



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра психиатрии

УЧЕБНО – МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Под ред. доктора медицинских наук Е.О.Бойко

Краснодар, 2014

УДК 616.89
ББК 56.14

Составители:

Зав.кафедрой психиатрии д.м.н. Е.О.Бойко
доцент к.м.н. Л.Е.Ложникова, доцент к.м.н. О.Г.Зайцева.
Под редакцией д.м.н. Е.О.Бойко

Рецензенты:

Зав.кафедрой факультетской педиатрии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор **В.А.Шашель**

Зав.кафедрой клинической психологии Автономной некоммерческой образовательной организации высшего профессионального образования «Институт экономики и управления в медицине и социальной сфере, д.м.н. **А.В.Солоненко**

«Симптомы психических заболеваний»: учебно-методическое пособие
Краснодар, КубГМУ, 2014. - 48 с.

Настоящее издание является практическим руководством для подготовки студентов медицинского вуза к практическим занятиям по психиатрии и наркологии. Учебное пособие является одним из обязательных в системе подготовки врачей, изучающих психофизиологические особенности и закономерности психического развития в процессе жизнедеятельности. Учебное пособие соответствует действующей типовой программе по «Психиатрии и наркологии», Государственному образовательному стандарту высшего профессионального образования по специальностям: 060101 «Лечебное дело», 060103 «Педиатрия», 060104 «Медико-профилактическое дело», 060105 «Стоматология». Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов.

Рекомендовано к изданию ЦМС КубГМУ
протокол № 8 от 14.04. 2014 г.

Предисловие

Умение решать задачи, которые ставит клиника, не обеспечивается исключительно объемом формальных знаний, расширение и углубление которых – повседневная задача любого настоящего профессионала. Необходим надежный, теоретически обоснованный и наработанный на практике логический аппарат, обслуживающий диагностический процесс, который в медицине называется «клиническим мышлением».

Содержание учебного пособия отражает уровневый подход и прежде всего это принцип клинической диагностики, общий для врача любой специальности. Следующий уровень - собственно психиатрический, определяемый спецификой душевной патологии, ее природы, патогенеза, форм проявления. Третий уровень касается возрастных особенностей психодиагностики.

В данном учебном пособии рассматриваются основные вопросы общей психопатологии по сферам психической деятельности.

Сведения изложены в простой, доступной форме.

Подготовлено для студентов старших курсов всех факультетов: 4 курса педиатрического и стоматологического, 5 лечебного и медико - профилактического факультетов. Сведения, изложенные в пособии, необходимы для дальнейшего успешного освоения психиатрии и наркологии и других медицинских дисциплин.

Введение

Выделение отдельного признака - симптома - является многоступенчатым процессом, в котором существенное место занимает объединение его с другими близкими по своей внутренней структуре признаками. В связи с этим актуально рассмотреть соотношение понятий «симптом» и «синдром».

Для психических заболеваний характерна определенная смена психопатологических синдромов в течении болезни. Поэтому изучение их последовательного развития позволяет судить не только о нозологической принадлежности соответствующих расстройств, но и о прогрессивности или регрессивности заболевания. В некоторых случаях смена синдромов помогает определить локализацию патологического процесса. Это касается в первую очередь атрофических процессов в головном мозге в позднем возрасте. И, наконец, изучение структуры и смены синдромов необходимо для оценки эффективности терапевтических воздействий.

Психопатологическая структура синдрома определяется в первую очередь заболеванием, в клинической картине которого он развивается. Вместе с тем имеется ряд факторов, которые могут видоизменять синдром.

Структуру синдрома в значительной степени определяет возраст больного. Для разных возрастных категорий характерны определенные виды психопатологических расстройств: для детского возраста — синдромы, в структуру которых входят особые виды страхов и бредоподобные фантазии, для пубертатного периода — крайняя незавершенность и полиморфизм синдромов, в позднем возрасте встречаются типичные бредовые синдромы (с бредом ущерба и т.п.). Имеются возрастные особенности синдромов при экзогенных типах реакций: в младенчестве основной формой реакции на вредный фактор является судорожный синдром, в детском возрасте — эпилептиформные состояния, в зрелом возрасте — вербальный галлюциноз, делирий, в старческом — abortивные виды делириозных состояний.

Степень нозологической специфичности синдромов различна. Так, астенические и неврозоподобные расстройства отличаются малой степенью специфичности, а судорожный синдром и мнестические расстройства — большей специфичностью и свойственны сравнительно меньшему числу заболеваний (эпилепсии, органическим поражениям головного мозга).

Вместе с тем достаточно специфические синдромы, например астенический, в картине различных заболеваний могут проявляться различно, имея оттенок той или иной нозологии.

Близка к проблеме влияния различных факторов на структуру синдрома и проблема патоморфоза психопатологических синдромов. Речь идет, прежде всего, о видоизменении психопатологической структуры под воздействием широкого спектра психофармакологических лечебных препаратов.

Общая особенность их влияния состоит в том, что психофармакологические средства устраняют или ослабляют расстройства, относящиеся к наиболее тяжелым регистрам. В этих случаях на первый план в структуре синдрома выступают более легкие (невротические, психопатоподобные, аффективные) расстройства.

СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Исследование психического состояния, т.е. оценка психопатологической картины, представляет собой сложный процесс - от оценки явных признаков до познания сущности расстройства, которое не может быть воспринято непосредственно, а определяется в результате наблюдения и обобщения признаков и построения на этой основе логического вывода.

Выделение отдельного признака - симптома - является также многоступенчатым процессом, в котором существенное место занимает объединение его с другими близкими по своей внутренней структуре признаками. В связи с этим актуально рассмотреть соотношение понятий «симптом» и «синдром».

Симптом (symptomum, symptoma; гр. symptoma совпадение, признак) — признак патологического состояния или болезни. Симптомы психических болезней — это преимущественное расстройство определенного психического процесса (восприятия, представления, эмоций, мышления, памяти и др.). Каждый в отдельности симптом не дает возможности судить о диагнозе, однако их сочетание несет важную информацию о нозологической природе психического заболевания. Распознавание психической болезни, как и других заболеваний, начинается с симптома.

СФЕРА СОЗНАНИЯ. РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

На вопрос «Что такое сознание?» вряд ли можно дать ответ, обладающий точностью математической формулы. Слишком сложен и своеобразен объект. Однако ошибочно считать, что в области явлений сознания нет закономерностей и что оно непознаваемо. Как и понятие психики, понятие сознания прошло сложный путь развития, получило различные трактовки у разных авторов, в разных философских системах и школах.

Одно из определений сознания, которое дал советский психолог А.Г. Спиркин: «Сознание — это высшая, свойственная только человеку и связанная с речью функция мозга, заключающаяся в обобщенном, оценочном и целенаправленном отражении и конструктивно- творческом преобразовании действительности, в предварительном мыслительном построении действий и предвидении их результатов, в разумном регулировании и самоконтролировании поведения человека».

В настоящее время перечень эмпирических признаков сознания является более или менее установившимся и совпадающим у разных авторов. Если попытаться выделить то общее, что наиболее часто указывается в качестве особенностей сознания, то обладающий сознанием человек:

- 1) Выделяет себя из окружающего мира, отделяет себя, свое «я» от внешних вещей, а свойства вещей — от них самих.
- 2). Способен увидеть себя находящимся в определенном месте пространства и в определенной точке временной оси, связывающей настоящее, прошлое и будущее.
- 3). Способен увидеть себя в определенной системе отношений с другими людьми.
- 4). Способен устанавливать адекватные причинно-следственные отношения между явлениями внешнего мира и между ними и своими собственными действиями.
- 5). Отдает отчет в своих ощущениях, мыслях, переживаниях, намерениях и желаниях.
- 6). Знает особенности своей индивидуальности и личности.
- 7). Способен планировать свои действия, предвидеть их результаты и оценивать их последствия, т.е. способен к осуществлению преднамеренных произвольных действий.

Все эти признаки противопоставляются противоположным чертам неосознаваемых и бессознательных психических процессов и импульсивных, автоматических или рефлекторных действий.

Обязательным условием формирования и проявления всех указанных выше специфических качеств сознания является, язык. В процессе речевой деятельности

происходит накопление знаний. «Язык - особая объективная система, в которой запечатлен общественно-исторический опыт или общественное сознание», - как отметил А.В. Петровский. - «Будучи усвоен конкретным человеком, язык в известном смысле становится реальным сознанием».

Выделяют два основных вида расстройств сознания: выключенное сознание и помраченное сознание.

К выключенному относят: сомноленция, просоночное состояние, оглушение, сопор, кома. В основе этих изменений часто лежат какие-либо интоксикации.

К наиболее легкой степени в нарушении сознания можно отнести состояние *сомноленции*, когда до сознания доходят только сильные раздражители, а на слабые нет почти никакой реакции. Малую степень выключенного сознания представляют также просоночные состояния. Они напоминают состояние человека, разбуженного от глубокого сна и еще недостаточно ориентирующегося в месте и времени.

Синдром оглушения характеризуется замедлением и затруднением всех психических процессов: больные на привычные раздражители не дают реакции или дают ответы на более сильные и повторные раздражители.

Более тяжелую степень выключенного сознания представляет *сопор*. Больные неподвижны, на сильные раздражители отвечают небольшими элементарными движениями. Ориентировка в месте, времени и собственной личности у них отсутствует. Зрачковые, корниальные рефлексы сохранены.

Самая тяжелая степень выключенного сознания – *кома*. В отличие от сопора при коме полностью отсутствуют рефлексы на внешние раздражители. Может возникнуть аритмия дыхания, расстройство функции жизненно важных органов с появлением психомоторного возбуждения.

К синдромам помрачения сознания относятся некоторые психопатологические состояния, при которых обнаруживается нарушение познания окружающей действительности. Последнее проявляется как в невозможности правильного восприятия и понимания окружающего, так и в потере способности к абстрактному мышлению.

До настоящего времени не утратили своей значимости описанные К. Jaspers общие признаки синдромов помрачения сознания.

Первый признак синдромов помрачения сознания - отрешенность от окружающей действительности, проявляющаяся затруднением или полной невозможностью восприятия окружающего. Психопатологические проявления отрешенности различны: в одних случаях больной не воспринимает окружающее, и оно не определяет психическую деятельность больного, при этом какая бы то ни было позитивная психопатологическая симптоматика отсутствует; в других случаях отрешенность от окружающего стоит в прямой связи с наплывом галлюцинаций, развитием бреда и других психотических расстройств (состояние загруженности). И, наконец, отрешенность может проявляться аффектом недоумения, сходного с состоянием здорового человека, пытающегося что-то понять или встретившимся с чем-то непонятным и малознакомым, и симптомом гиперметаморфоза — сверхизменчивостью внимания, характеризующегося крайней нестойкостью внимания, отвлекаемостью, особенно на внешние раздражители.

Второй признак - дезориентировка в окружающем, т.е. в месте, времени, окружающих лицах, собственной личности. Наличие или отсутствие дезориентировки в собственной личности - крайне важный признак, реализующийся при разных видах синдромов помрачения сознания по-разному.

Третий признак - нарушение мышления, заключающееся в слабости или невозможности суждений, бессвязности мышления. О характере нарушений мышления судят по особенностям речи пациента: у одних наблюдается феномен олигофазии - больной использует в речи ограниченное количество слов, речь представляется крайне бедной и маловыразительной; у других обращает на себя внимание крайнее затруднение при ответе на достаточно простые вопросы или при попытке оценить ту или иную

ситуацию. При бессвязной речи больные произносят фразы, не содержащие смысла, отдельные слова не имеют связи друг с другом. Нередко речь состоит из отдельных слогов и звуков.

Четвертый признак - амнезия периода помраченного сознания полная или частичная. В одних случаях имеет место полная амнезия периода помрачения сознания, в других воспоминания о психопатологических расстройствах и окружающей действительности фрагментарные. Иногда больные отчетливо помнят содержание болезненных переживаний, однако, полностью амнезируют как происходящее вокруг, так и свое собственное поведение.

Различают следующие виды синдромов помрачения сознания: оглушение, делирий, аменцию, онейроидное помрачение сознания, сумеречное помрачение сознания и ауру сознания.

Оглушение - вид помрачения сознания, проявляющийся в повышении порога возбудимости ЦНС, при котором слабые раздражители не воспринимаются, раздражители средней силы воспринимаются слабо и лишь раздражители достаточной интенсивности вызывают ответную реакцию. Больные не реагируют на вопросы, заданные тихим голосом, обнаруживают слабую, часто только ориентировочную реакцию на обычную речь и отвечают на вопросы, произнесенные достаточно громко; при этом осмысление сложных вопросов, как правило, оказывается невозможным. Такие же реакции наблюдаются у больных на свет, запахи, прикосновение, вкусовые раздражители.

Различают легкую степень оглушения - *обнубиляцию* сознания, которая клинически проявляется рассеянностью, медлительностью, малой продуктивностью, затруднением при понимании вопросов, осмыслении ситуации, решении задач. Развитие оглушения следует считать прогностически тяжелым признаком: оглушение в достаточно сжатые сроки может перейти в сомнолентность, сопор и коматозное состояние.

Делирий - вид помрачения сознания, клинически проявляющийся наплывом зрительных галлюцинаций, ярких чувственных парейдолий, резко выраженным двигательным возбуждением. Несмотря на то, что в картине состояния преобладают зрительные галлюцинации, известное место в ней могут занимать вербальные галлюцинации, острый чувственный бред, аффективные расстройства.

В развитии делирия принято выделять 3 стадии.

В *первой стадии* обращают на себя внимание повышенное настроение, крайняя говорливость, непоседливость, гиперестезия, расстройство сна. Приподнятый фон настроения отличается нестойкостью. Периодически появляются тревога, ожидание беды. Иногда отмечают раздражительность, капризность, обидчивость. У больных наблюдается наплыв ярких воспоминаний, касающихся как недавнего, так и отдаленного прошлого. Воспоминания сопровождаются яркими образными представлениями об имевших место событиях и чрезмерной говорливостью больных. В речи больных также преобладают воспоминания о событиях прошлого, иногда речь отличается непоследовательностью, бессвязностью. Значительное место в картине состояния занимают повышенная истощаемость и гиперестезия, непереносимость яркого света, громких звуков, резких запахов. Все перечисленные явления обычно нарастают к вечеру. Расстройства сна выражаются в ярких сновидениях неприятного содержания, трудности при засыпании, ощущении разбитости и усталости при пробуждении.

Во *второй стадии* преобладают иллюзорные расстройства в виде парейдолий: больные видят в узорах ковра, обоев, трещинах на стенах, игре светотени разнообразные фантастические образы, неподвижные и динамичные, черно-белые и цветные; причем на высоте развития парейдолий воображаемый образ полностью поглощает контуры реального предмета. Отмечается еще большая лабильность аффекта. Резко усиливается гиперестезия, появляются симптомы светобоязни. Периодически возникают непродолжительные светлые промежутки, во время которых у больного появляются правильная оценка окружающего, сознание болезни, исчезают иллюзорные расстройства,

наблюдаются нарушения сна: сон становится поверхностным, устрашающие сновидения путаются с реальностью, в момент засыпания возникают гипнагогические галлюцинации.

В *третьей стадии* наблюдаются зрительные галлюцинации. Наряду с наплывом зрительных, обычно сценopodobных галлюцинаций имеют место вербальные галлюцинации, фрагментарный острый чувственный бред.

Больные находятся в состоянии резкого двигательного возбуждения, сопровождающегося страхом, тревогой. Возможны светлые промежутки, когда у больных отмечаются выраженные астенические расстройства. К вечеру приходится наблюдать резкое усиление галлюцинаторных и бредовых расстройств, нарастание возбуждения; утром описанное состояние сменяется непродолжительным сопорозным сном. На этом развитие делирия чаще всего заканчивается.

Если продолжительность делирия невелика и составляет несколько часов или сутки, а развитие его ограничивается первыми двумя стадиями, то говорят о *делирии abortивном*. Тяжелые виды делирия, резистентные к терапии, наблюдаемые длительное время, определяют как *продолженный делирий*. При внезапном обратном развитии делирия в ряде случаев наблюдается резидуальный бред.

Выделяют также *делирий мусситирующий и профессиональный*. Обычно они развиваются вслед за третьей стадией делирия. Возникновение их является прогностически неблагоприятным признаком.

При *мусситирующем (бормочущем) делирии* наблюдаются хаотическое беспорядочное возбуждение, обычно ограничивающееся пределами постели, невнятное бессвязное бормотание с произнесением отдельных слов, слогов или звуков. На высоте возбуждения развиваются хореiformные гиперкинезы или симптом обирания (карфологии), выражающийся в бессмысленных хватательных движениях или мелких движениях пальцев рук, разглаживающих или собирающих в складки одежду, простыню и т.д. Вслед за мусситирующим делирием нередко развиваются сопор и кома.

При *профессиональном делирии* отмечается более глубокое, чем при обычном делирии, помрачение сознания, и в картине состояния преобладает возбуждение в виде автоматизированных двигательных актов, а не наплыв галлюцинаций. Больные выполняют привычные для них действия: портной шьет несуществующей иглой несуществующий костюм, дворник метет пол воображаемой метлой и т.д. У больных наблюдаются дезориентировка в окружающей обстановке и отсутствие реакции на окружающее. Исследование профессионального делирия показывает, что в этих случаях помрачение сознания наиболее близко онейроиду. Доказательством последнего служит то, что пациент ощущает себя активным участником происходящих событий, окружающее воспринимает иллюзорно, зрительные галлюцинации в большинстве случаев отсутствуют.

Развитие делирия свидетельствует о наличии соматического заболевания, инфекции или интоксикации. Возникновение мусситирующего и профессионального делирия, как правило, является результатом одновременного развития нескольких вредностей: сочетания соматического или инфекционного заболевания с интоксикацией, а также следствием развития дополнительной экзогении у соматически ослабленных лиц.

Аменция - помрачение сознания, при котором наблюдаются растерянность и инкогеренция (дизинтеграция), т.е. невозможность осмысления окружающего в обобщенном, целостном виде и невозможность оценки своей собственной личности. Характерно резко выраженное возбуждение, ограничивающееся пределами постели: больные совершают движения головой, руками, ногами, ненадолго успокаиваются, затем вновь становятся возбужденными. Настроение больных крайне изменчиво: они то плаксивы и сентиментальны, то веселы, то безразличны к окружающему. Речь их непоследовательна, бессвязна, состоит из набора существительных и глаголов конкретного содержания или отдельных слогов и звуков. В течение дня, чаще в вечернее и ночное время, наблюдаются отдельные зрительные галлюцинации и иллюзии, эпизоды образного бреда или признаки делириозного помрачения сознания. На высоте аменции

могут развиваться кататонические расстройства в виде возбуждения или ступора, хореоформные проявления или симптом корфологии (обирания).

Онейроидное (сновидное) помрачение сознания проявляется полной отрешенностью больного от окружающего, фантастическим содержанием переживаний, видоизменением и перевоплощением Я (грезоподобный онейроид) или состоянием, при котором имеется причудливая смесь фрагментов реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных фантастических представлений (фантастически-иллюзорный онейроид). Переживания при онейроиде носят драматический характер: отдельные ситуации, чаще фантастические, разворачиваются в определенной последовательности. Самосознание изменяется, глубоко расстраивается: больные ощущают себя участниками фантастических событий, разыгрывающихся в их воображении (*грезоподобный онейроид*) или в окружающей их обстановке (*фантастически-иллюзорный онейроид*). Нередко пациенты выступают в роли исторических личностей, государственных деятелей, космонавтов, героев фильмов, книг, спектаклей. Содержание событий, разыгрывающихся в их воображении, бывает различным — реже обыденным, чаще фантастическим. В последнем случае больные воспринимают себя находящимися на других материках, планетах, летающими в космосе, живущими в других исторических условиях, участвующими в атомных войнах, присутствующими при гибели Вселенной. В зависимости от содержания различают *экспансивный и депрессивный онейроид*.

Характерен внешний вид больных. При фантастически-иллюзорном онейроиде они растеряны, недоуменно озираются по сторонам, взгляд скользит с одного предмета на другой, не задерживаясь ни на одном из них продолжительное время (симптом гиперметаморфоза). При грезоподобном онейроиде они загружены, окружающее не привлекает их внимания. На лице у больного — выражение восторга, радости, удивления или ужаса, тревоги, что находится в прямой зависимости от содержания онейроида.

Онейроидное помрачение сознания возникает не внезапно: в большинстве случаев оно начинается с состояния экзальтации с лабильностью аффекта или преобладания повышенного или пониженного фона настроения, возникают расстройства сна; необычно яркие сновидения чередуются с бессонницей. У больных периодически появляются эпизоды страха, ощущение, что с ними должно что-то произойти, что они сходят с ума.

Развитию онейроидного помрачения сознания обычно предшествуют состояния с острым чувственным и антагонистическим бредом, являющиеся по существу стадиями развития онейроида. Амнезия при онейроидном помрачении сознания, как правило, не наблюдается. Больные в одних случаях достаточно подробно воспроизводят содержание онейроида, но обычно плохо помнят реальную обстановку, в других случаях вспоминают и фрагменты фантастических переживаний, и окружающую их обстановку. В ряде случаев после завершения онейроида больные обнаруживают полную амнезию периода помрачения сознания, но позже у них появляются воспоминания о происшедшем.

Сумеречное состояние характеризуется внезапным возникновением и внезапным разрешением состояния, глубокой дезориентировкой в окружающем, резко выраженным возбуждением или внешне упорядоченным поведением, наплывом различных видов галлюцинаций, острым образным бредом, аффектом тоски, страха и злобы. После завершения периода помрачения сознания у больных развивается тотальная амнезия, лишь в некоторых случаях после выхода из болезненного состояния на протяжении нескольких минут или часов воспоминания о психотической симптоматике сохраняются (ретардированная амнезия).

Различают простой, галлюцинаторный и бредовой варианты сумеречного помрачения сознания.

При простом варианте поведение больных внешне достаточно правильное, однако обычно обращают на себя внимание отрешенно-угрюмое или мрачное выражение лица, стереотипный характер высказываний или почти

полное отсутствие спонтанной речи; движения крайне замедлены или отличаются импульсивностью.

В картине *галлюцинаторных сумеречных состояний* преобладают различные виды галлюцинаций: зрительные, слуховые, обонятельные. Зрительные галлюцинации нередко панорамические и сценopodobные, как правило, окрашенные в красные и голубые тона, имеют различное содержание: иногда это вид надвигающейся толпы, падающие на больного здания и предметы. В отдельных случаях галлюцинации носят *религиозно-мистический характер*: больные видят святых, нечистую силу, борьбу этих антагонистических сил. Слуховые галлюцинации сопровождают галлюцинации зрительные или бывают самостоятельными и носят комментирующий или императивный характер. Наблюдаемые обонятельные галлюцинации в виде запаха гари, дыма, разлагающихся трупов также могут сопровождать зрительные или слуховые галлюцинации или возникать в качестве самостоятельных галлюцинаторных состояний.

Бредовые варианты сумеречного помрачения сознания чаще всего характеризуются образным бредом с идеями преследования, величия. Бред обычно бывает религиозно-мистического содержания. Бредовые состояния нередко сопровождаются различными видами галлюцинаций. Для всех психотических вариантов сумеречных состояний типичны аффективные расстройства — страх, тревога, злоба, ярость, восторженность или экстаз.

ПОЗНАВАТЕЛЬНАЯ СФЕРА (МНЕСТИКО - ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ)

РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ

Восприятие - это активное отражение в сознании человека предметов или явлений при их непосредственном воздействии на органы чувств. В ходе восприятия происходит упорядочение и объединение отдельных ощущений в целостные образы.

Образы восприятия - это та психическая реальность, которую человек может найти в своем сознании с помощью самонаблюдения.

Культура берет на себя регулирование деятельности мозга, внося те или иные особенности мировосприятия, характерные для членов данной группы. Наблюдаются различия в восприятии мира, жизни, смерти и т.д. у различных культур.

Способ классификации воспринимаемого у каждого человека связан с предварительным жизненным опытом. Только благодаря практике и опыту мозг человека способен структурировать и организовывать элементы внешнего мира, чтобы придавать им точное значение.

Изменения интенсивности ощущений. Анестезия (выпадение), гипестезия (понижение) одного или нескольких видов чувствительности могут быть выявлены объективными методами исследования. Частным случаем анестезии в психиатрической практике является аналгия или аналгезия — утрата болевой чувствительности. Она наблюдается, в частности, при острых психотических состояниях, сопровождающихся обманами восприятия, аффективными нарушениями, психомоторным возбуждением. Снижение или утрата чувства боли возникает в гипнотическом трансе, в аффекте, в состояниях глубокой депрессии, при оглушении сознания, в опьянении, во время глубокой медитации, а также свойственна личностям, обедненным эмоционально. Потеря поверхностной болевой чувствительности встречается при прогрессивном параличе. Разнообразные явления анестезии и гипестезии могут быть выявлены у больных истерическим неврозом, а также истериформными расстройствами иной этиологии.

Болезненная психическая анестезия. Субъективное и кажущееся весьма тягостным ослабление какого-либо вида чувствительности, обусловленное выпадением

эмоционального тона ощущений. Объективное исследование обычно не выявляет снижения чувствительности, так как рецептивный компонент ощущений остается неизменным.

Гиперестезия. Субъективное усиление одного либо нескольких видов элементарной чувствительности. При гиперестезии может усиливаться как рецептивный компонент ощущений (например, звуки кажутся необычайно громкими), так и аффективный (болевого) тон ощущений (звуки «раздражают», вызывают «боль», хотя интенсивность их «не меняется»).

Гипералгезия. Повышение болевой чувствительности встречается при различных патологических состояниях, в частности, при депрессии. Усиление чувства боли характерно для легких депрессий, тревоги, страхов, может быть связано с суггестией, с соответствующими ожиданиями.

Несоразмеримые восприятия. В сообщениях больных встречаются указания на усиление интероцептивных ощущений: «Сердце бьется тяжело, сильно, ударяет как кувалдой... Пульс молотком стучит в висках и во всем теле... Стоит немного поесть, как желудок кажется переполненным... Чувствую, как продвигается пища по пищеводу...»

Сенестопатии (Dupre, Camus, 1907), «психосоматические ощущения» (Wernicke, 1906) или «сенсации» — особая разновидность патологических ощущений, которым 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.

Сенестезии — разнообразные двигательные нарушения, часто имеющие субъективный характер и не связанные с неврологической патологией: потеря равновесия, «внутреннее» головокружение, шаткость походки, «толчки» в разные стороны, ощущения моторной неловкости, неточности в движениях («нога вдруг подвернулась... беру что-нибудь и промахиваюсь... стал спотыкаться...»), короткие эпизоды обездвиженности в руке, ноге («Не слушаются руки... рука повисла как плеть... двигательный идиотизм... волевой импульс не доходит до ноги»), состояния неожиданной слабости в отдельных группах мышц («нет сил раскусить таблетку, поднять руку...»).

Нарушение константности восприятия. Искажения образов объектов в зависимости от изменения условий восприятия. Во время ходьбы пациент видит, как почва «подпрыгивает», «качается», «поднимается», «опускается», деревья и дома «шатаются», перемещаются вместе с ним. При повороте головы предметы «поворачиваются», ощущается поворот тела в противоположную сторону. Пациент чувствует, будто предметы отдаляются или приближаются, а не он идет к ним или от них. Удаленные предметы воспринимаются мелкими, а вблизи становятся неожиданно крупными и наоборот.

Расщепление восприятия. Утрата способности формировать целостный образ объекта. Правильно воспринимая отдельные детали предмета или его изображения, больной не может связать их в единую структуру, например, видит не дерево, а отдельно ствол и листву. Расщепление восприятия описано при шизофрении, некоторых интоксикациях.

Иллюзии. «Обман, обманчивое представление» — ложное, с нарушением идентификации, восприятие реально существующих и актуальных в данный момент предметов и явлений.

Существуют различные виды иллюзорного восприятия.

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.

Появление ряда иллюзий связано с психологическими особенностями процесса восприятия. После остановки поезда, например, некоторое время, продолжает казаться, что он все еще движется. В известной *иллюзии Мюллера-Лайера* длина отдельных линий воспринимается по-разному в зависимости от формы фигур, в состав которых они входят. По-разному воспринимается окраска одной и той же части поверхности, если менять цвет фигуры в целом.

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. Боязливый человек, идя ночью по пустынной улице, может принять силуэт куста за фигуру притаившегося человека.

При *иллюзиях невнимательности* (Jaspers, 1923) вместо одного слова слышится другое, близкое по звучанию; посторонний человек принимается за знакомого, в тексте читается не то слово и т.д.

Упомянутые разновидности иллюзий не являются признаком психического расстройства.

Патологические иллюзии имеют ряд важных особенностей. Это их психологическая непонятность, выпадение из смыслового контекста ситуации. Наглядные образы целиком поглощаются, перекрываются мнимыми, подвергаются грубому искажению. В содержании патологических иллюзий выражаются идеи преследования, другие болезненные переживания. Критическая оценка иллюзорных образов отсутствует. Иногда трудно разграничить иллюзии и галлюцинаторные образы, а также уловить момент перехода первых во вторые.

***Различают следующие виды патологических иллюзий:
аффективные, вербальные и парейдолические (парейдолии).***

Аффективные иллюзии. Связаны со страхом, тревогой. Пациент в морозных узорах окна «видит» лицо грабителя, в складках одеяла — притаившегося на кровати убийцу, авторучку принимает за нож. Вместо обычных шумов, стука, звона слышит шелканье затвора, ружья, выстрелы, шаги и дыхание преследователей, предсмертные стоны.

Вербальные иллюзии. Содержат отдельные слова, фразы, которые заменяют реальную речь окружающих. Слышатся обвинения, угрозы, брань, разоблачения, оскорбления. Вербальные иллюзии, возникающие на фоне страха или тревоги, считают вербальным вариантом аффективных иллюзий (Снежневский, 1983). Интенсивные, обильные и сюжетно связанные вербальные иллюзии обозначаются термином «иллюзорный галлюциноз» (Schroder, 1926).

Парейдолии. Представляют собой зрительные иллюзии с фантастическим содержанием. При разглядывании бесформенных пятен, орнаментов (узоров древесных линий, переплетений корней, игры светотени в листьях деревьев, облаков) видятся экзотические пейзажи, феерические сцены, мифические герои и сказочные существа, причудливые растения, люди в необыкновенных масках, старинные крепости, сражения, дворцы. «Оживают» портреты. Изображенные там лица начинают двигаться, улыбаться, подмигивать, высовываться из рамок, строить гримасы. Парейдолии возникают спонтанно, приковывают к себе внимание пациентов, сопровождаются живыми эмоциональными реакциями.

Галлюцинации («бред», «видения»). Мнимые восприятия, ложные образы, возникающие спонтанно, без сенсорной стимуляции. Галлюцинация — это образ представления, отождествляемый пациентом с наглядным образом. В определениях галлюцинации обычно указываются следующие признаки.

Появление галлюцинаций непосредственно не связано с восприятием реальных и наличных объектов (исключение составляют функциональные и рефлекторные галлюцинации). Этим галлюцинации отличаются от иллюзий. Галлюцинирующий пациент одновременно с ложными образами может адекватно воспринимать и реальность. Его внимание при этом распределяется неравномерно, часто смещаясь в сторону обманов восприятия. Иногда оно бывает так поглощено последними, что действительность почти либо вовсе не замечается. В таких случаях говорят об отрешенности или галлюцинаторной загруженности.

Галлюцинациям свойственны чувственная живость, проекция в реальный мир (сравнительно редко они бывают лишены определенной проекции: «Голоса из ниоткуда... Рука тянется неизвестно откуда...»), спонтанное появление и чуждость содержанию сознания. Их характеризует, кроме того, ощущение собственной интеллектуальной активности - пациент «сам» с интересом или страхом «слушает», «смотрит», «вглядывается».

Различают следующие виды галлюцинаций: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные и галлюцинации общего чувства (энтероцептивные, висцеральные, эндосоматические). Близки к последним вестибулярные и моторные галлюцинации.

Нарушения сенсорного синтеза. Искажённое восприятие величины, формы своего тела и окружающих предметов. Идентификация объектов, в отличие от иллюзии, при этом не нарушена.

Метаморфозии. Нарушение восприятия размеров и формы предметов и пространства в целом. Предметы кажутся увеличенными - макропсия, уменьшенными - микропсия, перекрученными вокруг оси, удлинёнными, скошенными - дисмегалопсия. Вместо одного видится несколько одинаковых предметов - полиопсия. Искажение схемы воспринимаемых предметов обычно сопровождается изменением восприятия структуры пространства. Оно сокращается, удлиняется, предметы отдаляются, приближаются, улица

кажется бесконечно длинной (порропсия), здания видятся более высокими, низкими, короткими, чем они есть на самом деле.

Аутометаморфопсия (расстройство схемы тела). Искажение формы или величины своего тела. При тотальной аутометаморфопсии тело воспринимается увеличенным - макросомия, уменьшенным - микросомия. При парциальной аутометаморфопсии увеличенными либо уменьшенными воспринимаются отдельные части тела. Иногда чувство увеличения одной части тела воспринимается одновременно с ощущением уменьшения другой. Тело, какая-либо его часть может восприниматься изменившейся лишь в одном измерении - казаться удлиненной, вытянутой, укороченной. Изменения могут касаться объема, формы: утолщение, похудание.

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Мышление - наиболее обобщенная и опосредованная форма психического отражения, устанавливающая связь и отношения между познаваемыми объектами.

В процессе индивидуального развития мышлению сопутствует появление громкой речи как сопровождения фазы ориентировки, описание ситуации вслух сначала для получения помощи от взрослого, затем для организации внимания и ориентировки самого ребенка в ситуации. Речь первоначально носит развернутый, внешний характер, затем постепенно "сворачивается", превращается в форму внутренней речи, которая и составляет основу внутренней интеллектуальной деятельности. Наглядно-образное мышление является базой для формирования словесно-логического мышления.

Нарушения динамики мышления. Характеризуются расстройствами темпа, ритма и произвольного характера мыслительной деятельности. Различают ускорение, заторможение, тугоподвижность мышления, закупорки и обрывы мысли, ментизм, а также нарушения, выражающиеся речевыми итерациями.

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. Похоже, больные утрачивают способность думать про себя, преобладают внешние формы речевой активности. Речь все более приближается к монологу. Преобладают образные представления над абстрактными идеями. Логические отношения подменяются ситуативными, а также механическими ассоциациями по сходству, смежности, контрасту. В выраженных случаях ускорения мышление приобретает характер «скачки идей» — галопирующий поток мыслей становится совершенно неуправляемым. Собственно, пациенты уже «не думают», мысли возникают спонтанно, сами по себе. Речь отстает от хода мыслей, высказывания неполны, отрывочны, успевают произноситься далеко не все, о чем были мысли.

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. Сами пациенты не задают много вопросов, инертны. Субъективно переживается «чувство отупения, торможения, неясности в голове, ощущение преграды, пустоты, обеднения мысли». Падает мыслительная инициатива, страдает воображение, планирование, снижается способность интегрировать разнообразные суждения, мысли выражаются с трудом, медленно подбираются нужные слова и выражения. Заторможение мышления наблюдается при депрессии.

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 эпилептическом слабоумии.

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. При чтении в это время не узнаются слова, плохо понимается значение длинных фраз — «слышу, что говорят, но не понимаю, не доходит смысл». Приостанавливается не только мышление, нарушается также способность представлять, реагировать и действовать. Забывается, что и как надо было делать, зачем понадобился перед тем тот или иной предмет, каково его назначение. Узнавание предметов как будто сохраняется. Больные беспомощно топчутся на одном месте, бесцельно перебирают или перекаладывают предметы, могут произносить одни и те же слова, фразы. Сознание обычно не нарушается, воспоминания об этих состояниях сохраняются. Однако нет оснований утверждать, что блокада психической деятельности не может быть тотальной и захватывать также активность сознания.

Обрыв мысли. Состояние, напоминающее шперрунг. Переживается как беспричинное внезапное исчезновение нужной мысли, потеря нити рассуждений, забывается, о чем хотелось сказать и что было сказано перед этим. Способность мыслить, реагировать, действовать при этом не утрачивается. Потерянная мысль может вернуться сразу же, но иногда ее не бывает часами, сутками, после чего она столь же неожиданно появляется в сознании. Попытки пациентов вспомнить забытое оказываются безуспешными. Иногда они говорят, что мысли «отнимают, воруют».

Ментизм (мантизм). Непроизвольное, насильственное течение нецеленаправленного потока мыслей, воспоминаний, желаний, представлений различного, обычно плохо запоминающегося содержания — «Ералаш в голове, тысяча мыслей, летит, не запоминается». Содержание мыслей может расцениваться больным как странное, нелепое, им обычно не свойственное.

Речевые итерации (стереотипии, словесные тики) выражаются произвольным, часто многократным повторением слов или фраз, произнесенными как самим больным, так и окружающими. Повторение бывает спонтанным или выявляется в ответах на вопросы.

К речевым итерациям относятся *палилалия*, *вербигерация*, *персеверации*, возвращающиеся выражения, эхोलалия, а также письменные ее варианты - палиграфия и эхография (Критчли, 1974).

Палилалия заключается в произвольном повторении пациентом два раза или более последнего слова, фразы или предложения, сказанных им самим. Так, после ответа на вопрос о сегодняшнем числе (ответ: «Не знаю - численника нет»), выражение «численника нет» повторяется без перерыва несколько раз подряд. Больной правильно перечислил дни недели, а затем, не останавливаясь, повторяет сказанное еще дважды.

Данный феномен называют «*симптомом граммофонной пластинки*» Майер-Гросса или «стоячими оборотами речи»

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. Персеверации наблюдаются при поражении сенсорного центра Вернике, встречаются при оглушенности сознания.

Эхолалия - произвольное повторение в неизменном виде или с некоторыми вариациями речи (слов, отдельных фраз) окружающих.

Палиграфия - вариант письменной речевой итерации. Так, в письме больного на четырех страницах повторяется одно и то же бессмысленное выражение: фе-те-тере фе-те-те». Точно также может повторяться множество раз бессмысленный рисунок.

Эхография — письменное копирование текста, предложенного в качестве образца, но не для списания. Эхография может проявляться повторением в письме речи окружающих. Так, в ответ на просьбу написать свое имя, больной полностью воспроизводит текст предложенного задания.

Логоклония - спастическое многократное повторение отдельных слогов произносимого слова. Логоклония, распространяющаяся с начальных слогов слов на промежуточные и затем конечные, считается характерной для болезни Альцгеймера. Логоклония встречается также при болезни Пика, при органических психозах и процессах.

Нарушения связности процессов мышления

Разорванность мышления. Характеризуется распадом логического строя речи с сохранением способности составлять грамматически правильные фразы и предложения.

Инкогеренция (бессвязность мышления). Проявляется распадом логической структуры мышления и грамматического строя речи одновременно. Речь состоит из бессвязного набора отдельных слов, в основном, имен существительных, которые могут рифмоваться. Например: «Доля, глаза, коза, пошел, чудо-юдо, пескаррик, очкарик, будьте здоровы...». Бессвязность мышления наблюдается при аментивном помрачении сознания, а также спутанности сознания в острых психотических состояниях различного генеза.

Патология отдельных видов мышления.

Нарушения логического мышления. Выражаются расстройствами операционной стороны мышления и, в первую очередь, операций конкретизирования, обобщения и абстрагирования. При этом возникают следующие нарушения: резонерство, формализм, патологическая обстоятельность мышления, неясное и паралогическое мышление.

Резонерство (тангенциальное мышление). Основными его признаками являются склонность к общим рассуждениям и неспособность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства. 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, правильность которого может и должна быть доказана. В связи с этим рассуждения приобретают характер беспочвенных, беспредметных и не приводящих к определенному конкретному выводу словесных построений.

Формализм мышления выражается в предпочтительной направленности внимания, интеллектуальных установок не на социально-содержательные, а на формальные аспекты деятельности. Формализм мышления может проявляться склонностью к арифметически точным ответам и констатациям, выделяющим какой-то один несущественный, нередко внешний, сиюминутный момент ситуации.

Патологическая обстоятельность мышления в наиболее типичном ее варианте заключается в чрезмерной детализации описания каких-либо явлений и в неспособности разграничить главное и второстепенное. В этом проявляется снижение уровня процессов обобщения и абстрагирования. Изложение сведений строится не в логической, а пространственно-временной ситуационной последовательности. Она начинается издалека, сопровождается повторением сказанного, остановками, очень медленным продвижением вперед. Сообщения перегружены мелкими, ненужными подробностями, в которых главное содержание утопает, оно не выделяется, логического акцента на нем не делается. Перевести разговор на другую тему или остановить его удастся не сразу — больные стремятся договорить начатое до конца.

Снижение уровня мышления может быть выявлено в ходе клинического, а также экспериментально-психологического исследования умственных операций. При сравнении понятий качество ответов ухудшается по мере того, как предъявляются все более отвлеченные и общие понятия. Исключение лишнего предмета из группы проводится по ситуационным признакам. Нарушен подбор антонимов, тождественных понятий. Иносказательные обороты речи толкуются в буквальном или узко-конкретном смысле. Уровень обобщения и абстрагирования в ответах является одинаково низким при выполнении заданий разного типа в отличие от внешне сходных с обстоятельностью проявлений диссоциированного мышления, когда наряду с примитивными неожиданно попадают тонкие и умные ответы.

Реактивная детализация мышления отличается излишне пространным описанием обстоятельств психотравмирующей ситуации, собственных переживаний по этому поводу, отношений с окружающими. Характерны драматизация, преувеличение, застревания на отдельных деталях, придание ранее казавшимся обыденным вещам нового значения, их переосмысление, повторения одного и того же травмирующего эпизода.

Ипохондрическая детализация мышления проявляется крайне обстоятельными, с обилием мелочей и уточнений сообщениями о самочувствии, возможных причинах заболевания, проводимом ранее лечении, его результатах, и т. д. Влияние эмоций на логическое движение мысли, более заметное при образном мышлении, выражается искажением фактов, их связи, различных событий, а также восприятия собственной личности.

Неясное (расплывчатое) мышление может быть охарактеризовано как нецеленаправленное мышление, мышление без цели, при котором совершаются логически необоснованные переходы от одной мысли к другой, игнорируются временные и пространственные рамки событий. Рассказы больных расплывчаты, нарушена последовательность и ясность изложения, больные теряют из виду предмет разговора, далеко отклоняются от темы.

Паралогическое мышление характеризуется односторонним, предвзятым направлением мыслительной деятельности, в ходе которой принимаются во внимание лишь отдельные факты или случайные стороны явлений, соответствующие доминирующей установке. Все, что ей противоречит, отбрасывается как неверное либо не замечается вовсе. Например, пропажа документа расценивается как следствие хищения; возможность других причин просто не рассматривается. Из сообщения о чем-либо выхватывается отдельная фраза, и именно она будет фигурировать как доказательство правильности какого-нибудь ложного утверждения, все остальное в услышанном игнорируется. Паралогическое или «кривое» мышление не является собственно алогичным, формально логический процесс часто не нарушается. Речь идет, главным образом, о его тенденциозности, преформированности стойким ложным целевым представлением.

Нарушения образного мышления. Сюда включены расстройства, характеризующиеся преобладанием механизмов незрелого мышления в виде чрезмерной активности процессов воображения и искажения хода мышления под влиянием эмоций, но главным образом это фантазирование.

Патологическое фантазирование — у психопатических личностей, в особенности из круга истерических, незрелость мышления может проявляться склонностью к патологическому фантазированию, получившему название *синдрома фантастической псевдологии или мифомании*. Реальные положения дел при этом искажаются яркими, изменчивыми вымыслами, касающиеся, прежде всего собственной личности. В отличие от истинных конфабуляций и бреда воображения вымыслы псевдологов имеют правдоподобный характер и не выходят за рамки возможного в действительности. Кроме того, критическое отношение к фантазиям полностью не утрачивается — псевдолог может быть увлечен ими, но никогда не верит в них долго и до конца. В основе развития указанного синдрома лежат черты психического инфантилизма, повышенная внушаемость и эффективность, снижение критических возможностей..

Весьма часто патологические варианты фантазирования встречаются в детском возрасте.

Критериями патологичности детских фантазий могут считаться следующие признаки:

- оторванность от реальности, вычурность и стереотипность содержания;
- произвольный характер, вследствие этого дети не могут прервать поток образов самостоятельно, не в состоянии быстро включаться в реальные отношения. Усилия взрослых отвлечь внимание детей от фантазий также не достигают цели;
- эмоциональная охваченность, ограниченная рамками фантазий. По этой причине дети не проявляют интереса к другим занятиям, отгорожены от происходящего. Контакты с окружающими поверхностны. Дети могут много, порою очень назойливо, по типу монолога рассказывать о своих фантазиях, но обратная связь со слушателями при этом прерывается;
- устойчивый, длительный или даже постоянный характер фантазирования;
- снижение активности в сфере продуктивных форм деятельности, трудности социализации, а в некоторых случаях появление отчетливых признаков психического обеднения и регрессии.

По мере психического созревания детей проявления патологического фантазирования (как, впрочем, и нормального, свойственного здоровым детям) меняются в соответствии с закономерностями репрезентации опыта. В связи с этим различают несколько вариантов синдрома патологического фантазирования у детей (Ковалев, 1985).

В дошкольном возрасте преобладают фантазии *в виде необычных форм игровой деятельности, странных, заумных вопросов*. Дети большей частью играют в одиночестве, не пользуются игрушками, предпочитая предметы неигрового назначения. Игры однообразны, бессодержательны, в них не отражается живое участие в том, что окружает ребенка в семье или в детском учреждении. Поражают вопросы фантазирующих детей. Например: «Что бывает после смерти? Что такое бесконечность? Где живут люди, которые еще не родились?» Пациент в возрасте четырех лет донимает расспросами про «быль». Просит бабушку подробно рассказать о ее свадьбе, семейной жизни, о том, почему она развелась с мужем и т. д.

В раннем школьном возрасте (семь, девять лет) преобладают *образные, визуализированные формы патологического фантазирования*. Пациенты поглощены яркими картинками сражений, межпланетных путешествий, подводных плаваний и т. д. Фантазии могут иметь садистическую окраску (убийства, казни, истязания), что настораживает в плане шизофрении. Нередко образы фантазии получают выражение в многочисленных рисунках больных.

В подростковом возрасте появляются и становятся доминирующими *вербальные формы патологического фантазирования*. Так, это могут быть оговоры, самооговоры, самовосхваления, остросюжетные приключенческие и детективные истории.

При психических заболеваниях (шизофрении) в детском и подростковом возрасте фантазирование может приобретать бредоподобный характер. Критическое отношение к продуктам болезненного воображения, нередко неправдоподобным, на некоторое время утрачивается. Нарушается поведение, поступки пациентов идут в разрез с реальными обстоятельствами, вытекая из содержания фантазий. Последние могут иметь достаточно систематизированный, устойчивый в основных деталях характер, что позволяет считать бредоподобные фантазии ранневозрастным аналогом острого паранойяльного бреда взрослых зрелого возраста.

Нарушения эгоцентрического мышления.

Эгоцентрический склад мышления выражается убеждением в приоритете собственного мнения над взглядами окружающих. Отсюда вытекает неспособность учитывать и уважать точку зрения других людей, неумение слушать, тенденция навязывать свои взгляды, склонность к резким, запелляционным заявлениям, бескомпромиссность, авторитарность, упорство в стремлении рассматривать происходящее через призму собственных представлений, во все вмешиваться и все делать по-своему.

Указанные особенности мышления можно наблюдать у психопатических личностей (шизоидных, паранойяльных, возбудимых), при эпилепсии, алкоголизме, шизофрении и других заболеваниях.

Сверхценные идеи представляют собой суждения или комплекс мыслей, односторонне отражающих реальные обстоятельства и доминирующих в сознании в силу их особой личностной значимости. Сверхценные идеи, проявляются стойким убеждением в своем высоком призвании к различным видам деятельности, уверенности в своей исключительной одаренности, выдающихся способностях и в вытекающем из этого стремлении добиться от окружающих признания объективно сомнительных прав на особое положение в жизни. Другими словами, сверхценными являются идеи, связанные с преувеличением роли и значительности собственной личности.

По содержанию сверхценные идеи чрезвычайно разнообразны. Это могут быть идеи, в основе которых лежит несоразмерно высокая оценка собственных творческих возможностей — больные считают себя значительными деятелями науки, политики, искусства, техники и ведут многолетнюю борьбу за признание себя в качестве таковых. В пубертатном периоде могут формироваться сверхценные идеи, содержащие убеждение в физической неполноценности, уродстве или нарушении какой-либо функции организма — синдром *Квазимодо*, *дисморфофобия*.

Дисморфофобический синдром характеризуется тремя основными признаками:

- опасениями или уверенностью в физическом недостатке (неправильном строении тела, недоразвитии или уродстве отдельных его частей, неприятном запахе, непроизвольном упуске мочи, кишечных газов и т. д.);
- сенситивными идеями отношения (пациенты считают, что окружающие замечают их пороки, обсуждают, не скрывая неодобрительного к ним отношения);
- подавленным настроением, психологически отчасти понятным, связанным с угнетающими представлениями о своем физическом «Я».

Дисморфофобия разграничивается на *невротическую* (опасения физического недостатка, часто навязчивые), *сверхценную* (преувеличение действительного недостатка) и *бредовую* (физический недостаток является мнимым). Бредовый вариант синдрома называют дисморфоманией. Помимо упомянутых, встречается неболезненный вариант реакции на собственную внешность — дисморфореакции. В большинстве случаев это скоропреходящие и поверхностные реакции, не нарушающие семейной и школьной адаптации и не требующие лечения. Явления дисморфофобии чаще наблюдаются у девочек — они больше внимания уделяют своей внешности и чаще, чем мальчики, бывают ею недовольны. Дисморфофобический синдром является, вероятно, ранневозрастным вариантом ипохондрического синдрома.

Патологические варианты паралогического мышления. Сюда включены различные расстройства мыслительной деятельности, обнаруживающие сходство с особенностями первобытного мышления: суеверия, ложные узнавания, символическое мышление, ритуалы, анимистические представления.

Суеверия — явление, весьма широко распространенное как у здоровых людей, так и среди душевнобольных. Имеются в виду вера в приметы, ворожбу, сновидения, прорицания, ясновидение, в силу приемов магии.

Символическое мышление. Символ — это образ, предмет или условный знак, служащий приметой, представителем какого-то явления, понятия или идеи. Существует множество общепонятных символов разного типа — слова, графические знаки, цвета, жесты, образы. При психических заболеваниях наблюдается иное отношение к символам. Встречается, например, стремление придумывать новые, понятные лишь больному обозначения. Общепринятые символы могут использоваться для обозначения известных только больному явлений или фактов его жизни в совершенно не свойственном им значении. Нередко нарушается само понимание природы символа — он воспринимается не в качестве знака, а как самостоятельное явление, заслоняющее реальное содержание объекта.

Ритуалы — форма сложного символического поведения, упорядоченная система магических действий (во всяком случае, по своему происхождению в историческом прошлом). Существуют различные виды ритуалов. Религиозные ритуалы, например, являются одним из главных выражений культовых отношений. Гражданская обрядность,

этикет относятся к ритуалам из области церемониальных форм официального поведения и бытовых отношений.

Ритуалы, как патологическое явление, представляют собой особую систему действий (в том числе речевых), выполняемых с целью защиты от мнимой опасности, часто неопределенной, плохо дифференцированной, или с намерением причинить вред предполагаемым недоброжелателям. Возникают в связи с другими расстройствами психики, в частности, тревожно-депрессивным настроением, аффективной напряженностью, страхами. Отличаются от традиционных мистических и религиозных обрядов еще и тем, что имеют сугубо индивидуальный характер, не преследуют культовых целей и связаны с нарушениями мышления и мотивации. Ритуалами могут быть не только определенные действия, но и отказ от выполнения некоторых из них. Ритуальные действия бывают эпизодическими, могут постоянно видоизменяться, быть стереотипными, повторяясь иногда много раз подряд.

Анимистические представления — тенденция к одушевлению различных предметов. Как известно, способность разграничивать живые объекты от неодушевленных появляется у детей в возрасте двух, трех лет. При умственной отсталости и синдромах раннего детского аутизма она формируется иногда позже. В ходе регрессии, обусловленной психическим расстройством, эта способность может утрачиваться.

Патологический вариант аутистического мышления.

Аутистическим, в широком понимании, является мышление, отклоняющееся от реалистического в любом отношении и в разной степени. В этом смысле всякое искажение мыслительной деятельности, связанное с влиянием эмоций, установок, обусловленное недостатком опыта или склонностью к фантазированию, может расцениваться как проявление аутистического мышления.

Патологические варианты наглядно-действенного мышления. Сюда отнесены расстройства доречевого мышления, выражающиеся отдельными, разрозненными действиями, направлениями на различные внешние объекты, случайно оказавшиеся в поле зрения. Можно разграничить четыре вида таких действий: реактивные, нелепые, импульсивные и прозективные.

Реактивные действия — при виде предмета совершается действие, адекватное по отношению к нему, однако, в данный момент совершенно бесцельное и абсолютно ненужное. Увидев открытую дверь, больной закроет ее, распахнет прикрытое окно, повернет торчащий из замочной скважины ключ, позвонит, увидев телефонный аппарат, сгребет рассыпанные на столе бумажки, начнет складывать в кучу разбросанные скрепки, кнопки, печатать на подвернувшейся случайно машинке, листать оставленную кем-то другим книгу, щелкать выключателем, крутить водопроводный кран. Съедается попавшая на глаза пища, надевается забытая другими одежда; при виде стула больной на него сядет, заметив кровать, — ляжет в нее, а обнаружив чью-то расческу, начнет причесываться, даже если на голове нет волос. Поправляется косо висящая таблица, оттирается пятно на стене, сдуваются пылинки и т. д.

Нелепые действия — искажения предметных действий. Манипуляции, адекватные по отношению к определенным объектам, как бы переносятся на другие, случайно попавшие в поле зрения. Действия бесцельны, совершаются бездумно, машинально, отчета об их мотивах получить не удастся. Пациент как бы дурачится, играет роль шута. Например, при курении пепел стряхивается в рот, съедаются окурки, на тело наклеиваются марки, в чай насыпается соль, кисель выливается на голову, суп больной

пытается есть вилкой, рисует на постельном белье, глотает несъедобные предметы, выщипывает брови и ресницы. Все это очень напоминает бред, существующий на уровне наглядно-действенного мышления.

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, пытаясь ударить их, укусить. Агрессия может быть направлена на себя. Таковы, например, импульсивные суицидальные попытки или самоповреждения. При виде ножа больной наносит им удар себе в грудь; увидев таблетки, пьет их. Объяснений таким действиям обычно не дается — больные сообщают, что не имели никаких намерений, вообще ни о чем не думали, делали все механически.

Проективные действия — совершаемые без всякого намерения и ясной цели дотрагивания до окружающих объектов, ощупывания, поглаживания, похлопывания. Иногда пациенты хватают увиденные предметы, вырывают их из рук окружающих, тянут к себе.

Реактивные, нелепые, импульсивные и проективные действия наблюдаются при кататонических и кататоноподобных состояниях при шизофрении, опухолях головного мозга, атрофических процессах.

Бредовые идеи

В определении бредовых идей наиболее существенными являются следующие четыре момента: ложное содержание идей, болезненная основа их возникновения, убежденность в их правильности, недоступность психологической коррекции.

Ложность содержания бредовой идеи, несоответствие с реальностью отличает ее от сверхценной идеи. Отклонение от действительности может быть очевидным, если утверждения больных абсурдны, находятся в грубом противоречии с фактами. Последнее свидетельствует о глубоком поражении интеллектуальной деятельности, значительном снижении критики или связано с особой остротой и большой давностью заболевания либо с умственной отсталостью. В иных случаях наблюдаются более или менее правдоподобные бредовые идеи, примером чему является бред обыденных отношений.

Болезненность основы возникновения бреда характеризует его как аутохтонный, психологически невыводимый симптом психической патологии, «первичное» расстройство, непосредственно связанное с повреждением мозга. Где истинный бред, там прекращается психологическое понимание, основанное на особенностях характера; а в случаях, где возможно психологическое понимание, там нет бреда, указывает К.Шнейдер.

Уверенность больных в правильности бредовых утверждений, отличающая их от навязчивых идей, носит явно патологический характер. Не имея доказательств своей правоты и, отчасти понимая это, больные, тем не менее, не отказываются от своих убеждений, так как «интуитивно, нутром, по наитию» чувствуют, что истина находится на их стороне. Заблуждаются не они, а те, кто думает иначе. Накапливая доказательства в пользу бреда, больные стремятся убедить не себя, — они в этом не нуждаются, — а окружающих, которые не разделяют их мнения. Существует в связи с этим точка зрения, согласно которой бред — это патологический вариант интуитивного мышления.

Недоступность коррекции ни логическим, ни суггестивным путем бред отличается от заблуждений и ошибок, свойственных здоровым лицам. «Ошибаться свойственно человеку, а упорствовать в ошибках свойственно безумцу», — эта мысль Цицерона

отражает статус бредового больного. Больные часто и не стремятся удостовериться в своей правоте, проверить соответствие бредовых идей с реальностью. Факты действительности, противоречащие бредовым воззрениям, как правило, не принимаются в расчет, либо толкуются односторонне, лишь в плане подтверждения бреда. Данное обстоятельство указывает на грубое нарушение интегративных психических функций, патологию самосознания, личности в целом, и как следствие этого, утрату критического отношения к заболеванию. Не следует, поэтому проявлять настойчивость в переубеждении больных. Это ничего не дает, а иногда приводит к нежелательным последствиям, особенно если учесть склонность некоторых больных с бредом к диссимуляции. Постепенно они начинают понимать, что следует говорить, чтобы выписаться, допустим, из больницы. Более того, врач может быть вплетен в бредовую систему взглядов и рассматриваться в качестве соучастника мнимого преследования, направленного против больного.

С учетом содержания' можно выделить три группы бредовых идей: персекуторные, экспансивные и депрессивные бредовые идеи.

Содержанием персекуторных бредовых идей является уверенность больных с исходящей извне угрозе престижу, материальному, физическому благополучию и жизни, возникающая на фоне тревоги, страхов, аффективного напряжения. По наблюдениям, на первом этапе развития бреда больными владеет чувство угрозы их общественному положению. На втором преобладают бредовые переживания, связанные с чувством физического самосохранения. К персекуторным бредовым идеям относятся следующие.

Клинические формы бреда

Первичный (интерпретативный, паранойяльный, комбинаторный, систематизированный бред, бред толкования) характеризуется нарушением преимущественно рационального, логического познания при сохранности чувственного познания. Иногда является единственным достоверным признаком, моносимптомом психического заболевания, прогрессирующего медленными темпами. Отправной точкой бреда являются факты и события внешнего мира (взгляды, улыбки, жесты окружающих) — «экзогенные интерпретации» или внутренние ощущения — «эндогенные интерпретации». В развитии первичного бреда различаются три периода; *инкубации, манифеста и систематизации, терминальный.*

В *инкубационном периоде* наблюдаются предвестники бреда в виде медленно нарастающих аффективных изменений: недоверчивости, подозрительности, предубежденности, высокомерия, надменности, переоценки собственной личности.

Манифест бреда наступает по типу внезапного озарения, прозрения, интуитивного постижения тайного смысла различных событий прошлого, настоящего и будущего. При этом могут иметь место ложные воспоминания типа бредовых конфабуляций. В ходе последующей «бредовой работы» расширяется круг объектов бредовой интерпретации, разрабатывается тщательно продуманная и *аргументированная бредовая система*, существующая на протяжении многих лет. В *терминальной стадии* происходит распад бреда, что может быть связано с затуханием болезненного процесса (появляется критическое отношение к бреду, понимание его болезненности) либо с присоединением признаков слабоумия. Бред при раздвоении личности может инкапсулироваться, то есть терять прежнюю актуальность и сосуществовать с адекватным отношением к действительности, не оказывая влияния на поведение.

Содержание первичного бреда может быть различным: изобретение, реформаторство, ревность, преследование, высокое происхождение, физические недостатки, болезни, любовное, сутяжное. Из монотематичного, оно в последующем может усложняться, и тут есть своя, особая логика, диктуемая бредом. Усложнение бредового синдрома может происходить за счет присоединения аффективных

расстройств, галлюцинаций, явлений психического автоматизма, бреда воздействия, идей величия.

Чувственный бред или бред восприятия, а также образный бред имеют ряд общих особенностей. Обычно это острые формы бреда, фабула которых динамична, лишена стройности, завершенности. Здесь нет четко структурированной системы доказательств, активной работы над содержанием бреда. Скорее преобладает интеллектуальная пассивность, свойственная грезам. Вместе с тем между этими видами бреда есть и отличие.

Чувственный бред проецируется в непосредственное окружение пациента и связывается с настоящим, с тем, что он воспринимает в данный момент. Собственно восприятие не нарушается, страдает лишь понимание происходящего. Пациент при этом не размышляет, «не думает», он прямо, без околичностей постигает мнимый смысл событий, «чувствует» его, иногда угадывает заранее.

Образный бред не связан с объектами, непосредственно окружающими пациента. Последние могут оцениваться в их обычном значении. Бред касается не только настоящего, но также прошлого, будущего, так что содержание его может быть более широким. Образный бред выглядит как вспыхивающие в сознании воспоминания, яркие представления ложного, но абсолютно достоверного и бесспорного для пациента содержания. Можно предполагать, что чувственный бред связан с нарушением наглядно-образного, а образный бред — образного мышления.

Формированию образного бреда, а также бреда восприятия в ряде случаев предшествует «бредовое настроение» (Jaspers, 1923) или «подготовительное поле» (Schneider, 1962)—состояние неопределенной тревоги, неясных опасений, внутреннее напряжение. Это может быть также маниакальное состояние, переживаемое как прилив сил, просветление, чувство внутреннего перерождения (Кербиков, 1949; Conrad, 1977). На высоте указанного состояния внезапно появляются бредовые идеи различного содержания — «кристаллизация бреда» (Балинский, 1859).

Содержание образного (и чувственного) бреда часто бывает обыденным, но иногда оно с самого начала может приобретать фантастический характер. Наблюдаются следующие виды фантастического образного бреда: антагонистический бред, бредовые идеи могущества, величия, богатства, бессмертия, мессианства, инсценировки, интерметаморфозы, особого значения, метаморфозы, одержимости, бред двойников.

Возникновение бреда связано с так называемыми препсихотическими особенностями личности. Такие характерологические черты, как обидчивость, настороженность, замкнутость, ригидность, недоброжелательность нередко могут быть выявлены в преморбиде больных с персекуторным содержанием бредовых идей. Экспансивные формы бреда чаще наблюдаются у лиц активных, настойчивых, прямолинейных, склонных к переоценке своей личности. Сенситивный бред отношения чаще всего формируется у преморбидно ранимых, неуверенных, склонных к пониженной самооценке лиц. В возникновении психогенно обусловленных форм бреда помимо характерологических факторов, определенное значение имеют психотравмирующие обстоятельства, конфликты, ситуации психической изоляции, пребывание в чуждой среде, тюремное заключение.

Навязчивые состояния (Балинский, 1858), obsessions или ананкастические явления — мысли, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, действия, движения, возникающие независимо и вопреки желанию, притом непреодолимо, и отличающиеся постоянством. Больные относятся к ним критически, понимают их болезненный характер и бессмысленность, но освободиться от них не могут.

Большинством авторов подчеркиваются следующие особенности навязчивых явлений: произвольность, непреодолимость возникновения; чуждость сознанию (Балинский, 1859); «субъективное осознание» (Rumke, 1952), то есть понимание их болезненности и наличие критического к ним отношения, по крайней мере, при неврозах и

психопатиях; наличие постоянного ощущения тревожной напряженности и внутреннего беспокойства (Сканави, 1934); наличие «персеверационного принуждения» (Kerinski, 1973).

Навязчивые явления разделяются, по К. Jaspers (1923), на отвлеченные (безразличные по своему содержанию) и образные, чувственные (с аффективным, нередко крайне тягостным содержанием).

Отвлеченные навязчивости

К ним относятся бесплодное мудрствование, навязчивый счет и навязчивые репродукции.

Бесплодное мудрствование (Griesinger, 1886) или душевная, умственная жвачка (Janet, 1903). Проявляется навязчивым стремлением вновь и вновь разрешать ненужные или даже бессмысленные вопросы. Например, больной вынужден думать, почему правая рука называется именно правой, а левая — левой, какой была бы Вселенная, если она имела бы границы и — т. п. Как сообщает пациент: «Я все время вместо одного вопроса подставляю другой, на который также невозможно ответить».

Навязчивый счет (аритмомания). Выражается назойливым стремлением считать и удерживать в памяти количество пройденных шагов, встречных прохожих, столбов, автомобилей, производить в уме счетные операции, раскладывать на отдельные слоги слова и фразы и считать их.

Навязчивые репродукции. Назойливое припоминание забытых или ненужных терминов, имен, определений, эпизодов из жизни.

Образные навязчивости

К образным навязчивостям относятся фобии (страхи), навязчивые опасения, представления и воспоминания, контрастные представления и хульные мысли, а также навязчивые влечения и действия (компульсии).

Навязчивые влечения. Стремление совершить непристойный, бессмысленный либо опасный поступок, например, броситься в одежде в воду, прыгнуть с высоты, лечь под машину, громко выругаться. Детальный расспрос позволяет установить, что больные испытывают скорее опасения перед возможностью таких поступков, чем собственно стремление их совершить.

Навязчивые действия. Могут быть разными по генезу. *Тики* — первоначально преднамеренные, в каком-то смысле нужные, но ставшие затем привычными и до известной степени неодолимыми действиями: подергивания плечами, дотрагивания до носа, пощипывание мочек ушей, расчесывание и т. п. Это могут быть покашливание, хмыканье, шумное втягивание воздуха, похрюкивание — *респираторные тики*. Встречаются чавканье, чмокание, цокание и т. п.— *оперкулярные тики*. Весьма часто наблюдаются слова-паразиты, «эkanie» и прочий речевой мусор — вербальные тики. Это также навязчивое сосание большого пальца; *онихофагия* — стремление грызть ногти, *трихотилломания* — выдергивать волосы. Такого рода действия следует рассматривать как навязчивые лишь в том случае, если они переживаются пациентом как чуждые, вредные, болезненные. Навязчивые действия могут быть связаны также со страхами, опасениями, сомнениями.

Навязчивые состояния встречаются при неврозах (невроз навязчивых состояний, обсессивно-фобический невроз, невроз ожидания), психопатиях (главным образом при психастении), неврозоподобной форме шизофрении, в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, при маскированной депрессии, инволюционной меланхолии, эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга (черепно-мозговая травма,

энцефалиты), диэнцефальных и гормональных нарушениях. Клинические особенности навязчивостей зависят от характера проявляющегося ими заболевания.

РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

Память - форма психического отражения, заключающаяся в закреплении, сохранении и последующем воспроизведении следов прошлого опыта.

Мнестическая деятельность - деятельность, направленная на запоминание и воспроизведение удержанного материала.

Продуктивность памяти определяется доступным человеку объемом памяти, быстротой, с которой он может запомнить материал, точностью, с которой он его может воспроизвести.

Расстройства памяти проявляются нарушениями запоминания, хранения, забывания и воспроизведения различных сведений и личного опыта. Различают количественные нарушения, выражающиеся ослаблением, выпадением или усилением следов памяти, и качественные нарушения (парамнезии), при которых наблюдаются ложные воспоминания, смешение прошлого и настоящего, реального и воображаемого.

Количественные нарушения памяти включают *амнезию, гипермнезию и гипомнезию*.

Амнезия. Выпадение памяти на разные сведения, навыки либо на тот или иной промежуток времени. Различают следующие виды амнезии.

Фиксационная амнезия. Утрата способности запоминать и воспроизводить новые сведения. Резко ослаблена или отсутствует память на текущие, недавние события при сохранении ее на приобретенные в прошлом знания. Ориентировка в обстановке, времени, окружающих лицах, в ситуации нарушена — амнестическая дезориентировка. Фиксационная амнезия является важнейшим признаком корсаковского синдрома, наблюдающегося при корсаковском психозе, черепно-мозговых травмах, атеросклеротических, других органических психозах, интоксикациях (например, окись углерода), атрофических процессах (старческое слабоумие, болезнь Альцгеймера). При фиксационной амнезии нарушение касается механизмов кратковременной, а возможно и непосредственной памяти. Существуют экспериментальные доказательства того, что при фиксационной амнезии нарушается скорее репродукция, а не процессы запечатления: так, пациент, которому при рукопожатии незаметно наносят укол иглой, со временем перестает протягивать руку для приветствия.

Прогрессирующая амнезия. Постепенно нарастающее и далеко идущее опустошение памяти. Утрата запасов памяти происходит в определенной последовательности, подчиняющейся закону *Рибо-Джексона*; *от частного — к более общему, от позднее приобретенного, менее прочно закрепленного и менее автоматизированного — к тому, что было приобретено раньше, прочнее закреплено, более организовано и автоматизировано; от менее эмоционально насыщенного — к более эмоционально значимому*. Дольше всего сохраняются следы двигательной и эмоциональной памяти — двигательные навыки (привычные действия, походка, жесты), характер аффективных реакций на определенные ситуации.

Прогрессирующая амнезия наблюдается при атрофических процессах, прогрессирующем параличе, прочих грубо органических поражениях.

Ретроградная амнезия. Выпадение памяти на события, которые предшествовали состоянию измененного сознания, грубо органическому повреждению головного мозга,

гипоксии (например, самоповешение), развитию острого психотического синдрома. Амнезия может распространяться на различные по продолжительности отрезки времени — от нескольких минут, часов, дней до ряда месяцев и даже лет. Пробел памяти может быть стойким, стационарным, но во многих случаях воспоминания частично или полностью позднее возвращаются. В последнем варианте речь идет, очевидно, о нарушениях репродуктивной функции памяти. Впечатления, непосредственно примыкающие к началу болезненного эпизода, реже восстанавливаются в памяти, так как «короткая» память в период консолидации, как упоминалось, отличается высокой чувствительностью к повреждающим воздействиям. Восстановление памяти, если оно происходит, начинается обычно появлением воспоминаний о более отдаленных событиях и совершается в направлении ко все более свежим.

Антероградная амнезия. Утрата воспоминаний о событиях, непосредственно следующих за окончанием бессознательного состояния или другого явного расстройства психики. Амнезия может распространяться на значительные промежутки времени, достигающие нескольких дней, месяцев, возможно, лет. Идентификация антероградной амнезии встречает иногда большие затруднения, нередко она смешивается с фиксационной и конградной амнезией.

Алкогольная амнезия. Выпадение памяти на события, приуроченные к опьянению больных алкоголизмом. При алкогольных амнезиях больные могут припоминать, как, будучи в опьянении, пытались запомнить или были уверены, что не забудут случившееся, но тем не менее амнезия наступала. Известны случаи, когда страдающие алкоголизмом лица забывают о впечатлениях периода опьянения, будучи трезвыми, но при повторном опьянении вновь могут о них вспомнить, — *феномен разрывной памяти Д. Гудвина*. Феномен напоминает состояния альтернирующего сознания и тем самым наводит на мысль об истерическом его происхождении.

Предвестником алкогольной амнезии является *палимпсест*, описанный в качестве специфического признака раннего алкоголизма К. Vonhoeffler (1904). Палимпсест (соскоб) означал в древности надпись на пергаменте со стершимися от его многократного сгибания и разгибания фрагментами текста. Алкогольные палимпсесты проявляются выпадением памяти на отдельные подробности или детали событий, происходивших во время алкогольного опьянения.

Транзиторные амнестические эпизоды. У лиц в возрасте от 45 до 70 и более лет описаны пробелы памяти продолжительностью от 1 до 24 часов. Указанные амнестические эпизоды рассматриваются как неэпилептические цереброваскулярные приступы, проявляющиеся в нарушении деятельности лимбических структур (Frank, 1981). В отечественной литературе упомянутые выпадения памяти описаны под названием транзиторная глобальная амнезия (Завилянский с соавт., 1989). Отмечается однократность таких провалов памяти у одного и того же пациента.

Систематизированные (системные) амнезии. Выпадение специализированных видов памяти (на лица, цвета, запахи, символы, навыки). К данному виду амнезии относятся нарушения типа афазии, агнозии, апраксии.

Моторная (экспрессивная) афазия характеризуется затруднениями в словесном выражении мыслей. Типичным является телеграфный стиль речи (как и в ранней речи детей состоящей из коротких, в два, три слова фраз, составленных из имен существительных и глаголов), аграмматизмы, замена одних букв, слогов и слов другими (литеральные и вербальные парафазии), их пропуски, смешения (контаминации — «палалет» — составлено из «палата» и «туалет»), застревания (персеверации). 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. Особенно плохо различаются близкие фонемы (б-п, д-т и др.). Больные многоречивы, их высказывания непонятны из-за аграмматизмов, парафазии. Нарушаются чтение, письмо.

Амнестическая афазия проявляется забыванием нужных слов, например, названий предметов. Вместо этого пациенты показывают или описывают назначение и свойства предметов, действия, которые совершаются с ними. Многоречивость сочетается с вербальными парафазиями, персеверациями. Письмо (при списывании) не нарушается.

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.

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.

Апраксия. Выпадение моторных навыков (действий с предметами, жестов, выразительных актов, способности подражать действиям окружающих и выполнять движения по просьбам извне). 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, орнамент и др.).

Различают нарушения развития навыков чтения, письма, счета, смешанное расстройство школьных навыков, двигательных функций.

При *дислексии* нарушены навыки чтения и понимание прочитанного.

Явления афазии, агнозии, апраксии и другие нарушения корковых функций (алексия, акалькулия и др.) наблюдаются при локальных повреждениях корковых структур (сосудистые процессы, опухоли и др.). В психиатрической практике они встречаются при атрофических процессах (болезнь Пика, Альцгеймера, сенильная деменция, травматические поражения).

Мотивированная амнезия. Выпадение памяти на отдельные психотравмирующие события.

Аффектогенная амнезия. Утрата воспоминаний о событиях, происшедших во время бурной эмоциональной реакции — аффекта. Выявляется по выходе из состояния патологического аффекта, обусловлена сужением сознания. Фактически является вариантом конградной амнезии. Считать ее кататимической, то есть связывать с действием механизмом вытеснения, очевидно, не следует.

Постгипнотическая амнезия. Наблюдается после пробуждения из глубокого гипнотического сна, в сущности возникает вследствие нарушения сознания. Амнезия может быть внушена в состоянии неглубокого гипнотического транса.

Периодическая амнезия. Сопровождает описанные Рибо состояния двойного или альтернирующего сознания, при которых в одном болезненном состоянии сознания отсутствуют воспоминания о пережитом в другом. По выходе в нормальное состояние больной не помнит происшедшего как в первом, так и во втором патологическом состоянии, или только смутно вспоминает отдельные впечатления. Наблюдается при истерии. Переходу из одного состояния в другое может предшествовать глубокий сон.

Гипомнезия. Ослабление памяти. Чаще всего проявляется в виде дисмнезии — неравномерного поражения различных функций памяти, в первую очередь ретенции и репродукции. Одним из ранних признаков дисмнезии является нарушение избирательной репродукции в виде невозможности вспомнить какой-либо факт, необходимый в данный момент, хотя позже этот факт всплывает в памяти сам по себе. Признаком сравнительно легкого ослабления памяти является также забывание того, что о каком-либо факте больной уже сообщал ранее данному лицу. Наступающее ослабление памяти более заметно в отношении механической памяти, чем словесно-логической. Нарушается, прежде всего, запоминание и воспроизведение справочного материала — дат, имен, цифр, названий, терминов, лиц и т. п. Быстрее забываются также свежие и менее закрепленные впечатления. Ухудшается ориентировка во времени, страдает хронологическая память, нарушается чувство времени.

Гипермнезия. Патологическое обострение памяти, проявляющееся чрезмерным обилием воспоминаний, которые носят яркий чувственно-образный характер, всплывают с необычайной легкостью и охватывают как события в целом, так и мельчайшие его подробности. Воспроизведение логической последовательности фактов нарушено, усиливаются, в основном, механическая и образная виды памяти. События группируются в ряды, отражающие их связь по смежности, сходству и контрасту. Гипермнезия неоднородна, могут быть разграничены ряд ее вариантов в зависимости от клинического контекста, в котором она наблюдается (аффективная патология, галлюцинаторно-бредовые состояния, состояния спутанного сознания).

Гипермнезия встречается при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, в начальных стадиях опьянения (алкогольного, гашишного и др.), в продроме экспансивной формы прогрессивного паралича, при шизофрении, в состоянии гипнотического сна. Гипермнезия может быть при депрессии — отчетливо вспоминаются самые незначительные эпизоды прошлого, созвучные пониженной самооценке и идеям самообвинения. Явления гипермнезии наблюдаются изредка в клинической картине инфекционных психозов. Известны случаи, когда в состоянии нарушенного сознания больные с фотографической точностью воспроизводили тексты прочитанных ранее книг, говорили на иностранных языках, забытых в обычном состоянии. По выздоровлении ожившие следы памяти вновь терялись. Гипермнезия бывает *парциальной, избирательной*, проявляясь, например, повышенной способностью к запоминанию и воспроизведению цифр.

Парамнезии (искажения, обманы) или качественные нарушения памяти. Встречаются как самостоятельно, так и в сочетании с количественными нарушениями. Сложность симптоматики парамнезии затрудняет их разграничение и классификацию.

Феномены ранее виденного, слышанного, пережитого, испытанного, рассказанного (deja vu, deja entendu, deja vecu, deja eprouve, deja raconte)—впервые увиденное, услышанное, прочитанное или пережитое воспринимается как знакомое, встречавшееся

ранее и в данный момент повторяющееся. Указанные нарушения возникают эпизодически, пароксизмально, могут быть стойкими и длительными. Чувство воспоминания, сопровождающее восприятие или переживание, никогда не связывается с определенной точкой прошлого, относится «к прошлому вообще». Чувство знакомости может относиться не только к непосредственным, но — также к недавним впечатлениям, которые вспоминаются с ощущением повторения породившей их ситуации. Степень уверенности, с какой больные оценивают вероятность того, что переживаемое событие ранее имело место, может быть различной, иногда она бывает полной, то есть становится по существу бредовой.

Феномены никогда не виденного, не слышанного, не пережитого и др. (jamaïs vu, jamaïs vecu, jamaïs entendu и др.). Знакомое, известное, привычное воспринимается как новое, ранее не встречавшееся. Прошлая жизнь вспоминается без ощущения лично пережитого: «Думаю, кто я такая, откуда я, как меня зовут, училась ли... Кажется, и замужем не была... Знаю, что все это было, но будто не со мной...». «Всему учусь заново — ходить, писать, будто не умела прежде...».

Вышеупомянутые феномены нередко описывают отдельно от парамнезий в рамках дереализации и деперсонализации. По этому поводу следует заметить, что оценка психопатологических симптомов с позиций структуралистской психологии (расстройства восприятия, памяти, самосознания и т. д.) вообще очень условна и в любом случае будет встречать возражения, так как в каждом нарушении можно найти отклонения со стороны различных психических функций.

Иллюзия узнавания. Незнакомые лица, предметы, обстановка принимаются за другие, действительно существующие и известные больному. Чаще всего возникают в отношении людей. Иллюзии узнавания касаются обычно одного или ограниченного круга лиц или предметов, реже бывают множественными, — они, нестойки и тотчас забываются. Возникают на фоне дезориентировки в месте, времени и обстановке при помрачении сознания, амнестическом синдроме (интоксикационные), сосудистые, сенильные психозы). Иллюзорные ложные узнавания с ощущением отдаленного сходства без полной идентификации объектов могут возникать при астенических состояниях. В психологическом плане появление иллюзий узнавания, вероятно, связано с нарушением механизмов апперцепции — сличения текущих впечатлений с прошлым опытом, составляющего основу узнавания объектов.

Редуцированная парамнезия Пика. Проявляется уверенностью в существовании двойников у объектов, воспринимаемых в данный момент. По мнению больного, имеются две одинаковых клиники, две точно такие же дочери, жены, есть еще один такой же врач. Само восприятие не страдает, нарушено лишь объединение образа восприятия с соответствующим воспоминанием, вследствие чего оба образа переживаются раздельно. В отличие от феномена «уже виденное» здесь имеет место переживание удвоения, а не ощущения повторения ситуации. Наблюдается при относительно мягко протекающих сосудистых, атрофических и других органических процессах, возникающих во второй половине жизни, описана при алкогольном делирии.

Псевдореминисценция (ложные воспоминания). В псевдореминисценциях выражается своеобразное нарушение локализации событий во времени. То, что случилось давно, вспоминается как недавнее событие, и, напротив, происшедшее в последнее время расценивается как имевшее место в далеком прошлом. Содержанием псевдореминисценций являются, как правило, факты обыденной жизни.

Конфабуляции. Патологические вымыслы, принимаемые больными за воспоминания о реальных событиях прошлого. Существуют разные классификации конфабуляции.

Согласно одному из подходов разграничивают *мнестические и фантастические конфабуляции*. Первые наблюдаются при амнезии, вторые — при парафрении и спутанности сознания. Мнестические конфабуляции в свою очередь разделяют на *экмнестические* (проецируемые в прошлое) и *мнемонические* (относящиеся к наличной ситуации, к настоящему времени). Различают замещающие, экмнестические, фантастические, бредовые и галлюцинаторные конфабуляции.

Замещающие конфабуляции возникают на фоне грубых амнестических выпадений памяти. Пробелы воспоминаний заполняются рассказами о различных событиях, происходивших якобы, в это время. Характерны изменчивые вымыслы обыденного, правдоподобного содержания, как спонтанные, так и провоцируемые расспросами. Наблюдаются при корсаковском психозе, сенильных и сосудистых психозах, при органических заболеваниях центральной нервной системы.

Содержанием *экмнестических конфабуляций* являются события ранних лет жизни. Наблюдается «сдвиг ситуации в прошлое», когда воспоминания об отдаленных событиях заслоняют текущие впечатления. Пациент собирается, например, в школу, готовится служить в армии, хотя на самом деле ему уже за восемьдесят. Пациент, в прошлом проводник поезда, считал, что находится не в отделении, а «в купе». Не хочет видеть навесившую его жену: «пусть она едет в другом купе». Данное нарушение чаще встречается при сенильной деменции и развивается на фоне прогрессирующей амнезии.

Фантастические конфабуляции представляют собой вымыслы о необыкновенных событиях, увлекательных приключениях, сенсационных происшествиях, героических подвигах, великих открытиях и изобретениях, встречах с выдающимися людьми, о занимаемых больными ранее высоких постах, наградах и почестях, богатствах, которыми они обладали и т. п. Больные сообщают об этом образно, с многочисленными подробностями, их рассказы связны, последовательны, часто спонтанны.

Галлюцинаторные (псевдогаллюцинаторные) конфабуляции представляют собой состояния зрительных и слуховых псевдогаллюцинаций, содержанием которых являются различные события, будто бы имевшие место в прошлом. Встречаются при шизофрении. Наплывы конфабуляций могут выражаться состояниями конфабуляторной спутанности и конфабулеза.

Конфабуляторная спутанность проявляется заполнением сознания обильными конфабуляциями обыденного содержания, сопровождающихся ложным узнаванием окружающей обстановки и лиц, бессвязностью мышления, суетливостью и растерянностью. Высказывания непоследовательны, противоречивы, порой почти бессвязны. Состояния конфабуляторной спутанности наблюдаются при сенильных психозах, а также сосудистых заболеваниях головного мозга в виде кратковременных, транзиторных психотических эпизодов в ночное время.

Конфабулез — психопатологический синдром, проявляющийся наплывом фантастических конфабуляций, не сопровождаемых помрачением сознания, амнестическими расстройствами и нарушениями ориентировки. Высказывания больных напоминают бредовые идеи величия, в связи с чем данный синдром называют также экспансивным конфабулезом.

Криptomнезии. Проявляются нарушением способности идентифицировать источник воспоминаний, что приводит к ослаблению различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими и лично пережитыми событиями и событиями, увиденными во сне, или о которых стало известно из книг, кинофильмов, рассказов окружающих. Одно из проявлений криptomнезии состоит в том, что больные

могут считать себя авторами творческих достижений, тогда как на самом деле последние были заимствованы ими. Утверждается собственный приоритет на открытие, изобретение, научную идею, присваивается честь создания художественного или музыкального произведения.

Криптомнезии встречаются при шизофрении, экзогенно-органических и сенильных психозах. Псевдореминисценции, конфабуляции, особенно фантастические, криптомнезии могут возникать не только у больных психозами, они встречаются также у лиц с психопатическим складом характера и у страдающих олигофренией.

Нарушения памяти выявляются при опросе, беседе с больным, а также методом экспериментально-психологического исследования.

Выявляются состояние:

- 1) долговременной памяти
- 2) кратковременной (фиксационной) памяти.
- 3) оперативной памяти (непосредственное воспроизведение).

РАССТРОЙСТВА ВНИМАНИЯ

Внимание - важное и необходимое условие эффективности всех видов деятельности человека, прежде всего трудовой и учебной. Чем сложнее труд, тем больше требований предъявляет он к вниманию. Важнейшей особенностью протекания познавательных процессов (ощущений, восприятий, памяти, мышления) является их избирательный направленный характер. Из множества воздействий окружающего мира человек всегда что-то избирательно воспринимает, запоминает, о чем-то целенаправленно думает. Эту особенность сознания связывают с таким его свойством, как внимание.

В отличие от познавательных процессов внимание своего особого содержания не имеет. Оно (внимание) - динамическая сторона всех познавательных процессов.

Внимание - это направленность и сосредоточенность сознания человека на определенных объектах, предполагающие повышение сенсорной, интеллектуальной или двигательной активности индивида по отношению к этим объектам. Сосредоточенность на одних объектах предполагает одновременное отвлечение от всего постороннего. Благодаря этому познавательный процесс становится более ясным и отчетливым. Представления и мысли удерживаются в сознании до тех пор, пока не будет достигнута цель деятельности.

При психических заболеваниях могут возникать такие нарушения внимания, как сужение объема, уменьшение глубины, повышенная истощаемость, тугоподвижность, изменения направленности внимания, парапрозексия, 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. По их словам, стоит им немного отвлечься в беседе, как они теряют мысль, которую хотели высказать. Отправляясь за нужным предметом в соседнюю комнату, по дороге отвлекаются и забывают, зачем пошли. При счете, особенно в уме, начинают ошибаться, как только количество цифр и операций с ними становится больше, чем они могут удержать в зоне активного внимания.

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. Им трудно развить мысль до логического завершения, ограничиться рамками темы разговора. Вопросы выслушиваются невнимательно, их приходится повторять, ответы даются невпопад, не продумываются, больные все время отвлекаются посторонними вещами, воспоминаниями, соображениями. Тяжелая степень отвлекаемости внимания — *гиперметаморфоз* — проявляется полной утратой способности к активному сосредоточению. Внимание расплывается на случайные внешние раздражители и, не задерживаясь на одном объекте, тотчас переводится на любой другой, оказавшийся в поле зрения.

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. Так, при патологической рефлексии внимание поглощено самоанализом, постоянными размышлениями о своих поступках, мыслях, отношениях с людьми. Часто ведутся дневники, где скрупулезно описываются переживания, рассуждения о смысле жизни, отражается наивное стремление понять себя или, по выражению больного, «найти сущность своего «Я». Рефлексия становится самоцелью и основным содержанием внутренней жизни, все прочее отодвигается на второй план. При ипохондрической фиксации внимания оно целиком сосредоточено на самочувствии, болезненных ощущениях, вопросах здоровья: «Мой мир сузился, в нем нет ничего, кроме болезни. Я думаю только о ней и ни о чем другом. Все остальное отдалилось и потеряло всякий смысл», — так описывает больной свое состояние. Внимание депрессивных больных обычно привлечено к безрадостным сторонам жизни.

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.

Ослабление способности к распределению внимания. Связано с ограничением объема внимания. Пациент оказывается не в состоянии заниматься одновременно двумя или большим числом разных дел. Например, он не может отсчитывать от 200 по 13 и называть вслух каждый третий результат, то есть, считать и одновременно следить за порядком называния цифр.

Расстройства внимания в виде истощаемости, неустойчивости, повышенной отвлекаемости являются характерным признаком астенических состояний. При органических нарушениях психики нередко выявляется, помимо этого, значительное сужение объема внимания, его инертность, тугоподвижность. Гиперметаморфоз наблюдается при острых нарушениях психической деятельности, сопровождающихся растерянностью, может возникать на высоте маниакального возбуждения. Патологическая рефлексия чаще всего встречается в начале шизофрении, дебютирующей в подростковом и юношеском возрасте. Ипохондрическая фиксация внимания является одним из важных признаков ипохондрического синдрома. «Отклоняющееся внимание» наблюдается при шизофрении.

Исследование направленности и сосредоточенности психической деятельности пациентов является очень важным в различных областях клинической медицины, так как с расстройства внимания начинаются многие психические и соматические болезненные процессы. Нарушения внимания часто подмечаются самими больными, а почти житейский характер этих расстройств позволяет пациентам рассказывать о них врачам различных специальностей. Однако при некоторых психических заболеваниях больные могут и не замечать своих проблем в сфере внимания.

К числу основных характеристик внимания относят объем, избирательность, устойчивость, концентрацию, распределение и переключение.

Под объемом внимания понимается то количество объектов, которое может быть отчетливо воспринято в относительно короткий период времени.

Ограниченность объема внимания требует постоянного выделения субъектом каких-либо наиболее значимых объектов окружающей действительности. Этот выбор из множества стимулов только некоторых носит название избирательности внимания.

Больной обнаруживает рассеянность, периодически переспрашивает собеседника (врача), особенно часто к концу беседы.

На характере общения сказывается заметная отвлекаемость, трудность в поддержании и произвольном переключении внимания на новую тему.

Внимание пациента удерживается на одной мысли, теме разговора, объекта совсем недолго

Устойчивость внимания - это способность субъекта не отклоняться от направленной психической активности и сохранять сосредоточенность на объекте внимания.

Больного отвлекают любые внутренние (мысли, ощущения) или внешние раздражители (посторонний разговор, уличный шум, какой-нибудь предмет, попавший в поле зрения). Продуктивный контакт может быть практически невозможен.

Концентрация внимания является способностью фокусировать внимание при наличии помех.

Распределение внимания свидетельствует о возможности субъекта направлять и сосредоточивать свою психическую деятельность на нескольких независимых переменных одновременно.

Переключение внимания представляет собой перемещение его направленности и сосредоточенности с одного объекта или вида деятельности на другие.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА

Эмоции - это особый класс психических состояний, отражающих отношение человека к миру, к другим людям, самому себе и к результатам собственной деятельности.

Эмоции человека выражаются одновременно в субъективных специфических переживаниях, поведении и физиологических изменениях в организме.

Человек далеко не всегда способен дать ясный отчет о переживаемых им эмоциях, четко дифференцировать и назвать свои эмоциональные состояния.

Что касается поведенческого критерия, то, как правило, мы можем достаточно точно определить эмоциональное состояние человека на основе наблюдений за его мимикой, жестами, позой, паравербальными компонентами речи и т.д. Но, как показали эксперименты, точное определение эмоций другого человека опирается не только на эти наблюдения, но и на знание ситуации, в которой он находится, и причин эмоциональной реакции. Без этого знания очень вероятны ошибки в интерпретации поведенческих проявлений эмоций.

Эмоции можно классифицировать по самым различным параметрам. Наиболее распространенными являются классификации по интенсивности и продолжительности (аффекты, чувства, собственно эмоции и настроения) и по качеству (грусть, страх, удивление и т.п.).

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

В данную группу расстройств включены: апатия, гипотимия, гипертимия, эйфория, дисфория, растерянность, тревога, страх, бредовое настроение.

Апатия. Состояние безучастности, равнодушия, безразличия, полной индифферентности к происходящему, окружающим, своему положению, прошлой жизни, перспективам будущего. Это стойкое или преходящее тотальное выпадение как высших и социальных чувств, так и органических эмоций. Глубокая степень апатии обычно не осознается, не расценивается пациентами в качестве патологического явления, не тяготит их, не отражается в жалобах на самочувствие. В относительно неглубоких случаях может быть понимание происшедших перемен в чувствах. Градации апатии примерно таковы: эмоциональное уплощение — эмоциональная монотонность — безучастность.

Гипотимия (снижение настроения). Аффективная подавленность в виде депримированности, опечаленности, тоскливости с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослаблением привязанности к жизни. Положительные эмоции при этом поверхностны, истощаемы, могут полностью отсутствовать. Шкала подавленного настроения могла бы выглядеть следующим образом: безрадостное настроение — печаль, депримированность — тоска с переживанием душевной боли и смыслоутраты — отчаяние, безысходность, — тоскливое возбуждение (раптус) или депрессивный ступор.

Гипертимия (повышение настроения). Приподнятость, веселое, праздничное, жизнерадостное настроение с приливом бодрости, инициативы, оптимизма, ничем не омрачаемого переживания счастья. Отрицательные эмоции отсутствуют или нестойки и мимолетны. Шкала приподнятого настроения может быть представлена таким образом: безмятежное настроение (эйфория) - веселое настроение с повышенной смешливостью — радость, переживание счастья — восторг, ликование — экстаз с хаотическим возбуждением или ступором.

Эйфория («несу хорошее»). Беспечное, беззаботное, безмятежное настроение, в котором доминирует благодушие, пассивное переживание полного благополучия и отсутствия забот, довольство, поверхностное, наплевательское отношение к серьезным сторонам и явлениям жизни. По существу под эйфорией чаще всего понимают обусловленную органическими причинами нерезкую приподнятость настроения.

Дисфория («несу плохое, дурное»). Мрачность, озлобленность, враждебность, угрюмое настроение с ворчливостью, брюзжанием, недовольством, 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 сверхизменчивость внимания (гиперметаморфоз), вопрошающее выражение лица, позы и жесты озадаченного и крайне неуверенного человека. Пытаясь разобраться в происходящем, больные апеллируют к помощи извне, сообщают, что ничего не могут сообразить, задают характерные вопросы: «Где это я?.. Кто эти люди?.. Почему Вы в халате?.. Ничего не пойму... Что со мной?.. Зачем Вы пишете?.. Куда меня ведут?..».

Тревога. Неясное, недифференцированное чувство растущей опасности, предчувствие катастрофы, напряженное ожидание трагического исхода. Тревога иногда определяется как «свободно-плавающий страх». Сопровождается своеобразными физическими ощущениями: «Внутри все сжалось в комок, напряглось, натянулось как струна, вот-вот порвется, лопнет...», суетливостью, непоседливостью, беспокойством — «места не могу найти... не могу ни сидеть, ни лежать, ни чем-то заняться, все время куда-то гонит...», двигательным возбуждением, тревожными вербигерациями, ажитацией выразительных актов. Тревожность — черта личности — повышенная склонность испытывать тревогу по поводу реальных или воображаемых опасностей. Шкала тревоги выглядит приблизительно так: внутреннее волнение — напряжение, неясное предощущение неприятностей — выраженное беспокойство, предчувствие катастрофы — смятение, растерянность, возбуждение или оцепенение.

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», «шевелются волосы» и др.), локализованным в груди и во всем теле, парестезиями, острыми вегетативными расстройствами. Интенсивность страха колеблется в широком диапазоне: опасение, боязнь, испуг, ужас, панические реакции.

Бредовое (основное) настроение. Страх, напряженность с беспредметным или проецирующимся на людей переживанием опасности, ощущением враждебности окружающего и одновременно с этим чувством своей незащищенности и уязвимости в сочетании с подозрительностью, настороженностью, недоверчивостью.

Расстройства эмоциональных реакций. Проявляются эмоциональными реакциями, неадекватными по знаку, силе и продолжительности, вызывающим их стимулам. Опишем следующие нарушения: эксплозивность, эмоциональную вязкость, эмоциональную монотонность, эмоциональное огрубение, эмоциональную тупость, утрату эмоционального резонанса, паратимию, эмоциональную парадоксальность, эмоциональную двойственность и патологический аффект. Патология эмоциональных реакций нередко имеет в основе изменения общей аффективной установки (дисфория, подавленность и др.).

Эксплозивность (взрывчатость). Чрезмерная эмоциональная возбудимость с бурными вспышками аффектов, в особенности ярости, гнева. Эмоциональные разряды могут сопровождаться агрессией, направленной вовне или на самого себя. Снижается контроль за поведением, характерна импульсивность. Эксплозивность можно рассматривать как готовность к состояниям аффекта, включая патологический.

Эмоциональная вязкость. Застывание, 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 и капризная изменчивость настроения по разным, часто сиюминутным причинам, иногда неизвестным и самому пациенту. Ровного душевного состояния может не быть вообще. Повышение настроения зачастую приобретает оттенок сентиментальности, умиления, 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. Радующие, волнующие, печальные или тревожные сообщения не находят душевного отклика у пациентов, их настроение остается прежним. Нет эмоционального отзвука и при восприятии эмоций окружающих. Речь сухая, лишена мелодичности, образности. Мимика бедная, жестикуляция скудная, однотипная, тональность голоса приглушена.

Эмоциональное огрубение. Утрата тонких эмоциональных дифференцировок, 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. Органические эмоции, как и эмоциональный тон ощущений остаются достаточно живыми и, что обычно случается, оказываются неконтролируемыми.

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. Характеризует ценностный конфликт и типична для невротической личности. Крайние варианты амбивалентности проявляются неспособностью осознавать факт антагонизма возникающих в одно и то же время полярных эмоций, свидетельствуют о глубокой степени расщепления личности.

Патологический аффект (Kraft-Ebing, 1868). 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.

Полярным патологическому аффекту является 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.

Аффективно-шоковые реакции определяются и как «острая реакция на стресс» (угрозу жизни, изнасилование, несчастный случай, преступное нападение и т. п.). Риск развития острой реакции на стресс возрастает при физическом истощении, наличии органических факторов и личностной индивидуальной уязвимости, индуцирующем влиянии окружающих. Симптоматика острой стрессовой реакции (паническое бегство, диссоциативный ступор, дезориентировка, сужение сознания, депрессия, тревога) имеют смешанную и обычно меняющуюся картину, ни один из симптомов не преобладает длительное время. Проявления реакции обычно сводятся к минимуму в течение трех суток. Оставленная или затяжная реакция на психологический стресс («посттравматическое стрессовое расстройство») проявляется эпизодами повторного переживания травмы (навязчивыми воспоминаниями, фантазиями, сновидениями) на фоне отгороженности и эмоциональной притупленности, безрадостного настроения и ангедонии, избегании всего, что напоминает о стрессе. Вероятны короткие эпизоды страха, паники, ярости и агрессии, возникающие в ответ на стимулы, напоминающие о травме или о первоначальной реакции на нее. Выявляются нарушения сна, вегетативной регуляции, тревога, депрессия, пугливость, повышенная суицидальная готовность. Посттравматическому стрессовому расстройству обычно предшествует латентный период (от нескольких недель до шести месяцев). Течение болезни волнообразное, обычно следует выздоровление, но иногда болезненное состояние затягивается на годы и переходит в хроническое изменение личности.

В ответ на резкие изменения жизненных обстоятельств (потери, миграция, безработица, положение беженца, угроза тяжелой болезни) у лиц, расположенных к дистрессу, наблюдаются расстройства адаптации. Депрессия и тревога сочетаются в таких случаях с неуверенностью в себе и в будущем, неспособностью планировать и находить нетривиальные решения, крушением веры и переживанием краха ценностей, ностальгией, ощущением одиночества и отчуждением. Возможны различные формы отклоняющегося

поведения (аддикция, агрессия, суициды, регрессия и др.). Актуализация высших инстанций «Я», творческого потенциала не всегда ведет к восстановлению внутренней гармонии и интеграции прошлого и настоящего в личности.

Патология экспрессивных актов

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

Гипермимия. Чрезмерное оживление выразительной сферы с обилием ярких и быстро сменяющихся экспрессивных актов.

Парамимия. Извращение выразительных действий. Например, о неприятном событии сообщается с улыбкой, о радостном — со слезами. Искажение в приведенном примере касается врожденных выразительных актов, проявляется как бы на витальном уровне экспрессии.

Расстройства эмоциональной сферы и экспрессии имеют важное диагностическое значение. Так, эйфория наблюдается при алкоголизме, прогрессирующем параличе, нейролюесе, опухолях лобно-базальной локализации. Пароксизмально возникающие дисфорические эпизоды при эпилепсии рассматриваются в качестве психического припадка. Дисфорические реакции весьма часто выявляются при экзогенно-органических поражениях головного мозга. Аффективная неустойчивость встречается при неврозах, астенических состояниях-, сосудистых заболеваниях мозга; в последнем случае она характеризуется также слабодушием. При шизофрении наблюдаются эмоциональное оскудение, монотонность, утрата аффективной откликаемости, паратимия, эмоциональная амбивалентность. Душевное опустошение иногда достигает степени апатии. Эмоциональная «тупость» встречается чаще при психопатии. Эксплозивность и аффективная вязкость составляют ядро свойственных эпилепсии эмоциональных изменений. Огрубение эмоциональной сферы неизбежно наступает при токсических и прочих органических поражениях головного мозга. Гипотимия, утрата эмоционального резонанса, болезненное бесчувствие свидетельствуют о наличии депрессии, а гипертимия характеризует маниакальные состояния.

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ (ДВИГАТЕЛЬНО-ВОЛЕВАЯ) СФЕРА И ЕЕ РАССТРОЙСТВА

Воля - это сознательное регулирование человеком своего поведения и деятельности, выраженное в умении преодолевать внутренние и внешние трудности при совершении целенаправленных действий и поступков.

В целом воля имеет условно-рефлекторную природу. На основе временных нервных связей складываются и закрепляются различные ассоциации. Получаемая информация о действиях сличается с уже имеющейся программой. Если поступившие сведения не соответствуют созданной в коре мозга программе, то изменяется либо сама деятельность, либо программа. Рефлекторная природа волевой регуляции поведения предполагает создание в коре мозга очага оптимальной возбудимости, который выступает в качестве носителя цели действия. Существующий в коре очаг оптимальной возбудимости нуждается в постоянной энергетической подпитке. Задачу энергетического снабжения коры выполняет ретикулярная формация, являясь своеобразным аккумулятором. Человек может проявить большую энергию при выполнении какого-либо дела, упорно стремиться к достижению цели именно благодаря тому, что ретикулярная формация поддерживает своей энергией очаг оптимальной возбудимости.

Таким образом, волевое поведение является результатом взаимодействия многих весьма сложных физиологических процессов мозга с воздействиями внешней среды.

Абулия. Отсутствие стремления к деятельности, пассивность, аспонтанность, адинамия. Абулия наблюдается при различных патологических процессах. В частности, при шизофрении («утрата энергетического потенциала», «динамическое опустошение», «структурная деформация»), будучи наиболее резко выраженной при простой ее форме и в состояниях глубокого психического дефекта.

Ослабление импульсов к действию или вялость (в просторечии — «лень») определяется термином *гипобулия, гиподинамия*. Степень снижения активности может быть разной — от незначительного, переживаемого скорее субъективно, до граничащего с аспонтанностью. Ги-по- и абулия — нарушения, лишенные нозологической специфичности. Встречаются в клинической структуре различных психических и соматических заболеваний, при психопатии, последствиях органических повреждений головного мозга, наркомании.

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 из-за быстрой замены одних целей другими, преобладания ситуативных реакций (полевое поведение). В относительно легких случаях подъема активности продуктивность занятий может быть повышена. При резком увеличении активности возникает состояние хаотического психомоторного возбуждения.

В детской психиатрической практике встречаются гипердинамический синдром (синдром гиперактивности). Основные его признаки: общее беспокойство, раздражительность, неусидчивость, обилие лишних движений, ослабление активного внимания, незаконченность поведения, порывистость, импульсивность поступков. Резко нарушаются семейная и школьная адаптация. Состояние гипердинамии не способствует нормальному интеллектуальному развитию детей. Гиперкинетический синдром с задержкой речи, неуклюжестью, замедлением развития специальных навыков (чтение, счет и др.) обозначают как гиперкинез с задержкой развития.

Гипербулия у взрослых пациентов наблюдается в маниакальном состоянии, психическом возбуждении при разных заболеваниях. В детской психопатологии гипердинамический синдром чаще связывают с последствиями раннего органического поражения центральной нервной системы — синдромом минимальной мозговой дисфункции.

Парабулия. Патология поведения, вытекающая из нарушения механизмов формирования мотивов. Мотив при этом не формируется либо является неадекватным внутренней природе потребности. Отклонения в поведении могут быть разными: *импульсивные, реактивные, нелепые и прозективные действия кататонических пациентов; неправильные действия, обусловленные обманами восприятия и бредом — здесь речь идет о психотической мотивации поведения; снижение уровня мотивации, регрессия личности; избыточный уровень мотивации, когда индивидуум ставит себе сверхзадачи; перфекционизм, защитные мотивы поведения, целью которых является самооправдание; преобладание внешней мотивации поведения, повышенная внушаемость.*

Нарушения влечений

Дипсомания — импульсивное влечение к пьянству; проявляется периодически повторяющимися тяжелыми запоями.

Дромомания (пориомания, вагобандаж) — периодически возникающее неудержимое влечение к перемене мест, скитаниям, бродяжничеству. Синдром уходов и бродяжничества встречается при некоторых заболеваниях (шизофрении, эпилепсии), но чаще наблюдается при неврозах, психопатии, нарушениях развития личности. В

динамике указанного синдрома существует определенная этапность. Первый, реактивный этап выражается ситуационно обусловленными и психологически понятными уходами. Второй этап характеризуется привычными, фиксированными уходами; появление таких уходов объясняют также патологически повышенными влечениями. На третьем этапе ухода и бродяжничество становятся непреодолимыми, импульсивными (Иванова, 1972).

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. Кражи совершаются в открытую, без принятия типичных для банального воровства мер предосторожности, так что обнаруживаются почти сразу же, как и лица, их совершившие.

Мифомания — непреодолимая потребность к обману, мистификации окружающих.

Копролалия — непреодолимое стремление употреблять в речи циничные ругательства.

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. Половые контакты, однако, не снижают интенсивности влечения, не приносят удовлетворения. Более того, они могут ухудшить самочувствие, в связи с чем пациенты предпочитают их избегать. Высокая интенсивность сексуального влечения не является отклонением, если при этом нет физиологических нарушений.

Значительно чаще, нежели нимфомания и сатириазис, встречается «*эротомания*» — доминирование сексуальных ценностей.

Расстройства на уровне инстинктов. Встречаются разные нарушения врожденных влечений: сексуального, пищевого, инстинкта самосохранения, родительского инстинкта.

Нарушения пищевого влечения.

Булимия — усиление влечения к пище, необычайная прожорливость, повышенное и неутолимое чувство голода. Нередко является симптомом междуточно-гипофизарной патологии, ряда эндокринных заболеваний. При синдроме *Кляйн-Левина* сочетается с приступами повышенной сонливости. Встречается также при психических расстройствах: у пациентов с кататоническими нарушениями, при прогрессивном параличе, глубокой умственной отсталости. Избыточное потребление пищи может быть обусловлено психогенными факторами — еда становится способом удовлетворения других, не пищевых потребностей. Например, с целью устранить эмоциональное напряжение, недовольство, для того, чтобы развлечься, развеять скуку, почувствовать уверенность в себе, получить удовольствие, показать окружающим свое превосходство. Пищевая интоксикация данного типа является наиболее распространенной причиной тучности.

Анорексия — утрата чувства голода. Встречается при синдроме Симмондса, синдроме Шиена, некоторых эндокринных заболеваниях. Нередко наблюдается при психических заболеваниях — психическая анорексия.

Эмоциональная анорексия — избирательное отношение к пище, непереносимость некоторых пищевых продуктов, имеющие причиной принудительное кормление в детстве.

Полифагия — стремление есть то, что не относится к пищевым продуктам.

Парарексия — пищевые прихоти, обусловленные сверхценным или бредовым отношением к пище. Больные предпочитают есть, например, что-то одно: сухари, шоколад, овощи, компот, блюда из печени или изобретают особые, причудливые диеты. Пищевые прихоти могут приобретать странный, нелепый характер.

Полидипсия — неутолимая жажда. Встречается в основном при эндокринных заболеваниях, межпочечно-гипофизарной патологии. Реже отмечается психогенно обусловленная разновидность полидипсии. Повышенное потребление воды свойственно маниакальным состояниям, в депрессии, напротив, выявляется олигодипсия.

К нарушениям инстинкта безопасности (самосохранения) относится страх, агрессия и суицидальное поведение.

Страх — переживание человеком непосредственной опасности для жизни, здоровья или социального благополучия. В норме страх возникает в ситуации, реально угрожающей безопасности индивидуума. Появление болезненных страхов во многом зависит от способности оценивать ситуацию. Неадекватная оценка может повлечь страх там, где объективно для него нет оснований (умственная отсталость, сниженная самооценка, недостаток опыта, детский возраст, психическое заболевание).

Тревога — беспредметный, неосознанный, проецируемый в неопределенное будущее страх.

Агрессия — поведение, направленное на устранение источника опасности, действительного или мнимого. В широком смысле агрессия — это установка личности на преодоление препятствий к достижению цели: настойчивость, упорство, твердость. Агрессия может быть *пантомимической или экспрессивной* (угрожающей позы), *аффективной* (гнев, злоба), *вербальной* (словесные угрозы), *импульсивной* (разрушительные действия), *враждебной* (целенаправленное нанесение вреда), *инструментальной* (является средством достижения иной цели), *индуцированной* (в толпе, которой внушен образ врага).

Самоубийство (суицид) — агрессия, направленная на себя, аутоагрессия. Существующее многообразие форм самоубийства отражает влияние на отношение человека к себе различных причин: социальных, психологических, биологических.

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 («внутренний негативизм», амбивалентность). 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

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. Негативизм, как упоминалось, может быть не только к внешним воздействиям, но и к внутренним импульсам.

Автоматическая подчиняемость (проскинезия Леонгарда). 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.

Паракинезии (парапраксия). Манерность, вычурность, карикатурность 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. Двигательные новообразования, наблюдающиеся также в детском возрасте (синдромы раннего детского аутизма), показывают, что психологическую основу паракинезии составляет наиболее ранняя форма фантазирования — двигательные фантазии, предшествующие более сложным патологическим игровым фантазиям.

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; *эретическое* — эпизоды бессмысленных разрушительных, агрессивных или аутоагрессивных действий во время психоза у пациентов с умственной отсталостью; *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.

Другие нарушения воли. Нарушения волевой активности могут быть на стадии борьбы мотивов, принятия решения, на этапе волевого действия, и, не связанные с психозом, указывают на расстройства личности. Так, неспособность принять решение, склонность к сомнениям, неуверенность в правильности действий свойственны психопатии психастенического склада. Решение действовать может приниматься мгновенно, без борьбы мотивов, под влиянием аффекта, минутного настроения или случайной прихоти, обнаруживая тем самым слабость контролирующей функции воли. Такая импульсивность поведения присуща психопатическим личностям возбудимого склада, пациентам с органическими поражениями головного мозга, наблюдаются также при психопатоподобных состояниях. Задержка волевого акта на стадии борьбы мотивов выражается амбивалентностью — сосуществованием полярных побуждений, из которых ни одно не будет реализовано или к моменту принятия решения время уходит. Поведение часто страдает и в том смысле, что намеченный план действий осуществляется без учета меняющихся обстоятельств — ригидность. План действий может быть необдуманым и потому заранее обреченным на провал. Эта нерасчетливость выливается в бестолковую суетливость, когда пациент не имеет ясного представления о последовательности своих действий. Недостаток волевого усилия сводит на нет предыдущую подготовку действий — обычно он связан с боязнью ответственности за последствия своего поведения. В других случаях реализация намерений оказывается неполной или даже невозможной из-за недостатка упорства или вследствие повышенной внушаемости. Расстройства поведения иногда отражают неспособность к произвольному формированию дополнительных побуждений, меняющих либо усиливающих смысл действий посредством намеренного преобразования значимости мотивов (понижение или повышение их ценности) на основе предвидения и переживания последствий действия.

НАРУШЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТА

Интеллект в широком смысле - это совокупность познавательных функций индивида: от ощущения и восприятия до мышления и воображения; в более же узком смысле - это мышление.

Интеллект является основной формой познания действительности.

Существует три разновидности в понимании функции интеллекта:

- 1) способность к обучению,
- 2) оперирование символами,
- 3) способность к активному овладению закономерностями окружающей нас действительности.

Термин интеллект часто применяется для того, чтобы подчеркнуть специфику человеческой психологической деятельности. При этом не следует упускать из виду, что способности иметь дело с абстрактными символами и отношениями только одна сторона интеллекта; не менее важна и такая сторона как конкретность мышления. Нередко интеллект трактуют, как возможность приспосабливаться к новым ситуациям, используя ранее приобретенный опыт. В данном случае интеллект фактически отождествляется со способностью к учению. Однако нельзя не учитывать то, что интеллект включает продуктивное начало. Самое существенное для человеческого интеллекта состоит в том, что он позволяет отражать закономерные связи и отношения предметов и явлений окружающего мира, тем самым дает возможность творчески преобразовывать действительность.

Интеллект человека представляет собой чрезвычайно многофакторную величину. Он определяет как социальную полезность человека, так и его индивидуальные особенности,

служит главным проявлением разума. По сути, интеллект то, что выделяет нас из мира животных, что придает особую значимость человеку, что позволяет ему динамически изменять окружающий мир, перестраивая среду под себя, а не приспосабливаясь к условиям быстро меняющейся действительности.

Тест или проверка интеллекта является важнейшей задачей, которая на любом этапе позволит спланировать дальнейшее развитие личности, определить ход интеллектуальной, моральной и психологической эволюции человека. Именно уровень и тип развития интеллекта определяет будущее человека, его судьбу. Исследование интеллекта интересовало человечество с древних времен и постепенно от вопросов «Кто полезнее, умнее, нужнее?», выросли в отдельную отрасль психологии. Тесты интеллектуального развития занимают отдельное место в ряду методик психологического исследования.

Слабоумие. К этой патологии относятся синдромы со стойким, малообратимым обеднением психической деятельности: ослабление познавательных процессов, обеднение чувств, изменения поведения. Усвоение новой информации практически невозможно, использование прошлого опыта крайне затруднено. Нарастание слабоумия сопровождается существенным изменением характера позитивных психопатологических расстройств. Если имеют место галлюцинации, то они бледнеют и возникают эпизодически; бредовые концепции распадаются на отдельные фрагменты и перестают определять состояние и поведение больного; кататонические расстройства проявляются в виде отдельных особенностей моторики, мимики и речи больных.

Слабоумие принято подразделять на врожденное и приобретенное.

Врожденное слабоумие характеризуется недоразвитием психической деятельности с признаками умственной отсталости, что проявляется отсутствием способности к абстрактному мышлению, бедностью представлений и фантазий, ограниченным запасом знаний и недостаточной выраженностью использования их, низким качеством памяти, бедностью эмоций, запаса слов, недоразвитием речи.

Приобретенное слабоумие (деменция) — состояние, развивающееся вследствие прогрессирующих психических заболеваний. Это синдром, характеризующийся изменением высших корковых функций, включая память, мышление и суждения, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, использование речи. Традиционно слабоумие подразделяют на *парциальное (дисмнестическое)* и *тотальное*.

Основная особенность *парциального слабоумия* — неравномерность психических, в том числе и мнестических нарушений. Сохраняется «ядро» личности, т.е. остаются неизменными особенности психического склада личности, личностные установки, навыки поведения при затруднении и замедленности психических процессов, речи и моторики. Характерны беспомощность, слезливость, приобретающая характер аффективного недержания. Наблюдается нерезко выраженное снижение критики.

Тотальное (диффузное, глобальное) слабоумие — один из наиболее глубоких видов негативных расстройств, проявляющийся резким снижением критики, эйфорией, дисмнестическими расстройствами, нивелировкой индивидуальных, характерологических черт личности. Поведение больных часто бывает неадекватным окружающей ситуации: осмысление, оценка, анализ происходящего невозможны. Больные склонны к легкомысленным, нередко нелепым поступкам, плоскому юмору.

Распад личности (маразм) — наиболее тяжелый вид негативных расстройств, глубокое слабоумие с утратой возможности контакта с окружающей средой, полным исчезновением интересов и влечений. У больного сохраняются пищевой и половой инстинкты. Первый проявляется прожорливостью, невозможностью отличить съедобное от несъедобного, второй — сексуальной расторможенностью, онанизмом, попытками вступать в половое сношение с несовершеннолетними и т.д.

Вопросы для самоподготовки

1. Критерии К.Ясперса для диагностики состояний расстроенного сознания. Синдромы нарушения, исключения сознания: их связь с различными психическими и соматическими заболеваниями.
2. Синдром помрачения сознания: типичные проявления, динамика, диагностическое значение. Социально-опасное поведение лиц с помрачением сознания.
3. Расстройства ощущений и восприятия и их диагностическое значение. Дерезализация и деперсонализация, болезни, при которых они наблюдаются. Сравнительно-возрастные особенности.
4. Клинические варианты галлюцинаций, их диагностическое значение. Объективные признаки наличия галлюцинаций у детей.
5. Нарушения ассоциативной деятельности: количественные и качественные расстройства процесса мышления. Основные симптомы, их диагностическое значение.
6. Бред: определение, клинические формы, диагностическое значение, социально-опасное поведение больных. Сверхценные идеи, их отличие от бреда.
7. Навязчивые состояния: определение, разновидности, диагностическое значение. Отличие навязчивостей от бреда и их возрастные особенности.
8. Основные бредовые синдромы: динамика бредообразования, диагностическое значение, социально опасное поведение больных.
9. Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. Примеры различных видов автоматизмов. Диагностическое значение.
10. Синдромы помраченного сознания при соматических инфекционных и неинфекционных болезнях, особенности у детей и подростков.
11. Расстройства памяти: основные виды, их диагностическое значение. Заболевания, при которых наблюдаются синдромы нарушения памяти.
12. Корсаковский синдром: определение, психопатологическое содержание, диагностическое значение, прогноз.
13. Понятие интеллекта, его основные составляющие. Способы выявления расстройств интеллекта, типичные задания, используемые в клинической практике. Диагностическое значение различных нарушений интеллекта.
14. Умственная отсталость (олигофрения): определение, причины возникновения, степени). Проблема раннего выявления и социальной адаптации.
15. Деменция: определение. Клинические варианты приобретенного слабоумия, их дифференциально-диагностическое значение.
16. Эмоциональные расстройства у детей в клинике психических заболеваний. Основные симптомы и синдромы, их диагностическое значение. Патологический аффект.
17. Синдромы аффективных расстройств: депрессивный, маниакальный, апатико-абулический. Их определение, структура и диагностическое значение.
18. Формы двигательного возбуждения. Заболевания, при которых они встречаются. Тактика врача, методы купирования.
19. Расстройства воли и влечений, их диагностическое значение. Социально-опасное поведение лиц с расстройствами влечений.
20. Кататонический синдром: основные симптомы, диагностическое значение. Отличия кататонического возбуждения от маниакального и кататонического ступора от депрессивного. Особенности у детей и подростков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антропов Ю.А., Антропов А.Ю., Незнанов Н.Г. Основы диагностики психических расстройств . - М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. - 384 с.
2. Гиляровский В.А. Учение о галлюцинациях. - М.: БИНОМ, 2003. – 240 с.
3. Жмуров В.А. Психические нарушения. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.- 1015 с.
4. Иванец Н.Н., Тюльпинин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А. Психиатрия и наркология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 832 с.
5. Калинин В.В. Редкие и малоизвестные психопатологические синдромы // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. № 3. – с. 14-18
6. Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е., Сергеев И. И. Психиатрия, 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 576 с.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – 2-е изд., перераб. И доп. – М.:ООО Медицинское информационное агентство», 2009, - 832 с.
2. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов /Под ред. Ю.С.Шевченко. - М.:ООО Медицинское информационное агентство», 2011, - 928 с.
3. Сергеев И.И. Психиатрия и наркология: Учебник / И.И. Сергеев, Н.Д. Лакосина, О.Ф. Панков. – М.: МЕДпресс – информ, 2009, - 752 с.

Дополнительная литература

1. Марилов В.В., Марилова Т.Ю. Клиническая психопатология: руководство. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2010.- 608 с.
2. Психиатрия. Национальное руководство /Под ред.Т.Б.Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С.Тиганов. 2009, - 1000 с.
3. Психиатрия. Основные клинической психопатологии: учебник. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. - М.:ГЭОТАР – Медиа, 2009.- 384 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>ПРЕДИСЛОВИЕ</i>	3
<i>ВВЕДЕНИЕ</i>	4
<i>СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</i>	5
<i>СФЕРА СОЗНАНИЯ. РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ</i>	5
<i>ПОЗНАВАТЕЛЬНАЯ СФЕРА РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ</i>	10
<i>РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ</i>	14
<i>РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ</i>	26
<i>РАССТРОЙСТВА ВНИМАНИЯ</i>	32
<i>ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА</i>	34
<i>ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ (ДВИГАТЕЛЬНО-ВОЛЕВАЯ) СФЕРА И ЕЕ РАССТРОЙСТВА</i>	39
<i>НАРУШЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТА</i>	44
<i>Вопросы для самоподготовки</i>	46
<i>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ: основная дополнительная</i>	47