

Понятие о симптомах и синдромах.

Расстройства восприятия.

Нарушение мышления (по темпу, стройности, целенаправленности).

Бред, основные критерии бреда.

Основные бредовые синдромы.

Нарушения памяти, внимания, интеллекта. Особенности в детском возрасте.

Понятия «симптом» и «синдром»

Симптом – это повторяющийся у разных больных феномен, указывающий на патологию, болезненное отступление от естественного течения психических процессов, ведущее к дезадаптации. Однако симптомы динамичны, принято говорить о развитии симптомов, их трансформации и перекрытию.

Понятия «симптом» и «синдром»

Синдром – совокупность симптомов, объединенных единым механизмом развития и отнесенных к одной нозологии. При этом симптом может выступать как облигатный, синдромообразующий признак (снижение настроения облигатный признак депрессивного синдрома), так и факультативный, указывающий на особенности течения болезни у данного пациента (тревога и психомоторное возбуждение в составе депрессивного синдрома). От «синдрома» следует отличать понятие «симптомокомплекс». Под симптомокомплексом понимают сумму всех нарушений выявляющихся у пациента на момент исследования.

Выделяют простые и сложные синдромы. При простом (малом) синдроме психические расстройства ограничиваются преимущественно какой-либо одной сферой психической деятельности (аффективный, галлюцинаторный синдромы); при сложном (большом) синдроме нарушены многие психические функции (синдром Кандинского-Клерамбо).

Расстройства восприятия

Человек познает окружающий мир с помощью органов чувств. Отдельные качества и свойства окружающих предметов и явлений (тепло, холод, цвет, форма, размер, тяжесть, вкус, запах) отражаются в головном мозге в виде ощущений.

Восприятие - субъективное психическое отражение предметов и явлений, которое включает обнаружение объекта как целого, различение отдельных признаков в объекте, выделение в нем информативного содержания, адекватного цели действия, формирование чувственного образа.

Восприятие включает в себя следующие фазы:

- 1) Перцепция - первичное выделение комплекса стимулов из массы прочих, как относящихся к одному определенному объекту
- 2) апперцепция - сравнение первичного образа с аналогичным или подобным ему, хранящимся в памяти
- 3) категоризация - отнесение образа восприятия к определенному классу объектов
- 4) проекция - дополнение образа воспринимаемого объекта деталями, присущими установленному классу, но в силу разных причин оказавшихся «за кадром».

Изменения ощущений могут быть количественными и качественными.

К количественным нарушениям относят:

- **Гиперестезию** - повышение чувствительности к раздражителям (обычные звуки кажутся очень громкими, дневной свет слишком ярким).
- **Гипестезию** - понижение чувствительности к раздражителям (звуки воспринимаются как приглушенные, тихие), вплоть до полного отсутствия чувствительности - **анестезия**.

Среди качественных изменений ощущений выделяют парестезии и сенестопатии.

- **Парестезии** - ощущение покалывания, жжения, ползания мурашек. Парестезии обусловлены особенностями кровоснабжения и иннервации, чем отличаются от сенестопатий.
- **Сенестопатии** - не имеют анатомической основы. Это беспредметные, алгические, вычурные ощущения в теле с чувством перемещения, переливания, перетекания. Обычно выраженные необычным метафорическим языком, например, пациенты говорят о перемещении щеколки внутри мозга, растяжении и сжатии пищевода. Пациенты четко указывают на то, что испытываемые ощущения не похожи на физическую боль.
- **Фантом-синдром** - отмечается у лиц с утратой конечностей. Пациент вытесняет отсутствие конечности и как бы ощущает боли или движения в отсутствующей конечности.

Основными обманами восприятия являются иллюзии и галлюцинации

Иллюзии - ошибочное восприятие реально существующих и доступных в момент восприятия предметов и явлений.

От патологических иллюзий следует отличать ошибки восприятия у психически здоровых людей при затруднении в получении объективной информации о внешнем мире (затемненное помещение, незначительный шум). Возникновение ошибок у здорового человека нередко связано с наличием установки на восприятие определенного объекта (т.е. человек видит или слышит то, что ожидает).

К варианту нормы также относятся физические иллюзии, возникающие в результате физических явлений, например преломление ложки в стакане воды.

Иллюзии при психических заболеваниях обычно отличаются фантастическим, неожиданным характером и возникают, когда нет препятствий к получению достоверной информации. Наглядные образы целиком поглощаются, перекрываются мнимыми, подвергаются грубому искажению. Критическая оценка иллюзорных образов отсутствует.

Иллюзии подразделяются по органам чувств, чаще всего встречаются зрительные и слуховые.

Различают следующие виды патологических иллюзий: аффектогенные, вербальные и парейдолические (парейдолий).

Аффектогенные - возникают под влиянием сильных эмоций (страха, тревоги), наиболее отчетливо прослеживается у больных с острым чувственным бредом.

Вербальные - содержат отдельные слова, фразы, которые заменяют реальную речь окружающих. Также часто возникают на фоне измененного аффекта. Слышат обвинения, угрозы, брань или наоборот поощрения, похвала. Вербальные иллюзии, возникающие на фоне страха, тревоги, считают вербальным вариантом аффектогенных иллюзий.

Парейдолические (парейдолий) - иллюзии фантастического содержания, возникающие при рассматривании реальных предметов. Так, рисунок обоев превращается в «сплетение червей», в игре светотени видятся экзотические животные, сказочные персонажи, «оживают» портреты, изображенные лица начинают двигаться, улыбаться.

Часто с иллюзий начинаются более серьезные нарушения психической деятельности - галлюцинации.

Галлюцинации - расстройство восприятия в виде образов, произвольно возникающих без реального раздражителя (объекта) и приобретающих для больного характер объективной реальности. Они возникают в результате приобретения господствующего положения представлений, вследствие чего действительные впечатления заменяются внутренними образами. Галлюцинации - это мысли проецируемые во вне и чувственно облеченные. В отличие от иллюзий они не могут наблюдаться у здоровых людей в их естественном состоянии, хотя при измененном состоянии сознания (воздействие гипноза, наркотических средств) кратковременно возникают и у человека без хронического психического заболевания.

Галлюцинации принято классифицировать в разных «областях».

1. Галлюцинации могут быть элементарными, простыми и сложными.

Элементарные - больной слышит отдельные звуки, шум, стук (акоазмы), видит полосы света, пятна, вспышки (фотопсии).

Простые - связаны лишь с одним анализатором, но отличаются оформленной структурой.

Сложные - включают обманы сразу со стороны нескольких анализаторов.

2. По органам чувств выделяют: слуховые, зрительные, обонятельные, тактильные, вкусовые, висцеральные.

Слуховые галлюцинации - наиболее часто встречаются в психиатрии. Среди них выделяют:

- **вербальные** - больной слышит человеческую речь (угрозы, похвалу);
- **Императивные** - повелевающие, приказывающие заставляют больного совершать, разные движения, поступки, что-то говорить. Как правило, приказы противоречат желаниям больного;
- **комментирующие** - при которых больной слышит голос комментирующий его действия, мысли;
- **антагонистические** - галлюцинации характеризуются чередованием голосов угрожающих, защищающих, обвиняющих, хвалящих;
- **дублирующие** - «голоса» повторяют фразы сказанные больным

Зрительные галлюцинации также достаточно часто встречаются. Среди них стоит выделить:

- зоопсии - больной видит животных, птиц, насекомых;
- аутоскопические - больной видит себя, свой внутренний образ изнутри;
- экстаркампинные - с локализацией вне полей зрения (например: больной видит, что на его спине кто-то сидит);
- зрительные вербальные галлюцинации Сегла - видение букв, слов, текстов;
- отрицательные зрительные галлюцинации - кратковременная блокада способности видеть отдельные реальные предметы;
- панорамические - статичные видения красочных ландшафтов, пейзажей, космических сюжетов;
- сценоподобные - видение галлюцинаторных сцен, сюжетно связанных и последовательно вытекающих одна из другой.

Обонятельные галлюцинации - мнимые восприятия различных запахов. Это могут быть знакомые, неприятные запахи, вызывающие отвращение, неопределенные или незнакомые запахи, приятные ароматы.

Вкусовые галлюцинации - ложные вкусовые ощущения, возникающие вне связи с приемом пищи.

Тактильные галлюцинации - мнимые ощущения прикосновения, дотрагивания, ползания, давления, локализуемые на поверхности тела, внутри кожи, под нею. Обманы восприятия носят предметный характер. Больные утверждают, что чувствуют прикосновения, ощущают, как их обсыпают песком, обнимают, царапают, что на коже или внутри нее находятся живые существа.

- гаптические - мнимые ощущения резкого схватывания, ударов, толчков исходящих извне;
- эротические - мнимые ощущения манипуляций, производимых кем-то извне, на половых органах больного;
- стереогностические - мнимые ощущения присутствия в руке или ноге какого-либо предмета (стакан, монета, коробок);
- гигрические - мнимые ощущения присутствия на поверхности тела или под кожей капель жидкости, подтеков.

Висцеральные галлюцинации - ощущение присутствия в собственном теле каких-то предметов, существ (животных, лилипутов). Висцеральные галлюцинации, в отличие от сенестопатий, всегда предметны.

Кинестетические - мнимые ощущения простых или сложных движений.

3.Функциональные галлюцинации появляются только при наличии реального раздражителя и, не сливаясь с ним, сосуществуют до его прекращения (больной во время открытия крана с водой слышит шум воды и угрозы в свой адрес, после того, как больной закрывает кран, «голоса прекращаются»). Следует отграничивать галлюцинации такого рода от иллюзий. В отличие от иллюзий мнимые образы при функциональных галлюцинациях сосуществуют с адекватным восприятием реальных объектов.

4.Рефлекторные галлюцинации – возникают в том или ином органе чувств, при раздражении другого (так при повороте ключа в замке, возникает ощущение проворачивания в сердце).

5.Гипногигические видения - непроизвольно возникающие при засыпании или при закрытых глазах. Это могут быть образы существ, узоры, люди, способные проецироваться во вне, но они не отождествляются с реальными объектами. Гипнопомпические имеют такой же характер, но возникают при пробуждении. Эти нарушения достаточно неспецифичны и могут свидетельствовать о готовности больного к началу развития психотического расстройства. С этой же целью, можно применять следующие пробы на выявление «готовности» к галлюцинациям:

- Симптом Липмана - легкое надавливание на глазные яблоки больного, при закрытых глазах, может вызвать галлюцинаторные образы;
- Симптом Рейхардта - просят больного «прочитать», что «написано» на чистом листке бумаги.
- Симптом Ашаффенбурга - предлагается пациенту поговорить по телефону, отключенному от сети.

Важное значение в классификации галлюцинаций имеет их деление на **истинные и ложные (псевдогаллюцинации)**.

Признак	Истинные галлюцинации	Ложные галлюцинации
Осознание галлюцинаторного образа	Имеет характер объективности и действительности, в сознании больного неотличим от образа реального восприятия	Осознается как нечто субъективное и вместе с тем аномальное, весьма отличное от реальных образов, представлений, фантазий и истинных галлюцинаций
Суждение о способе запечатления галлюцинаторного образа	Убежденность в обычном способе «восприятия» одним из реальных анализаторов	Уверенность в необычном восприятии несуществующим анализатором («внутренним Я», «внутренним оком», «внутренним ухом» и т. п.)
Идентификация галлюцинаторного образа с реальным	Полная, с отчуждением галлюцинаторного образа от субъекта	Отсутствует, галлюцинаторный образ несет в себе особые качества, позволяющие субъекту отличить его от реального
Проекция галлюцинаторного образа	Как правило, в физический материальный мир, в реальное пространство в пределах досягаемости анализатора	Как правило, в субъективное пространство, нередко вне поля досягаемости анализатора
Чувство «сделанности»	Всегда отсутствует	Почти всегда имеет место
Актуальное поведение (соответствие поведения содержанию галлюцинаторных переживаний)	Почти всегда наблюдается	Поведение почти всегда диссоциировано с содержанием галлюцинаций
Социальная уверенность (убежденность галлюцинанта в том, что окружающие видят те же самые образы)	Отмечается почти во всех случаях	Почти всегда отсутствует
Галлюцинаторный образ несет угрозу	Чаще жизни, здоровью и благополучию больного и его близких	Чаще психической сфере пациента
Суточные колебания выраженности симптома	Как правило, в виде усиления галлюцинаторных переживаний, вплоть до галлюцинаторной загруженности в вечерне-ночное время	Как правило, отсутствуют
Течение	Чаще острое, относительно непродолжительное	Чаще хроническое, подострое, затяжное

Особую группу расстройств составляют так называемые **психосенсорные расстройства**, при которых нарушается не ощущение, непосредственно исходящее из органов чувств, а их синтез, т.е. при них не нарушено узнавание предметов, однако болезненным образом преобразуются их качества (цвет, форма, размер и т.д.).

Психосенсорные расстройства проявляются:

- Изменением цвета окружающих предметов (красное окрашивание – эритропсия, желтое - ксантопсия).
- Метаморфопсии - искажение формы и поверхности предметов их размеров (увеличение - макропсия, уменьшение - микропсия, искривление - дисмегалопсии).
- Гиперметаморфоз - отсутствие иерархической концентрации внимания. Все окружающее одинаково важно, находится в центре внимания.
- Удвоение объектов.
- Ощущение неустойчивости объектов, их падения.
- Поворот окружающего на 90 или на 180 градусов
- Нарушение восприятия времени – ускорение, замедление, остановка времени («время тянется бесконечно», «время совсем остановилось»)
- Аутометаморфопсия (расстройство схемы тела) - изменение размеров, форм и числа отдельных частей тела («руки набухли и не умещаются под подушкой», «руки удлинлись и свисают до пола», «голова не помещается в комнате»).

К психосенсорным расстройствам относят также такие нарушения самосознания, как явления деперсонализации и дереализации.

Деперсонализация - болезненное переживание пациентом собственной измененности, утраты самоидентичности, потери собственного «я».

Дереализация - ощущение, что окружающий мир непонятным образом изменился, стал «нереальным», «чуждым», «искусственным», «специально подстроенным» (все вокруг серое, однообразное, как сквозь вуаль).

В отличие от психосенсорных расстройств нарушения восприятия в данном случае не затрагивает физических свойств окружающих предметов, а касается их внутренней сути.

Родственными дереализации считаются такие симптомы, как уже виденного (déjà vu) и никогда не виденного (jamais vu) - незнакомая обстановка кажется знакомой или знакомая кажется незнакомой, соответственно.

Мышление

Мышление - это процесс психической деятельности, который является основным способом упорядочивания, структурирования картины мира, установления причинно-следственных связей между предметами и явлениями в человеческой жизни, познание их сущности. Опираясь на чувственное познание, мышление преобразует его, позволяя получить знания о таких свойствах и отношениях объектов, которые недостаточны ощущению и восприятию.

Процесс мышления осуществляется в виде определенных интеллектуальных операций: анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстрагирование и конкретизация.

Анализ - мысленное расчленение предмета, явления, ситуации на отдельные составляющие его элементы, части, стороны.

Сравнение – сопоставление объектов по выявленным в ходе анализа признакам и свойствам. Устанавливается тождество или различие.

Абстрагирование - выделение одной или нескольких сторон явления, существенных в каком-нибудь отношении и отвлечение от всех остальных.

Обобщение - операция, выявляющая признаки, общие для множества объектов или явлений, на основе которых возможно их группирование.

Синтез - операция, результатом которой является полное и целостное знание предмета или явления.

Конкретизация - рассмотрение данного конкретного явления в контексте общих закономерностей, выявление наиболее существенных свойств и связей с другими объектами и явлениями.

Количественные расстройства мышления:

Замедление мышления (брадифрения) - уменьшение количества ассоциаций в единицу времени.

Шперунг - обрыв мышления, связанный с остановкой ассоциативного процесса.

Ускорение мышления (тахифрения) - характеризуется легкостью возникновения ассоциаций, их поверхностностью, стремительным переходом от одной мысли к другой.

Качественные расстройства мышления:

С нарушением целенаправленности мыслительного процесса:

Обстоятельное мышление - излишнее застревание на несущественных деталях;

Конкретизация - затруднение отделения главного и второстепенного;

Резонерство - пустое, нецеленаправленное рассуждательство, бесплодное мудрствование;

Персиверации - застревание на одной ассоциации;

Символизм - проявляется в том, что в словах и действиях окружающих больной видит особый смысл, «знак».

С нарушением логических законов:

- **Паралогичность мышления** - из правильных логических посылок больной выводит логически некорректные умозаклучения;
- **Разорванность** - грамматическая структура речи не нарушена, но логической связи, смысла в содержании высказываний больного нет;
- **Бессвязанность (инкогерентность)** - полный распад речи, когда исчезает не только смысл, но и грамматическая конструкция фраз;
- **Соскальзывание** - переход от одной мысли к другой;
- **Вербигерации** - стереотипное повторение одних и тех же слов или словосочетаний с элементом вынужденности.

Связанные с содержанием суждений:

- **Неологизмы** - выдуманные слова, смысл которых понятен только больному;
- **Сверхценные идеи** - доминирующие в сознании, возникающие на базе реальных фактов, значение которых резко преувеличено вследствие чрезмерного эмоционального реагирования на них. Благодаря эмоциональной насыщенности, они искажают реальность, хотя внешне правдоподобны;
- **Навязчивые идеи (обсессии)** - настойчиво возникающие в сознании больного мысли, появление которых он эмоционально переживает, т.к. считает их лишними и тягостными, пытается избавиться от них, однако не может сделать это самостоятельно. При обсессиях имеется критика к переживаниям. Навязчивые идеи редко возникают как самостоятельный симптом — они, как правило, сопровождаются другими навязчивыми явлениями: навязчивыми страхами (фобиями), навязчивыми влечениями (компульсиями) и действиями (ритуалами);
- **Бредовые идеи** - ошибочные умозаклучения, не поддающиеся коррекции, возникающие на болезненной основе, полностью овладевающее сознанием больного, определяющие его поведение и склонные к дальнейшему прогрессированию.

По степени завершенности системы бредовых умозаключений бред принято разделять на **систематизированный и несистематизированный**.

Для **систематизированного** бреда характерна обширная система доказательств, «подтверждающих» лежащую в основе патологических идей фабулу.

Для острых состояний чаще характерен **несистематизированный** бред. Этот же бред может отмечаться и при быстро прогрессирующих органических поражениях головного мозга, когда вместе с распадом психики (формированием слабоумия) распадается и ранее стройная система бредовых построений.

Бред принято также разделять на так называемый **первичный и вторичный**.

При **первичном бреде** бредовые построения больного в первую очередь определяются расстройством сферы мышления, приводящим к неадекватной интерпретации реально существующих явлений (отсюда другое название этого бреда - **интерпретативный**).

Вторичный бред возникает на основе имеющихся нарушений других сфер психической деятельности, при наличии других психопатологических феноменов (галлюцинаций, аффективных нарушений, расстройств памяти и др.).

Индукцированный бред - своеобразное «заражение», передача имеющегося у первично заболевшего лица (индуктора) бредовых переживаний другому лицу, для которого индуктор является авторитетом (соседи по палате, родственники, друзья). При этом если индуцированный человек психически здоров, то он выполняет роль только «ретранслятора», и при прекращении общения с индуктором, эти идеи довольно быстро подвергаются разрушению.

Резидуальный бред возникает после перенесенного состояния нарушенного сознания и строится на основе связанных с этим расстройств памяти (типа «островковых воспоминаний») т.е. к больному возвращается критика к перенесенному состоянию, но остаются «островки» не критичности. Например: больной после перенесенного делирия, во время которого он считал, что находится в секретной лаборатории, где проводят эксперименты по ампутации нижних конечностей, и вживлению металлических аналогов, через несколько дней, в беседе с врачом о своем состоянии, говорил: «доктор, я понимаю, что это было психическое расстройство, что все привиделось, что, на самом деле, я находился в психиатрической больнице. Все понятно. Только скажите, а куда отрезанные ноги относились?»

Основные фабулы бреда и их клинические варианты.

<i>Персекуторный бред</i>	<i>Депрессивный бред</i>	<i>Бред величия</i>
Бред преследования Воздействия Отравления Материального ущерба Ревности Инсценировки Отношения Сутяжный	Самоуничижения Самообвинения Греховности Ипохондрический Дисморфоманический Бред Котара	Богатства Изобретательства Реформаторства Высокого происхождения Любовный

1. Бред персекуторный: преследования, отравления, материального ущерба, ревности, воздействия, отношения, колдовства (порчи), овладения. Последние три понятия составляют архаические формы бреда, содержание которых непосредственно вытекает из бытующих в обществе представлений.

Бредовые идеи преследования, особенно на стадии их возникновения, часто сопровождаются тревогой, страхом, нередко выступают, как определяющий фактор поведения больного, что может обуславливать его опасность для окружающих и могут требовать неотложную госпитализацию в недобровольном порядке. Опасность усиливается, когда причиняемое, по мнению больного, «зло» находит конкретного носителя из ближайшего окружения.

2. Депрессивный бред может встречаться в следующих клинических вариантах: самообвинения, самоуничужения, греховности, злого могущества, ипохондрический, дисморфоманический, нигилистический. Каждый из этих вариантов может иметь свои особенности и фабулу. Однако все они существуют на фоне сниженного настроения. Диагностическую значимость имеет установление последовательности появления психопатологических феноменов: что является первичным – бредовые идеи соответствующего содержания или депрессивное настроение.

Депрессивные идеи могут определять поведение больных и, соответственно, приводить к общественной опасности больного (в первую очередь для самого себя, т.к. возможны покушения на самоубийство).

Наиболее интенсивный и сложный по содержанию депрессивный бред возникает при затяжных тревожных депрессиях. В этих случаях часто развивается бред Котара.

Бред Котара характеризуется фантастическими идеями отрицания или громадности. При наличии идей отрицания больной сообщает об отсутствии у него моральных, интеллектуальных, физических качеств (нет чувств, совести, сострадания, знаний, способности чувствовать). При наличии соматопсихической деперсонализации, часто больные жалуются на отсутствие желудка, кишечника, легких, сердца и. т. д. Могут говорить не об отсутствии, а о деструкции внутренних органов (высох мозг, атрофировался кишечник). Идеи отрицания физического «Я» называют нигилистическим бредом. Отрицание может распространяться на различные понятия внешнего мира (мир мертв, планета остыла, нет звезд, веков).

Часто при бреде Котара больные обвиняют себя во всевозможных свершившихся или грядущих мировых катаклизмах (бред отрицательного могущества) или высказывают идеи о вечных мучениях и невозможности умереть (бред мучительного бессмертия).

3. Бредовые идеи величия всегда отмечаются на фоне повышенной самооценки больного. Высказывания больного о своих необыкновенных способностях, положении или деятельности приобретают грандиозный размах, а их неадекватность бросается в глаза любому человеку («я управляю земным шаром»). Идеи величия чаще всего характерны для более поздних стадий психического заболевания или для тяжелых, быстро прогрессирующих и приводящих к слабоумию органических поражений головного мозга.

Основные бредовые синдромы

ПАРАНОЙЯЛЬНЫЙ СИНДРОМ проявляется систематизированным монотематическим бредом, не сопровождающимся галлюцинаторными расстройствами.

Это могут быть бредовые идеи изобретательства, реформаторства, преследования, ревности. Бред развивается постепенно, на основе одностороннего истолкования реальных жизненных событий, которые связываются и приводятся в упорядоченную систему взглядов, приобретающую в сознании больного значение доминанты. Все происходящее преломляется через призму этих взглядов, соответственно оценивается, принимается или отвергается. Больные с паранойяльным синдромом отличаются стеничной аффективностью и большой активностью в плане реализации своих "изобретений", разоблачения неверности супруги, борьбы со своими «преследователями» и т. д.

Развернутый паранойяльный синдром постоянно сочетается с повышенной активностью. У больных с экспансивным бредом обычно наблюдается открытая борьба за свои мнимые права и достижения. В такой борьбе больные способны индуцировать других людей, в первую очередь из числа лиц ближайшего окружения. У больных с паранойяльным бредом такая борьба нередко носит скрытый характер и способна завершиться внезапным нападением на мнимых противников. Бредовое поведение при паранойяльном синдроме обычно свидетельствует о достаточно систематизированном бреде.

Больным с паранойяльным синдромом свойственна обстоятельность мышления — так называемая бредовая обстоятельность, наиболее отчетливо проявляющаяся при изложении содержания бредовых идей.

Паранойяльный бред, как правило, плохо поддается лечению.

ПАРАНОИДНЫЙ СИНДРОМ встречается наиболее часто и характеризуется:

Несистематизированным политематическим бредом.

Обманами восприятия (чаще всего в виде вербальных, реже - обонятельных или тактильных галлюцинаций).

Явлениями психического автоматизма.

Наиболее часто встречается бред преследования, так же в содержании бреда представлены идеи отношения, отравления, ущерба, внешнего воздействия, иногда идеи колдовства, порчи, в некоторых случаях ипохондрические. Тематика бреда, содержание галлюцинаций и характер психических автоматизмов тесно связаны между собой. Этот синдром наблюдается как в рамках острых психотических приступов (острый параноид), так и при хронических психических заболеваниях. Параноидный синдром может протекать на фоне измененного депрессивного настроения или тревоги и сопровождаться бредовыми идеями соответствующего содержания. В таких случаях говорят о депрессивно-параноидном или тревожно-параноидном синдромах

Параноидный синдром лечится успешнее, чем паранойяльный.

СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОГО АВТОМАТИЗМА или КАНДИНСКОГО - КЛЕРАМБО.

Ядром психической картины служат: бред физического воздействия, психические автоматизмы, псевдогаллюцинации.

Выделяют три вида психических автоматизмов:

- 1) **ассоциативный** (идеаторный, идеовербальный,);
- 2) **сенсорный** (сенестопатический, чувственный);
- 3) **двигательный** (моторный, кинестетический);

Идеаторные психические автоматизмы проявляются в наплывах мыслей (**ментизм**), "разматывание" воспоминаний, "похищение" мыслей больного или их "озвучивание", "вкладывание" ему чужих "сделанных" мыслей, чувство открытости мыслей больного для окружающих и "чтения" его мыслей другими, "эхо-мысли".

К указанным симптомам примыкают явления **сенсорного автоматизма** (чувство сделанности, навязанности извне биологических процессов) Может проявляться насильственными изменениями в аффективной сфере - "делают настроение", "вызывают радость, злобу, печаль, страх, восторг" и т.д. Сенсорный автоматизм проявляется возникновением, чаще во внутренних органах, неприятных, тягостных или болевых ощущений, сопровождаемых убежденностью в том, что они вызываются со специальной целью воздействием извне - бред физического воздействия. Больные сообщают об ощущениях сдавления, стягивания, перекручивания, натяжения, боли, холода, жжения и т.д. К сенсорному автоматизму относится также и воздействие на физиологические отправления организма больного: вызывают половое возбуждение, извращают аппетит, обоняние, вкус, задерживают или, напротив, вызывают дефекацию и мочеиспускание.

Двигательный (моторный) автоматизм - убежденность больных в том, что совершаемые ими движения и поступки происходят под воздействием внешней силы. Вначале появляются отдельные ненужные, непроизвольные жесты или мимические движения, возникают мгновенно проходящие состояния обездвиженности. Их сопровождает ощущение непроизвольности и чуждости субъекту. Развернутый двигательный автоматизм сопровождается бредовой убежденностью в том, что поступки обусловлены воздействием извне. Больные говорят о действии гипноза, специальных аппаратов, лучей, атомной энергии и т.п. Иногда наблюдается убежденность больных в том, что их настроение меняется под воздействием внешней силы.

Псевдогаллюцинации - "ядерное" расстройство синдрома Кандинского-Клерамбо. Псевдогаллюцинации сопровождаются бредовой убежденностью в том, что их возникновение обусловлено вмешательством внешней, посторонней силы - бред воздействия. Воздействие на психические процессы называют бредом психического воздействия. Источником воздействия являются различные приспособления, названия которых отражают существующий уровень технического развития: электричество, радио, лучи рентгена, атомная энергия и др. Воздействие производится с целью нанести больному вред, значительно реже с благожелательной целью — перевоспитать, укрепить волю, подготовить к будущему и т.п. Последующее усложнение идеаторных автоматизмов связано с появлением "мысленных, внутренних диалогов", "мысленных, беззвучных разговоров умом", "телепатического мысленного общения", "передачи мыслей", затрагивающих самые различные, в том числе и интимные, стороны жизни больных. Чаще такие "разговоры" неприятны, временами мучительны и сопровождаются депрессивным аффектом. (Так пациент 28 лет слышит голоса, считает, что спец. службы с помощью специального прибора воздействуют на него на расстоянии с целью его вербовки. «Они передают мне в голову, с помощью магнитных волн, послания в которых угрожают убить меня, если я не соглашусь работать на них. А сейчас до того дошли, что управлять мной начинают, всякие знаки через меня передают, шифровки. Особенно утром начинаю ощущать, как в мысли мои залезают и воруют их, а то и свои идеи вкладывают. Очень мучительное ощущение»).

ПАРАФРЕННЫЙ СИНДРОМ - представляет собой сочетание фантастического бреда величия с более или менее систематизированным бредом преследования или воздействия. Бредовые идеи сопровождаются слуховыми галлюцинациями или псевдогаллюцинациями, а также психическими автоматизмами.

Нередко наблюдаются и обманы памяти в форме фантастических конфабуляций. Больные считают себя повелителями мира, приписывают себе бессмертие, божественное происхождение, утверждают, что написали под псевдонимами книги всех великих писателей и т.д. С этими грандиозными идеями величия связано и содержание конфабуляций - воспоминания о космических полетах, жизни в античном мире.

При парафреническом синдроме наряду с бредом величия могут возникать идеи богатства, реформаторства, мессианства, высокого происхождения, эротического содержания. Больные внешне становятся высокомерны, многозначительны, загадочны, эйфоричны.

Развитие парафренического синдрома — свидетельство хронизации и прогрессирования заболевания. Чаще всего парафренический синдром встречается при шизофрении. Изредка, хроническая конфабуляторная парафрения возникает при психозах травматического, интоксикационного (чаще алкогольного) и сифилитического генеза, а также при старческих психозах, чаще при старческом слабоумии. (Пациент 48 лет утверждает, что он сын Господа, новый мессия. «Я есть сын Божий и в моей власти судьба человечества. Только я смогу определить судьбу Земли... Мне с неба приходит высшая сила, энергия. Она спускается от солнца и входит в меня через левую руку. Кстати именно с помощью этой энергии я спас мир в 19 веке, когда был послан с небес в лице Папы Римского, чтобы победить чуму»).

ГАЛЛЮЦИНОЗ - состояние обусловленное наплывом галлюцинаций, как правило, одного вида, не сопровождающееся помрачением сознания.

К галлюцинозам относят психопатологические состояния, при которых у больных имеет место полная или частичная критика к обманам восприятия.

В зависимости от вида галлюцинаций или псевдогаллюцинаций выделяют слуховые (вербальные) и значительно более редкие - зрительные, тактильные галлюцинозы; по особенностям развития - острые и хронические. Острые развиваются внезапно и сопровождаются выраженным аффектом; хронические характеризуются однообразием галлюцинаций, их малой актуальностью для больного, монотонностью аффекта.

Зрительные галлюцинозы в практике общей психиатрии встречаются редко и могут свидетельствовать о локальном неврологическом поражении головного мозга.

Вербальный галлюциноз. Это состояние близкое к параноидному синдрому. Однако, если в структуре параноида, ведущее значение имеют процессы бредообразования, т.е. расстройства на уровне мышления, то при галлюцинозе главная роль принадлежит расстройствам восприятия в виде постоянных или периодически возникающих, чувственно ярких и обычно множественных вербальных галлюцинаций. Их содержание определяет настроение и поведение больного и может служить отправным пунктом для формирования бреда, который в таком случае будет иметь вторичный характер. Содержание словесных галлюцинаций может быть моно- и политематичным, например, только угрозы или же угрозы, брань, насмешки, увещевание и т.д. В тех случаях, когда существуют истинные словесные галлюцинации, - "голоса" локализуются обычно в пределах "слуховой досягаемости" - на улице, на чердаке, на лестнице, за дверью и т.п. При слуховом псевдогаллюцинозе "голоса", "умственные, мысленные разговоры", локализуются или в голове, или в неопределенном по отношению к больному пространстве.

Реже встречаются галлюцинозы, связанные с другими анализаторами. Например **тактильный галлюциноз**, который выражается в появлении постоянных мучительных парестезий или зуда в коже в различных частях тела. Эти патологические ощущения больные приписывают мельчайшим живым существам (насекомым, «червякам», иногда - каким-то еще неизвестным науке кожным паразитам), находящимся под кожей, размножающихся там и передвигающихся по организму. Для уничтожения паразитов больные часто прибегают к различным способам "самолечения" порой нелепым и небезопасным. Поскольку тактильные галлюцинации могут дать основу для формирования бредовых идей, о каком-либо кожном заболевании, синдром нередко называют «дерматозойным бредом».

Галлюцинозы встречаются при самых различных психических болезнях, как соматически обусловленных, так и эндогенных (шизофрения), особенно часто данный синдром рассматривается в рамках алкоголизма (алкогольный вербальный галлюциноз). Больной 53 лет, злоупотребляет алкоголем в течение 20 лет, установлен диагноз: Синдром зависимости от алкоголя. 3 стадия. Постоянная форма употребления. Два месяца назад появились «голоса», которые оскорбляют его, обвиняют в пьянстве, «говорят, что он человек без воли», обсуждают его действия и поступки: «Опять вчера напился пьянь. Все пьешь и пьешь, а если не прекратишь, то умрешь». Долгое время искал, откуда исходят эти голоса, потом смирился с ними, пытается не обращать на них внимания.

Слуховой псевдогаллюциноз свойственен, почти исключительно, шизофрении.

Особенности расстройств памяти в детском возрасте

Гипермнезия:

У детей младшего возраста, довольно часто отмечается явление эйдетизма, которое можно назвать физиологической гипермнезией.

Среди олигофренов иногда встречаются дети с компенсаторной гипермнезией. Они способны механически запоминать большое количество информации, позволяющей им в некоторой степени решать проблемы, возникающие в связи с интеллектуальной недостаточностью. Такие дети могут за счет гипермнезии удовлетворительно успевать в младших классах общеобразовательной школы. Следует сказать, что большинство олигофренов все же имеют сниженную память.

- **Гипомнезия**

- - часто возникает, как последствие перенесенных нейроинфекций, травм головного мозга в структуре церебрастенического синдрома, но не только. В качестве примера можно привести следующее наблюдение.
- Пример. Антон С, 8,5 лет. Закончил успешно первый класс. Учился без троек. В конце мая заболел серозным менингитом, тяжесть течения заболевания оценивалась как легкая. В июне был выписан из больницы, «практически здоровым», жалоб не предъявлял. Лето провел на даче. В сентябре, начав учиться, плохо справлялся с заданиями. Пройденный материал прошлого года вспоминал отрывочно, новый усваивал с большим трудом. Мог с трудом выучить стихотворение вечером и не вспомнить утром ни строчки. Переживал свои неудачи, настроение было постоянно сниженным, часто плакал. После проведенного курса лечения память улучшилась. Снова стал учиться без троек.
- Нужно подчеркнуть, что у данного больного не было жалоб на повышенную утомляемость, головные боли, головокружения, психосенсорные расстройства, диссомнии, характерные для церебрастенического синдрома. Сочетание затрудненного запоминания с нарушением воспроизведения, с эмоциональными переживаниями по поводу этих расстройств, а также восстановление функции в результате лечения - укладывается в описанный Р. Я. Голант и С. С. Мнухиным (1948) синдром инфантильно-астенических расстройств памяти.

Амнезия

- Отсутствие воспоминаний у человека примерно до 3-4 лет жизни, то есть до того момента, пока не появляется самосознание, является нормальным явлением и получило в психоанализе название инфантильной амнезии.

Особенности расстройств внимания в детском возрасте

- Нарушения внимания можно выявить при очень многих психопатологических синдромах. Для лучшего понимания их диагностического значения необходимо иметь в виду, что истощаемость внимания и его повышенная отвлекаемость чаще свидетельствуют о непсихотическом уровне расстройства, а рассеянность и инертность - о дефицитарном, связанном со снижением интеллекта.

Особенности нарушений интеллекта в детском возрасте.

№	Виды психического дизонтогенеза(по Лебединскому В. В, 1985)	Нарушения интеллектуального развития
1	Недоразвитие	Интеллектуальное недоразвитие (олигофрения)
2	Задержанное развитие	Задержки интеллектуального развития
3	Поврежденное развитие	Неравномерное интеллектуальное развитие Утрата интеллектуальных функций (деменция)
4	Дефицитарное развитие	Задержка интеллектуального развития Неравномерное интеллектуальное развитие
5	Искаженное развитие	Неравномерное интеллектуальное развитие Специфическая деменция
6	Дисгармоническое развитие	Неравномерное интеллектуальное развитие

Количественные расстройства интеллекта

Л. С. Выготский выделял симптомы нарушенного развития, связанные с «первичным дефектом», являющиеся следствием биологических особенностей заболевания (например, локальных поражений коры головного мозга), и с «вторичным дефектом», возникающие опосредованно, в процессе дальнейшего развития и социализации больного ребенка. Он выделял два основных фактора, определяющих тяжесть нарушения психического развития, включая интеллектуальное:

1. Время возникновения первичного дефекта. Чем раньше возникает дефект, тем больше вторичных отклонений в психическом развитии ребенка (например, отсутствие речи у глухих), тем тяжелее нарушения развития.
2. Степень выраженности первичного дефекта. Чем тяжелее первичный дефект, тем грубее нарушения психического развития. Именно особенности сочетания этих факторов определяют характер нарушений интеллектуального развития ребенка: от легкой, обратимой темповой задержки, до средней и тяжелой степеней олигофрении. Степень тяжести деменции зависит, разумеется, преимущественно от особенностей второго фактора.

Задержка интеллектуального развития

Задержки психического развития, возникающие в результате временно и нерезко действующих вредностей (психической депривации в раннем детстве, нарушений питания, ухода и т. п.) могут иметь временный обратимый характер и полностью ликвидироваться либо путем ускорения некоторых фаз созревания, либо путем запоздалого окончания развития. В связи с этим диагноз задержки психического развития следует ставить лишь до выравнивания или компенсации функции. Если этого не произошло, то диагноз **Задержка психического развития** должен быть заменен на диагноз **Психическое недоразвитие**.

К. С. Лебединская (1982) различает четыре основных варианта задержки психического развития:

- 1. Конституционального происхождения.
- 2. Соматогенного происхождения.
- 3. Психогенного происхождения.
- 4. Церебрально-органического генеза.