комиссии). Следователь и суд могут поручить проведение судебно-психиатрической экспертизы любым врачам, имеющим специализацию по психиатрии. Наиболее сложные, в том числе повторные, экспертизы могут быть поручены кафедрам психиатрии медицинских ВУЗов.

Виды судебно-психиатрической экспертизы:

- экспертиза в кабинете следователя;
- амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза;
- стационарная судебно-психиатрическая экспертиза;
- экспертиза в судебном заседании;
- заочная (и как частный вид посмертная) судебно-психиатрическая экспертиза.

Заключение экспертной судебно-психиатрической комиссии оформляется актом экспертизы. Приводимые в нем фактические данные должны быть максимально точными и сопровождаться указанием, откуда они почерпнуты (из материалов дела, со слов обследуемого, из медицинской документации). Содержание акта должно быть понятно не только специалистам-психиатрам, но и судебно-следственным работникам. Он должен включать не только выводы о диагнозе и судебно-психиатрической оценке, но и обоснование этих выводов, вытекающее из данных о психическом состоянии подэкспертного в прошлом и в период обследования. Акт состоит из введения, сведений о прошлой жизни обследуемого, истории настоящего заболевания (если таковое имеется), описания физического, неврологического и психического состояния (включая результаты лабораторных исследований), заключительной, так называемой мотивировочной части. Последняя часть состоит из выводов и их обоснования.

Невменяемое лицо – лицо, которое не могло осознать фактический характер и общественную опасность своего действия (бездействия) или руководить ими в случае хронических психических заболеваний, временного расстройства психики, слабоумия или иного болезненного состояния психики. К невменяемым лицам применяется принудительное лечение по решению суда.

В соответствии с законом условия невменяемости, которыми руководствуется суд и на основе которых строится судебно-психиатрическое заключение, определяются так называемой формулой невменяемости:

1. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости (ст. 28 уголовного кодекса РБ от 9.07.99г. №275-3).

2. Лицо, которое во время совершения преступления находилось в состоянии уменьшенной вменяемости, то есть не могло в полной мере сознавать значение своих действий или руководить ими вследствие болезненного психического расстройства или умственной отсталости, не освобождается от уголовной ответственности (ст. 29 уголовного кодекса РБ от 9.07.99г. №275-3).

3. Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим кодексом.

Критерии невменяемости (ст. 28 уголовного кодекса РБ от 9.07.99г. №275-3):

а) медицинский – обобщающий перечень психических болезненных расстройств («хронического психического заболевания, временного расстройства психики, слабоумия или иного болезненного состояния психики»).

б) юридический – определяет степень выраженности нарушений **интеллекта** (способность отдавать себе отчет в своих действиях, осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий), либо **волевых** нарушений (способность руководить своими действиями).

Судебно-психиатрическая экспертиза гражданских дел решает вопрос о дееспособности.

Недееспособное лицо – лицо, которое не могло понимать значение своих действий и руководить ими, не может распоряжаться денежными средствами, воспитывать детей, вступать в брак. Для таких больных суд принимает решение о назначении опекуна.

8. Меры медицинского характера в отношении больных, совершивших общественно-опасные действия

Принудительные меры безопасности и лечения в отношении больных осуществляются в соответствии с уголовным кодексом РБ от 9.07.99г. №275-3 с целью предупреждения со стороны этих лиц новых общественно

опасных действий, охраны и лечения этих больных. Принудительные меры назначаются судом в отношении лиц признанных невменяемыми, уменьшено вменяемыми, а так же в отношении пациентов страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией (ст. 100).

Суд может назначить следующие принудительные меры безопасности и лечения:

- 1) принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра;
- 2) принудительное лечение в психиатрической больнице (отделении) с обычным наблюдением;
- 3) принудительное лечение в психиатрической больнице (отделении) с усиленным наблюдением;
- 4) принудительное лечение в психиатрической больнице (отделении) со строгим наблюдением (ст. 101).

Всем пациентам, находящимся на принудительном лечении назначается освидетельствование (ВКК) не реже одного раза в 6 месяцев. Прекращение или изменение принудительных мер безопасности и лечения осуществляются судом на основании заключения комиссии врачей-психиатров (ст. 103).

Статья 105. Зачет времени применения принудительных мер безопасности и лечения – один день принудительных мер соответствует одному дню лишения свободы.

9. Правила освидетельствования на алкогольное и наркотическое опьянение.

Алкогольное опьянение – состояние, при котором, наличие абсолютного этилового спирта в крови или выдыхаемом воздухе в концентрации 0,3 и более промилле или наличие паров абсолютного этилового спирта в концентрации 150 и более микрограммов на один литр выдыхаемого воздуха.

Наркотическое опьянение – состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ, которые определяются в биологических образцах, забранных у физического лица, при одновременном выявлении у него совокупности нарушений физических и (или) психических функций вследствие потребления соответствующих наркотических средств или других веществ.

Освидетельствование физических лиц проводится, когда есть достаточные основания полагать, что лицо находится в состоянии алкогольного опьянения, в отношении которого ведется административный процесс и проводится следователем или дознавателем.

При необходимости участия врача физическое лицо доставляется в медицинское учреждение.

Основания для освидетельствования:

1. Заявление самого физического лица, в отношении которого ведется административный процесс, подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего о потреблении им алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ.

2. Заявление иного физического лица о потреблении физическим лицом, в отношении которого ведется административный процесс.

3. Сообщение должностного лица государственного органа или иной организации, общественного объединения.

4. Признание физического лица, в отношении которого ведется административный процесс о потреблении.

5. Запах алкоголя изо рта.

6. Затруднения при сохранении равновесия.

7. Нарушения речи.

8. Выраженное изменение окраски кожных покровов лица.

9. Покраснение глаз, сужение или расширение зрачков глаз.

10. Шатающаяся походка.

11. Спонтанные движения глаз в горизонтальном направлении при их крайнем отведении в сторону (нистагм).

Освидетельствование проводится с использованием приборов, предназначенных для определения концентрации паров абсолютного этилового спирта в выдыхаемом воздухе, и (или) экспресс-тестов (тест-полосок, экспресс-пластин), предназначенных для определения наличия наркотических средств или других веществ в биологических образцах, забранных у физического лица. При положительном результате экспресс-тестов проведение лабораторного исследования является обязательным.

По результатам проведения освидетельствования физического лица на предмет выявления состояния опьянения врач составляет акт освидетельствования в двух экземплярах, который удостоверяется его подписью и печатью. Первый экземпляр акта освидетельствования выдается следователю или дознавателю, доставившему физическое лицо в организацию здравоохранения, второй – хранится в организации здравоохранения. Каждый случай участия врача в проведении освидетельствования фиксируется врачом в журнале. Физическое лицо может отказаться от освидетельствования за исключением назначения принудительного освидетельствования. Если во время

освидетельствования определяется заболевание, в том числе и травма, которая сопровождается тяжелым, бессознательным состоянием, такому физическому лицу в обязательном порядке оказывается доврачебная помощь, и он доставляется в государственную организацию здравоохранения. В этом случае акт освидетельствования не составляется, а вписывается в выписку, информация предоставляется после официального запроса.

По итогам проведения освидетельствования должностным лицом в протоколе процессуального действия, врачом – в акте освидетельствования отражается одно из следующих заключений:

- отсутствует состояние опьянения;
- состояние, вызванное потреблением ПАВ;
- состояние опьянения;
- отказ от прохождения в установленном порядке

освидетельствования.

В случае несогласия следователем или дознавателем с результатами освидетельствования, может быть назначена экспертиза. Медицинское учреждение при обращении, лица, которому проводилось освидетельствование, выдает медицинскую справку о состоянии здоровья, содержащую заключение, вынесенное по результатам освидетельствования.

Тема 2. Технологические аспекты клинического интервью. Диагностика в психиатрии. Психопатология нарушений ощущений, восприятия и внимания.

Термин интервью в отношении психопатологического метода используется не так часто в нашей стране. Обычно звучит «клинический расспрос» или «беседа». Психодиагностическое интервью – это метод получения информации о свойствах личности, психопатологических феноменах, внутренней картины болезни пациента и способ психокоррекционного воздействия на больного, производимый непосредственно на основании личного контакта врача и пациента. При этом обращается внимание не только на предъявляемые жалобы, но и на способ их предъявления, выявление скрытых мотивов поведения, важным аспектом в интервью является оказание поддержки. Таким образом, существует две функции психиатрического интервью: диагностическая и терапевтическая. Обе эти функции должны существовать параллельно. В этом случае можно надеяться, что врач не только поставит правильно диагноз, но поможет реабилитации пациента. Можно выделить два основных стиля психиатрической беседы: инсайт-ориентированный и симптом-ориентированный.

Инсайт-ориентированный стиль подразумевает интуитивное постижение переживаний пациента, важное для раскрытия бессознательных процессов, защитных механизмов и построения психодинамического представления о нём. В данном стиле нозология не имеет существенного значения, а главный акцент ставится на целостном восприятии пациента. Этот стиль чаще используется при работе с пациентами невротического уровня.

Симптом-ориентированный стиль подразумевает распознавание знаков, которые складываются в синдромы и нозологические единицы. Указанный стиль может рассматриваться, как умение пользоваться техниками опроса, в результате которого устанавливается раппорт (контакт), выявляются переживания (симптомы), описывается психический статус, ставится диагноз, оценивается прогноз, назначается терапия.

Психотические пациенты зачастую не могут точно описать свое состояние и сформулировать жалобы. Именно поэтому способность выслушать изложение проблем пациента – это лишь часть интервью.

Принципами психиатрического интервью являются: *однозначность, точность и доступность формулировок вопросов; адекватность,*

последовательность (использование алгоритма), *гибкость*, *беспристрастность опроса* и *проверяемость* получаемой информации.

Принцип *однозначности и точности* базируется на корректном и точном формулировании вопросов.

Принцип *доступности* базируется на нескольких параметрах: образовательном культурном, языковом, культуральном, и некоторых других. Обращенная к пациенту речь должна быть доступна для его восприятия.

Одним из важных принципов психиатрического интервьюирования является *последовательность* расспроса, основанная на знаниях диагноста в области сочетаемости психопатологических симптомов и синдромов. Врач-психиатр знает тысячу различных симптомов и, если он будет спрашивать о наличие каждого известного ему симптома, - это будет утомительным как для пациента, так и для врача; с другой стороны отразит некомпетентность диагноста. Последовательность строится на известном алгоритме психогенеза: на основании предъявления первых жалоб больными, рассказе его родственников, знакомых или на основании непосредственного наблюдения за его поведением формируется первая группа симптомов. Далее из существующих симптомов формируются синдромы, которые сочетаются, затем вопросы должны быть направлены на оценку типа реагирования (эндогенного, экзогенного, психогенного), уровня расстройств и этиологические факторы. Например, первыми удается выявить галлюцинации – «голоса» далее последует оценка характера данных переживаний (количество, их осознаваемость и критичность, речевые особенности, определение места расположения источника звука по мнению пациента, время появления и т.д.) – степень эмоциональной вовлеченности – степень критичности пациента к галлюцинаторным переживаниям – наличие расстройств мышления (бредовых интерпретаций «голосов») и далее в зависимости от квалификации описанных феноменов, подтверждения экзогенного, эндогенного или психотического типов реагирования, психосенсорных нарушений и других проявлений определенного круга расстройств. Помимо описанного принцип последовательности подразумевает детальный расспрос, что появилось первым, что присоединилось потом и насколько данные события имеют связь с реальностью.

Значимыми являются так же принципы *проверяемости* и *адекватности*, когда врач проверяет что понимает пациент под тем или иным понятием. Именно поэтому необходимо конкретизировать те переживания, которые предъявляет больной.

Традиционным для психиатрии считается, что клиническое интервью в психиатрии должно состоять из следующих фаз:

1. Формирование доверия и выделение проблемы пациента.
2. Формирование предварительного впечатления.
3. Описание психиатрической истории болезни по психическим сферам.
4. Диагноз и формирование обратной связи врач — пациент.
5. Прогноз и терапия.

Продолжительная работа с пациентом подразумевает, что указанные техники могут применяться на одном пациенте, однако на разных этапах на них меняются лишь акценты. Например, при первой встрече наибольшее значение имеет умение врача завоевать доверие пациента (инсайт-ориентированный стиль), но не так уж важно поставить окончательный диагноз (симптом-ориентированный стиль).

Техника установления контакта с пациентом.

Инсайт-ориентированная техника включает, наряду с сопереживанием, свободные ассоциации, интерпретацию и конфронтацию.

Симптом-ориентированная нацелена на выявление знаков в поведении, психических функциях (сознание, память, интеллект, восприятие, мышление, эмоции). Она строится в следующей технике:

Зафиксируйте общее представление о пациенте, его конституциональном и поведенческом статусе. На этом этапе, уже в первые секунды, Вы сможете представить степень соответствия половой ориентации возрасту, в дальнейшем это может пригодиться для выяснения соответствия реальному возрасту, конституции (пикник, нормостеник, астеник), поведению (возбуждение, ступор, неадекватность) пациента.

Следует расположить пациента к себе и успокоить. Даже если пациент не считает себя больным, посещение психиатра может быть для него болезненным, в этом случае обычно что-то или кто-то заставляет его консультироваться. Подобную конфронтацию можно использовать для того, чтобы показать, что Вы находитесь на стороне пациента, а не его окружения. Это еще более важно, если пациент страдает.

Распознайте особенности знаков его моторики, мимики, позы, жестов, отношения к Вам и вашей территории, его эмоциональное состояние и общую конструкцию речи. Стремитесь реагировать на эти знаки и наблюдайте его реакцию на Ваше поведение. Если Ваше поведение будет излишне спокойным, а взгляд слишком пристальным, это может вызвать у бредового пациента дополнительные подозрения, а у депрессивного — усилить тревогу. Поведение врача должно быть пластичным.

Проявление сострадания и сопереживания. Оцените свое сопереживание, а также возможное непонимание или агрессию по отношению к пациенту. В дальнейшем анализ этих чувств поможет Вам понять причины успешности или неуспешности терапии, прогноза и неточность диагностики. Реагируйте с сопереживанием на представляемые переживания пациента. Не скрывайте проявлений своего сопереживания.

Оцените уровень понимания пациентом собственных проблем. Он может быть полным, и в этом случае пациент рассказывает о своих переживаниях как болезненных; неполным, то есть лишь некоторые переживания он считает болезненными, или понимание вообще отсутствует.

Проведение оценки или интерпретация. Пациенту важно знать, что думает врач о его переживаниях. Поэтому следует продемонстрировать ему свое знание данных симптомов, подчеркнуть уникальность или обычность (стандартность) данных переживаний, а также возможности управления этими переживаниями. Обычно страдающим пациентам важно знать, что у врача есть опыт борьбы с аналогичным страданием; но сопротивляющимся и отвергаемым пациентам важнее чувствовать свою значимость. Следует указать на перспективы развития болезни и вселить в пациента и его родственников надежду на выздоровление.

Установление лидерства в отношениях. Это важно для того, чтобы лечебным процессом управлял врач, а не пациент и его родственники или социальное окружение. Баланс ролей и стратегий в отношениях должен быть врачом осознан как можно глубже.

Основные этапы диагностического выслушивания (по А.Айви)

Методика	Описание	Функции в процессе беседы
Открытые вопросы	«Что?» - выявляет факты «Кто?» - чувства «Почему?» - причины «Можно ли?» - общую картину	Используются для выяснения основных фактов и облегчают разговор
Закрытые вопросы	Обычно включают в себя частицу «ли», на них можно ответить кратко	Дают возможность выявить особые факты, сокращают слишком длинные монологи
Поддержка	Повторение нескольких ключевых фраз клиента	Поощряет детальную разработку

		специфических слов и их смысла
Отражение чувств	Обращает внимание на эмоциональное содержание интервью	Проясняет эмоциональную подоплеку ключевых фактов, помогает открывать чувства
Пересказ	Повторение сущности слов пациента и его мыслей, используя его ключевые слова	Активизирует обсуждение, показывает уровень понимания
Резюме	В сжатом виде повторяет основные факты и чувства пациента	Полезно повторять периодически во время интервью. Обязательно в конце встречи.

Управление диалогом.

Жалобы.

Жалобам следует уделять особое внимание, поскольку содержание, способ, форма их высказывания позволяют получить ценную диагностическую информацию. По отношению к жалобам применяется открытая и направленная техника, а также техника прояснения переживаний.

А) Открытая техника

Открытая техника подразумевает, что Вы просите пациента перечислить все его жалобы и детально его выслушиваете, лишь иногда допускаются наводящие вопросы, которые никогда не подразумевают подведение пациента к какому либо ответу, но лишь позволяют продолжать ему говорить о той теме, которую он начал. Однако в этой технике есть свои проблемы. Например, ипохондрик может говорить о своих переживаниях часами, обстоятельность мышления заставляет пациента застревать на деталях, а сверхценная фиксация не позволяет быстро переключиться на другую тему, которая, может быть, и беспокоит пациента. Поэтому, хотя в открытой технике врач терпеливо следует за пациентом, допускается и директивная техника. В этом случае Вы прерываете дальнейшие высказывания по одной

Б) Направленная техника

Направленная техника состоит в том, что врач спрашивает пациента о тех переживаниях, которые, по его мнению, должны быть.

Предположительные направленные вопросы возникают у врача при наблюдении поведения пациента. Такая техника необходима тогда, когда пациент заторможен, скрывает свои переживания. Например, депрессивного пациента следует спросить о суицидальных мыслях, а у пациента, который отвечает невидимому собеседнику, следует спросить, кому он отвечает и как это связано с вопросом врача. Однако случается так, что на направленные вопросы ответа не следует, тогда необходимо задавать наводящие вопросы. Например, пациенту, страдающему зависимостью от наркотика, но отказывающемуся это признать, можно задать вопрос, как, по его мнению, изменилось к нему отношение окружающих, как продвигается его учеба, есть ли изменения сна. В подобных случаях Вы фиксируетесь не на причинах, а лишь на следствиях, зная, что всякая патология обязательно должна проявляться в разных психических сферах. Иногда расспросы о жалобах в прошлом, об интересах, увлечениях быстрее позволяют выявить сегодняшние переживания. В направленной технике возможен внезапный вопрос врача, направленный пациенту, или вопрос, внешне вообще не имеющий отношения к предыдущему разговору, но который следовало задать, исходя из наблюдения за поведением пациента.

В) Техника прояснения

Эта техника предполагает детализированное уточнение всех сторон переживания, то есть, на какие случаи оно распространяется, есть ли сейчас, как само переживание объясняется пациентом (как сон, болезнь, норма и т. д.), как оно связано с другими обстоятельствами. Иногда прояснение приводит к тому, что пациент сам начинает больше узнавать обо всех взаимосвязях своего переживания.

Реакция врача на переживания пациента.

Врач не может быть безразличен при предъявлении пациентом жалоб, он может конфронтировать с ним, пытаться их девальвировать, преувеличивать или усиливать роль пациента в именно данных переживаниях. Врач — также человек, поэтому он может бессознательно видеть в пациенте ребенка, своих родителей или брата/ сестру. Процессы переноса и контрпереноса объясняют нам, почему к одним больным врач привязан и дает им номера своего домашнего телефона, а другие вызывают у него раздражение и немотивированное желание применить "строгое" лечение. В любом случае врач должен контролировать всю систему своих отношений к пациенту.

Игнорирование и девальвация

Ряд переживаний пациента необходимо обесценивать (девальвировать) или не замечать (игнорировать) в связи с их чрезвычайной аффективной насыщенностью, генерализацией тревоги или грубой неадекватностью. Через некоторое время можно вернуться к игнорируемой теме, когда степень выраженности аффекта снизится. Всякая девальвация сама по себе часто способствует в дальнейшем игнорированию пациентом своего переживания: то есть нередко то, что игнорируется врачом, в дальнейшем начинает игнорироваться и пациентом. Так, некоторые пациенты с ипохондрическими переживаниями девальвируют убеждения, если им детально и схематично рассказывать о тех объективных данных, которые опровергают явное поражение органов и систем. Девальвации требует анозогнозия у родственников пациента, которые не замечают вторичного проявления болезни, считая, например, отклонения поведения при простой форме шизофрении ленью или плохим характером.

Конфронтация чаще необходима при расстройствах, связанных с зависимостями. Обычно в этих случаях рекомендуется принцип "суровой доброты" и контроля. Врач показывает, что соматические изменения, проблемы на работе и в семье связаны собственно со злоупотреблением. Однако он подчеркивает, что конфронтирует не с самим пациентом, но с его болезнью. Жесткая директивная конфронтация часто необходима и при нарушениях личности.

Преувеличение

На ранних стадиях болезней зависимости или формировании криминального поведения у подростка возможно применение преувеличения, когда врач рисует перед пациентом драматические картины последствий данного поведения, демонстрируя, что у него как свободной личности есть несколько путей, один из которых "может плохо кончиться". Само преувеличение позволяет пациенту понять границы его переживаний.

Повышение статуса переживаний

Часто пациенты не знают, как им относиться к психотическим переживаниям не только в остром периоде, но и после выздоровления. Они считают, что пребывание в клинике дискриминирует их в обществе, к ним относятся не так, как прежде. В этом случае возможно повышение статуса переживаний с помощью указания на их творческий характер. В частности, врач может посоветовать зарисовать галлюцинаторные образы, вылепить источник страха или описать ситуацию параноида. Интерес, с которым

врач выслушивает переживания пациента, сам по себе повышает статус его переживаний.

Внешность пациента, поведение, психомоторная деятельность и речь.

Внешность пациента может предоставить много информации о состоянии психики. Большое значение в описании внешности является поза, которая может быть маркером тревоги, депрессии, релаксации. Например, непроизвольные потирания рукой области горла и шеи могут служить маркерами латентной тревоги. Такой симптом как акатизия (неспособность сохранять одну и ту же позу) может, встречается при нейролептических осложнениях. Движения рук – жест, также связаны с эмоциональным состоянием. Патология в сфере жеста может проявляться через нарушения точности, дифференциации движения. Непроизвольные, вычурные, медленные стереотипные движения небольшого объема в руках и ногах носит название гиперкинезы. В психиатрии встречаются истерические гиперкинезы – которые отличаются вычурностью движений, при этом тонус мышц не усилен, возникают психогенно и исчезают в состоянии покоя. Однообразные движения, имитирующие процесс снятия чего-то со своего тела, одежды, одеяла, простыни (симптом «обирания») наблюдаются при делирии либо аменции. Поведение это очень важная часть психического статуса. Иногда только анализ поведения дает единственную возможность оценить психическое состояние. Например, при диагностике психического состояния у маленьких детей, глухих и немых, а также пациентов, которые говорят на другом языке. У каждого человека существует свой неповторимый внешний вид, это позволяет нам отличать одного человека от другого, то же можно сказать и о поведении у каждого пациента свой неповторимый портрет. Исследуя поведение, мы можем выделять моторные комплексы (паттерны), которые входят в состав синдромов.

Системы общения также меняются при психопатологии. R.Neesse заметил, что пациенты с депрессиями сначала стремятся держаться подальше от персонала, но по мере выздоровления, их дистанция к медицинским сестрам уменьшается. Ребенок с аутизмом стремится быть дальше от других детей и взрослых, а также от центра комнаты, а демонстративная, истерическая личность напротив, стремится к другим. В стационарах пациенты страдающие шизофренией, дистанцируются от пациентов с эпилепсией, но стремятся быть ближе к пациентам с аффективными расстройствами.

Для установления диагноза необходимо оценить изменения в речи пациента. При оценке нарушений обращают внимание на смысловой

(семантический) аспект и невербальные факторы. Семантический анализ речи предполагает изучение рассказа пациента о его прошлом, жалобах и переживаниях, о семье и отношениях с другими людьми. Эти сведения получают при использовании набора стандартных, хорошо известных психиатрам вопросов, специальных опросников и глоссариев. Психосемантический анализ речи позволяет выявить феномен алекситимии – особый коммуникативный стиль больных, характеризующийся затруднением вербального выражения чувств и болезненных переживаний. Учитывая, что речь отражает процессы мышления, изучение ее у пациентов позволяет выявить детально как формальные, так и расстройства мышления по содержанию, различные типы афазий. Невербальные факторы включают в себя темп, громкость, мелодичность, характер заполнения пауз.

С учением об уровнях строения психической деятельности связаны представления о «регистрах» психических расстройств, отражающих глубину поражения психических функций (Краепелин, 1920). В самом широком плане могут быть разграничены два регистра психического поражения: *психотический и непсихотический*.

Критерии, по которым психическое расстройство идентифицируется с психотическим, таковы:

- коренное, радикальное искажение картины реального мира в сознании пациента. Это обусловлено бредом, галлюцинациями, глубокой депрессией, нарушениями сознания;
- тяжелые нарушения поведения, связанные с неспособностью пациента считаться с требованиями реальности и здоровыми тенденциями собственной личности;
- непонимание пациентом факта собственного психического расстройства или, иными словами, отсутствие критического отношения к заболеванию — анозогнозия.

Психотическое состояние является основанием для госпитализации в психиатрический стационар. Поведение пациента, опасное для окружающих и для него самого (агрессия, очевидная ее возможность, аутоагрессия), служит безусловным показанием для принудительного помещения в стационар. Больные этого рода нуждаются в интенсивной психофармакотерапии. Факт психического заболевания обычно не вызывает сомнений у окружающих, включая близких пациента. Среди психиатрических пациентов удельный вес психотических больных сравнительно невысок и не превышает, по-видимому, 15—20 %.

Критериями непсихотического регистра психического поражения являются:

— сохранение пациентом способности к реалистическому отображению действительности. Искажения общей картины мира и отдельных сторон жизни возможны и здесь, но они до известной степени доступны коррекции прошлым и настоящим опытом;

— адекватное в целом социальное поведение, базирующееся на учете реальных отношений и доминировании неболезненных тенденций личности;

— Полное или, во всяком случае, отчетливое понимание пациентом факта имеющихся у него психических отклонений, осознанное стремление к их преодолению и компенсации.

Кроме того, различают продуктивные (позитивные) и негативные (дефицитарные) психопатологические синдромы. Продуктивные синдромы — более динамичные образования, они чаще всего указывают на активное течение болезненного процесса и проявляются «искажением» психических функций. Примерами первых могут служить аффективные, бредовые, галлюцинаторные, кататонические синдромы. Негативные – синдромы «снижения» психических функций: амнестические, деменции, психоорганические, апатоабулический. В действительности же и те и другие расстройства внутренне взаимосвязаны и выступают в единстве.

Ощущения

Ощущение – простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств и качеств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на рецепторные зоны чувств. Это исходная ступень познавательной деятельности. Благодаря ощущению внешние и внутренние стимулы становятся фактами сознания, отражающими отдельные свойства объектов («горячий», «кислый» и т. п.).

Различают такие виды (модальности) ощущений: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, температурные, висцеральные, кинестетические, статические, болевые.

Сенестопатии.

Сенестопатии – патологические, неопределенные, нередко трудно локализуемые, е, диффузные, неприятные тягостные ощущения. Пациенты нередко прибегают к их образному значению: обозначают их как «стягивание», «жжение», «разливание», «щекотание» и т. п.

Обычно им свойственны следующие клинические признаки:

— полиморфизм — разнообразные боли, ощущения жжения, холода, тяжести, наполнения, электризации, движения;

— необычный, нередко весьма вычурный характер, в связи с чем пациенты с трудом формулируют свои жалобы;

— неприятный, тягостный, порой необычайно мучительный аффективный тон ощущений, созвучный тревожно-депрессивному настроению (сенестопатии крайне редки в маниакальных состояниях). «Боли дикие, невыносимые, животные, сумасшедшие». Иногда, по сообщениям больных, интенсивная физическая боль переносится легче, чем сенестопатии;

— не свойственная симптоматике соматических заболеваний локализация, — неопределенная, разлитая, часто меняющаяся, мигрирующая, или ограниченная причудливыми топографическими зонами;

— упорный, назойливый, неотступный характер появления, прикованность внимания к патологическим ощущениям. Пациенты указывают, что болезненные ощущения «преследуют», «не дают покоя», «не дают возможности отвлечься на что-то другое»;

— не типичная проекция сенестопатических ощущений, если иметь в виду их сенсорную модальность. Так, ощущения жжения, холода или движения могут восприниматься «внутри головы». Мнимые экстероцептивные ощущения проецируются в данном случае в зону интероцептивной чувствительности. Как видно, структура сенестопатий включает помимо прочих также элементы нарушения самосознания.

Сложные сенестопатии иногда приходится дифференцировать с телесными галлюцинациями. Последние ярче, образнее и, как правило, имеют бредовую интерпретацию.

Патология восприятия.

Восприятие – вид познавательной активности, результатом которой являются чувственные образы объектов, непосредственно воздействующих на органы чувств. В отличие от ощущения (как результата деятельности анализатора) в восприятии разнородные впечатления интегрируются в дискретные структурные единицы— образы (несколько анализаторов: комплекс узнавания у ребенка проявляется появлением образа матери: ее вида, запаха, голоса и прикосновения). Восприятие предметно, константно, объемно, целостно. *Ведущими симптомами нарушения восприятий являются иллюзии и психосенсорные расстройства.*

Иллюзии – ложное восприятие реально существующих предметов и явлений. Существуют несколько видов: физические, физиологические и психические иллюзии.

При физических иллюзиях неправильное восприятие предмета обусловлено физическими свойствами среды, в которой он находится, — ложка в стакане с водой на границе сред вода-воздух кажется переломившейся.

Физиологические связаны с особенностями адаптации анализаторов к изменяющимся условиям окружающей среды. Развитию иллюзий способствуют факторы, нарушающие четкость восприятия: цвет и освещенность объектов, особенности звучания, дефекты зрения и слуха. Появление иллюзий зависит от ожиданий, аффективного состояния, установки. Легко испугаться, будучи вынужденным гулять по Сельмашу в полночь и принять шорох от кошки за грабителя.

Психические (патологические) иллюзии – парейдолии, аффективные и вербальные.

Аффективные иллюзии возникают при выраженных аффективных состояниях: страхе тревоге, депрессии, экзальтации, экстазе, появляются при плохом освещении, при сильном удалении предмета, тихом звуке (невнятная речь) и при наличии астении. Содержание аффективных иллюзий чаще всего связано с ведущим аффектом и основной психопатологией. Встречаются на начальных этапах делирия, при острых тревожно-депрессивных синдромах, при острых парафренных, параноидных синдромах.

При вербальных иллюзиях вместо нейтральной речи больной слышит речь иного содержания, адресованную, как правило, к нему (обычно брань, угрозы, осуждение). Этот симптом нужно отличать от бреда толкования и отношения при острых параноидных состояниях. В последнем больной слышит и пересказывает речь правильно, но неправильно ее толкует. Вербальные иллюзии появляются на ранних этапах вербального галлюциноза, (галлюцинаторно-параноидного).

Парейдолии – зрительные иллюзии, при которых игра света и тени, морозные узоры, трещины помимо воли пациента воспринимаются как иные, фантастические образы (мистические животные, экзотические растения), с оттенком «сделанности», без критической связи с реальностью.

Нарушения психосенсорного синтеза.

К психосенсорным функциям относят отражение пространственно-временных качеств и свойств объектов внешнего мира и собственного

тела. Важным диагностическим признаком их является сохранение критики со стороны пациента, образы восприятия чужды личности и субъективно обычно неприятны. При этом использование дополнительного анализатора может купировать симптом. Например, если голова воспринимается как огромная, то взгляд в зеркало или прикосновение руками обычно помогает восстановить нарушенное восприятие. Выделяют две группы симптомов: метаморфозии – искаженное восприятие одного или нескольких объектов внешнего мира и нарушение восприятия «схемы тела» – искаженное восприятие собственного тела, физического «Я».

Метаморфозии могут включать:

- изменения размеров и форм: макропсия и микропсия,
- формы (дисмегалопсии – предметы кажутся изломанными, перекрученными),
- пространственных параметров и расположения,
- течения времени (тахихрония)
- чувства реальности (дереализация – реальный предмет предстает как бы мертвым, «чуждым», «нарисованным», «неестественным», «ненастоящим»).

Встречаются такие нарушения восприятия «схемы тела» как искаженное восприятие местоположения его частей, их взаимосвязи, веса, объема, и др.

Встречаются при особых состояний сознания, психоорганических, абстинентных. Часто являются психопатологическими синдромами при неврологической патологии, связанной с поражением головного мозга различного генеза (инфаркты, объемные образования, дегенеративные процессы).

Галлюцинации.

Галлюцинации – это чувственно яркие представления, доведенные патологическим процессом до степени восприятия реальных предметов. Иначе их можно характеризовать как наличие образа без объекта.

По анализаторам различают следующие виды галлюцинаций: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные и галлюцинации общего чувства (висцеральные). Близки к последним вестибулярные и моторные галлюцинации.

Зрительные галлюцинации могут быть элементарными (фотопсии, фосфрены – вспышки, блески, туман) и сложными, которые характеризуются предметным содержанием. Это могут быть зоопсии —

видения известных по прошлому опыту животных, насекомых, змей; демономанические галлюцинации — видения чертей, русалок, ангелов; антропоморфные галлюцинации — видения образов близких знакомых и незнакомых людей, как живущих, так и умерших. Они могут также быть панорамическими (включать видения красочных ландшафтов, пейзажей, космических сюжетов) и сценopodobными (видения галлюцинаторных сцен, сюжетно связанных и последовательно вытекающих одна из другой: похороны, казни, сражения, сцены загробной жизни, приключения).

Эндоскопические (висцероскопические) галлюцинации — видения предметов внутри своего тела: «Вижу, что голова наполнена большими белыми червями»). Аутовисцероскопические галлюцинации — видения собственных внутренних органов, иногда пораженных мнимой болезнью: «Вижу свои сморщенные легкие».

Слуховые галлюцинации тоже могут быть

- простыми (окрики, аказмы, фонемы), когда слышатся отдельные звуки типа шума, шипения, жужжание, шаги, дыхание, топот, стуки, звонки по телефону, скрип половиц, звон посуды, скрежет зубов и многое другое. Фонемы, элементарные речевые обманы — слышится окрики, вопли, стон, плач, рыдание, хохот, вздохи, кашель, восклицания, отдельные слоги, отрывки слов.

- сложными: музыкальными (концерты, песни) и вербальными (диалоги, голоса).

«Голоса» в голове пациента могут быть императивными (приказывающими сделать что-либо — не есть, убить кого-то или себя, замолчать), комментирующими (констатируют действия пациента, дублируют мысли), хульными (ругают, оскорбляют). Могут быть как мужскими, так и женскими, обычно воспринимаются как «механические».

Обонятельные галлюцинации - мнимые восприятия различных запахов. Это могут быть знакомые, приятные, вызывающие чувство отвращения, неопределенные или незнакомые запахи, с которыми ранее не приходилось встречаться.

В зависимости от условий возникновения различают следующие виды галлюцинаций.

Функциональные (дифференцированные) галлюцинации. Развиваются одновременно с восприятием реального раздражителя и в пределах той же модальности ощущения. Чаще это слуховые, реже — зрительные галлюцинации. Например, под стук колес одновременно слышится

повторение фразы: «Кто ты, что ты, кто ты, что ты...». При остановке поезда галлюцинация исчезает.

Рефлекторные галлюцинации. В отличие от функциональных, являются имитацией реального стимула в иной модальности ощущения. Больная сообщает: «Слышу стук, кашель, скрип двери, и в то же время отдается в груди — будто там стукнули, кашлянули, повернули».

Гипнагогические галлюцинации. Возникают в полусне, при засыпании, при закрытых глазах, в состоянии легкой дремоты. Обычно это зрительные, слуховые, тактильные галлюцинации. Гипнагогические галлюцинации четко разграничиваются больными со сновидениями. Понимание болезненности обманов восприятия появляется некоторое время спустя после пробуждения.

Гипнопомпические галлюцинации. Возникают при пробуждении от сна. Обычно это зрительные, реже — слуховые обманы восприятия. Галлюцинации, как показывают клинические наблюдения, могут быть приурочены не только к фазам «медленного» сна. Так, встречаются необычайно яркие сновидения, к которым позже пациенты относятся как к реальным событиям. По-видимому, галлюцинации возникают и в фазу «быстрого» сна.

Галлюцинации Боннэ. Впервые описаны у больного, страдавшего старческой катарактой. Их появление связано с патологией глаз — катаракта, отслойка сетчатки, воспалительные процессы, операции на глазном яблоке. Это зрительные единичные или множественные, сценopodobные, в ряде случаев окрашенные и подвижные видения людей, животных, пейзажей. При малой интенсивности галлюцинаций критическое отношение пациентов к ним сохраняется. С усилением галлюцинаций понимание болезненности исчезает, появляется тревога, страх, нарушается поведение. Поражение аппарата улитки, невриты слухового нерва, серные пробки могут способствовать развитию слуховых обманов. Появление галлюцинаций Боннэ связано с патологической импульсацией из рецепторов, а также с сенсорной гипостимуляцией.

Педункулярные галлюцинации Лермитта. Возникают при поражении ствола мозга в области ножек. На фоне неполной ясности сознания наблюдаются зрительные лилипутные обманы зрения, обычно в вечерние часы, перед сном. Воспринимаются животные, птицы, обычно подвижные и окрашенные в естественные цвета. Критика к галлюцинациям может сохраняться. По мере их усиления она исчезает, присоединяется, тревога, страх.

Галлюцинации Ван-Богарта. Наблюдаются при лейкоэнцефалите. Множественные цветные видения зоологического содержания (животные, рыбы, птицы, бабочки) появляются в промежутках между приступами повышенной сонливости и сопровождаются беспокойством, нарастанием аффективной окраски мнимых образов. В последующем развивается делирий, сложные акустические расстройства, амнезия на период нарушенного сознания.

Галлюцинации Пика. Зрительные обманы в виде людей, животных, воспринимаемых сквозь стены здания. Во время галлюцинаторных эпизодов у пациентов выявляются нистагм, диплопия. Описаны при поражении ствола мозга в области четвертого желудочка.

Клинически важным является разделение галлюцинаций на истинные и ложные, или псевдогаллюцинации.

Клиническая характеристика истинных и ложных галлюцинаций

признак	истинные	ложные
Осознание галлюцинаторного образа	Имеет характер объективности и реальности, в сознании больного неотличим от образа реального восприятия	Осознается как нечто субъективное и вместе с тем аномальное, весьма отличное от реальных образов, представлений, фантазий и истинных галлюцинаций.
Суждение о способе запечатления галлюцинаторного образа	Убежденность в обычном способе «восприятия» одним из анализаторов.	Уверенность в необычном «восприятии» несуществующим анализатором («внутренним оком», «внутренним ухом»)
Идентификация галлюцинаторного образа с реальным.	Полная, с отчуждением галлюцинаторного образа от субъекта	Отсутствует, галлюцинаторный образ несет в себе особые качества, позволяющие субъекту отличить его от реального
Проекция галлюцинаторного образа	Как правило, в физический материальный мир, в реальное пространство	Как правило, в субъективное пространство, нередко вне поля досягаемости

	в пределах достижимости анализатора	анализатора
«Чувство сделанности»	Всегда отсутствует	Всегда присутствует
Актуальное поведение (соответствие поведения содержанию галлюцинаторных переживаний)	Почти всегда наблюдается	Поведение почти всегда диссоциировано с содержанием галлюцинаций
Убежденность в том, что окружа- ющие восприни- мают те же самые образы	Отмечается почти во всех случаях	Почти всегда отсутствует
Галлюцинаторный образ несет угрозу	Чаще жизни, здоровью и благополучию больного и его близких	Чаще психической сфере пациента
Суточные колебания выраженности симптома	Как правило, в виде усиления галлюцинаторных переживаний, вплоть до галлюцинаторной загруженности в вечерне-ночное время	Как правило, отсутствуют
Течение	Чаще острое, относительно непродолжительное	Чаще хроническое, подострое, затяжное

Истинные галлюцинации часто являются симптомов раздражения коркового отдела анализатора (опухоли головного мозга, тяжелые интоксикации, черепно-мозговые травмы и др.) К ним чаще, чем к псевдогаллюцинациям, формируется критичное отношение (особенно, если они возникают на фоне ясного сознания).

Псевдогаллюцинации клинически отражают эндогенное нарушение интегративных процессов в когнитивной сфере.

Внимание

До человека доходит огромное число раздражений, однако он отбирает самые важные из них и игнорирует остальные. Из большого числа возможных движений он совершает лишь некоторые, входящие в состав его действий, и тормозит остальные. Осуществление отбора нужной информации, обеспечение избирательных программ действий и сохранение постоянного контроля над их осуществлением называется вниманием.

Различают следующие основные свойства внимания: объем, распределяемость, устойчивость, концентрированность, переключаемость. Под объемом внимания понимают то число поступающих сигналов или ассоциаций, которые одновременно удерживаются в поле ясного сознания. Концентрация или избирательность внимания характеризуется интенсивностью его сосредоточения на объекте деятельности. Избирательность внимания — это степень помехоустойчивости какого-либо вида деятельности. Чрезмерная концентрация внимания (гиперпрозексия) проявляется рассеянностью, излишней поглощенностью чем-либо, когда не замечаются иные важные стимулы, как внешние, так и внутренние. Распределяемость внимания тесно связана с его объемом, однако речь в данном случае идет о возможности не одного, а, по крайней мере, двухфокального внимания, концентрации его не в одном, а в двух или большем числе разнородных фокусов. Под устойчивостью внимания принято понимать ту длительность, с которой выделенные вниманием процессы сохраняют доминирующий характер. Переключаемость внимания состоит в способности быстро выключиться из одних установок и включиться в новые, соответствующие изменившимся условиям.

Различают два основных вида внимания — *непроизвольное, пассивное и произвольное, активное*. О непроизвольном внимании говорят в тех случаях, когда око привлекается сильным, новым либо интересным (соответствующим потребности) раздражителем. Механизмы непроизвольного внимания у человека и животных являются общими, их основу составляет ориентировочный рефлекс. Произвольное внимание свойственно лишь человеку. Оно обнаруживается в том, что субъект может намеренно сосредоточивать свое внимание то на одном, то на другом объекте.

Патология внимания. При психических заболеваниях могут возникать такие нарушения внимания, как сужение объема, уменьшение

глубины, повышенная истощаемость, тугоподвижность, изменения направленности внимания, парепрозексия, апрозексия, ослабление распределяемости внимания.

Сужение объема внимания. Проявляется неспособностью удерживать в кругу произвольной целенаправленной деятельности достаточно большое число представлений и свободно оперировать ими. При выполнении какой-либо работы легко теряются из виду те или иные требования к ней, учитываются одни и не принимаются в расчет другие обстоятельства. Больные становятся рассеянными, забывчивыми.

Уменьшение глубины внимания. Характеризуется преобладанием пассивного внимания над активным. Клинически это выражается повышенной отвлекаемостью, ослаблением наблюдательности, поверхностным характером и неустойчивостью внимания. Больные оказываются не в состоянии центрировать внимание на чем-то одном, долго сосредоточиться на каком-нибудь деле, не доводят начатое до конца, отвлекаясь «а что-либо другое».

Чрезмерная истощаемость внимания. Выражается снижением способности к длительному сосредоточению на определенном явлении или деятельности в силу свойственной больным повышенной утомляемости. После непродолжительного периода работы в достаточно высоком темпе появляется чувство усталости, повышенная отвлекаемость, теряется интерес к занятию, возникает потребность в отдыхе или перемене деятельности, сонливость, непоседливость.

Тугоподвижность внимания. Проявляется неспособностью к быстрому и частому переключению внимания с одного явления или деятельности на другие, инертностью установок, прилипчивостью, застреваемостью в беседе на какой-либо теме, затруднениями в смене целевых направлений.

Нарушение направленности внимания. Это проявляется в том, что внимание приковано к явлениям, заслоняющим от больных другие важные стороны жизни.

Своеобразие нарушений внимания больных шизофренией состоит в том, что оно часто рассеивается по мелочам, на несущественные детали происходящего. В беседе с врачом больной может небрежно отвечать на вопросы, оставить их без внимания, не обнаруживает никакого интереса к тому, что решается, быть может, его судьба. Он занят, главным образом, тем, что разглядывает пятна на стене, вытягивает из одежды и скручивает нитки, чистит ногти, вертит пуговицы, перебирает на столе бумаги, что-то рисует, рассматривает обувь.

Парапрозексия. Своеобразное нарушение внимания, характеризующееся тем, что напряженное ожидание блокирует способность вовремя заметить появление соответствующего объекта.

Апрозексия. Выключение как произвольного, так и непроизвольного внимания, полное отсутствие интереса к происходящему и невозможность пробудить этот интерес с помощью внешнего поощрения.

Тема 3. Психопатология памяти, мышления, интеллекта.

Память: на текущие события, на события прошлой жизни, недавнего прошлого, влияние нарушений памяти на поведение.

Память – это психический процесс фиксации, удержания, сохранения и воспроизведения непосредственного и прошлого индивидуального опыта.

Основными функциями являются: запоминание (фиксация); сохранение (ретенция), воспроизведение и забывание.

Запоминание – функция памяти, которая осуществляет закрепление нового путем ассоциирования его с приобретенным ранее.

Сохранение - функция памяти, которая заключается в длительном удержании и накоплении индивидуального и общественного опыта.

Воспроизведение - функция памяти, заключающаяся в актуализации закрепленного в прошлом опыта и перевода его из долговременной в оперативную память.

Индивидуальная память различается по объему, скорости, точности и прочности запоминания. Объем памяти исчисляется количеством информации, которая может быть в ней зафиксирована.

Различают произвольную и непроизвольную память. В первом случае запоминание сопровождается деятельностью человека и не связано со специальным намерением запомнить что-либо. Произвольное запоминание связано с предварительной установкой на запоминание. Оно наиболее продуктивно и лежит в основе всякого обучения, но требует соблюдения специальных условий (осмысливание запоминаемого материала, активное внимание и сосредоточенность).

В зависимости от организации процессов памяти и длительности удержания информации различают непосредственную, кратковременную, промежуточную (буферную) и долговременную виды памяти. Первые три вида иногда объединяют в кратковременную память. Каждая из них реализуется на основе различных механизмов, обладает различной емкостью, спецификой фиксируемых данных. Кратковременная память делится также на так называемый непосредственный отпечаток, промежуточную форму кратковременной памяти (или стадию консолидации) и оперативную память.

Непосредственный отпечаток характеризуется достаточной емкостью, длительность хранения информации не превышает одной секунды, она лишь обеспечивает непрерывный характер восприятия. Это модально-

специфическая память с рядом хранилищ для каждого канала сенсорной информации.

Затем информация из непосредственной переводится в кратковременную память. Работу кратковременной памяти объясняют циркуляцией импульсов в замкнутых нейронных цепях. Стадия консолидации памяти представляет собой латентный период длительностью от 15 до 60 мин. Это модально-неспецифический вид памяти (с одним накопителем информации). Время хранения информации в памяти — до 20 секунд — срок, достаточный для опознания, отбора и кодирования сигналов. Работу кратковременной памяти иллюстрируют явления эйдети́зма. Эта форма памяти отличается повышенной чувствительностью к различным внешним воздействиям (интоксикации, гипоксия, травмы, аффекты). Оперативная память, как разновидность кратковременной памяти, служит для удержания информации по ходу ее извлечения из долговременной памяти в процессе осуществления тех или иных видов деятельности и имеет исключительно большое значение при реализации почти всех психических процессов.

Промежуточная (буферная) память имеет единственное хранилище информации, в котором она удерживается до трех суток. «Очищение» запасников памяти происходит, как предполагают, во сне, чему соответствуют сновидения с тематикой свежих событий. Для этого информация из промежуточной направляется в кратковременную память, там интерпретируется и только затем поступает на хранение в долговременную память.

Долговременная память обеспечивает хранение впечатлений практически на протяжении всей жизни. Биохимическая теория памяти Хидена объясняет механизм долговременной памяти с процессами образования РНК. Основным субстратом хранения памяти считается синапс. Долговременная память имеет двигательные, образные и словесные структуры. В каждой из них существует два блока информации. В первом последняя хранится в организованном виде и активно используется. Это примерно 10% всех запасов долговременной памяти (в среднем). В другом блоке информация неорганизована и произвольному воспроизведению у большинства людей недоступна. Гиппокамп и связанные с ним образования (миндалевидное тело, ядра зрительного бугра, мамиллярные тела) играют особо значительную роль в фиксации и хранении следов памяти. Установлено, что двустороннее поражение гиппокампа приводит к грубым нарушениям памяти, которые известны в клинике под названием «корсаковский» или «лимбический» синдром.

Поражение лобных долей больших полушарий специфически нарушает способность произвольного управления функцией памяти, но не препятствует неконтрольному, пассивному запечатлению и репродукции следов памяти.

Патологию памяти условно разделяют на амнезию (отсутствие на памяти на определенные события или определенный промежуток времени), гипомнезию (снижение запоминания или воспроизведения), гипермнезию (непроизвольное оживление памяти, как правило сочетается со сниженной способностью к запоминанию) и парамнезии (искажение процессов воспроизведения).

Амнезия как выпадение памяти на определенные события чаще бывает *органического происхождения* (связанной с поражением (повреждением) головного мозга). Выделяют также *функциональную (психогенную, конверсионную)* амнезию. Она связана с деятельностью механизмов психологической защиты, глубоким вытеснением из сознания травмирующих событий. Виды амнезий:

1. Ретроградная – выпадение из памяти впечатлений, предшествовавших острому периоду болезни, встречается при тяжелых гипоксиях и аноксиях мозга (токсические), травмах головного мозга с клиникой комы, некоторых вариантах аменции.

2. Конградная – выпадение воспоминаний полное или частичное, ограничиваемое только событиями острого периода болезни (нарушении сознания), встречается при глубоком оглушении, сопоре, коме, некоторых формах делирия, аменции, онейроида и особых состояниях сознания, сумеречных состояниях сознания.

3. Антероградная – утрата воспоминаний о текущих событиях, на периоде за острым этапом болезни, встречается при Корсаковском синдроме, аменции.

4. Антероретроградная – выпадение событий до и после острого периода болезни, встречается при некоторых вариантах комы, аменции, наблюдающихся при тяжелых травмах, токсических повреждениях головного мозга или инсульте.

5. Фиксационная – резкое ослабление способности запоминать текущие события, входит в структуру Корсаковского синдрома, прогрессирующей амнезии, паралитического синдрома.

Парамнезии:

1. Псевдореминесценции – события, которые действительно имели место, но в другой отрезок времени. Перенос событий обычно

происходит из прошлого в настоящее, в котором замещает провалы в памяти, возникающие в результате фиксационной или прогрессирующей амнезии. Входят в структуру Корсаковского синдрома, прогрессирующей амнезии, парамнестической деменции, пуэрилизма.

2. Криптомнезии – искажение памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний. Проявляются нарушением способности идентифицировать источник воспоминаний, больные могут считать себя авторами творческих достижений, тогда как на самом деле последние были заимствованы ими.

3. Эхомнезии – обманы памяти, при которых какое-то событие, факт, переживание переживается удвоенными, утроенными. Текущие события проецируются одновременно в прошлое и настоящее, больной убежден, что эти события уже имели место.

4. Конфабуляции – яркие, образные, часто фантастические ложные воспоминания с патологической убежденностью в их истинности. Больной вспоминает события, которых не было. Патологические вымыслы, принимаемые больными за воспоминания о реальных событиях прошлого. Входят в структуру Корсаковского синдрома, прогрессирующей амнезии, деменции, конфабulatorно-бредовых и острых парафренических синдромов.

Корсаковский синдром.

Ведущие симптомы – фиксационная амнезия и парамнезии (псевдореминисценции и конфабуляции). Обязательные симптомы – амнестическая дезориентировка во времени, месте, окружающих лицах с невозможностью запомнить их имена и функцию. Присутствуют разнообразные аффективные нарушения (растерянность, тревожность, благодушие, беспечность, эмоциональная лабильность) и двигательные расстройства (гиподинамия, суетливость). Клинической особенностью является ситуационная сообразительность. Мышление больных поверхностно и непродуктивно в силу узости восприятия и невозможности удержания информации. Речь шаблонна и монотонна.

Выделяют две формы:

Регрессирующий Корсаковский синдром. Важная особенность данного синдрома – постепенное уменьшение степени выраженности амнезии. Больной начинает запоминать в возрастающем объеме текущие события. Вместе с тем он вспоминает некоторые события и факты, которые ранее не мог запомнить и воспроизвести. При этой форме страдает в основном воспроизведение.

Стационарная форма Корсаковского синдрома. Отличительная особенность – сохранение амнезии в одной и той же степени выраженности с тенденцией компенсации на отдаленных этапах болезни. При этой форме страдает в основном фиксация.

В диагностике некоторых заболеваний органического происхождения и дифференциальной диагностике корковых и подкорковых деменций с патологией памяти часто путают корковые нарушения:

- **Агнозия.** Нарушение узнавания предметов. При оптической агнозии предметы не узнаются, возможно, из-за выпадения адекватных программ исследовательских действий (ощупывающих движений глаз). Зрение и цветовосприятие не страдают. Нарушение узнавания может касаться символов (букв, цифр), рисунков, геометрических фигур, лиц знакомых людей, вида собственной квартиры и др.

- **Апраксия.** Выпадение моторных навыков (действий с предметами, жестов, бытовых навыков). При моторной апраксии пациент забывает характер действий, требуемых для выполнения задания. При идеаторной апраксии страдает план, последовательность действий, которые нужно выполнить для достижения цели. Конструктивная апраксия проявляется в том, что пациент не может из отдельных элементов или частей воссоздать нужную целостную структуру (составить фигуру

- **Афазии.** Моторная (экспрессивная) афазия характеризуется затруднениями в словесном выражении мыслей. Типичным является телеграфный стиль речи. Страдает произвольная письменная речь, в то время как при списывании она сохранена лучше. В более тяжелых случаях моторной афазии нарушается письмо под диктовку. Сенсорная афазия проявляется непониманием устной и письменной речи, поскольку нарушен фонематический слух — различение фонем, сходных по звучанию. Амнестическая афазия проявляется забыванием нужных слов, например, названий предметов. Вместо этого пациенты показывают или описывают назначение и свойства предметов, действия, которые совершаются с ними. Многозначность сочетается с вербальными парафазиями, персеверациями. Семантическая афазия характеризуется непониманием сложных фраз из-за неспособности идентифицировать грамматические формы, которые выражают отношения между понятиями. Например, пациент не видит различия между отцом брата и братом отца.

Мышление

Мышление – это психический процесс опосредованного и обобщенного отражения существенных сторон предметов и явлений объективного мира и их внутренних взаимосвязей.

Человеческое мышление невозможно без языка и имеет свои логические формы. Главными из них являются: понятие, суждения, умозаключения.

Понятие – основа мышления, сутью которой является слово как символ, отражающий существенные признаки предметов и явлений объективного мира. Понятия бывают абстрактные и конкретные. Абстрактные понятия служат для обозначения качеств или свойств состояний, действий, предметов или явлений. Они образуются путем мысленного отвлечения от конкретных свойств объектов реального мира с целью выделения наиболее существенных.

Составные элементы понятия принято называть признаками. Они бывают существенными и второстепенными. Логически правильное, целенаправленное мышление опирается на главные признаки. Высококreatивное мышление и юмор часто опираются как на главные, так и на второстепенные. Преобладание в мышлении связей между предметами и явлениями, основанных на второстепенных признаках, приводят к нарушениям логического строя и продуктивности мышления. Исследуется обычно нейропсихологическими тестами. Например, при исключении лишнего из слов «вертолет, пчела, вентилятор, гвоздь» исключенным по главному признаку является слово «пчела» («живое-неживое»), по второстепенному – гвоздь («вертится-не вертится»). Актуализация латентных признаков встречается при шизофрении и близких к ней расстройствах.

Помимо признаков понятия имеют объем и содержание. Объем означает совокупность представлений обо всех предметах, образующих понятие, а содержание – те признаки, которые приписываются тому или иному понятию. Чем больше объем понятия, тем беднее его содержание. Так, понятие «зависимость от психоактивных веществ» больше по объему, но беднее по содержанию, чем понятие «делирий вследствие отмены алкоголя».

Суждение – форма мышления, в которой высказывается мысль о предмете, отражаются отношения и связи между предметами и явлениями или между их свойствами и признаками посредством утверждения или отрицания.

Умозаключения – форма мышления, которая выводит из одного или нескольких суждений (посылок) новое (заключение).

Процесс мышления связан с рядом логических операций: анализом, синтезом, обобщением, ограничением, делением, классификацией и т.д.

Различают три вида мышления (онтогенетически): наглядно-действенное, образное, абстрактно-логическое.

Наглядно-действенное – отражение связей и отношения предметов и явлений, непосредственно включенных в практическую деятельность человека. У детей в возрасте до двух лет данный вид мыслительной деятельности обозначается также как «сенсомоторное мышление» или «ручное мышление». Проявление наглядно-действенного мышления можно встретить и у взрослого человека. Например, в отношении предметов, о которых нет знания и опыта, в этих условиях человек действует наугад, «на ощупь», пытаясь методом проб и ошибок установить свойства объектов и существующие между ними отношения.

Существуют и зрелые формы ручного мышления. Его уровень определяется сложностью манипуляторных навыков. В системе медицинского образования этот вид мышления в значительной степени формирует практические навыки.

Наглядно-образное мышление – отражение связей и отношений предметов и явлений с помощью содержащихся в памяти образов предметов и явлений, которые в прошлом включались в его деятельность. Доминирует в дошкольном и раннем школьном возрасте. Вместе с наглядными образами используются знания, полученные при обучении и воспитании, но в значительно меньшей степени. В системе медицинского образования – это клинический опыт, полученный при обучении. Он формирует систему образных представлений (внешний вид пациентов, образная память на рентгенограммы с определенными расстройствами, гистограммы и др.)

Абстрактно-логическое (отвлеченное) мышление – отражение связей и отношений путем оперирования понятиями. Здесь вскрываются такие явления, закономерности, причинно-следственные связи, которые не поддаются наглядно-действенному и образному познанию. Формой выражения мышления является речь. Как отражение мышления она обладает логичностью, доказательностью, грамматическим строем, темпом, целенаправленностью, продуктивностью и т.д.

Промежуточное положение между «здоровым» мышлением и его патологией занимают аутистическое и пралогическое типы мышления.

Аутистическое мышление оторвано от реальности, соответствует внутренним стремлениям и желаниям субъекта, игнорируются и логические, и временные связи. Пралогическое мышление архаично и мистично, связано, например, с убеждением, что свойства одного предмета переходят на другой при их соприкосновении; воздействие на один предмет распространяется на другой, а также «после того – значит, вследствие того». Проявлениями данного вида мышления в нашей культуре являются магические ритуалы с куклами вуду, а также идеи «сглаза», «порчи», которые часто требуют дифференциальной диагностики с бредовыми идеями.

Классификация нарушений мышления включает несколько параметров. Выделяют:

1. расстройства содержания мышления: навязчивые идеи, сверхценные идеи, бредовые идеи.
2. расстройства процесса (формы) мышления: нарушения темпа, нарушения подвижности, нарушения грамматического строя, нарушения подвижности.

Навязчивые идеи.

Навязчивые идеи – непроизвольно (помимо воли пациента) повторно возникающие собственные мысли или образы, содержание которых не несет адекватной информации или пугает. Обычно их содержание критически оценивается пациентом, правильно понимается, хотя может затруднять контроль своего поведения из-за нарастающего эмоционального напряжения. Они возникают, как правило, не зависимо от желания больного, носят неотступный характер, от них нельзя произвольно освободиться (или для этого необходимы определенные действия – ритуалы), как правило, эмоционально окрашены отрицательно. Выделяют навязчивые идеи (обсессии) и навязчивые действия (компульсии).

По содержанию навязчивых идей выделяют:

1. Навязчивая озабоченность возможным загрязнением, обычно физиологическими выделениями, но также разносчиками заразы и грязью вообще, сопровождаемая избеганием соприкосновения с «опасными» объектами и многочасовым защитным мытьем, доходящим до стирания кожи рук. Мытье рук встречается у половины всех обсессивных больных. В этой группе преобладают женщины («синдром особо тщательной домохозяйки»).

2. Навязчивые сомнения, сопровождаемые многократной компульсивной проверкой (например, выключен ли газ, свет). Больные постоянно озабочены тем, что забыли что-то сделать, или, возможно, сделали что-то не так. Часто наблюдаются навязчивый счет, повторения, педантичность, стремление добиться в чем-либо полноты, совершенства, симметричности и точности расположения предметов.

3. Навязчивая медлительность и нерешительность, в которой сплав обсессивных и компульсивных компонентов является тяжким препятствием любой повседневной деятельности больного, растягивая на часы одевание, прием пищи, бритье и т.д. В этой группе преобладают мужчины.

4. Абстрактные навязчивости представляют собой навязчивые мысли отвлеченного характера: манипулирование цифрами, подсчет окон в домах, напевание музыки, подсчет номеров машин, «умственная жвачка».

5. Контрастные навязчивости – навязчивые мысли, противоречащие основному содержанию мышления, мировоззрению и морально-этическим принципам человека (хульные, кощунственные, агрессивные). Наиболее тягостны, часто сопровождаются эмоциональными нарушениями.

6. Навязчивые воспоминания – непреодолимые, неактуальные в данный момент воспоминания о нейтральном или постыдном событии из жизни, сопровождаются чувством вины, стыда или раскаяния.

Виды навязчивых идей:

По механизмам возникновения:

1. Ситуационные – возникают в результате психогений, их содержание психологически понятно и отражает психотравмирующую ситуацию (н-р канцерофобия).

2. Аутохтонные навязчивости – появляются без видимой внешней причины, их содержание нередко малопонятно, абстрактно, оторвано от реальности. 1 и 2 – это первичные навязчивости или обсессии.

3. Ритуальные навязчивости – вторичны, это действия (компульсии), которые пациент совершает для снижения эмоционального напряжения, вызванного первичными навязчивостями. Они носят защитный характер, снимая душевный дискомфорт (возвращение домой и проверки при навязчивых сомнениях – выключил ли утюг; повторное мытье рук при навязчивых мыслях о загрязнении).

4. Навязчивости, сопровождающиеся аффективными нарушениями (фобические).

- Нозофобии – навязчивый страх заболевания с тяжелыми последствиями: фтизиофобия – страх заболеть туберкулезом, сифилофобия, канцерофобия, гельминтофобия и др.

- Страх пространства, явлений и процессов происходящих в нем: агорафобия – страх открытых пространств, клаустрофобия – страх закрытых помещений, пиррофобия – страх перед пламенем, гефирофобия – страх ходить по моту и др.

- Социофобии – навязчивые страхи, связанные с различными аспектами отношений с людьми: лалофобия – страх публичных выступлений, эрейтофобия – страх покраснеть и смутиться в присутствии других людей, акнефобия – страх появления угрей на лице и др.

5. Навязчивые волевые расстройства:

1. Навязчивые влечения (гомецидомания, суицидомания) желание совершать ненужные, порой опасные действия, что сопровождается внутренним дискомфортом. Обычно они не реализуются в действия.

2. Навязчивые действия (компульсии) – реализованные навязчивые влечения. Могут быть связанными с Obsessиями (навязчивое мытье рук при страхе заражения) или самостоятельными: трихотилломания (навязчивое выдергивание волос, онихофагия (обгрызание ногтей) и др.

Навязчивости встречаются в рамках в рамках Obsessивных и фобических расстройств, а так же в рамках ларвированных депрессий.

Сверхценные идеи.

Сверхценные идеи – продуктивные расстройства мышления, тесно связанное с особенностями личности, при которых возникает логически обоснованное убеждение, которые базируются на реальной ситуации и обладающие необычайно большим эмоциональным зарядом. Из-за очень большой значимости могут приводить к дезадаптации в социальной среде. Отличаются от навязчивых идей отношением: навязчивости воспринимаются как нечто чуждое, тогда как сверхценные идеи часто являются частью мировоззрения, очень часто критика к ним формальная.

Варианты видов сверхценных идей:

Переоценка биологических свойств своей личности:

1. дисморфофобические проявляются в убежденности пациента в том, что имеющийся у него наличие у него косметический или физиологический дефект настолько выражен, что делает его отвратительным в глазах окружающих и препятствует нормальному социальному функционированию. На устранение этого недостатка обычно направлены все жизненные интересы, силы и средства;

2. ипохондрические характеризуются значительным преувеличением тяжести имеющегося у пациента соматического заболевания;

3. сексуальной неполноценности проявляются убежденности в тяжелых медицинских и социальных последствиях временных сексуальных неудач или маструбации;

4. идеи самоусовершенствования проявляются преувеличением значимости и роли в жизненных ценностях психологических, физических и духовных тренировок, которые становятся самоцелью и затрудняют социальное функционирование.

Переоценка психологических свойств своей личности или ее творчества:

1. изобретательства связаны с переоценкой пациентом значимости сделанных им изобретений, рацпредложений и др.;

2. реформаторства - возникают на основе предвзятой ревизии существующих научных, культурных и социальных ценностей с болезненной убежденностью в необходимости их радикальных изменений;

3. сверхценные идеи талантливости характеризуются убежденностью в собственной гениальности и стремлением к всеобщему признанию.

Переоценка социальных факторов:

1. виновности – преувеличение последствий своих поступков;

2. эротические – когда обычные знаки внимания расцениваются как проявления страстной влюбленности с соответствующими поведенческими реакциями;

3. при сверхценных идеях сутяжничества целью жизни пациента становится борьба с реальными или мнимыми социальными недостатками, которые возводятся пациентом в ранг социальной несправедливости, поэтому они дезорганизуют работу различных учреждений письмами, жалобами и заявлениями.

Бредовые идеи.

Бредовые идеи – продуктивные расстройства, при которых возникают непоколебимые суждения и умозаключения, не соответствующие объективной реальности, не поддающиеся коррекции и нарушающие адаптацию больного в социальной среде.

Бред является формальным признаком психоза и, по мнению большинства исследователей, выступает одним из основных его признаков. Недоступностью коррекции ни логическим, ни суггестивным путем бред отличается от заблуждений и ошибок, свойственных здоровым

лицам. Факты действительности, противоречащие бредовым идеям, не принимаются в расчет или толкуются односторонне, лишь в плане подтверждения бреда. Поэтому не рекомендуется в общении проявлять настойчивость в переубеждении. Это ничего не дает, а иногда приводит к нежелательным последствиям,

Классификация бредовых идей проводится по нескольким основным параметрам: по структуре, по механизму образования, по содержанию.

По структуре выделяют:

Систематизированный – характеризуется наличием логической структуры и системы доказательств. Он имеет внутреннюю субъективную логику, в соответствии с которой факты трактуются односторонне и искаженно. Развитие его обычно медленное и хроническое.

Несистематизированный бред характеризуется безотлагательными болезненными утверждениями и отсутствием достаточно разработанных логических доказательств. Его отличает более тесная взаимосвязь с сиюминутной ситуацией. Формирование этого бреда обычно острое, фабула возникает внезапно, она полиморфна и неустойчива. Высказывания больных нередко двойственны, противоречивы и довольно изменчивы. Не являясь продуктом рационального осмысления, последовательных суждений, эти мысли не объясняются большими, могут быть непоследовательными и фрагментарными. Для этого бреда характерна тенденция к генерализации с вовлечением все большего числа событий, фактов, лиц. Развитие несистематизированного бреда с другими, довольно обильными психопатологическими феноменами – галлюцинациями, эмоциональной патологией, моторными расстройствами, помрачениями сознания. Входят в структуру многих сложных психопатологических состояний – помрачение сознания, острых галлюцинозов, галлюцинаторно-бредовых, параноидных, аффективно-параноидных, аффективно-кататонических, кататонно-параноидных, парафренных синдромов.

По механизму образования:

1. **Первичный бред (бред интерпретации)**. Основу первичного бреда составляет нарушение абстрактного познания («кривая логика»). Во многих случаях первичный бред представляет собой хроническое расстройство. Раз, начавшись, он способен сохраняться всю жизнь. Часто его развитие происходит исподволь и носит «ползучий характер».

2. **Вторичный (чувственный) бред** – основу составляет нарушение чувственного познания, возникающего в результате галлюцинаций, расстройства аффекта или памяти, помрачения сознания. При этом виде бреда существует иллюзорное приятие окружающего. Бред лишен

системы. Его содержание изменчиво и непоследовательно, часто определяется противоположным по содержанию бредовыми идеями, например, идеи самоуничтожения, гибели часто существуют одновременно или сменяются на протяжении очень короткого промежутка времени идеями величия и бессмертия или идеями вечного блаженства. Чувственный бред существует как данность. При нем отсутствует обоснование, доводы, какие-либо мало-мальски логические построения. Если и существуют построения, то они бедны, разрознены и зачастую противоречивы. По своей наглядности они напоминают грезы или картины сна. В поступках больных часто присутствует импульсивность. При параноидном бреде – это бегство, стремление к обороне, в ряде случаев внезапное нападение на мнимых врагов. При бреде парафренного содержания поведение больных часто носит восторженно-патетические черты. Сознание больных обычно (если только бред изначально не возникает на фоне помраченного сознания) остается непомраченным, но из-за постоянного видоизменения бредовых представлений и наличия других психопатологических расстройств оно калейдоскопически меняется, и на отдельные моменты переносятся в другую реальность созданную патологическими переживаниями. Чувственному бреду сопутствует напряженная тревога, страх, реже восторженность, доходящая до экстаза.

3. Индуцированный – разновидность психогенного бреда, при котором бред психически больного человека «передается» лицам, являются до этого психически здоровыми людьми. Чаще всего больной человек страдает первичным бредом. По содержанию индуцированный бред является бредом ущерба, отравления, супружеской неверности и др. Бред индуцированного менее систематизирован чем индуктора, как правило, он беднее содержанием, излагается в общих чертах с использованием слов перенятых от индуктора.

Для возникновения индуцированного бреда необходим ряд условий:

1. Длительное общение с индуктором.
2. Бред индуктора должен развиваться исподволь, а его содержание должно отличаться правдоподобием, и соответствовать установкам индуцируемого.
3. Доводы индуктора должны обладать выраженной аффективной заряженностью т.к. в этих случаях, они становятся, более убедительны.
4. Резидуальный бред – не полностью исчезнувший бред. Обычно он сочетается с легкими аффективными расстройствами и является моносимптомом.

По содержанию выделяют:

1. Бред с пониженной самооценкой.
2. Бред с повышенной самооценкой.
3. Персекуторный бред (бред преследования).
4. Смешанные формы бреда отличаются наличием персекуторного бреда с повышенной или пониженной самооценкой:

Бред протекции – больной уверен, что его готовят к исполнению особой миссии, над ним экспериментируют, пытаются и т.д.

Бред благожелательного воздействия – больной полагает, что на него воздействуют извне с целью перевоспитания, обогащение опытом знаниями и т.д.

Бред инсценировки – больной считает, что все вокруг специально подстроено, разыгрывается по какому-то особому сценарию, где все играют определенные роли (добрые или злые).

Бред кверулянтства (сутяжничества) – болезненное присвоение миссии борьбы с преувеличенными или мнимыми недостатками, борьба за свои или чужие, якобы поправленные права и достоинство.

Бред обвинения – больной уверен, что его осуждают окружающие лица т.к. они «считают», что он совершил неблагонадежный поступок.

Бред интерметаморфозы (метаболический) – убежденность в полном изменении окружающей обстановки ее несоответствии с реальностью, перевоплощение предметов и людей.

Симптом положительного двойника – больные в незнакомых людях узнают родных.

Симптом отрицательного двойника – больные в родных узнают чужих людей.

Симптом Фреголи – больной замечает, как один и тот же человек постепенно меняет свою внешность.

Полиморфный бред – бред с большим количеством тем, но разной фабулой.

Этапы образования бреда.

Выделяют следующие этапы развития первичного бреда:

– период инкубации;

1 – кристаллизации (систематизации);

2 – стериотипизации;

3 – терминальный период.

1. Период инкубации – возникают догадки, предположения, самые разнообразные сопоставления; патологически истолковываются происходящие в данный момент события, человеческие

взаимоотношения, собственные ощущения и чувства. Может возникнуть чувство, что в чем-то им допущена ошибка, но лишь в начале. Позже сомнения отпадают. В этот период часто появляется ощущение грозящей катастрофы. Окружающее наполнено непонятным и новым смыслом. Это бредовое настроение, которое затем переходит в следующую стадию.

2. Период кристаллизации – остро возникает чувство «озарения», «прозрения», «откровения». Гнетущее чувство неясности исчезает – «все ясно и понятно». Прежние разрозненные факты объединяются в одно целое и становятся отныне непреложной истиной. Бредовая система расширяется за счет интерпретации самых различных фактов настоящего и прошлого. Создается целая концепция. Одновременно меняется поведение больных, оно во многом определяется фабулой бреда. Больные становятся конфликтны, активно преследуют мнимых недоброжелателей.
3. В период стерiotипизации – содержание как бы отливается в одну форму, его усложнение или не происходит, или же отдельные видоизменения касаются второстепенных деталей. Значительно ослабевает аффективная насыщенность бреда. Однако могут возникать обострения, во время которых усиливается бредовая продукция, и возникают отчетливые аффективные вспышки.
4. В терминальном периоде – наступающем, спустя многие годы и даже десятилетия после начала заболевания, происходит постепенный распад бредовой системы. Она становится фрагментарной, но полного исчезновения бреда не происходит.

Паранояльный, параноидный, парафренный бред.

- паранояльный бред – монотематический, систематизированный первичный бред толкования, при отсутствии нелепых суждений и галлюцинаций, может быть связан вероятностными связями с действительностью (идеи слежки у работников правоохранительных органов), сопровождается стеничным поведением, стремлением доказать свою правоту. Паранояльный бред может быть представлен бредовыми идеями сутяжничества, изобретательства, реформаторства, ревности, режидеями отношения, ипохондрическими и пр.
- параноидный бред – чаще вторичный, возникает как интерпретация галлюцинаторных образов, характеризуется наличием бредовых идей преследования, воздействия, отравления. Например, пациент слышит «голоса» преследователей в голове, убежден в преследовании и воздействии с их стороны, при этом изменения содержания переживаний

отражают динамику галлюцинаторно-параноидного синдрома в целом. Бредовые переживания эмоционально часто негативно окрашены, неубедительны из-за политематичности, по мере течения заболевания становятся все более нелепыми и отрывочными, теряется их конкретная направленность.

- парафренный бред отличается нелепым, фантастическим, глобального масштаба бредом величия, воздействия, высокого происхождения, сочетающегося с нарушением ассоциативного процесса.

По механизму возникновения выделяют первичный бред, обусловленный нарушением умозаключений и суждений и вторичный, чувственный бред, возникающий на основе галлюцинаторных, аффективных и др. переживаний.

Синдром Кандинского-Клерамбо.

Синдром Кандинского-Клерамбо – сочетание психических автоматизмов, псевдогаллюцинаций и бреда воздействия, объединенных общей фабулой. К психическим автоматизмам относят ощущения открытости, чуждости и «сделанности» собственных мыслей или действий. Могут восприниматься и описываться пациентами как звучание или эхо собственных мыслей, при котором им нередко кажется, что их слышат окружающие (симптом открытости мыслей). Утрата произвольности мышления может восприниматься как «чужие, сделанные мысли в голове», когда «мысли вкладываются в голову или свои отнимаются». Сенсорные автоматизмы проявляются ощущением «сделанности, наведенности» ощущений или движений (кажется, что, когда пациент говорит, его языком и губами кто-то движет). Например, классический синдром Кандинского-Клерамбо при параноидной шизофрении: пациент слышит «голос» в голове, воспринимает его как «сделанный», интерпретирует его появление в рамках персекуторного бреда воздействия или преследования.

Нарушения ассоциативного процесса в мышлении.

По нарушению целенаправленности мышления:

1. Витиеватость – пространные рассуждения с употреблением метафор, сравнений, цитат, что ненужно для доказательства данной мысли и затрудняет ее понимание. При витиеватости снижается продуктивность мышления, хотя речь приобретает научный вид.

2. Соскальзывание – внешне объективно немотивированные неожиданные эпизодические переходы логически и грамматически правильно построенной мысли, к другим мыслям по ложной ассоциации. После соскальзывания больные способны к дальнейшему логическому рассуждению, не повторяя, но и не исправляя допущенной ошибки.

3. Резонерство – пространственное разглагольствование по несущественному поводу. Речь грамматически правильно построена, многословна. Такое мышление непродуктивно. Пациент пассивно следует формальным аспектам значения слов, упуская из виду то важное обстоятельство, что размышления нужны не сами по себе, но что они — инструмент для достижения определенной цели, формирования конечного вывода,

4. Разноплановость – постоянная немотивированная смена основания для построения ассоциаций, в виду чего мысль теряет стержень. При этом больные правильно усваивают инструкции, у них не нарушены интеллектуальные операции, но продуктивность мышления падает, так как суждения о каком-либо факте одновременно складываются на нескольких уровнях.

5. Аморфность – нечеткое использование понятий, при котором грамматически правильно построенная речь приобретает расплывчатый характер, поэтому мысль непонятна окружающим.

6. Разорванность – отсутствие связей между отдельными умозаключениями. В результате этого уловить мысль не удастся. Характеризуется распадом логического строя речи с сохранением способности составлять грамматически правильные фразы и предложения. Клиническим примером разорванности может служить следующий отрывок речи больного шизофренией: «Голоса — это взаимное понятие дорожки в воде. Голоса мы сопоставляем как связки своих рук с руками руковых рук. Надо беречь правую руку, так как там находятся сплетения пишущих устройств, которые всех слышат и разговаривают. Без отопления голоса будут замкнуты, получится звезда, которая будет закрыта танковым шлемом, как у вас в атаке.... Она была на потолке и шла гулять как за анютиными глазками».

Нарушение грамматического строя речи:

1. Речевые стереотипии – бессмысленное повторение одних и тех же слов, фраз, речевых оборотов. (Персеверации и вербигерации).

Вербигерация — повторение бессмысленных выражений, коверкание или нелепое нанизывание слов и звуков. Так, больной на протяжении нескольких часов выкрикивает одну и ту же фразу: «Солнце с мясом не играют!». Или говорит: «Ах, так, вах, чвах, брах, тух, жух...». Речевые стереотипии этого рода характерны для шизофрении, встречаются при кататоническом возбуждении.

Персеверации — застревание ответов на вопросы. Сообщив свою фамилию, на последующие вопросы (касающиеся возраста, адреса) больной продолжает называть фамилию.

Важно не забыть о возможных моторной и сенсорной афазиях, которые тоже могут проявляться в речи стереотипиями. У больных с грубой афазией речь может быть ограничена единственной фразой или словом, используемым в любых случаях, каким бы неуместным или нелепым оно при этом ни было.

2. Бессвязность – нарушение логики изложения и грамматического строя речи на фоне помраченного сознания. При этом речь похожа на набор неоконченных фраз и отдельных слов, в основном, имен существительных, которые могут рифмоваться. Например: «Доля, глаза, коза, пошел, чудо-юдо, пескарик, очкарик, будьте здоровы...».

По нарушению темпа, ритма и произвольного характера мыслительной деятельности.

Различают ускорение, заторможение, тугоподвижность мышления, закупорки и обрывы мысли, ментизм.

1. Ускорение мышления (тахифрения). Характеризуется облегченным возникновением и быстрой сменой мыслей, воспоминаний, представлений, увеличением их общего числа в единицу времени. Субъективно переживается как интеллектуальный подъем, обострение воображения, особая ясность мыслей. Одновременно с этим часто наблюдается ускоренная, громкая речь, повышенная говорливость. Речь все более приближается к монологу. По мере нарастания темпа мышления качество умственной деятельности ухудшается, становится поверхностным. Внимание становится поверхностным, отвлекаемым.

2. Заторможенность мышления (брадифрения). Проявляется затрудненным образованием мыслей, воспоминаний, представлений, уменьшением общего их числа, однообразием и скудостью содержания. Внешне выражается долгими паузами между вопросами врача и ответами пациента, причем последние обычно односложны и неполны.

3. Тугоподвижность мышления (торпидность, вязкость). Замедление темпа мыслительных процессов в виде затруднений в переходе от одной мысли к другой или с одной темы на другую, повторяемости, топтании на месте, вследствие длительной фиксации предшествующих ассоциаций, их инертности, прилипчивости. Торпидными становятся также речь, и действия. Обычно

сопровождается снижением уровня мышления, обеднением речи (олигофазия, упрощение или громоздкость грамматических структур, обилие неточностей, а также слов, не несущих смысловой нагрузки). Наблюдается при психоорганических синдромах, особенно связанных с эпилепсией.

4. Закупорка мышления (шперрунг) — эпизодически возникающие состояния блокады мыслительной деятельности, полного ее прекращения. Больные во время беседы внезапно прерываются, умолкают, спустя некоторое время (обычно секунды, минуты) возобновляют рассказ, иногда с того же, на чем остановились. Субъективно ощущается «пустота в голове, провал, перерыв, закупорка мыслей». Могут появляться отдельные мысли, которые тут же «тают», не складываясь во что-либо определенное.

5. Ментизм (мантизм). Непроизвольное, насильственное течение нецеленаправленного потока мыслей, воспоминаний, желаний, представлений различного, обычно плохо запоминающегося содержания.

Интеллект

Интеллект — совокупность когнитивных способностей человека, имеющих знания и умения, а также возможность их использовать и развивать. Человек с высоким интеллектом имеет, как правило, хорошо развитую память, целенаправленное мышление (логическое, пространственное, образное), достаточную информированность (эрудицию) и высокую волевую активность.

Необходимыми предпосылками развития интеллекта являются:

- биологические факторы (задатки интеллекта, здоровый в морфо-функциональном отношении мозг),

- Социальные факторы – наличие носителей знаний, организованной социальной среды, в отсутствие которых интеллект формируется с нарушениями (синдром Маугли, педагогическая запущенность).

Умственная отсталость.

Умственная отсталость (врожденное слабоумие) — стойкое непрогредиентное патологическое состояние, обусловленное нарушением развития головного мозга и проявляющееся в недостаточности интеллекта в степени, затрудняющей социальную адаптацию. Главной особенностью психического состояния у пациентов является недоразвитие всей познавательной деятельности и особенно мышления.

Люди с легкой умственной отсталостью (*дебильностью*) приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, но большинство из них приобретают способности использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе. Дети младшего школьного возраста затрудняются в осмысливании простой сюжетной картинки или рассказа, особенно со скрытым (переносным) смыслом. Они не могут оторваться от конкретной ситуации, пытаются применять старые способы решения к новым задачам.

Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости и у многих особенными проблемами являются чтение и письмо. Возможно обучение в специально созданных условиях. Дети старшего возраста и взрослые не понимают переносного смысла пословиц и метафор, не выделяют главного, не могут классифицировать предметы по ведущим признакам, формировать выводы, не понимают иронии, лишены чувства юмора. Слабость ассоциативных процессов до некоторой степени компенсируется механическим запоминанием. Эти признаки представляют собой проявления недоразвития абстрактного мышления.

Большинство из них достигают также полной независимости в сфере ухода за собой (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря) и в практических и домашних навыках, даже если развитие происходит значительно медленнее, чем в норме. В большинстве благоприятных случаев легкой умственной отсталости возможно трудоустройство, требующее способностей к практической деятельности, включая неквалифицированный ручной труд. При использовании надлежащих стандартизованных тестов по определению коэффициента умственного развития на легкую умственную отсталость указывают показатели в диапазоне 50-69.

Умеренная умственная отсталость – *имбецильность*. У лиц этой категории медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Отстает и развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые пациенты нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Ограничена способность к обучению, обычно не умеют считать и писать. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. При легко выраженной имбецильности возможно неплохое овладение элементарными трудовыми навыками. В этих случаях они охотно работают в мастерских, любят стирать, мыть, убирать помещения и т.п. Особенно нравятся им сельскохозяйственные работы: ухаживать за

животными, к которым очень привязываются, работать в саду, огороде. Совершенно независимое проживание достигается крайне редко.

Коэффициент умственного развития обычно находится в диапазоне от 21 до 49.

Глубокая умственная отсталость – *идиотия*. У больных этой группы коэффициент умственного развития ниже 20, что означает, что у пациентов отсутствует речь, эмоции примитивны и ограничены физиологическими потребностями. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала и с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации. Они неспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Олигофрения - клинически однородная группа расстройств, различных по этиологии, но объединенных двумя обязательными признаками: психическое недоразвитие характеризуется преобладанием интеллектуальной недостаточности и отсутствует прогрессивность, указывающая на наличие текущего патологического процесса.

Деменция, виды, их характеристика.

Приобретенное слабоумие (**деменция**) характеризуется общей деградацией психической деятельности, приобретающей специфические черты в зависимости от характера патологического процесса, лежащего в основе ее формирования. При развитии деменции прежде всего страдает память, творческое мышление, затем нарушается способность к абстрактным суждениям и в конце концов оказывается невозможным выполнение простых задач. По степени тяжести выделяют деменцию с наличием критики к имеющимся расстройствам, деменция с отсутствием критики и деменция с распадом ядра личности.

Для оценки тяжести деменции оценивают:

1) степень ухудшения памяти.

Наиболее заметно оно в области усвоения новой информации, хотя в более тяжелых случаях может нарушаться и воспроизведение ранее усвоенной информации. Расстройство касается как вербального, так и невербального материала. Снижение памяти должно подтверждаться объективно надежным анамнезом от информанта и, по возможности, дополняться данными **нейропсихологического** тестирования или количественной оценки когнитивных способностей.

Легкое расстройство памяти. Повседневная деятельность затруднена, хотя все же возможно независимое проживание. Нарушено главным образом усвоение нового, материала. Например, могут отмечаться

трудности в повседневной жизни в фиксации, хранении и воспроизведении, касающиеся местонахождения бытовых предметов, социальных договоренностей или информации, полученной от родственников.

Умеренное расстройство. Нарушение памяти представляет собой серьезное препятствие для повседневной жизни. Удерживается только очень хорошо усвоенный или очень знакомый материал. Новая информация удерживается лишь случайно или на очень короткое время. Больной не в состоянии вспомнить основные сведения о том, где он живет, что он недавно делал или как зовут его знакомых.

Тяжелое расстройство. Эта степень нарушения памяти характеризуется полной неспособностью усвоенной информации. Больной не в состоянии узнать даже близких родственников.

2) Снижение других **КОГНИТИВНЫХ** способностей, которое характеризуется ослаблением критики и мышления, например, в планировании и организации, а также ухудшением общей обработки информации.

Подтверждение этому должно основываться, если возможно, на данных объективного анамнеза и по возможности дополняться нейропсихологическими тестами или количественными, объективными оценками. Должно устанавливаться ухудшение по сравнению с предыдущим более высоким уровнем продуктивности.

Легкое нарушение. Снижение **КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ** вызывает нарушение продуктивности в повседневной жизни; не обуславливая, однако, зависимости больного от других. Невозможны более сложные повседневные задачи и формы досуга.

Умеренное нарушение. Снижение интеллектуальных способностей делает невозможным функционирование в повседневной жизни без посторонней помощи, включая покупки в магазинах и обращение с деньгами. В пределах дома может выполняться лишь простая работа. Интересы очень ограничены и поддерживаются плохо.

Тяжелое нарушение. Ухудшение характеризуется отсутствием или фактическим отсутствием разумного мышления.

Общая тяжесть деменции лучше всего определяется уровнем нарушения памяти или интеллекта, в зависимости от того, что более выражено (например, при легком расстройстве памяти и умеренном интеллектуальном нарушении деменция оценивается как деменция умеренной тяжести).

3). Снижение эмоционального контроля или мотивации, или изменение социального поведения, проявляющееся минимум одним из следующих признаков: эмоциональная лабильность, раздражительность, апатия, огрубение социального поведения.

Выделяют лакунарную и тотальную деменцию.

Тотальная деменция характеризуется поражением всех видов психической деятельности, распадом личности, отсутствием критического отношения к своему состоянию (корковые деменции).

Лакунарная деменция (парциальная, очаговая) – грубые мнестические и эмоциональные нарушения сочетаются с сохранностью личности больного и критическим отношением к себе (сосудистая деменция).

Тема 4. Психопатология эмоционально-волевой сферы и сознания.

В психологии эмоциями называют процессы, отражающие в форме переживания личную значимость (субъективное переживание) и оценку внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека.

Эмоции — источник информации о том, насколько важны для нас те или иные события, адекватны или нет обстоятельства жизни нашим потребностям. Функции эмоций в конечном счете сводятся к оценке ситуации с точки зрения биологической и социальной целесообразности, внутреннего гомеостаза, побуждению и организации поведения, в частности, коммуникации.

Среди психологических теорий происхождения эмоций наибольшую популярность завоевала предложенная В.П.Симоновым информационная теория эмоций. Согласно информационной теории эмоций, эмоциональные переживания человека и высших животных определяются какой-либо актуальной потребностью (ее качеством и величиной) и оценкой субъектом вероятности (возможности) ее удовлетворения на основе ранее накопленного опыта и поступающей извне информации.

Существуют различные модальности эмоций: тоска, тревога, страх, обида, вина, разочарование, скука, радость, удовольствие, гнев и другие. Тоска — переживание потери, траурное чувство. Обычно сопровождается ощущением тяжести и душевной боли.

Тревога — беспредметное чувство близкого несчастья, предощущение беды. Сочетается с ощущением напряжения, беспокойством.

Страх — переживание опасности для жизни, здоровья, благополучия. Страх обычно связан с конкретными ситуациями, объектами, людьми.

Обида — чувство недовольства со стремлением обвинить другого, переложить на него ответственность за неудачу.

Вина — переживание личной ответственности с упреками и осуждением самого себя. Это чувство противоположно обиде.

Разочарование — чувство, сопровождающее утрату ценностных представлений, потерю веры в то, что ранее составляло смысл существования. Скука — переживание пустоты жизни, отсутствия стремлений и интересов.

Радость — предчувствие или переживание успеха.

По знаку различают положительные и отрицательные эмоции.

Отрицательные эмоции возникают в ситуации фрустрации, то есть при появлении препятствий на пути к цели. Отрицательные эмоции

связаны также с некомпетентностью, потерями, боязнью ответственности, а также эгоцентризмом, порождающим несбыточные ожидания.

Однако отрицательные эмоции позволяют увидеть проблемы, чтобы изменить либо ситуацию, либо отношение к ней.

Эмоции имеют непосредственное отношение к активации организма. Могут повышать уровень активации, например, гнев. Это стенические эмоции. Другие, напротив, снижают уровень активации (тоска). Такие эмоции называют астеническими.

Схематически выделяют несколько форм проявления эмоций: аффекты, страсти, настроения и ситуативные реакции.

Аффект — сильное и короткое проявление эмоции, связанное с неожиданным и резким изменением жизненно важных обстоятельств.

Страсть — сильное и стойкое чувство с концентрацией внимания, мыслей и действий на объекте, с которым связано это чувство.

Настроение — устойчивое и нерезко выраженное эмоциональное состояние. Определяется физическим состоянием, а также оценкой происходящего с позиций жизненно важных целей. Устойчивое, хорошее настроение — показатель здоровья, интегрированности личности.

Ситуативные реакции — относительно короткие и мягкие эмоциональные ответы, связаны с текущими впечатлениями.

Психопатология эмоциональной сферы

Расстройства настроения. Нарушения настроения характеризуются относительно устойчивыми к внешним воздействиям часто аутохтонными аффективными фазами с общим изменением нервно-психического тонуса. Изменения настроения могут быть связаны также с внешними причинами (психический стресс, интоксикации, травмы), соматическими нарушениями.

Апатия. Состояние безучастности, равнодушия, безразличия, полной индифферентности к происходящему, окружающим, своему положению, прошлой жизни, перспективам будущего. Градации апатии примерно таковы: эмоциональное уплощение — эмоциональная монотонность — безучастность.

Гипотимия (снижение настроения). Аффективная подавленность в виде опечаленности, тоскливости с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослаблением привязанности к жизни.

Гипертимия (повышение настроения). Приподнятость, веселое, праздничное, жизнерадостное настроение с приливом бодрости, оптимизма, ничем не омрачаемого переживания счастья.

Эйфория. Беспечное, беззаботное, безмятежное настроение, в котором доминирует благодушие, пассивное переживание полного благополучия и отсутствия забот, довольство.

Дисфория. Мрачность, озлобленность, угрюмое настроение с ворчливостью, брюзжанием, неприязненным отношением к окружающим, вспышкам раздражения, гнева, ярости с агрессией и разрушительными действиями. Пароксизмы дисфорического настроения свойственны височной эпилепсии.

Растерянность. Острое чувство недоумения, беспомощности, бестолковости, непонимания самых простых ситуаций и изменений своего психического состояния. Типичны вопрошающее выражение лица, позы и жесты озадаченного и крайне неуверенного человека.

Тревога. Неясное, недифференцированное чувство растущей опасности, предчувствие катастрофы, напряженное ожидание трагического исхода. Тревога иногда определяется как «свободно-плавающий страх».

Страх. Разлитое, генерализованное, проецирующееся на все в окружающем либо связанное с определенными ситуациями, объектами, лицами переживание опасности, непосредственной угрозы жизни, здоровью, благополучию, престижу. Может сопровождаться своеобразными физическими ощущениями («внутри похолодело, оборвалось», «шевелиются волосы» и др.). Интенсивность страха колеблется в широком диапазоне: опасение, боязнь, испуг, ужас, панические реакции.

Расстройства эмоциональных реакций. Проявляются эмоциональными реакциями, неадекватными по знаку, силе и продолжительности, вызывающим их стимулам.

Эксплозивность (взрывчатость). Чрезмерная эмоциональная возбудимость с бурными вспышками аффектов, в особенности ярости, гнева. Снижается контроль за поведением, характерна импульсивность. Эксплозивность можно рассматривать как готовность к состояниям аффекта, включая патологический.

Эмоциональная вязкость. Застревание, стойкая фиксация аффективной реакции и внимания на каком-либо событии, ситуации, объекте. Проявляется в злопамятности, приверженности к раз и навсегда заведенному распорядку жизни, в консерватизме во взглядах и привычках, в косности и оппозиционном отношении к новому, в длительной сосредоточенности на психотравмирующих ситуациях, на неудачах и обидах, в прилипчивости к волнующим темам.

Эмоциональная слабость или лабильность. Легкая изменчивость настроения по разным, часто сиюминутным причинам, иногда неизвестным и самому пациенту. Повышение настроения зачастую приобретает оттенок сентиментальности, понижение — слезливости, слабодушия. Крайняя степень эмоциональной слабости определяется термином эмоциональное недержание — это полная неспособность сдерживать внешние проявления эмоций в сочетании с резкими колебаниями настроения по любому поводу.

Эмоциональная монотонность. Отсутствие естественных колебаний настроения; неподвижное, однообразное, без суточной динамики и не меняющееся от внешних стимулов настроение. Речь сухая, лишена мелодичности, образности. Мимика бедная, жестикуляция скудная, однотипная, тональность голоса приглушена.

Эмоциональное огрубение. Утрата тонких эмоциональных дифференцировок, нюансов наиболее ярко проявляющаяся в сфере высших чувств и в отношениях с окружающими. Больные теряют присущие им ранее сдержанность, деликатность, учтивость, такт, чувство собственного достоинства и уважения к другим, становятся расторможенными, назойливыми, циничными, хвастливыми, бесцеремонными, заносчивыми, не соблюдают элементарных приличий.

Эмоциональная тупость. Душевная холодность, опустошение, черствость, бессердечие, состояние, связанное с резким недоразвитием или утратой высших эмоций. Обозначается иногда как «моральная идиотия», олотимия.

Утрата эмоционального резонанса. Болезненное чувство выпадения эмоционального отклика на различные события. Описывается больными как весьма тяжелое ощущение потери слитности с происходящим, разобщение с внешним миром: «Воспринимаю все глазами, умом — не сердцем. Внутри все замерло, окаменело, будто души нет. Вижу, как люди волнуются, радуются, плачут, к чему стремятся, я же смотрю на все со стороны, как наблюдатель, не принимаю в жизни участия. Между мной и всем остальным возникла какая-то невидимая преграда, отделившая меня от мира». Утрата эмоционального резонанса — одно из проявлений болезненной психической анестезии, состояние «мучительного бесчувствия», возникающее вследствие потери способности осознавать различные чувства (радости, печали, страха, любви).

Паратимия. Инверсия эмоций, когда аффективные реакции противоположны адекватным в данной ситуации.

Эмоциональная парадоксальность. Ослабление адекватных эмоциональных ответов на важные события при одновременном оживлении реакций на сопутствующие незначительные обстоятельства.

Эмоциональная двойственность (амбивалентность). Сосуществование разных чувств по отношению к одному и тому же объекту.

состояние эмоционального паралича — блокада эмоциональных реакций, наступающая в катастрофальных ситуациях (землетрясение, аварии и т. п.). Внешнее поведение, оценка обстановки, когнитивные функции не страдают, но эмоции на некоторое время (часы) полностью выключаются. Позднее, под влиянием воспоминаний (иногда произвольных) о случившемся, эмоциональные реакции могут быть более чем живыми.

Патология экспрессивных актов

Амимия, гипомимия. Отсутствие, ослабление мимики, жестикуляции, обеднение выразительных средств речи, монотонность интонаций, потухший, ничего не выражающий взгляд.

Гипермимия. Чрезмерное оживление выразительной сферы с обилием ярких и быстро сменяющихся экспрессивных актов. Гиперпродукция выразительных действий отмечается, к примеру, в состоянии кататонического возбуждения: больные громко хохочут, рыдают, издают вопли, стонут, танцуют, кланяются, маршируют, отдают честь, принимают величавые позы.

Парамимия. Извращение выразительных действий. Например, о неприятном событии сообщается с улыбкой, о радостном — со слезами.

Депрессивный синдром

Депрессивные расстройства – широко распространенная патология (около 5% в общей популяции). Высоки и связанные с ней совокупные потери: временная нетрудоспособность, затраты на лекарства, снижение качества жизни, суициды и пр. В психиатрическом стационаре удельный вес депрессий доходит до 24%. В контингенте поликлиник больные депрессией составляют 20-34%.

При эндогенной депрессии (обусловленной первичным снижением содержания моноаминов в головном мозге) болезненное снижение настроения составляет содержание болезни. Чаще она является синдромом заболевания (шизофреническая депрессия, алкогольная депрессия, невротическая).

Основу клиники депрессивного синдрома составляет *депрессивная триада*. Она включает гипотимию (переживание тоски, печали, грусти,

тревоги), заторможенность мыслительную (идеаторную), заторможенность двигательную (моторную). Важными являются:

- изменения мышления (появляются идеи виновности, собственной малоценности, снижение самооценки),

- избирательность памяти (помнятся только ошибки и неудачи), снижение побуждений,

- ангедония как утрата возможности радоваться

- патологические телесные ощущения и соматовегетативные нарушения, связанные с гиперактивацией симпатического отдела вегетативной нервной системы: тахикардия, повышение АД, запоры, бледность и сухость кожи, нарушение сна (особенно характерны ранние пробуждения и ночные кошмары), снижение аппетита и веса тела, снижение сексуального влечения, нарушение менструального цикла.

Могут возникать навязчивости нозофобического или иного содержания, деперсонализационные и дереализационные переживания.

В зависимости от глубины, степени выраженности депрессивного синдрома выделяют:

- легкая депрессия чаще невротического, связанного со стрессом происхождения проявляется снижением энергетического тонуса, но не нарушает обычно социального функционирования, хотя и несколько снижает его. Пациенты становятся менее разговорчивыми и общительными, жалуются на усталость и снижение памяти и продуктивности (как проявления замедления ассоциативных процессов и недовольства собой). Грусть и тоска не резко выраженные, маскируются ощущениями слабости и соматического неблагополучия. Пациенты полностью критичны к состоянию.

- умеренная депрессия – без психотической симптоматики, как правило, с соматическими жалобами. Снижается уровень функционирования, становится сложным для выполнения и непродуктивным труд (или учеба). Гипотимические проявления (тоска, грксть) сопровождаются мимическими и пантомимическими изменениями (опущенная голова, замедленные жесты, страдальческое выражение лица). Ассоциативные процессы замедлены, движения скупые, ответы односложные после паузы и тягостных вздохов. Когнитивные нарушения сопровождаются идеями виновности и малозначимости (не бредовых), негативный оттенок содержательной части мышления (пессимистическое восприятие прошлого, настоящего и будущего, мысли о смерти, суициде, избирательность восприятия информации). Развернутый соматический

симптомокомплекс со снижением веса, запорами, нарушением сна, повышенным АД, мидриазом, ухудшением качества кожи, волос.

-тяжелая депрессия проявляется грубым нарушением социального функционирования. Пациент большую часть времени проводит в тягостной бездеятельности – лежит в постели без сна. Мышление непродуктивно и заторможено, содержит суицидальные мысли, бредовые идеи греховности, виновности. Могут быть суицидальные тенденции и действия.

В практике врача часто встречаются атипичные варианты депрессивных синдромов, когда на первый план в клинике выходят соматические жалобы, навязчивости и страхи, отсутствие чувства бодрости, снижение работоспособности и когнитивных функций, пессимистическое видение жизни. Классические проявления депрессии могут выражены слабо.

Выделяют сенестопатически-алгический вариант с жалобами на разнообразные неприятные, тягостные и болевые ощущения в различных частях тела; агрипнический со стойкими нарушениями сна; наркоманический – когда возникают псевдозапой у человека без проблем в алкоголем в анамнезе и тяжелое курение; обсессивно-фобический – когда появляются различные нозофобии. Кроме того, присоединение депрессивного синдрома способствует обострению имеющихся соматических заболеваний и ухудшает их течение и прогноз.

Маниакальный синдром проявляется маниакальной триадой: гипертимическими нарушениями настроения (эйфория, беспечность, гневливость или дурашливость), ускорение ассоциативных процессов с двигательной расторможенностью, речевым напором и растормаживанием влечений. Самооценка повышена в различных аспектах, ощущение полного соматического благополучия, сексуальная расторможенность, сниженная потребности в сне. Часто на первый план выходят нарушения поведения – необязательность, отсутствие дистанции в контактах, рискованное поведение (сексуальное, денежное, за рулем). Речь напоминает монолог, мышление ускоренное, ассоциативное, поверхностное. Вызывающий макияж и одежда дополняют хихикание и беспечное напевание, реже пафосное возмущение.

По выраженности маниакальный синдром может быть в форме:

- гипомании с повышенной продуктивностью, гипербулией, субъективным ощущением полноты сил и творческого подъема, говорливостью, склонностью шутить, тратить деньги сверх меры, но без грубых нарушений поведения и с частичной критикой.

- мания проявляется выраженной гипербулией со снижением продуктивности из-за значительного ускорения мышления до «скачки идей», переоценки своих возможностей, бредовых идей реформаторства, богатства, высокого происхождения. Поведение с растормаживанием низших инстинктов, сексуальные заигрывания, манеры, одежда и позы отражают ведущий аффект: пафосные при гневливой мании и беспечные, вызывающие при веселой мании.

Воля — способность к планомерной, организованной деятельности, направленной на достижение сознательных целей. Произвольной следует считать лишь такую деятельность, которая регулируется представлениями о будущих результатах этой деятельности. Волевая активность свойственна только человеку, животные лишены этой способности. Волевая деятельность регулируется потребностями и мотивами — осознанными целями поведения и рациональной программой их осуществления.

Потребность — это «нужда» в том, без чего человек не может нормально развиваться и существовать. Структура потребностей формируется достаточно рано, в детском возрасте, под влиянием родителей. В течение жизни усложняется, реализуется и дополняется.

Иерархия потребностей, по А. Маслоу, включает:

1. Физиологические потребности (в пище, воде и др.), без удовлетворения которых никакие другие не имеют побудительной силы.

2. Потребность в безопасности (в защищенности, уверенности в завтрашнем дне и др.), удовлетворение которой делает возможным развитие потребности в хорошем отношении.

3. Потребность в хорошем отношении (быть любимым, принятым в обществе, в группе, где с тобой считаются и др.).

4. Потребность в самоуважении, желание утвердить себя в деле, а не во мнении властей или большинства.

5. Потребность в самореализации, которая превращает человека в творческую личность, способную заботиться о других людях, обществе и человечестве.

Волевой акт начинается с осознания потребности. Субъективно это переживается как смутное ощущение нехватки чего-то важного и необходимого. Вторым этапом волевого акта является формирование мотива — осознание содержания потребности, понимание того, что, собственно, нужно. На третьем этапе волевого акта происходит борьба мотивов. Из всех возможных в данный момент выбирается то направление

деятельности, которое адекватно наиболее важной потребности. Кроме того, определяется такой способ достижения цели, который отвечает нормативным представлениям индивидуума. На четвертом этапе волевого процесса формируется план действий и принимается решение действовать (осуществляется волевое усилие). Наконец, пятым этапом является реализация намеченного плана, внешняя деятельность в направлении цели, соотносящаяся с реальными и изменчивыми обстоятельствами.

Психопатология воли

Выделяют следующие виды нарушения поведения, связанных с волей: нарушения активности (абулия, гипобулия, гипербулия); нарушения влечений; нарушения мотивации поведения (парабулия); психомоторные нарушения.

Нарушения активности.

Абулия. Отсутствие стремления к деятельности, пассивность, апатичность, адинамия. Абулия наблюдается при различных патологических процессах, в частности, при шизофрении («утрата энергетического потенциала»).

Ослабление импульсов к действию или вялость определяется термином гипобулия, гиподинамия. Степень снижения активности может быть разной — от незначительного, переживаемого скорее субъективно, до клинически значимого. Гипо- и абулия — нарушения, лишенные нозологической специфичности. Встречаются в клинической структуре различных психических и соматических заболеваний, последствиях органических повреждений головного мозга.

Гипербулия. Состояние избыточной активности с обилием разнообразных, часто сменяющихся побуждений к деятельности, а также импульсивным стремлением к немедленному достижению цели. Растормаживаются природные влечения. Деятельность в целом оказывается малопродуктивной. В относительно легких случаях подъема активности продуктивность занятий может быть повышена. При резком увеличении активности возникает состояние хаотического психомоторного возбуждения.

Парабулия как извращение воли проявляется патологией поведения, вытекающим из нарушения механизмов формирования мотивов. Мотив при этом не формируется либо является неадекватным внутренней природе потребности. Отклонения в поведении могут быть разными:

—Импульсивные действия — элементарные и бессмысленные действия разрушительного или агрессивного характера, выполняемые совершенно неожиданно, внезапно, под влиянием непосредственных побуждений.

Мотивация таких действий обычно отсутствует. Больные срываются вдруг с места и начинают бить стекла, посуду, ломать мебель, рвать одежду, набрасываются на окружающих, пытаются ударить их, укусить.

— психотическое возбуждение обусловлено обманами восприятия и бредом. Пациент вместо реальности воспринимает свое болезненное «Я» в ней. При бреде преследования «спасается» или нападает, при бреде воздействия «защищается», убегает от галлюцинаторных образов.

- компульсивные действия – реализованные компульсивные влечения, имеющие своей целью снять напряжение, обусловленное obsессиями

Нарушения влечений

Импульсивные влечения направлены на отвергаемые сознанием цели и реализуются без сопротивления, хотя и с последующей критической их оценкой. Возникают приступообразно, неодолимы, длятся несколько часов, дней, нередко периодически повторяются.

К патологии импульсивных влечений относят:

Дипсомания — импульсивное влечение к пьянству; проявляется периодически повторяющимися тяжелыми запоями. Начало запоев связано с аутохтонными сдвигами настроения. По выходе из запоя нередко выявляются обширные провалы памяти, поскольку значительную часть времени пациент пребывает в глубоком опьянении. Запой купируется самопроизвольно.

Дромомания—периодически возникающее неудержимое влечение к перемене мест, скитаниям, бродяжничеству. Пиромания — непреодолимое и немотивированное влечение к поджогам.

Клептомания — периодически и внезапно возникающая страсть к бесцельным кражам. Украденные вещи, обычно не имеющие большой ценности, затем выбрасываются либо возвращаются владельцу.

Нимфомания (у женщин), сатириазис (у мужчин) — импульсивно возникающие эротические влечения. Сексуальная активность во время таких приступов может носить неукротимый и беспорядочный характер, сопровождаться насильственными действиями по отношению к партнеру.

Расстройства на уровне инстинктов. Встречаются разные нарушения врожденных влечений: сексуального, пищевого, инстинкта самосохранения. Отклонения полового влечения многообразны.

Гомосексуализм — ориентация полового влечения на лиц одноименного пола.

Садизм — стремление причинить половому партнеру физическую боль, нравственное страдание с целью сексуального возбуждения.

Мазохизм — потребность в ощущении боли или страдании, исходящими от полового партнера и необходимыми для сексуального возбуждения и достижения оргазма.

Фетишизм — направленность полового влечения на отдельные части тела или предметы туалета. Их созерцание является основным условием сексуального возбуждения. Коитус бывает не обязателен, если заменяется мастурбацией.

Транссексуализм — расстройство, при котором индивидуум не может принять принадлежность своего тела к биологическому полу, а также вытекающую из половой принадлежности социальную роль. С этим связана ненависть к своему телу, стремление изменить свой анатомический и паспортный пол, потребность носить одежду противоположного пола. Под трансвестизмом понимают отклонение, при котором половое удовлетворение достигается при переодевании в одежду другого пола.

Нарушения пищевого влечения. Булимия — усиление влечения к пище, необычайная прожорливость, повышенное и неутолимое чувство голода. Нередко является симптомом гипофизарной патологии, ряда эндокринных заболеваний. При синдроме Кляйн-Левина сочетается с приступами повышенной сонливости.

Анорексия — резкое угнетение пищевого инстинкта. Встречается при синдроме Симмондса, синдроме Шиена, некоторых эндокринных заболеваниях. Может встречаться как самостоятельное заболевание — нервная анорексия. Алкогольная анорексия — исчезновение чувства голода в опьянении и абстиненции у больных алкоголизмом.

Полифагия — стремление есть то, что не относится к пищевым продуктам. Так, в течение ряда лет пациентка ест известь, песок, кусочки красного кирпича, золу. Делает это перед едой несколько раз в день. Пациентка вынуждена так поступать, иначе, по ее словам, она не может поест.

Психомоторные нарушения. Психомоторные нарушения проявляются немотивированными, бездумными, близкими к гиперкинезам движениями и действиями, а также состояниями обездвиженности.

Негативизм. Бессмысленное противодействие требованиям ситуации, а также собственным побуждениям к деятельности. При активном негативизме совершаются поступки, обратные адекватным. При пассивном негативизме наблюдается отказ от выполнения целесообразных действий. Негативизм может проявляться не только моторными актами, но и в речи. Так, больная говорит: «Сегодня не понедельник, не пятое февраля. Я не

лежу в больнице, я не больная. Нет, я не здоровая. У меня мужа нет. Он был, но не сплыл, его не было, но он всплыл, зовут его не Иван...». Негативистичные больные плохо вступают в контакт, могут вовсе не отвечать на вопросы, не разговаривать вообще — мутизм. Во время беседы сидят, отвернувшись в сторону, глядят в пол, не смотрят на собеседника, стискивают зубы, пытаются уйти. Негативизм может быть генерализованным и элективным, избирательным. При тотальном (генерализованном) варианте негативизм распространяется на всех окружающих и самые различные ситуации. Элективный негативизм выражен в отношениях с отдельными людьми и связан с относительно узким кругом ситуации.

Автоматическая подчиняемость. Безусловное подчинение всем требованиям, как бы неприятны или неприемлемы они ни были. Встречается у кататоников. Относительно легкие формы подчиняемости соответствуют повышенной внушаемости, конформности.

Эхопраксия. Непроизвольное, иногда многократное повторение движений, действий, поступков окружающих.

Стереотипии. Однообразие в поведении. Например, больной постоянно находится в одной и той же позе, совершает одни и те же действия, занимает строго определенное место в палате, повторяет какое-либо движение несколько раз подряд (двигательные итерации). При речевой стереотипии пациент изо дня в день повторяет с неизменной интонацией одну или несколько фраз, не говоря ничего другого. Например, спрашивает врача: «Как вы себя чувствуете?».

Акинезия. Обездвиженность вследствие прекращения произвольных движений с сохранением способности действовать при побуждении извне.

Ступор. Обездвиженность, оцепенение. Различают следующие виды ступора:

-кататонический — включает обездвиженность, мутизм и повышение мышечного тонуса;

-депрессивный — («мрачное оцепенение») — двигательное торможение, связанное с депрессией;

-психогенный — обездвиженность, возникающая в ответ на действие шоковой психической травмы;

-галлюцинаторный — обездвиженность, развивающаяся под влиянием императивных галлюцинаций; бредовый — оцепенение, являющееся бредовой формой поведения;

-экстатический — обездвиженность, возникающая на высоте экстатического аффекта;

-маниакальный — двигательное торможение при маниакальном состоянии;

-экзогенный — состояние обездвиженности, возникающее в результате токсического или инфекционного поражения стриопаллидарных отделов мозга, например, пост- или метэнцефалитический ступор;

-апатический—состояние аспонтанности в сочетании с полным безразличием, наблюдающееся при лобных поражениях, затяжных симптоматических психозах, кахексии, черепно-мозговых травмах, прогрессирующем параличе, шизофрении.

В связи с явлениями апрозексии (полным выпадением внимания, как активного, так и произвольного) имеет место апатическая дезориентировка. Сознание не нарушается.

Паракинезии (парапраксия). Манерность, вычурность, карикатурность, необычность движений и действий. Больные гримасничают, говорят ломаным языком, принимают неестественные позы, по-особому ходят (например, только на пятках), необычным образом выполняют какие-либо действия (например, шапка снимается рукой, протянутой под коленом). Искажение формулы движений и действий носят в данном случае характер неокинезии.

Двигательное возбуждение — гиперкинезия. Наблюдаются различные виды:

-депрессивное — (меланхолический раптус) связано с состоянием мучительной, непереносимой тоски, безысходного отчаяния;

- тревожная ажитация — немотивированное двигательное беспокойство, связанное с состоянием тревоги и аффективного напряжения;

- маниакальное — повышение двигательной активности, свойственное маниакальным состояниям;

-галлюцинаторное и бредовое обусловлено галлюцинациями и бредом;

- эпилептиформное связано с приступом глубокой дисфории, экстатического аффекта или сумеречного помрачения сознания;

-психогенное — паническое возбуждение, наблюдающееся при аффективно-шоковых реакциях;

Выделяют двигательное — в состоянии помрачения сознания — делирии, аменции; речедвигательное — повышенная говорливость, речевой напор маниакальных пациентов; кататоническое — двигательное возбуждение с преобладанием моторных и речевых стереотипии, паракинезии, импульсивных, реактивных, нелепых и выразительных действий.

Кататонический синдром – психопатологический синдром с преобладанием нарушений в двигательной сфере, характеризующееся картиной заторможенности (ступора) или возбуждения.

Кататоническое возбуждение может быть экстатическим (растерянно патетическим), гебефреническим, импульсивным и немым (безмолвным).

Экстатическое, или растерянно-патетическое, возбуждение проявляется патетикой, экстазом. Больные принимают театральные позы, поют, декламируют стихи, на их лицах преобладает выражение восторга, проникновенности. Речь непоследовательна, не по существу вопросов. Возбуждение может прерываться эпизодами ступора или субступора.

Импульсивное возбуждение выражается в неожиданных, внезапных поступках. Больные внезапно вскакивают, куда-то бегут, стремятся ударить окружающих, впадают в состояние неистовой ярости, застывают на непродолжительное время, вновь становятся возбужденными. В речи нередко преобладает повторение услышанных слов (эхолалия) или повторение одних и тех же слов (вербигерация).

Гебефреническое возбуждение характеризуется дурашливостью, гримасничаньем, нелепым, бессмысленным хохотом. Больные прыгают, кривляются, пляшут, раздеваются, неуместно плоско шутят, внезапно становятся агрессивными.

Немое (безмолвное) возбуждение — хаотическое, нецеленаправленное, безмолвное с агрессией, яростным сопротивлением, нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений. На высоте такого возбуждения движения больных становятся ритмическими, напоминают хореатические или атетоидные.

Экстатическое возбуждение обычно предшествует импульсивному, затем может смениться гебефреническим и иногда немым.

Кататонический ступор проявляется обездвиженностью, повышением мышечного тонуса и мутизмом (отказом от речи). Различают ступор с явлениями восковой гибкости, негативистический ступор и ступор с оцепенением.

Ступор с явлениями восковой гибкости (каталепсия) — состояние, при котором любое изменение позы больного сохраняется более или менее продолжительное время. Как правило, явления восковой гибкости возникают сначала в мышцах жевательной мускулатуры, затем последовательно в мышцах шеи, верхних и нижних конечностей. Характерен "симптом воздушной подушки", при котором приподнятая над подушкой голова сохраняет приданное ей положение неопределенно долгое время. Исчезновение этих явлений происходит в обратном порядке.

Ступор с восковой гибкостью может переходить в ступор с негативизмом. Последний иногда предшествует наступлению ступора с оцепенением.

Негативистический ступор проявляется полной обездвиженностью больного, причем любая попытка изменить позу вызывает резкое напряжение мышц с противодействием. Нередко выделяют признаки пассивного и активного негативизма. При пассивном негативизме больные не выполняют инструкции, а при попытке заставить их произвести то или иное действие оказывают сопротивление, сопровождающееся повышением мышечного тонуса. При активном негативизме они не только сопротивляются предлагаемому действию, но и стремятся совершить противоположный двигательный акт.

Ступор с оцепенением — состояние резчайшего мышечного напряжения, при котором больные постоянно пребывают в одной и той же позе, чаще во внутриутробной: они лежат на боку, ноги согнуты в коленных суставах и прижаты к животу, руки скрещены на груди, голова прижата к груди, челюсти сжаты. Нередко у этих больных наблюдается симптом хоботка: губы вытянуты вперед при плотно сжатых челюстях. Для ступора с оцепенением, впрочем как и для некоторых других видов кататонического ступора, характерны явления мутизма.

Кроме перечисленных видов ступора, выделяют субступорозные состояния с неполной обездвиженностью, нерезко выраженными явлениями восковой гибкости, частичным мутизмом.

Кататонические состояния в зависимости от наличия или отсутствия помрачения сознания соответственно подразделяют на онейроидные и люцидные. Экстатическое, импульсивное и гебефреническое возбуждение, а также ступор с явлениями восковой гибкости и субступорозные состояния развиваются при онейроидном помрачении сознания. Ступор с негативизмом и оцепенением обычно свойствен люцидной кататонии. Развитие кататонических расстройств является показателем большой тяжести психического состояния.

Определение функции сознания, его физиологические основы и свойства.

Сознание – высший интегративный психический процесс. Оно осуществляет в бодрствующем состоянии познавательное отражение объективного мира и самого себя, способствует адаптации в окружающей его природной и социальной среде и позволяет изменить ее в соответствии со своими потребностями.

Критерии нарушенного сознания (К. Ясперс, 1923).

Для всех расстройств сознания характерны общие признаки (по К. Ясперсу)

1. Больной отрешен от действительности либо восприятие его искажено. В первом варианте реальный мир, происходящие в нем события, изменения не привлекают внимания пациента, а если и воспринимаются им, то лишь парциально, не последовательно, фрагментарно. Возможность осознания и понимания явлений окружающей жизни ослаблена, а порой и полностью утрачена. Во втором – восприятие мира наполнено галлюцинаторными образами или иллюзиями устрашающего, пугающего или обескураживающего содержания.

2. Больной дезориентирован в месте, ситуации, времени, окружающих людях, собственной личности, что выражено в различной степени. Алло- и аутопсихическая дезориентировка, являясь одним из ведущих симптомов при любом нарушении сознания, имеет при каждом из них характерные особенности структуры, выраженности и развития.

3. Мышление пациента либо резко расстраивается, ассоциативный процесс при этом упрощается, затрудняется, речь становится фрагментарной, непоследовательной, либо искажается, наполняясь малосистематизированными бредовыми идеями, обычно интерпретирующими галлюцинаторные образы.

4. Отмечаются разнообразные конградные (на время нарушения сознания) нарушения памяти. После выхода из состояния нарушенного сознания воспоминания всегда неполные, фрагментарные, непоследовательные, в ряде случаев отсутствуют вовсе.

Классификация патологии сознания.

- помраченного типа, • пароксизмальные;
- выключенного типа, • непароксизмальные.

Пароксизмальное возникновение нарушений характеризуется отсутствием этапности в их прямом и обратном развитии. Патологическое состояние мгновенно предстает в развернутом виде, сознание также включается мгновенно, как и исчезло (механизм «on-off»). Синдромы, входящие в эту группу, объединены сходным патогенезом из круга эпилептических.

Непароксизмальное развитие нарушение сознания характеризуется этапностью в прямом и обратном направлении. Эта этапность может быть острой (острое течение), умеренной (подострое течение) и медленной (хроническое течение). Непароксизмальные расстройства обычно более длительны, возможны остановки в развитии симптомов или люцидные окна (прояснения сознания).

Выключение сознания – это тотальное нарушение отражательной деятельности, которое заключается в последовательном или одномоментном (соответственно при пароксизмальном и непароксизмальном развитии) уменьшении, вплоть до полного исчезновения, объема и глубины всего психического функционирования с переходом уровня отражения от высшего к низшему. При его постепенном развитии от оглушенности к коме суживается и постепенно уменьшается познавательно-логическое, рациональное отражение, страдает вторая сигнальная система. Затем присоединяется и усугубляется нарушение сенсорно-перцептивного, чувственно-образного отражение действительности, страдает первая сигнальная система. Вслед за этим начинают угасать условно-рефлекторное отражение физического и соматического состояния больного и автономное приспособление его организма к витально значимым изменениям природной среды. В последнюю очередь, нарушается безусловно-рефлекторное отражение витального функционирования организма, наступает смерть.

Помрачение сознания – это тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, при этом содержание сознания качественно изменяется, в его «извращении». В структуру синдрома входят дезориентировка, психопатологические симптомы, которые представляют все психические процессы: сенестопатии, иллюзии, галлюцинации, бред, ложные узнавания расстройства памяти и т.д. В отличие от выключений сознания при помрачении отражение присутствует, но его содержанием является не объективная реальность, а мир болезненных переживаний больного. Как правило, активность сохраняется, возможны агрессивные действия, которые, как правило, амнезируются.

Группа непароксизмального помрачения сознания (делирий, онейроид, аменция).

Делириозное помрачение сознания. Ведущие симптомы - дезориентировка во времени и месте при сохранении ориентировки в собственной личности, наличие истинных галлюцинаций устрашающего содержания.

Обязательные симптомы – эмоциональное напряжение (страх, боязнь, тревога, заинтересованность), острый чувственный бред, галлюцинаторно-бредовый вариант психомоторного возбуждения. Содержание обязательных симптомов связано с содержанием зрительных галлюцинаций. При делирии имеет место частичная конградная амнезия реальных событий, тогда как болезненные переживания могут вспоминаться довольно неплохо. Выделяют три этапа в развитии делирия:

На первом инициальном периоде - возникают начальные признаки дезориентировки параллельно с нарушением сна. Возникают кошмары с частыми пробуждениями, во время которых больной не сразу понимает отличие кошмаров от реальных событий. Появляются наплывы четких воспоминаний, чувственно ярких, подробных, без визуализации. Постоянным симптомом является психическая гиперстезия, что сочетается с выраженной эмоциональной лабильностью, раздражительностью, возбудимостью, суетливостью, отвлекаемостью внимания. Больные становятся говорливы, речь ускорена. Характерно усиление симптоматики в ночное время.

На втором этапе – иллюзорных расстройств (предделириозном) – в вечернее время отмечаются все более удлиняющиеся периоды аллопластической дезориентировки, которые чередуются со спонтанными прояснениями «люцидными окнами». Последние наблюдаются преимущественно в дневное время. Возникают зрительные психические иллюзии, нередко парейдолические. По мере развития процесса появляются зрительные гипногагические галлюцинации. Психомоторное возбуждение и аффективное напряжение возрастают.

На третьем этапе (истинный делирий)- развивается полная аллопластическая дезориентировка при сохранении самосознания. Появляются истинные зрительные, реже слуховые, тактильные или комплексные галлюцинации. Их содержание сценподобно и имеет динамическую фабулу. По содержанию – это зоопсии, часто микрозоопсии (мухи, тараканы, ежики, коты и др.), религиозные явления (черти, демоны) или люди. Возникает галлюцинаторная загруженность, реальных событий больной не воспринимает. Речь ускорена и приобретает черты бессвязности. Слуховые, вестибулярные, обонятельные галлюцинации по сравнению со зрительными галлюцинациями отрывочны и не четки. Большое значение в клинике приобретают вегетативно-соматические симптомы: грубый тремор, артериальная гипертензия, нарушения регуляции сосудистого тонуса («белая горячка»), потливость, что в сочетании с возможными черепно-мозговыми травмами, нарушением питания обуславливает тяжесть состояния и необходимость проведения лечения в палате интенсивной терапии.

Регресс делирия может быть критическим или литическим. Критический вариант выхода происходит через сон, после пробуждения у больного остается литическая симптоматика. При литическом выходе наблюдаются все этапы в обратном порядке. После выхода наблюдается

астеническая симптоматика, а иногда и резидуальный бред. Если развитие делирия доходит только до второго этапа – это abortивный делирий.

Делирий – одна из наиболее часто встречаемых реакций экзогенного типа на тяжелую интоксикацию. Он может иметь место при промышленных (тетраэтилсвинец) и лекарственных интоксикациях (стимуляторы, медицинские препараты с холинолитическими эффектами и пр.), а также при алкоголизме, наркомании и токсикомании (циклодоловой, органическими растворителями и пр.). Причиной могут быть инфекционные и некоторые соматические заболевания, сопровождающихся интоксикацией (распадающиеся ткани опухоли, обширные инфаркты, гематомы и т.д.), менингоэнцефалиты и сосудистые поражения головного мозга.

Онейроид. Ведущие симптомы – алло- и аутопсихическая дезориентировка, зрительные и слуховые псевдогаллюцинации, грандиозный сказочно-фантастический грезоподобный чувственный бред, интенсивные полярные аффективные состояния, кататоническая симптоматика, частичная или полная конградная амнезия реальных событий и своего поведения при вспоминании болезненных переживаний.

Больной полностью отрешен от реального мира (аллопсихическая дезориентировка), «Я» больного перевоплощается, растворяется, «дробится». Кроме того, выражены вегетовисцеральные расстройства (тахикардия, колебания АД, сухость кожных покровов, гипергидроз, гипертермия, цефалгии, запоры, анорексия). Данная структура соответствует клинике развернутого (истинного) онейроида. В развитии онейроида выделяют следующие 7 периодов по Т.Ф. Попандопольскому:

1. Инициальный период – преобладают аффективные, эмоционально-гиперэстетические и вегетовисцеральные расстройства. На этом фоне легко возникают нестойкие ситуационные сверхценные идеи, что нередко придает психогенную окраску и приводит его к трактовке реактивного. Головные боли, парестезии, нарушение сна, тошнота, анорексия, запоры, субфебрильная температура создают впечатление, что это соматогенное состояние. Продолжительность этого этапа – от нескольких недель до нескольких месяцев.
2. Бредовый аффект – возникает, как правило, остро, после бессонной ночи. Больной ориентирован. Появляются недифференцированные, тягостные чувства изменения собственного «Я». Окружающая обстановка «пугает». В этот период бывают непродолжительные «прояснения» с критическим отношением к своему состоянию. Аффект становится острым, напряженным, бредовые идеи

разнообразны и аффективно насыщенные. Клиническая картина напоминает вид острого параноида. Данный этап краткий - до нескольких дней.

3. Аффективно-бредовая дереализация и деперсонализация (интерметаморфоза и бреда особого значения) – впервые возникает нарушение ориентировки, что проявляется ее двойственностью. Все кажется больному загадочным, подстроенным, непонятым, притворным. Аффективные расстройства становятся более выраженными. Появляются аффективные вербальные иллюзии. Бред становится более разнообразным. Возникают и становятся постоянными психические автоматизмы, ложные узнавания и бред метаморфоза, симптом Фреголи. Происходит генерализация бреда. При этом реальные события и детали порождают новую фабулу бреда. Психомоторное возбуждение становится более выраженным, более оторванным от содержания бреда и непонятым.
4. Фантастическая аффективно-бредовая дереализация и деперсонализация – центральное место занимает деятельность воображения (своеобразные воспоминания, фантазии, грезы). Воображение вытесняет реальность. Предшествующий бред приобретает фантастический характер. Происходит парафренизация симптоматики. Бред связан сведущим аффектом (депрессии или мании). Очень характерны в этот период чувство особой социальной значимости (бред высокого происхождения, величия) или бред Котара. Психомоторные расстройства все больше отрываются от бреда и приобретают кататонический налет.
5. Иллюзорно-фантастическая дереализация и деперсонализация – нарастает отрешенность, преобладает психотическая ориентировка в месте ситуации, окружающих людях, личности и времени. Характерна большая пластичность и изменчивость фабулы переживаний. В мышлении начинает преобладать символика, ослабляется логическое осмысление. Психомоторные расстройства приобретают черты кататонического торможения. Больные принимают вычурно-патетические театральные позы, стереотипно поют, танцуют, декламируют на лице маска восторга, экстаза иногда чрезмерной серьезности, которая не соответствует фабуле аффекта. Речь не последовательная. Для этого периода характерна полная или частичная конградная амнезия реальных событий, своего поведения и высказываний при достаточной сохранности болезненных переживаний.

6. Истинное онейроидное помрачение сознания – появление истинной алло- и аутопсихической дезориентировки. Реальность даже в фантастическом измененном виде перестает восприниматься. Больные полностью отрешены от окружающего мира. Грубо нарушено самосознание. Происходит растворение, дробление, перевоплощение своего «Я». Кататоническая симптоматика достигает максимальной степени выраженности - ступор с зачарованностью, возбуждение с патетикой или экстазом. Для этого периода характерна полная или частичная конградная амнезия реальных событий, своего поведения и высказываний при достаточной сохранности болезненных переживаний.
7. Аментивноподобное помрачение сознания с фрагментацией онейроидных переживаний – дезориентировка тотальна, аффективные расстройства приобретают характер растерянности, недоумения, грезоподобные переживания становятся спутанными (больными переживается не отдельный фантастический сценарий, а отдельные кадры). Речь бессвязна с чертами мутизма. Психомоторные расстройства преобретают черты аментивного возбуждения. Возможны трофические нарушения – пролежни, кратковременная гипертермия. После выхода из данного состояния больной не помнит, что происходило вокруг и, частично забывает свои болезненные переживания.

В своем развитии онейроид не всегда достигает 6 или 7 периода, такой онейроид носит название редуцированного. Процесс выхода из онейроида сопровождается теми же этапами, но в обратном порядке.

Встречается при шизофрении, фебрильной кататонии, может иметь место при эпидемических и ревматических энцефалитах, эпилептических и после родовых психозах.

Аментивное помрачение сознания (аменция) – спутанность сознания, наиболее глубокое непароксизмальное помрачение сознания. Сутью аменции является глубокая, тотальная дезинтеграция всей психической деятельности. Это проявляется полной дезориентировкой, выраженным нарушением активного внимания с его резкой отвлекаемостью. Нарушения принимают характер гиперметаморфоза. Возникает инкогеренция мышления. Бесцельное психомоторное возбуждение, которое может доходить до хаотичного метания с не координированными движениями и подергиваниями мышц. Возбуждение порой прерывается полной обездвиженностью. Обязательные симптомы – растерянность, недоумение, эмоциональная лабильность срезкой сменой периодов страха, тревоги,

печали, экзальтации, эпизоды изменчивых галлюцинаций и чувственного бреда. Бред и галлюцинации в поведении отражения не находят. Аменция сопровождается полной конградной амнезией, приводит к психофизическому истощению.

Встречается при обострениях затяжных или хронических астенизирующих соматических заболеваний, например, на фоне генерализации туберкулезного процесса, при присоединении к хроническому соматическому астеническому заболеванию инфекционной патологии (грипп, рожа, сепсис), в остром периоде энцефалитов, в частности гриппозного, при злокачественном нейролептическом синдроме.

Группа непароксизмального выключения сознания.

Оглушение – наиболее легкое расстройство этой группы. В качестве ведущих проявлений выступает затруднение, уменьшение и значительное упрощение отражательной деятельности. Ориентировка и осмысление происходящего затруднена и фрагментарна.

Сопор – ориентировка невозможна, информация в сознание не проникает, по выходе – полная конградная амнезия.

Кома – глубокая степень выключения сознания, относится к экстремальным состояниям.

Группа пароксизмального помрачения сознания.

К пароксизмальным расстройствам выключенного типа относятся нарушения сознания при судорожных и бессудорожных эпилептических пароксизмах (припадках): grand mal, petit mal.

К пароксизмальным расстройствам помраченного типа относят сумеречные расстройство сознания, как классическое, так и с автоматизмами (амбулаторные автоматизмы, фуги, трансы).

Ведущими признаками сумеречного расстройства сознания являются глубокая ауто- и аллопсихическая дезориентировка с фокусированием искаженного восприятия на узком круге объектов и лиц в сочетании с гиперкинезией. Часто при этом присутствуют эмоциональное напряжение (ярость, страх, гнев), яркие галлюцинаторные или иллюзорные переживания, остро возникший персекуторный бред, психомоторное возбуждение (в большинстве случаев импульсивное, агрессивное), бессвязная речь и амнезия по выходу из состояния.

При классическом сумеречном расстройстве сознания напряженный аффект злобы фокусируется на определенных лицах или объектах, на которые и направлено возбуждение. Хотя оно длится обычно несколько минут, эффект его может быть разрушительным. Сумеречное расстройство сознания часто является проявлением эпилептического психоза, может

сопровождаться противоправной активностью и при проведении судебно-психиатрической экспертизы пациенты в данном состоянии, как правило, признаются невменяемыми.

При сумеречном расстройстве сознания с автоматизмами может не наблюдаться аффекта гнева, галлюцинаций и психомоторного возбуждения. Основной фон настроения – растерянность, бесстрастность. В зависимости от особенностей автоматизмов выделяют три формы:

1. СРС с амбулаторными автоматизмами проявляется многократными бессмысленными повторениями различных двигательных актов (кручение вокруг собственной оси, одевание-раздевание, выписывание одной и той же буквы при письме и др.)

2. При трансах амбулаторные автоматизмы представлены сложными последовательными действиями, которые кажутся упорядоченными и целенаправленными. Но по сути они бессмысленны, не планировались и связаны обычно с перемещениями (в пределах квартиры, города, страны). Пациенты могут не привлекать к себе внимания в связи с внешне практически упорядоченным поведением (при наблюдении можно заметить растерянность, отрешенность). Может длиться минуты, часы и даже сутки.

3. Фуги проявляются внезапно возникающими немотивированными моторными актами (быстрый бесцельный бег, уход, не связанный с предыдущим психическим состоянием). Длится обычно кратковременно, амнезируются.

4. Патологический аффект. Кратковременное психическое расстройство в виде взрыва сильнейшего аффекта (обычно ярости, бешенства) в ответ на ключевую для личности травматическую ситуацию). Сопровождается помрачением (сужением) сознания, двигательным возбуждением с автоматизированными действиями, последующей конградной амнезией. Патологическому аффекту сопутствуют резкие вегетативные сдвиги, возможны дебюты и рецидивы психических, а также соматических заболеваний (ишемическая болезнь сердца, тиреотоксикоз и др.). Развитие патологического аффекта принято разделять на три стадии:

в первой (подготовительной) происходит нарастание аффекта и сужение сферы сознания на психотравмирующих переживаниях;

во второй (стадии взрыва) наступает глубокое нарушение сознания с расстройством ориентировки, речевой бессвязностью, бурным двигательным возбуждением;

в заключительной стадии выявляются признаки резкого психического и физического истощения, часто — глубокий сон. После пробуждения обнаруживается частичная или полная амнезия, которая может быть отставленной.

Патологический аффект также относится к компетенции судебной психиатрии и считается состоянием, исключающим вменяемость, как и патологическое опьянение. В самый момент реакции, вероятно, наступает аффектогенное сужение сознания.

Литература

1. Закон РБ «Об оказании психиатрической помощи» от 7.01.2012 г. № 349-З

2. Закон РБ «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»» от 20.06.2008 г. № 363-З

3. Постановление Совета Министров Республики Беларусь «Об утверждении Инструкции об определении требований к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и военные учебные заведения (на военные факультеты), военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь» от 20.12.2010 г. №51/170

4. Постановление Совета Министров Республики Беларусь "Об утверждении Положения о порядке проведения освидетельствования физических лиц на предмет выявления состояния алкогольного опьянения и (или) состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ" от 14.04.2011 N 497

5. «Психиатрия». Учебное пособие для медицинских вузов под ред. В.П. Самохвалова. Ростов-на-Дону Феникс, 2002.

6. Кирпиченко, А.А. Психиатрия / А.А. Кирпиченко. — Мн. — 1996. — 391 с.

7. Коркина, М.В. Психиатрия / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко. — Мн. — 1995. — 605 с.

8. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для врача общей практики / Р.А. Евсегнеев. — Мн.: Беларусь. — 2001. — 426 с.

9. Международная Классификация Болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Россия, СПб. — 1994. — 302 с.

10. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 712 с.

11. Авруцкий, Г.Я., Анедува А.А. Лечение психических больных / Г.Я. Авруцкий, А.А. Анедува. — М.: Медицина. — 1988. — 527 с.

12. Телле, Р. Психиатрия с элементами психотерапии / Р. Телле / Учебн. для мед. ин-тов. — Мн.: Вышейш. школа, 1999. — 496 с.

13. Клиническая психиатрия: пер. с англ. доп. // главный редактор Т.Б. Дмитриева. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. — 505 с.

Т