

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
Основные синдромы психических расстройств	5
Позитивные психопатологические синдромы	6
Негативные психопатологические синдромы	18
Психические расстройства	21
Состояния слабоумия	23
Умственная отсталость (олигофрения)	27
Психозы	29
Шизофрения	31
Депрессивные состояния	34
Депрессивный эпизод	35
Рекуррентное депрессивное расстройство	37
Хронические расстройства настроения	37
Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз)	37
Дистимия	38
Пограничные психические расстройства	39
Неврозы (стрессовые и невротические расстройства)	39
Личностные расстройства (психопатии)	41
Алкоголизм (алкогольная зависимость)	43
Наркомании и токсикомании	44
Практические задания	47
Занятие 1. Предмет и задачи патопсихологии (психопатологии). Расстройства восприятия	49
Занятие 2. Нарушения мышления. Методы обследования пациентов	51
Занятие 3. Расстройства памяти и интеллекта.	54
Занятие 4. Нарушения эмоциональной, двигательной-волевой сфер. Расстройства влечений	57
Занятие 5. Нарушения сознания и самосознания. Припадки	60
Занятие 6. Психические расстройства при опухолях головного мозга, инфекциях (общих, мозговых, СПИДе), интоксикациях, сифилисе головного мозга, соматоневрологической патологии	63
Занятие 7. Эндогенные психозы (шизофрения, БАР = МДП, инволюционные психозы)	63
Занятие 8. Состояния слабоумия (олигофрения, сенильная деменция; шизофреническая, эпилептическая и органическая = травматическая деменция). Задержки темпа психического развития. Дифференциальная диагностика тотального и лакунарного слабоумия, врожденного и приобретенного; олигофрении и задержки психического развития, олигофрении по степени тяжести	64

Занятие 9. Эпилепсия. Дифференциальная диагностика судорожных состояний. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга и черепно-мозговой травме. Клиническая картина, диагностика	65
Занятие 10. Алкоголизм, алкогольные психозы. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы лечения и реабилитации. Дифференциальная диагностика алкоголизма и бытового пьянства, алкоголизма по стадиям, алкогольных психозов (делирий и галлюциноз)	66
Занятие 11. Наркомании (опийная, каннабиноидная, кокаиновая, барбитуромания) и токсикомании (ингалянтная, галлюциногенная и холинолитическая, другие виды). Клиническая картина, диагностика. Критерии отличий наркоманий и токсикоманий	68
Занятие 12. Пограничные психические расстройства (невротические, психосоматические и личностные). Акцентуации характера. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика личностных расстройств (психопатий) и акцентуаций характера, психопатий и неврозов	68
С. Цвейг. Амок	70
П. Козьмо. Вероника решает умереть	105
И.Г. Прыжов. 26 московских пророков, юродивых, дур и дураков	135
Т. Готье. Клуб гашишистов	142
Ф.М. Достоевский. Игрок	152
Ф.М. Достоевский. Идиот	171
К. Кизи. Над кукушкиным гнездом	176
В.М. Гаршин. Красный цветок	184
М.А. Булгаков. Морфий	196
А.П. Чехов. Палата № 6	203
А.П. Чехов. Черный монах	211
Вен. Ерофеев. Москва — Петушки	222
Ф.М. Достоевский. Братья Карамазовы	231
С. Цвейг. Шахматная новелла	234
Список литературы	270
Приложение. Терминологический словарь	272

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БАР	— биполярное аффективное расстройство
МКБ-10	— Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра
МДП	— маниакально-депрессивный психоз
ОЛ	— олигофрения
ПАВ	— психоактивное вещество
ППР	— пограничное психическое расстройство
ПР	— психическое расстройство
ЦНС	— центральная нервная система

ВВЕДЕНИЕ

Основные синдромы психических расстройств

А.В. Снежневский разработал модели соотношения общепатологических синдромов и психических расстройств (ПР) (схема 1).

ПОЗИТИВНЫЕ СИНДРОМЫ	IX психоорганические VIII судорожные	Психозы	Психозы	
	VII паранезии VI помрачения сознания			
	V кататонические, парафренические, галлюцинаторно-параноидные IV вербальный галлюциноз, паранойяльные			
	III невротические II аффективные I эмоционально-гиперестетические			БАР (МДП)
НЕГАТИВНЫЕ СИНДРОМЫ	I истощаемость психической деятельности	Шизофрения	Экзогенные	
	II субъективно осознаваемые изменения личности			
	III объективно определяемые изменения личности			
	IV дисгармония личности			
	V падение энергетического потенциала			
	VI снижение уровня личности			
	VII регресс личности			
	VIII амнестические расстройства, парциальное слабоумие	Грубоорганические		
	IX тотальное слабоумие			
	X психический маразм			

Схема 1. Психопатологические синдромы и психические расстройства. БАР — биполярное аффективное расстройство; МДП — маниакально-депрессивный психоз (по А.В. Снежневскому, 2019)

Позитивные психопатологические синдромы

Астенический (неврастенический) синдром является самым распространенным ПР. Характеризуется чувством телесной и психической слабости, вялости, которые нередко сопровождаются явлениями раздражительности, повышенной вспыльчивости. Типичны расстройства сна и вегетативные нарушения (колебания артериального давления, пульса, явления гипергидроза).

Выделяют *гиперстеническую, раздражительной слабости и гипостеническую стадии* неврастенического синдрома.

Гиперстеническая — наиболее легкая форма астении. Здесь симптомы раздражения (вспыльчивость, нетерпеливость, неспособность сдерживаться) преобладают над проявлениями собственно астении.

На *стадии раздражительной слабости* клиническая картина в равной мере представлена явлениями раздражения и утомления.

В *гипостенической стадии* уже доминируют утомляемость и чувство бессилия. При ухудшении состояния происходит последовательная смена легкой стадии гиперстенической астении более тяжелыми. Астенический синдром является особенно специфичным для невротозов (неврастении). При других ПР он дополняется расстройствами других уровней.

Обсессивный синдром характеризуется явлениями навязчивости. Это психопатологические явления, характеризуемые тем, что определенное содержание многократно возникает в сознании больного, сопровождаясь тягостным чувством принудительности. Навязчивости являются чуждыми, посторонними по отношению к психике больного, но освободиться от них он не в состоянии. Они тесно связаны с депрессией и чувством тревоги. На всем протяжении болезни к навязчивостям сохраняется критическое отношение.

Среди клинических проявлений могут быть, например, навязчивый счет, навязчивые сомнения и др. Стремление вытеснить и подавить навязчивые мысли (обсессии) нередко сопровождается общим беспокойством, напряжением, внутренней борьбой. Когда навязчивости сопровождаются страхами (фобиями), говорят об обсессивно-фобическом синдроме. Со временем могут появиться навязчивые действия (компульсии).

Обсессивный синдром и его варианты встречаются при невротозе навязчивых состояний (часто), реже при личностных расстройствах (пси-

хопатях), малопрогрессиентной (неврозоподобной) шизофрении, биполярном аффективном расстройстве (БАР).

Невротические синдромы с преобладанием вегетосоматических нарушений — частое явление в практике врача любой специальности. Астенические, обсессивно-фобические и другие невротические проявления могут имитировать соматическую патологию как в одной (сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, опорно-двигательной сферах и т.д.), так и в нескольких системах.

В зависимости от генеза нарушения деятельности органов вегетативной нервной системы подразделяют на симпатикотонические (наличие тахикардии, артериальной гипертензии, гипертермии), парасимпатикотонические (брадикардия, артериальная гипертензия, гиперсаливация) и смешанные состояния.

К аффективным синдромам относятся депрессивный, маниакальный и смешанные состояния.

Депрессивный синдром характеризуется следующей диагностической триадой:

- 1) подавленным, угнетенным настроением;
- 2) заторможенностью мыслительных (интеллектуальных) процессов;
- 3) психомоторным торможением.

Разновидностями депрессивного синдрома являются меланхолический, тревожно-депрессивный, сенесто-ипохондрический, депрессивно-анергический, депрессивно-бредовый, депрессивно-обсессивный, депрессивно-деперсонализационный.

Рассмотрим подробнее их клиническое содержание.

Тревожно-депрессивный синдром — состояние, при котором на первый план выступают переживания тревоги, сопровождающиеся подавленным настроением. Поскольку тревога представляет собой генерализованный, диффузный и беспредметный страх, то она всегда сочетается либо с моторным беспокойством (ажитацией), либо с заторможенностью. Данный синдром, кроме депрессивной фазы БАР, весьма характерен для инволюционных и сосудистых психозов. Он больше распространен среди женщин.

Меланхолический синдром — подавленно-тоскливое настроение с печалью, грустью и психомоторной заторможенностью. Больные затрудняются сформулировать свои переживания и прибегают к таким высказываниям: «на душе тяжесть, камень», «сердце болит», «все в жизни потеряло смысл», «забыл, когда последний раз радовался» и др. Страха (реакции на конкретную угрозу) не бывает, а вот нерезко выраженная

тревога присутствует почти всегда. Слабость, утомляемость, истощаемость при меланхолическом синдроме наблюдаются редко. В чистом виде это расстройство патогномично для БАР.

Сенесто-ипохондрический синдром — состояние, которое характеризуется неопределенными и мучительными телесными ощущениями, сопряженными с беспокойством, тревогой и страхом. Хотя в данном случае присутствует плохое настроение, тревога и беспокойство преобладают над подавленностью. При сенестопатических и алгических расстройствах встречаются жалобы на жар (холод) во всем теле, беганье мурашек под кожей, колотье, жгучие боли в голове, животе, груди. Имеется установка на поиск соматической болезни с уточнением диагноза. Больные многократно обследуются в основном для исключения диагноза опухолевых заболеваний. Часто наблюдаются вегетативные кризы. Сенесто-ипохондрический синдром встречается в рамках БАР, неврозов, малопрогредиентной шизофрении.

Депрессивно-анергический синдром — состояние, при котором подавленное настроение сосуществует с повышенной утомляемостью, слабостью. Вместо тоски и грусти на первый план выступает апатия с чувством бессилия, немощи, безволия. Больные выглядят вялыми, монотонными, равнодушными, много времени проводят в постели, ссылаются на тяжесть или слабость во всем теле. Идеаторная и моторная заторможенность выражена нерезко. К вечеру настроение несколько улучшается, а вместе с ним уменьшается чувство слабости, больные становятся активнее, контактнее. Депрессивно-анергический синдром характерен для БАР, неврозов, психопатий, шизофрении и других психозов в стадии ремиссии.

Депрессивно-обсессивный синдром — сложный симптомокомплекс, при котором сниженное настроение дополняется фобическими и обсессивными проявлениями. Существует отчетливая взаимосвязь между структурой депрессии и навязчивыми явлениями. При тревожной депрессии наблюдаются навязчивые страхи: канцерофобия, кардиофобия, сифилофобия, спидофобия и другие; при тоскливой — отмечаются навязчивые идеи неприлично-циничного содержания (хульные мысли), которые затем могут сопровождаться суицидальными мыслями и действиями. Навязчивости вообще характерны для неглубоких депрессий невротического уровня, поэтому в психиатрических стационарах встречаются редко. Данный синдром может возникнуть при БАР, неврозах, психопатиях, малопрогредиентной шизофрении.

Депрессивно-деперсонализационный синдром — сочетание болезненно сниженного настроения с расстройством ощущения собственного «Я». Больные жалуются на отсутствие чувств, настроения, мучительное бесчувствие (*anaesthesia phychica dolorosa*). Отсутствуют, например, чувство сна («деперсонализация сна»); чувство опорожнения мочевого пузыря, кишечника; чувство времени; утрачиваются вкус, ощущение любви к близким и т.д. Разновидностью данного синдрома является дереализационная депрессия, когда на фоне подавленного настроения появляются переживания измененности восприятия внешнего мира. Указанный синдром и его варианты характерны для БАР, неврозов, малопрогрессирующей шизофрении.

Депрессивно-бредовый синдром определяется сочетанием выраженного депрессивного аффекта и депрессивных бредовых идей. Они занимают центральное место в клинической картине депрессий. К депрессивным бредовым идеям относятся: идеи самообвинения, самоуничтожения (часто), нигилистические бредовые идеи и бред громадности (бред Котара), ипохондрические (реже). Наиболее часто эти бредовые идеи выявляют у больных после 60 лет. Перечисленные бредовые идеи встречаются преимущественно в рамках БАР, инволюционной меланхолии, сосудистой депрессии. Изменение содержания бредовых идей является основанием для пересмотра диагноза.

Маниакальный синдром **включает триаду психопатологических симптомов:**

- 1) повышенное настроение;
- 2) ускорение протекания мыслительных (интеллектуальных) процессов;
- 3) психомоторное возбуждение.

В литературе к вариантам маниакального синдрома относят веселую, непродуктивную, спутанную, гневливую, психотическую (бредовую) мании.

Веселая мания — состояние, при котором отчетливо преобладает излишне веселое, радостное, игривое настроение. Идеаторный и психомоторный компоненты выражены слабее. Веселая мания обычно встречается при маниакальной фазе БАР.

Непродуктивная мания — вариант маниакального синдрома, при котором центральное место в клинической картине занимает психомоторное возбуждение. Больные двигательны активны, наблюдается чрезмерная постоянная подвижность, плохо удерживаются на одном месте. Деятельность больных малопродуктивна, они вмешиваются во все дела,

не доводя ни одно из них до конца. Настроенческий и идеаторный компоненты по сравнению с моторным не так заметны. Данное состояние требует обязательной госпитализации и лечения.

Спутанная мания — здесь уже выражены все три компонента синдрома. Наблюдают бурно-веселое настроение, бессвязность мышления, хаотичная деятельность. Высшая степень спутанной и непродуктивной мании называется маниакальным неистовством.

Гневливая мания характеризуется повышенным настроением в сочетании со вспыльчивостью, раздражительностью, гневливостью, может сопровождаться разрушительными действиями и антисоциальными поступками.

Кроме БАР, эти три синдрома могут наблюдаться в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, при прогрессивном параличе (сифилисе головного мозга), шизофрении, опухолях головного мозга и психических заболеваниях позднего возраста.

Психотическая (бредовая) мания — сложный симптомокомплекс, при котором на фоне повышенного настроения выявляют маниакальные бредовые идеи. Переоценка собственной личности трансформируется в бредовые идеи величия, могущества, нередко нелепо-фантастического содержания.

Данный синдром является своеобразным завершающим этапом в ряду маниакальных состояний. Условно его динамика будет следующей: гипомания → веселая мания → непродуктивная (либо спутанная, гневливая) мания → психотическая мания.

Психотическая (бредовая) мания наблюдается при маниакальной фазе БАР. Если тематика бреда выходит за рамки маниакальных бредовых идей, то следует в первую очередь думать о шизофрении.

Маниакальное возбуждение — патологическое состояние, при котором выявляют усиление двигательной, речевой и аффективной активности. Ему присуще стремление к действию, то есть оно целенаправленно (не бывает бессмысленным). Чаще встречается веселое настроение, реже — гневливость, злобность.

Смешанные состояния — этим термином обозначают атипичные синдромы, при которых аффективная триада состоит из симптомов, характерных как для маниакальной, так и для депрессивной фазы БАР. Например, маниакальный ступор, депрессия с возбуждением, скачкой идей. Чаще всего такие состояния возникают при переходе мании в депрессию или наоборот.

Следующими уровнями позитивных нарушений выступают галлюцинозы и бредовые синдромы. **Галлюциноз** — это состояние непрерывного интенсивного галлюцинирования, при котором остальные психопатологические расстройства отступают на второй план и не доминируют в клинической картине. Большинство галлюцинозов (за исключением зрительных) возникает при ясном сознании, не сопровождается нарушениями ауто- и аллопсихической ориентировки, больной часто осознает болезненный характер переживаний (Ушаков Г.К., 1976).

По органам чувств различают вербальный (слуховой), зрительный, тактильный, обонятельный галлюцинозы. В зависимости от остроты и стойкости (длительности) состояния выделяют острые и хронические (главным образом слуховые) галлюцинозы.

Галлюцинозы встречаются при шизофрении (чаще всего слуховые), энцефалитах, интоксикационных, инфекционных, инволюционных и реактивных психозах.

Бред — это «ложное личное убеждение, базирующееся на неправильных суждениях и твердом убеждении, несмотря на то, что среди других эта вера не распространена, не принимается другими представителями культуры или субкультуры» (цит. по А.П. Коцюбинскому). Важно, особенно для национальных республик, что в приведенном определении бреда отражается этнокультуральный подход. Раньше этот аспект мало учитывался, что приводило иногда к неправильной диагностике ПР. Вышеприведенное определение также содержит классическую триаду признаков бреда (по К. Ясперсу, 1913):

- 1) субъективная уверенность в реальности болезненных переживаний;
- 2) невозможность корригировать высказывания больного;
- 3) несоответствие бредовых переживаний действительности.

Паранойяльный синдром характеризуется наличием систематизированных бредовых идей, отправной точкой для которых служат события окружающего мира, собственные ощущения. У больных существует система доказательств, основанная на многочисленных фактах, которые толкуются предвзято и односторонне, логическая связь между явлениями нарушена. В ситуации, не относящейся к содержанию бреда, поведение больных правильное. К паранойяльным бредовым идеям относят: бредовые идеи изобретательства, реформаторства, ревности, преследования, сутяжного содержания. В силу приближения содержания

этих бредовых идей к реальным событиям диагностика паранойяльных состояний нередко сопряжена с известными трудностями.

Паранойяльный синдром встречается при паранойяльных психопатиях, шизофрении, алкоголизме, реже при других заболеваниях.

Параноидный (галлюцинаторно-параноидный) синдром включает обманы восприятия и бредовые идеи. При этом содержание бредовых идей во многом зависит от содержания обманов восприятия. Например, бредовые идеи отравления при обонятельных галлюцинациях. Бредовая система не имеет обоснования, более или менее вразумительных доказательств (несистематизированный бред). Бредовые идеи выглядят нелепыми по своему содержанию, поэтому не вызывают особых трудностей при диагностике. К ним относятся бредовые идеи преследования, отношения, отравления. Среди лиц с низким культурным уровнем, кроме того, встречаются так называемые *архаические бредовые идеи*: колдовства, одержимости (убежденность больного, что в него вселилось какое-то другое живое существо), примитивно-религиозного содержания. В их формировании участвуют суеверия, магические представления и религиозные верования (Каменева Е.Н., Кудинов А.И., 1938).

Частным случаем галлюцинаторно-параноидного синдрома является синдром Кандинского—Клерамбо, который складывается из идеаторного, моторного и сенсорного автоматизмов, поэтому такие больные высказывают бредовые идеи воздействия, управления, «открытости мыслей». Параноидный (галлюцинаторно-параноидный) синдром чаще всего встречается у больных шизофренией и менее характерен для других психических заболеваний.

Парафренный синдром включает прежде всего систематизированный бред фантастического содержания. Больные высказывают бредовые идеи величия, богатства, преследования. За ними следят, потому что они принадлежат к царской семье; хотят украсть их гениальные открытия; похитить богатство и т.д. Нередко имеются галлюцинации, разнообразные явления психических автоматизмов. Настроение преимущественно повышенное, преобладает благодушный фон настроения. Иногда выявляются ложные воспоминания фантастического содержания (конфабуляторная парафрения).

Парафренный синдром встречается при сифилисе мозга (прогрессивном параличе). Он является исходом параноидной шизофрении. Бредовый синдром — основное расстройство этой формы шизофрении, подвержен следующей динамике: паранойяльный синдром (начальный

этап бреда) → (галлюцинации, автоматизмы) → параноидный синдром (развернутый этап бреда) → парафренный синдром (заключительный этап бреда). Болезненный процесс может стабилизироваться на любом из этапов. Чаще в клинической практике встречается параноидный синдром.

При галлюцинаторно-бредовых синдромах возбуждение характеризуется напряжением, мимическими изменениями, разорванностью речи (бессвязностью), агрессивными (оборонительными) действиями.

Кататонический синдром в настоящее время встречается редко. Наблюдается всего у 1% стационарных больных. Он проявляется либо кататоническим ступором, либо кататоническим возбуждением.

Состояния заторможенности очень разнообразны: от замедления движений, эхопраксий (эхолалий), сохранения больным приданного его телу и конечностям положения до полной обездвиженности. Стадии ступора в порядке утяжеления: явления восковидной гибкости (катаlepsии), негативизм (пассивный и активный) и мышечное оцепенение (собственно ступор).

Кататоническое возбуждение проявляется однообразными, бессмысленными, нецеленаправленными, иногда агрессивными и импульсивными действиями больного. При усилении трансформируется в «немое» двигательное возбуждение без аффективного сопровождения. Возможны переходы из кататонического возбуждения в состояние ступора и наоборот.

Кататонические расстройства отмечают у больных шизофренией (кататоническая форма), при инволюционных и старческих психозах, иногда у больных эпилепсией сразу после припадка.

Гебефренический синдром — двигательно-речевое возбуждение, которое дополняется своеобразной психопатологической триадой (Кербинов О.В., 1949):

- 1) «гимнастическим» сокращением лицевой мускулатуры, гримасничаньем;
- 2) безмотивными действиями, поступками;
- 3) непродуктивной эйфорией, бессодержательно-веселым настроением; гебефренический синдром нередко сочетается с кататоническими расстройствами, являясь по существу их клинической противоположностью; характерен для гебефренической формы шизофрении, изредка наблюдается при других психозах, эпилепсии; встречается у больных молодого возраста.

К **синдромам помрачения сознания** традиционно относят: *делирий, онейроид, аменцию и сумеречное расстройство сознания*).

Общими для них в той или иной мере являются следующие диагностические критерии (по К. Ясперсу, 1913):

- 1) отрешенность от реального мира, неотчетливое, фрагментарное восприятие окружающего мира;
- 2) нарушение ориентировки (во времени, окружающей обстановке, в собственной личности);
- 3) нечеткость, бессвязность мышления, невозможность полноценного осмысления ситуации;
- 4) наличие частичной или полной амнезии о пережитом периоде расстроенного сознания.

Специфические расстройства для каждого синдрома нарушенного сознания приведены в табл. 1.

Таблица 1. Расстройства сознания (по В.Д. Менделевичу)

Клинический параметр	Делирий	Онейроид	Аменция	Сумеречное помрачение сознания
Нарушение ориентировки	В месте, времени	В месте, времени, собственной личности	В месте, времени, собственной личности	В месте времени
Преобладающие расстройства восприятия	Яркие зрительные истинные галлюцинации и иллюзии	Фантастические зрительные, слуховые псевдогаллюцинации	Отрывочные слуховые истинные и псевдогаллюцинации	Яркие зрительные истинные галлюцинации и иллюзии
Преобладающие расстройства мышления	Бредовые идеи преследования, отношения	Фантастические бредовые идеи величия, воздействия	Бессвязность, инкогеренция, отрывочные бредовые идеи	Бредовые идеи преследования
Преобладающие аффективные нарушения	Тревога, страх	Эйфория, «зачарованность»	Аффект «недоумения», смена аффектов	Дисфория
Расстройства памяти	Амнезия отсутствует	Гипомнезия	Амнезия	Амнезия
Длительность	Часы	Сутки	Сутки, недели	Минуты, часы
Выход из состояния	Постепенный	Постепенный	Постепенный	Резкий

Расстройства сознания отмечают при широком круге ПР. Делирий встречается при токсикоманиях, интоксикациях, инфекционных и соматогенных психозах, при сосудистых поражениях головного мозга, старческом слабоумии, черепно-мозговой травме. Онейроид чаще всего наблюдают при шизофрении (рекуррентном течении), иногда — при острых металкогольных, сенильных, соматогенных и сосудистых психозах, эпилепсии. Аменцию описывают преимущественно при острых и затяжных соматогенных психозах. Сумеречное помрачение сознания особенно характерно для эпилепсии и травматических поражений головного мозга.

Необходимо помнить, что предшествующие каждому из синдромов помрачения сознания психопатологические расстройства отражают особенности соответствующих нозологических форм. К парамнезиям, или обманам памяти, относятся: конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии. Эти расстройства в тесном единстве с другими нарушениями памяти определяют содержание **амнестического синдрома С.С. Корсакова** (1887).

Основу синдрома составляет психопатологическая триада:

- 1) фиксационная амнезия;
- 2) ретро-, антероградная амнезия;
- 3) конфабуляции.

Синдром Корсакова встречается у больных алкоголизмом (другими интоксикациями) и при широком круге органических поражений головного мозга: сосудистых заболеваниях, черепно-мозговой травме, опухолях, после острой гипоксии (отравления угарным газом, попытки повешения), сенильной деменции, болезнях Пика и Альцгеймера.

К **судорожным синдромам** относится большая группа пароксизмальных расстройств.

Независимо от этиологии припадков общими для них являются:

- 1) внезапное начало;
- 2) изменения ясности сознания вплоть до полного его отключения;
- 3) двигательные расстройства в форме судорог;
- 4) кратковременность состояния с критическим окончанием;
- 5) повторяемость пароксизмов по типу «клише» (однотипность проявлений), стереотипность (Морозов Г.В., 1988).

Припадки возникают при эпилепсии и различных экзогенно-органических поражениях головного мозга. В первом случае их называют эпилептическими припадками, во втором — эпилептиформными. Клинически пароксизмы сходны между собой.

Все припадки делятся на две большие группы (Ковалев В.В. и др., 1988): *генерализованные* и *фокальные*. К генерализованным припадкам относят: большие судорожные припадки, малые припадки и эпилептические состояния (статус).

Большой судорожный припадок характеризуется внезапным выключением сознания, падением больного, фазой тонических и клонических судорог, комой, постепенным критическим выходом из этого состояния. Длительность припадка обычно 2–3 мин. Отмечается полная амнезия всего периода припадка. В части случаев припадок начинается с ауры.

Когда отсутствует какой-либо компонент припадка, например, нет падения, тонических или клонических судорог, говорят об абортивных припадках. Они характерны более всего для раннего детского возраста.

К числу генерализованных пароксизмов относится также группа малых припадков, отличающихся отсутствием судорожного компонента. Малые припадки чаще встречаются у детей. В группу малых припадков входят подгруппы типичных малых припадков, ретро- и пропульсивных припадков, миоклонических припадков.

Представителями типичных малых припадков являются абсанс и пикнолепсия. *Абсанс* — кратковременное, на несколько секунд, выключение сознания. Больной внезапно замолкает, застывает, может наблюдаться ритмическое подергивание глазных яблок, век, вздрагивание мышц, изменение их тонуса. Падения не бывает, воспоминания о периоде выключенного сознания отсутствуют.

Пикнолепсия характеризуется частыми (до 100 и более в день) кратковременными приступами выключения сознания, сопровождающимися разнообразными направлениями, то есть направленными назад, движениями (закатывание глазных яблок, запрокидывание головы, отклонение туловища и забрасывание рук назад).

Пропульсивные припадки проявляются разнообразными движениями головы, туловища и всего тела, направленными вперед. Их разновидностью являются «кивки» — серии кивательных движений головой, «клевки» — резкие движения и наклоны головой вперед и вниз (больные часто ударяются головой) и салаам-припадки — наклоны тела вперед с разведением рук в стороны (отдаленно напоминают поклоны при мусульманском приветствии). В ряде случаев больные могут падать вперед (при астатических формах).

Ретропульсивные припадки сопровождаются отклонением головы, туловища и рук назад, как будто больной что-то хочет достать позади

себя. Наблюдаются также клонические судороги мускулатуры век, глаз, головы, рук. Отмечаются потливость, слюнотечение, бледность кожного покрова. Падения не бывает.

Миоклонические припадки характеризуются внезапными вздрагиваниями и толчкообразными движениями в группах мышц рук, плечевого пояса, шеи. Подергивания всегда двусторонние, иногда «потрясение» распространяется на все тело. Обычно наблюдается быстрое разведение или сближение верхних конечностей, больные роняют предметы из рук. Возможно падение, хотя больной после падения тотчас же встает. Миоклонические припадки возникают серийно — по 5–20 подряд.

Эпилептический статус — катастрофическое учащение припадков, в промежутках между которыми больной не приходит в сознание. Продолжительность такого состояния колеблется от нескольких часов до нескольких суток. Относится к угрожающим для жизни состояниям, требующим неотложной медицинской помощи. Выделяют статусы больших и малых судорожных припадков.

В отличие от эпилептического статуса при серийных припадках больной после окончания каждого припадка приходит в сознание. Часто серийные припадки являются предвестниками эпилептического статуса.

Фокальные припадки составляют вторую группу судорожных состояний. К ним в первую очередь относятся джексоновские и адверсивные припадки.

Джексоновский припадок характеризуется периодическими приступами судорог (тонических или клонических) определенной группы мышц, расположенной на одной половине тела. Судороги мышц конечностей распространяются в проксимальном направлении: сначала возникают судороги мышц лица, далее — пальцев, всей кисти, предплечья, плеча. Длительность припадков колеблется до нескольких минут, периодичность — до нескольких десятков в день. Выключения сознания, падения больного обычно не бывает. Причиной джексоновского припадков является поражение определенной анатомической области головного мозга (опухоль, абсцесс, паразитарное заболевание).

Адверсивный судорожный припадок внешне очень похож на большой эпилептический припадок. Отличия выражаются в более медленном развертывании тонической фазы: больной совершает сначала поворот тела, головы и только после этого падает. Далее наступает клоническая стадия припадков, сменяющаяся сном.

К судорожным расстройствам, кроме того, относят **эпилептические эквиваленты**. Это пароксизмально возникающие состояния, протекающие без тонико-клонических судорог, но которые являются заменителем эпилептического припадка. Эпилептические эквиваленты включают: дисфории, сумеречные и особые состояния (феномены «уже виденного» и «никогда не виденного», дереализационно-деперсонализационные переживания), явления амбулаторного автоматизма, приступы зрительных и слуховых галлюцинаций (Гофман Ф., 1862).

Психоорганический синдром характеризуется психопатологической триадой (Вальтер-Бюэль Х., 1951):

- 1) ослаблением памяти;
- 2) ухудшением понимания;
- 3) недержанием аффектов.

Наблюдается при опухолях и абсцессах головного мозга, черепно-мозговых травмах, интоксикационных (алкоголизм, токсико-, наркомании, профессиональные отравления), инфекционных, сосудистых (инсульт) поражениях центральной нервной системы (ЦНС), старческих (сенильная деменция) и предстарческих (болезни Пика, Альцгеймера) ослабаумливающих процессах, эпилепсии. Прогноз зависит от вида заболевания: при остром психоорганическом синдроме возможно восстановление психических функций, при рецидивирующем и хроническом течении симптомы психоорганического синдрома усложняются, достигая степени слабоумия.

Негативные психопатологические синдромы

Истощаемость психической деятельности по клиническому содержанию соответствует астеническому синдрому. Рассматриваются негативные синдромы, то есть астения выступает как более или менее стойкая характеристика личности, сформированная под влиянием ПР. Астенический синдром, рассматриваемый в рамках позитивных расстройств, всегда обратимое, временное состояние, не спаянное с личностью.

Субъективно осознаваемые и объективно определяемые изменения личности — две следующие составляющие характерологических изменений. Помимо астении, которая становится неотъемлемой частью личности, появляются новые черты характера. Сначала они заметны только самому больному, затем, по мере прогрессирования, и окружающим его близким людям. Чаще всего речь идет о появлении или заострении черт

замкнутости, отгороженности («нажитая шизоидия»), потере душевной теплоты. Постепенно суживается круг знакомых, появляются неуверенность, повышенная обидчивость, ранимость в отношениях с людьми. Интересы ограничиваются какой-то одной областью, нередко работой. Ослабевает интерес к учебе. В социальном плане происходит некоторое снижение.

Дисгармония личности — отчетливые изменения характера, существенно затрудняющие трудовую и социальную адаптацию. Г.В. Морозов справедливо обозначает их как психопатоподобный личностный сдвиг, подчеркивая тем самым процессуальный характер этих расстройств. Здесь на передний план выступают: эгоцентризм, холодность, утрата привязанности к близким, жестокость, равнодушие, вспышки раздражительности, грубость, асоциальное поведение, нарушение влечений.

Падение энергетического потенциала характеризуется апатоабулическими нарушениями. Отмечают падение психической активности, резко снижается продуктивность, затрудняется приобретение новых знаний. Отсутствует эмоциональная окраска переживаний. Больные периодически могут выполнять несложную механическую работу, осуществлять элементарное самообслуживание.

Снижение уровня и регресс личности — максимально выраженные расстройства предыдущего уровня. Практически отсутствует спонтанная психическая активность. Начинают снижаться запасы памяти, происходит постепенная утрата навыков и знаний. Более заметными становятся расстройства влечений. В ряде случаев наблюдают аффективное опустошение вплоть до эмоциональной тупости, особенно при прогредиентных заболеваниях. Крайних степеней достигает аутизация.

Перечисленные формы негативных расстройств (уровни I–VII) встречаются при эндогенных психозах (шизофрения) и соматически обусловленных заболеваниях.

Амнестические расстройства подразумевают прежде всего необратимые расстройства памяти. К синдромам, отвечающим этому критерию, относят прогрессирующую амнезию, при которой происходит опустошение запасов памяти в направлении от настоящего к прошлому.

Тотальное слабоумие — сложный симптомокомплекс выраженных интеллектуально-мнестических нарушений, сопровождающийся резкой деградацией личности. На фоне слабоумия высвобождаются низшие влечения, которые определяют поведение больных. Появляются нелепые, не свойственные до этого личности аморальные поступки, циничные высказывания. Сознание болезни, своей неполноценности

отсутствует. Эмоциональная сфера крайне неустойчива: беспечно-эйфоричное настроение может смениться немотивированно-злым.

Тотальное слабоумие характерно для сенильной деменции, СПИДа, прогрессивного паралича (сифилиса головного мозга), болезней Пика и Альцгеймера.

Парциальное (дисмнестическое) слабоумие, напротив, сопровождается сохранением «ядра личности». Имеется сознание своей физической и психической неполноценности, моральные качества личности и навыки поведения остаются сохранными. Больные пытаются по возможности компенсировать свой дефект памяти: ведут записные книжки, прибегают к другим рациональным приемам, делающим возможным усвоение нового материала. Из эмоциональных расстройств чаще всего наблюдается слабодушие.

Данный вид слабоумия развивается при церебральном атеросклерозе, после черепно-мозговых травм и тяжелых интоксикаций.

Психический маразм — заключительный этап слабоумия. Налицо глубокий необратимый распад личности. Больные беспомощны, теряют последние навыки самообслуживания. Речевому контакту недоступны. Могут наблюдаться оральные и хватательные автоматизмы, насильственный смех и плач. Закономерным исходом является смерть.