

**ГОУ ВПО «Челябинская государственная
медицинская академия Росздрава»
Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и
медицинской психологии**

Шадрина И.В.

**Сборник ситуационных задач
по психиатрии
(учебное пособие для студентов
лечебного, педиатрического,
стоматологического факультетов)**

**Челябинск
2006**

УДК 616.89(076)
ББК56.14 я 73
Ш16

Шадрина И.В. Сборник ситуационных задач по психиатрии (учебное пособие для студентов лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов). – Челябинск: Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия». - 2006. - 72 с.

Рецензенты:

Буторина Н.Е., д.м.н., профессор, зав. кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии с курсом наркологии ГОУ ДПО «УГМАДО Росздрава».

Старицын А.С., д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрава»

Учебное пособие содержит сведения относительно каждого психопатологического синдрома: теоретическую часть, формулировка ситуационной задачи и образец правильного ответа.

Изложение практических задач и ответов следом за теоретическим материалом будет способствовать оптимальному усвоению темы практического занятия по разделу психиатрии «Общая психопатология».

Учебное пособие рекомендовано для студентов лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов медицинских ВУЗов.

Учебно-методическое пособие утверждено и рекомендовано к изданию на заседании ученого совета ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрава» от «___» _____ 2006 г.

© Шадрина И.В., 2006

© Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия»

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	4
1. Аментивный синдром	5
2. Апатический синдром	8
3. Астенический синдром	10
4. Паранойяльный синдром	12
5. Параноидный синдром	14
6. Парафренный синдром	16
7. Вербальный галлюциноз	18
8. Гебефренический синдром	20
9. Делириозный синдром	21
10. Деменция	24
11. Дистормофобический синдром	26
12. Депрессивный синдром	28
13. Ипохондрический синдром	32
14. Кататонический ступор	34
15. Кататоническое возбуждение	38
16. Синдром Корсакова	40
17. Синдром Котара	43
18. Маниакальный синдром	44
19. Истерический синдром	47
20. Синдром навязчивостей	49
21. Помрачение сознания (оглушение)	53
22. Онейроидный синдром	55
23. Синдром психического автоматизма (Кандинского- Клерамбо)	58
24. Психоорганический синдром	61
25. Сумеречное состояние сознания	64
26. Амбулаторный автоматизм	67
Заключение	69
Список литературы	70

ПРЕДИСЛОВИЕ

Практические занятия по общей психопатологии на лечебном, педиатрическом и стоматологическом факультете предусмотрены учебным планом и включают в себя практические задания и самостоятельную работу студентов. Освоение общей психопатологии предусматривает изучение студентами основной симптоматики психических заболеваний. В основе практических занятий по психиатрии находится самостоятельная работа студентов с больными с написанием психического синдрома и последующим клиническим разбором выявленной симптоматики у этого больного на занятиях.

Впервые подготовлено учебное пособие посвященное в большей степени практической стороне изучения вопросов раздела «Общая психопатология».

Настоящее учебное пособие представляет собой информацию относительно каждого психопатологического синдрома состоящую из трех разделов: теоретическая часть, формулировка задачи и образец правильного ответа.

Изложение практических задач и ответов следом за теоретическим материалом будет способствовать оптимальному усвоению темы практического занятия, а также развитию клинического мышления у студентов.

1. АМЕНТИВНЫЙ СИНДРОМ

Аменция. Этому состоянию свойственны растерянность, бессвязность (инкогерентность) мышления, невозможность осмысления окружающего в обобщенном, целостном виде и полный распад самосознания. Речь больных непоследовательна, бессвязна. Бесмысленный набор слов произносится без изменения интонации, без остановки: то шепотом, то громко, то нараспев; нередко отмечается персеверация. Произносимые больным слова имеют преимущественно конкретный, обыденный смысл. Речь прерывается невеселым смехом или всхлипыванием, то и другое быстро истощается. Употребляемые слова и интонации соответствуют преобладающему в данный момент аффекту. Стремительная бессвязная говорливость наблюдается и вне двигательного возбуждения.

Возбуждение при аменции довольно однообразное, обычно ограничивается пределами небольшой площади (например, постели). Для него характерны беспорядочное метание (яктация), топтание на одном месте, непрерывные подергивания, вздрагивания, содрогания, искривление и выворачивание всего тела и широкое раскидывание рук. Иногда эти движения напоминают хорею. Временами могут возникать отдельные кататонические расстройства вплоть до ступора.

Галлюцинации при аменции немногочисленны, отрывочны; образный бред бессвязен.

При временном ослаблении аментивного помрачения сознания наступает успокоение, уменьшается говорливость, становятся явными истощение и подавленность. Полной ясности сознания при аменции не наступает. Вечером и ночью аменция может переходить в делирий. Воспоминаний о периоде аменции не сохраняется.

Ряд современных исследователей отрицают самостоятельное существование аменции, считая ее разновидностью делирия.

Бывают также своеобразные состояния помрачения сознания с сочетанием отдельных элементов различных синдромов (делирия, аменции) и значительным удельным весом остро возникающих мнестических расстройств. Такие состояния чаще наблюдаются в позднем возрасте (иногда их называют состояниями спутанности сознания).

Аментивный синдром в структуре симптоматических психозов возникает обычно тогда, когда острое соматическое заболевание или интоксикация развиваются на фоне предварительного ослабления организма (голодание, крайнее физическое и психическое истощение, предшествующее хроническое заболевание). В связи с этим некоторые авторы рассматривают аменцию как вариант делирия (делирий на «измененной почве»). В последние два десятилетия синдром аменции в его классическом виде практически не встречается [Личко А. Е., 1979]. Чаще наблюдаются *аментивноподобные состояния*. Наиболее удачным представляется обозначение таких состояний как *астенической спутанности* [Мнухин С. С., 1963; Исаев Д. Н., 1964]. Их определяет сочетание растерянности с выраженной истощаемостью и непоследовательностью мышления. Глубина помрачения сознания постоянно и быстро изменяется, становясь то большей, то меньшей под влиянием утомления или отдыха соответственно, а иногда и спонтанно. Во время беседы обычно удается получить правильные ответы только на первые вопросы, затем ответы становятся сбивчивыми и путаными; после отдыха способность отвечать собеседнику на короткое время восстанавливается. При аментивноподобных состояниях ориентировка в окружающем неполная. Отмечаются отрывочные идеи отношения, преследования, ипохондрические высказывания, отдельные эпизодические галлюцинации. Эмоции отличаются крайней лабильностью: аффект страха, тревоги, тоскливость, растерянность быстро сменяют друг друга. Для этих состояний наиболее характерны выраженная астения и истощаемость психических процессов при малейшем напряжении. Астеническая спутанность отличается от аменции не только меньшей глубиной помрачения сознания, но и крайней изменчивостью состояния - быстрыми колебаниями от глубокого помрачения сознания до почти полного его прояснения.

Многие зарубежные авторы [Conrad K., 1960; Scheid W., 1960] отмечают, что синдромы экзогенного типа реакций, описанные К. Vonhoefffer, сейчас в чистом виде почти не встречаются, а преобладают своеобразные «сплавы» (Scheid W.), переходы от одного синдрома к другому. Довольно часто, особенно у больных пожилого возраста, бывают состояния спутанности с элементами различных синдромов экзогенного типа. Такие со-

стояния английские психиатры обозначают как «состояния спутанности» (confusional states), американские - как «острый мозговой синдром» (acute brain syndrom), немецкие - как «острые состояния спутанности» (acute verwirrtheis-zustande).

Аменция наблюдается при тяжело протекающих соматических заболеваниях инфекционного и неинфекционного генеза, при присоединении к хроническим соматическим заболеваниям интеркуррентной инфекционной патологии, в остром периоде энцефалитов, при злокачественном нейрорептическом синдроме, реже при интоксикациях.

ЗАДАЧА.

Больная С., 30 лет. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксируется на случайных предметах. Речь бессвязна: «Вы отняли у меня крошку.. Стыдно... Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом.... Я черт, а не бог... Вы все с ума сойдете... У меня торможение... Аминазин, а потом в магазин...» и т. д. Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей.. Настроение меняется: от глубоко угнетенного до восторженно-эйфорического. Вместе с тем, легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения неожиданно сменяется глубокой протрацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с ней в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущую дату, месяц, путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы.

Определите ведущие симптомы, назовите синдром.

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА.

У больной наблюдается аментивный синдром. Он характеризуется помрачением сознания с нарушением способности

ориентироваться в месте, времени и собственной личности. На фоне нарушенного сознания возникает беспорядочное возбуждение. Речь больной также бессвязна (инкогерентна). Столь же отрывочны и бессистемны ее галлюцинаторные переживания. Однако несмотря на хаотичность и разрозненность внутренних переживаний, поступков и речи, они постоянно насыщены эмоциями, которые калейдоскопически сменяют друг друга. Внимание больной пассивно привлекается на миг случайными предметами, но связать их воедино, а, следовательно, и разобраться в окружающей ситуации, понять свое отношение к ней больная не может. Вся эта симптоматика разворачивается на фоне тяжелой психической и физической слабости, астении.

2. АПАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Апатия - полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению, бездумность. Ничто не вызывает интереса, эмоционального отклика.

Апатический синдром характеризуется полной бездеятельностью, равнодушием, отсутствием каких-либо интересов и желаний. Больные целыми днями лежат в постели, не проявляя абсолютно никакого интереса ни к окружающей жизни, ни к собственной личности. Полностью безразличны к своему туалету, своей внешности, без настойчивых напоминаний не одеваются, не причесываются, не умываются, ко всему глубоко равнодушны. Иногда такой синдром называют *апатико-абулическим*, что подчеркивает полное отсутствие каких-либо волевых импульсов.

ЗАДАЧА.

Больной Р., 24 лет, инвалид 1-й группы. В течение многих лет почти непрерывно находится в психиатрической больнице. В отделении совершенно пассивен, большую часть времени ничем не занят, сидит на стуле глядя, в одну точку. Выражение лица тупое, безразличное, рот полуоткрыт. Иногда по приглашению других больных садится играть в шахматы. Однако играет без интереса, всегда проигрывает, встает и уходит на свое место. Крайне неряшлив, не следит за своей внешностью, умывается и причесывается только по настоянию персонала отде-

ления. На свидание с матерью выходит неохотно. Не поздоровавшись с ней, сразу же лезет в сумку, достает принесенные продукты и, слегка кивнув головой, уходит в свою палату. Ест много и с жадностью, съедает все подряд - кислое, сладкое, соленое.

В один из дней больной был взят на лекцию по психиатрии для демонстрации студентам. Вошел с видом полного безразличия, сел, даже не взглянув на аудиторию. На вопросы отвечает неохотно, односложно, смотрит при этом в сторону. Вот образец разговора с больным:

Профессор: Как Вы себя чувствуете? Вас что-нибудь беспокоит?

Больной: Нет, ничего. Я здоров.

Профессор: Почему же Вы находитесь в больнице?

Больной: Не знаю... Лечение еще не закончено.

Профессор: Какое же лечение, если Вы здоровы?

Больной молчит, на вопрос не отвечает.

Профессор: Я слышал, что несколько лет тому назад Вы выпрыгнули из окна 3-го этажа, сломали себе ногу. Зачем Вы это сделали?

Больной: Так... Встряхнуться захотелось.

Профессор: Вот уже много лет Вы лежите в больнице. Вам не хотелось бы вернуться домой, заняться чем-нибудь?

Больной: Нет, не хочу. Я здесь останусь,

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА.

У больного наблюдается апатический синдром. Он характеризуется полным безразличием больного к жизни и себе. Больной, много лет находясь в психиатрической больнице, ничего не делает; у него отсутствует интерес к собственной личности, даже не соблюдает простейшие правила гигиены. Наблюдается также эмоциональное безразличие к матери. Сохранились лишь витальные влечения, например, к пище, которое, однако, качественно изменилось (ест все подряд).

Таким образом, у больного имеет место редукция физической и психической активности. Отсутствие интереса к окружающему миру, собственному состоянию. Эмоциональная тупость.

3. АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Астенический синдром. Состояние раздражительной слабости, повышенной чувствительности, возбудимости и истощаемости.

Больным свойственны чрезвычайная впечатлительность, раздражительность, утрата психического равновесия, самообладания из-за любой мелочи, пустяка. Их легко растрогать, они сентиментальны, слезливы (эмоциональная слабость, недержание аффекта). Настроение становится лабильным. При малейшей удаче оно неадекватно повышается, при незначительной неудаче безнадежно падает.

Для этого состояния характерны неоправданный оптимизм и необоснованный пессимизм. Часто наблюдается гиперестезия - непереносимость яркого света, громких звуков, резких запахов. Возникает повышенная метеочувствительность. Быстро наступает усталость. При отдыхе силы восстанавливаются медленно. Работа, требующая напряжения и внимания, выполняется с трудом. Непроизвольно возникают посторонние, не относящиеся к делу мысли, воспоминания (ментизм), часто в виде чувственно ярких представлений. Внимание рассеивается, затруднено запоминание нового и воспроизведение необходимого в данный момент материала памяти. Очень часты головные боли, разнообразные вегетативные нарушения. Сон становится поверхностным, неосвежающим, засыпание замедляется.

Проявления астенического состояния разнообразны. В одних случаях на первый план выступают возбудимость, внутреннее беспокойство, утрата самообладания, в других - истощаемость, повышенная утомляемость, слезливость в сочетании с сентиментальной восторженностью. Иногда первыми проявлениями астенического синдрома становятся повышенная утомляемость и раздражительность с нетерпеливостью, постоянным стремлением к деятельности даже в обстановке отдыха («усталость, не ищущая покоя»). Нередко астенические состояния изменяются присоединением навязчивостей, фобий, истерических симптомов, а иногда дистимии.

Астенический синдром встречается при неврозах, соматических заболеваниях, органических поражениях головного мозга, шизофрении.

ЗАДАЧА.

Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «вработывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Оцените описанные психопатологические проявления.

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА.

Существует много вариантов астенического синдрома, встречающегося при неврозах, в рамках шизофрении, органических заболеваний головного мозга, при многих инфекционных и неинфекционных внутренних болезнях. Однако во всех случаях центральным симптомом астении является раздражительная слабость. У данного больного она проявляется в виде повышенной раздражительности сочетающейся с высокой истощаемостью психических процессов. Так вспышки раздражения тут же сменяются у него чувством раскаяния и слезами. У больного имеются и другие характерные признаки астенического синдрома: гиперестезия по отношению к физическим и психическим раздражителям, эмоциональное слабодушие, истощаемость внимания, головные боли, явления вегетативно-сосудистой ла-

бильности. Астенический синдром часто сочетается с другими формами психических расстройств, образуя астено-ипохондрические, астено-депрессивные, астено-навязчивые состояния и т. п.

4. ПАРАНОЙЯЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Паранойяльный синдром - состояние, проявляющееся в систематизированном интерпретативном бреде, охватывающем определенный круг содержания, которое исчерпывается первичным бредом (ревности, изобретения, преследования и др.). Система бреда строится на цепи субъективных доказательств, факты, приводимые больными в обоснование, трактуются ими крайне односторонне; факты, находящиеся в противоречии с излагаемой концепцией, игнорируются. Галлюцинации, псевдогаллюцинации и явления психического автоматизма отсутствуют. Обычно бывает обстоятельность мышления. Сознание остается ясным. Паранойяльные больные обычно отличаются повышенной активностью: сообразно тематике бреда они борются с преследователями или, наоборот, мигрируют, спасаясь от преследователей; следят за супругом с целью обнаружения мнимого соперника; добиваются всестороннего медицинского обследования с целью подтверждения диагноза болезни и т.д.

По течению различают острый и хронический паранойяльный синдромы.

Острый паранойяльный синдром (ограниченный во времени интерпретативный бред) - паранойяльное состояние, при котором бред возникает как «озарение», внезапная мысль.

Хронический паранойяльный синдром сопровождается прогрессирующим развитием бреда, постепенным расширением и систематизацией его патологического содержания, отсутствием выраженных аффективных расстройств, нарушениями мышления (в виде монотонности, обстоятельности) и нарастающими изменениями личности.

Паранойяльный синдром развивается при шизофрении, органических поражениях головного мозга, сосудистых и атрофических заболеваниях головного мозга.

ЗАДАЧА

Больной К., 33 лет, цеховой мастер. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена его до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

Как Вы назовете описанную картину заболевания?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

Паранойяльный синдром. Он характеризуется, во-первых, систематизированным характером бреда. Мысли больного об измене жены, о преследовании его директором завода по своему логически связаны между собой, причем одно ложное суждение вытекает из другого, такого же ложного. Бред монотематичен. Как бы ни развивалась бредовая идея, она крутится вокруг одной темы: директор завода находится в связи с женой больного и потому хочет от него избавиться. Наконец, для паранойяльного бреда характерна тенденция к постоянному расширению, привлечению к бредовому толкованию все новых людей и событий (последовательно в бред вовлекаются сотрудники, соседи, лечащий врач и т. д.). Галлюцинациями паранойяльный бред не сопровождается.

5. ПАРАНОИДНЫЙ СИНДРОМ

Параноидный (галлюцинаторно-параноидный) синдром складывается из первичного бреда (преследования и физического воздействия), вербальных галлюцинаций (чаще псевдогаллюцинаций) и явлений психического автоматизма (*Синдром Кандинского-Клерамбо*).

Явления психического автоматизма – чувство или ощущение овладения, возникающее при мнимом воздействии на больного тем или иным видом энергии.

Выделяют три типа психического автоматизма:

- идеаторный (ассоциативный);
- сенсорный (сенестопатический);
- моторный (кинестетический).

Идеаторный автоматизм – результат мнимого воздействия на процессы мышления и другие формы психической деятельности.

Сенсорный автоматизм – неприятные ощущения, возникающие у больных в результате мнимого воздействия посторонней силы.

Моторный автоматизм – расстройства, при которых у больных появляется убеждение, что совершаемые ими движения производятся помимо их воли, под влиянием извне.

Выделяют острые и хронические параноидные (галлюцинаторно-параноидные) синдромы.

Острый параноид - транзиторный параноидный синдром, выражающийся образным бредом преследования конкретного, близкого к реальности содержания, отдельными вербальными иллюзиями и галлюцинациями, страхом, тревогой, растерянностью.

Острый галлюцинаторно-параноидный синдром - в его структуре преобладает чувственный (образный) бред, тенденции к его систематизации нет, выражены все формы психических автоматизмов и аффективных нарушений (тревога, страх, недоумение «растерянностью», депрессия или повышенное настроение), имеют место псевдогаллюцинации.

Хронический галлюцинаторно-параноидный синдром отличается систематизированным или склонным к систематизации бредом, отсутствием растерянности и выраженных аффективных нарушений, при этом имеют место псевдогаллюцинации.

Галлюцинаторно-параноидные синдромы наблюдаются при шизофрении, эпилепсии, хроническом алкоголизме, органических заболеваниях головного мозга.

ЗАДАЧА

Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписки. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных - за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намек», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка - дорога на кладбище («Это значит - скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» - следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

Что это такое?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

На первый план в картине заболевания выступает бред - ложное истолкование больным окружающей ситуации и своего отношения к ней. Этот бред наполнен чувством страха, тревоги, растерянности. Он не складывается в систему, и больной не делает попыток связного обоснования своих опасений. Бредовые идеи конкретны, но непоследовательны, разнообразны по содержанию. Имеются бредовые идеи преследования (следят из окна другого дома, угрожают), значения (больной видит особый смысл в поведении врача, в рисунке на стене и пр.) интерметаморфозы (ложные узнавания, все кажется подстроенным, больные и врач принимаются за артистов); Ложные восприятия проявляются в виде истинных слуховых галлюцинаций и вербальных иллюзий - также отрывочных и фрагментарных.

Это острый галлюцинаторно-параноидный синдром.

6. ПАРАФРЕННЫЙ СИНДРОМ

Парафренный синдром - сочетание систематизированного бреда преследования и воздействия с фантастическим бредом величия, разнообразными явлениями психического автоматизма и нередко фантастическими конфабуляциями. В этом состоянии наряду с жалобами на преследование и воздействие больной высказывает идеи о своем мировом могуществе, космической власти, называет себя богом всех богов, властителем Земли; обещает устройство рая на земле, преобразование законов природы, радикальное изменение климата.

Конфабуляции – ложные воспоминания о событиях, которые якобы были в жизни больного.

Подобные высказывания могут сопровождаться фантастическими ложными воспоминаниями о встречах с жителями Марса, совещаниях с богом и т. п. Содержание таких конфабуляций и фантастического бреда величия общее, имеет тенденцию к расширению, постоянно обогащается новыми фактами.

В соответствии с синдромальными особенностями парафренного состояния выделяют острый и хронический парафренный синдромы.

Острый парафренный синдром определяется развитием на фоне аффективных расстройств (депрессивных или маниакальных) острого чувственного бреда с псевдогаллюцинациями и другими проявлениями психического автоматизма. Острый чувственный бред сменяется острым фантастическим (антагонистическим) бредом. Бредовые идеи величия нестойки, изменчивы; аффективные расстройства отличаются яркостью; определенное место в структуре синдрома занимают кататонические расстройства. На высоте острого парафренного состояния нередко развивается онейроидное помрачение сознания.

Для *хронического парафренного синдрома* характерны стабильность бреда, монотонность аффекта, сравнительно небольшой удельный вес чувственного бреда.

В течении болезни хронические бредовые и галлюцинаторно-бредовые синдромы могут последовательно сменять друг друга: паранойяльный сменяется параноидным (галлюцинаторно-параноидным, синдромом Кандинского - Клерамбо) и далее парафренным, что свидетельствует об их патогенетической общности. Следует также отметить известную закономерность в

особенностях клинической картины указанных синдромов: чем интенсивнее, разнообразнее, ярче галлюцинации, псевдогаллюцинации и другие явления психического автоматизма, тем меньше выражено бредообразование, и наоборот (это отмечали многие авторы, в том числе

В.А. Гиляровский, 1954). Преобладание галлюцинаторных расстройств над бредовыми указывает на более тяжелое расстройство психической деятельности.

ЗАДАЧА.

Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых глазах видит различных животных - рака, скорпиона и т. п. Требуется немедленной выписки; хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т. п.

Что это за состояние?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

Психопатологическая симптоматика, у данного больного сложна и многообразна. Здесь имеют место слуховые и обонятельные галлюцинации (истинные и псевдогаллюцинации), а также гипнагогические зрительные галлюцинации, бредовые идеи воздействия, преследования, явления психического автоматизма. Наряду с этим, у больного возникает нелепый, фантастический бред величия. Описанный вариант парафренного синдрома, при котором имеются обильные галлюцинации, а об-

разный фантастический бред по своему содержанию тесно связан с характером галлюцинаторных переживаний, получил название галлюцинаторной парафрении (Э. Крепелин).

7. ВЕРБАЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ

Галлюциноз - состояние, клиническая картина которого почти полностью исчерпывается обильными галлюцинациями и не сопровождается помрачением сознания. Различают острый и хронический галлюциноз, в зависимости от вида галлюцинаций - вербальный, зрительный и тактильный.

Вербальный галлюциноз - наплыв слуховых галлюцинаций в виде монолога, диалога или множественных «голосов»; сопровождается страхом, тревогой, двигательным беспокойством, нередко образным бредом. Двигательное беспокойство по мере развития галлюциноза может угасать, больные внешне сохраняют спокойствие и лишь иногда, прерывая работу или беседу, к чему-то прислушиваются. При обследовании выявляются истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации, преобладающие в случаях хронического вербального галлюциноза.

В виде острого вербального галлюциноза (без помрачения сознания) могут протекать острые симптоматические психозы. Такой психоз развивается внезапно с появления вербальных галлюцинаций комментирующего характера (обычно в виде диалога), сопровождающихся растерянностью, тревогой и страхом. В дальнейшем галлюцинации могут приобрести императивное содержание. В таком состоянии больные под влиянием галлюцинаторных переживаний совершают опасные действия в отношении окружающих и себя самих. Вербальный галлюциноз усиливается ночью. Бурный наплыв вербальных галлюцинаций может привести к развитию так называемой галлюцинаторной спутанности.

При сосудистых психозах возможно появление хронического вербального галлюциноза, нередко развивающегося вслед за острым галлюцинаторным психозом. Хронический сосудистый галлюциноз определяется поливокальным истинным вербальным галлюцинозом. Он течет волнообразно, часто на высоте развития становится сценическим (сцены публичного осуждения больного и т. п.), обычно усиливается в вечерние и ночные ча-

сы, имеет преимущественно угрожающее содержание. Интенсивность галлюциноза подвержена временным колебаниям с временным появлением критики к галлюцинаторным переживаниям (при их ослаблении).

Вербальный галлюциноз встречается при интоксикационных (алкогольный, гашишный, барбитуратный и т.д.) психозах, органических заболеваниях головного мозга (травматическое, сосудистое, сифилитическое поражение), эпилепсии, симптоматических психозах, шизофрении.

ЗАДАЧА.

Больная С., 60 лет, пенсионерка. Около 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор, в течении 5 лет, почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выброситься из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что голоса эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

Какой это синдром?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

На первый план в картине заболевания у больной выступают стойкие слуховые (вербальные) истинные галлюцинации. Характерна однотипность этих галлюцинаций на протяжении многих лет, неприятное, угрожающее содержание галлюцинаторной речи. Первично здесь нарушение восприятия, чувственной сфе-

ры. Бредовые идеи преследования выступают как бы «вторично» и вытекают из содержания галлюцинации. Подобная картина заболевания характерна для длительно протекающего, хронического вербального галлюциноза.

8. ГЕБЕФРЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Гебефренический (гебефренный) синдром - двигательное и речевое возбуждение с нелепым, манерно-дурашливым поведением на фоне немотивированной веселости, иногда сопровождается импульсивными антисоциальными поступками. Характерны эмоциональное опустошение, нарастающее обеднение побуждений, разорванность мышления, прогрессирующий распад личности. Бред и галлюцинации фрагментарны, в ряде случаев отсутствуют. Гебефренический синдром часто сочетается с кататоническим возбуждением. Характеризуется манерностью, дурашливостью, пустым, незаражающим весельем. Такие больные кривляются, показывают язык, строят рожи, мяукают, кудахтают, хрюкают, иногда без всякого смысла рифмуют слова или бормочут что-то нечленораздельное. Ходят вычурной походкой, высоко подбрасывая ноги или семена, вместо руки для приветствия протягивают ногу, копируют движения и жесты окружающих. При значительном удельном весе кататонических расстройств говорят о *гебефренно-кататоническом синдроме*.

Гебефренический синдром встречается при непрерывно текущей шизофрении.

ЗАДАЧА.

Больная К., 17 лет. Болеет с подросткового возраста. Неоднократно лечилась в психиатрической больнице. Данное поступление вновь связано с неправильным поведением, расторможенностью. В отделении больная в присутствии других людей и, особенно врачей-интернов мужского пола, ложится в кровать, задирает хала, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? У меня попка хорошая...Пусть ее все видят!». Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, раздражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражитель-

на. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того, пытается выхватить пищу у других больных.

При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационарирования. Не беспокоится из-за прерывания учебы в колледже: «Ничего нет особенного. Всеравно переведут на другой курс». При свидании с родственниками не проявляет никакой радости.

Что это за психопатологический синдром?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

Картина психических расстройств у больной довольно многообразна. Отмечается безразличное отношение к родителям, к создавшейся ситуации, к перспективам на будущее, гиперсексуальность, злобность, недоступность больной контакту. Однако на первый план все же выступает дурашливость. Больная гримасничает, нелепо смеется. В смехе девочки, в ее одиноких танцах нет веселости, заразительности. Мимика не соответствует характеру эмоций (парамимия). Особенно важно выделить в картине заболевания черты дурашливости, так как они сигнализируют о чрезвычайной злокачественности течения болезни.

Это гебефренический синдром.

9. ДЕЛИРИОЗНЫЙ СИНДРОМ

Для делирия характерен наплыв ярких чувственно-пластических представлений, обилие образных, непрерывно всплывающих, наглядных воспоминаний. При нем возникает ложная ориентировка в окружающем [Schroder O., 1905]. Для делирия особенно характерны парейдолии и зрительные сценopodobные галлюцинации, а иногда акоазмы и истинные вербальные галлюцинации. Нередко обнаруживается крайне непоследовательный образный бред. Настроение очень изменчивое. Возникает то панический страх, то возбужденное любопытство, то раздражительная капризность и плаксивость, то эйфория. Больной говорлив, причем его высказывания отрывочны, крайне непоследовательны и иногда сводятся к отдельным выкрикам. Выражение лица напряженное, постоянно меняющееся, взгляд

то блуждающий, то пристальный. Больной беспокоен, непрерывно пытается встать с постели, стремится бежать, и сопротивляется при удерживании.

Галлюцинации при делирии сценopodobны. Больные становятся как бы зрителями, живо и адекватно реагирующими на все призрачные события. Они в страхе убегают, защищаются, с любопытством что-то рассматривают. Перед ними всплывают образы блуждающих мертвецов, бандитов, чудовищ, зверей, насекомых, происходят демонстрации, убийства, насилия, сражения, проходят похоронные процессии. Вместе с тем отмечается противопоставление себя своим видениям и сохранность ориентировки в собственной личности.

Глубина делириозного помрачения сознания непостоянна. Делирий обычно прерывается периодами ясного сознания. Больной узнает окружающее, ответы на вопросы становятся правильными, он верно оценивает свое состояние, проявляет критическое отношение к возникшим видениям. Вечером и ночью делириозное помрачение сознания усиливается.

Воспоминание о делириозном периоде неполное, часто бесвязное.

Кроме описанного типичного делирия, существуют две особые более тяжелые его формы: мусситирующий и профессиональный делирий.

При *мусситирующем (бормочущем) делирии* отсутствуют реакции на внешние раздражения, возбуждение ограничено пределами постели. Оно выражается в некоординированных, однообразных хватательных движениях, бессмысленном стягивании простыни, одеяла, «обирании», снимании мнимых нитей, чего-то приставшего к телу. Речь сводится к тихому, невнятному бормотанию. Мусситирующий делирий нередко переходит в сопор и кому.

Профессиональный делирий отличается преобладанием двигательного возбуждения над наплывом парейдолий и галлюцинаций. Дезориентировка глубокая, прояснение сознания наступает реже, чем при обычном делирии. Возбуждение проявляется привычными профессиональными действиями. В этом состоянии больной воспроизводит те или иные автоматизированные навыки: машинистка как будто печатает на машинке, бухгалтер нажимает на кнопки калькулятора, повар работает

мнимыми ножами, официант разносит блюда, водитель крутит руль. Это возбуждение обычно безмолвное, иногда произносятся лишь отдельные слова, связанные с профессиональной деятельностью.

Делирий может иметь место при интоксикациях (инфекционных, тяжелых соматических, лекарственных, промышленных), алкоголизме, наркоманиях и токсикоманиях, менингоэнцефалитах, сосудистых поражениях головного мозга.

ЗАДАЧА.

Больной В., 37 лет, слесарь. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки, слышал стук в окно, крики о помощи. В страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от «преследования». Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В стационаре возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем, громко смеется.

Что это такое?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

У больного имеется помрачение сознания в форме делирия. В пользу этого говорит обильный наплыв галлюцинаций, преимущественно зрительных. Восприятие реальных событий оттесняется яркими галлюцинаторными образами на задний план. Галлюцинации сопровождаются чувственным бредом преследования, страхом, психомоторным возбуждением. Поведение больного целиком определяется его галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. Действительные события воспринимаются и понимаются больным нечетко, фрагментарно. Характерно также усиление галлюцинаций и возбуждения в вечернее время.

В приведенном описании не раскрываются многие признаки, характеризующие помрачение сознания. В частности, ничего не говорится о способности больного ориентироваться в месте, времени, в собственной личности. Не упоминается также наступила ли у больного амнезия всего пережитого в период болезни.

10. ДЕМЕНЦИЯ

Приобретенное слабоумие (деменция) различается по характеру поражения головного мозга и по вызвавшей его болезни.

По характеру поражения выделяют парциальное (дисмнестическое) и тотальное (глобальное) слабоумие.

Главным признаком *парциального (дисмнестического) слабоумия* является неравномерность или частичность выпадений, в том числе и мнестических нарушений. Для дисмнестической деменции характерна известная сохранность навыков поведения, личностных установок (ядра личности), затрудненность и замедленность психических процессов, речи, моторики. Ей свойственны эмоциональное недержание, слезливость, беспомощность, легко возникающая растерянность. Расстройство критики выражено нерезко, относительно мало нивелируются особенности психического склада личности.

Тотальному слабоумию свойственны одновременное и выраженное снижение (или распад) всех форм познавательной деятельности, утрата критики к своему состоянию, изменение эмоциональной сферы, потеря или извращение психической активности, стирание индивидуальных особенностей личности.

К разновидностям глобального (тотального) слабоумия относятся паралитическое и сенильное слабоумие. Паралитическое слабоумие характеризуется благодушием, беспечностью или тупой эйфорией, двигательной расторможенностью, облегчением ассоциаций и расторможением низших влечений. При сенильном типе тотального слабоумия отмечаются прогрессирующая амнезия, полная утрата критики, преобладание тупо-безразличного или угрюмо-раздражительного настроения, эмоциональное оскудение. Эти формы тотального слабоумия типичны для определенных заболеваний, сопровождающихся гру-

боорганическим поражением головного мозга, а именно для прогрессивного паралича и сенильной деменции.

Ряд форм слабоумия различают по вызвавшей его болезни - эпилептическое, шизофреническое слабоумие и др.

ЗАДАЧА.

Больной Г., 78 лет, пенсионер. В течение двух месяцев находится в психиатрической клинике. Требуется за собой постоянного ухода. Сам не может найти свою палату, садится на чужие койки, при еде неряшлив, неопрятен. Временами бывает благодушен, смеется, глядя на других больных. Однако чаще раздражителен, гневлив, ругается, замахивается на санитарок, медсестер. За время пребывания в больнице не смог запомнить ни своего врача, ни соседей по палате. Приходящих к нему на свидание родственников также не узнает, не хочет разговаривать с ними, цинично бранится и уходит из столовой, забрав с собой принесенные продукты. Иногда больной становится тревожным, что-то ищет под кроватью, связывает постельное белье в узел и садится на него. Со злобой отталкивает от себя врача, заявляет, что все кругом воры, разбойники, он только что снял с себя сапоги, а их украли. Требуется, чтобы позвали «милицию», возбуждается, кричит: «Караул!»

Однажды больному был продемонстрирован на лекции студентам. Вот отрывок из записи разговора с ним.

— Иван Тимофеевич, сколько Вам лет?

— 40, или, может быть, 30.

— Так Вы еще молодой человек?

— Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики!...

— А какой сейчас у нас год?

— Наверное, 1961...

— Сколько будет, если к 12 прибавить 8?

— Наверное, 10.

— Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?

— Я дома, у себя в избе.

— Как Вас здесь кормят?

— Какое кормят! Трое суток не ел. Весь хлеб украли. Вот только сейчас под лавку положил!..

Что это за состояние?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

Речь идет о тотальном слабоумии (деменция) с глубоким изменением всех сторон личности больного. Резко расстроена память, нарушена способность к элементарному счету, критика к своему состоянию практически отсутствует. Интересы больного до крайности сужены и ограничиваются, в основном, лишь удовлетворением простых биологических потребностей. Утрачена тонкость и дифференцированность эмоциональных реакций, эмоции упрощены, грубы, отсутствует элементарная деликатность, чувство такта. Постоянный оттенок недоброжелательности, эгоистическая направленность интересов в сочетании с нарушением памяти приводят к формированию нестойких и нелепых бредовых идей ограбления. Последний симптом особенно часто возникает у лиц старческого возраста.

11. ДИСМОРФОФОБИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Синдром дисморфомании-дисморфофобии характеризуется обычно триадой М. В. Коркиной, состоящей из идей физического недостатка («ноги такие уродливые», «нос, как у Буратино», «уши как лопухи» и т. д.), бреда отношения («все смотрят и смеются», «кому приятно смотреть на уroda», «люди на улице пальцем показывают») и пониженного настроения, иногда вплоть до тяжелой депрессии с мыслями о самоубийстве.

Сама идея физического недостатка чаще всего является бредом паранойяльного типа (когда мысли об уродстве касаются совершенно правильной части лица или тела), реже - сверхценной идеей (в этом случае небольшой дефект, например несколько искривленные ноги, воспринимается как «потрясающее уродство», «позор»). Больным с идеями физического недостатка чрезвычайно свойственно стремление к «исправлению», «коррекции» тем или иным путем своего мнимого или резко переоцениваемого физического недостатка. Особенно активно они посещают хирургов, добиваясь непоказанной им косметической операции.

Значительно реже мысли о том или ином физическом дефекте носят характер навязчивых образований. Поэтому более правомерно в большинстве наблюдений говорить не о дисморфофобии (гр. *dys* - приставка, означающая расстройство,

morphe - форма) - навязчивом страхе по поводу неправильной формы той или иной части тела (хотя такие наблюдения тоже имеются), а о дисморфомании (гр. mania - безумие, страсть, влечение).

Ипохондрическому кругу расстройств близок бред физического недостатка - дисморфомания: стойкое, недоступное коррекции убеждение в уродливом строении своего тела, отдельных его частей или неправильных отправлениях организма (дисморфофобия, по терминологии Е. Краепелин, 1912). При таком расстройстве больные утверждают, что форма и величина их носа, подбородка уродливы, у них слишком низкий лоб, короткие ноги, слишком маленькие (или большие) половые органы и т. д. В других случаях больные уверены, что из их рта постоянно исходит дурной запах, от них пахнет потом, незаметно для себя они выпускают газы и т. п. Все окружающие из-за этого обращают на них внимание, сторонятся, отворачиваются. Никакие доказательства противоположного, попытки разубедить не достигают цели. Такие больные нередко упорно добиваются хирургической операции для устранения своего мнимого недостатка.

Дисморфофобический-дисморфоманический синдром встречается в рамках невротических расстройств, шизофрении.

ЗАДАЧА.

Больной Р., 23 лет. Три года тому назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов и заднего прохода. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди «поводят носами», отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова: «Запах... Свинья...» Чувствовал себя виноватым, по несколько раз в день мылся, менял белье, но «запах» не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, старался быть в одиночестве. Появились мысли о самоубийстве. Все попытки врача убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

Что это такое?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

Дисморфофобический синдром (или дисморфофобия) представляет собой такую форму нарушений психики, когда у больного возникает ложная убежденность в наличии у него каких-либо уродств или нарушений функций того или иного органа. В описанном случае речь идет о бредовой дисморфофобии, поскольку ложная убежденность больного в том, что от него исходит неприятный запах, с самого начала нелепо и грубо искажает понимание реальных событий. Она сочетается с бредом отношения (люди отворачиваются, «поводят носами»), обонятельными галлюцинациями и вербальными иллюзиями (в разговорах окружающих слышатся бранные слова).

Отграничение дисморфофобии от ипохондрического бреда довольно условно. В основном, оно заключается в том, что при бреде имеется тревога, страх за свое здоровье, ожидание неминуемой гибели. При дисморфофобии опасения больного направлены вовне и выражаются в том, что «недостаток» или «уродство» якобы замечается окружающими людьми. Отсюда вытекают и бредовые идеи отношения.

12. ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ

Депрессивный синдром в наиболее типичном виде (так называемая простая депрессия) представлен депрессивной триадой: сниженное, тоскливое настроение (гипотимия), замедленное мышление и двигательная заторможенность. Сниженное настроение может иметь различные оттенки: от чувства грусти, подавленности до глубокой угнетенности или мрачной угрюмости. В более тяжелых случаях преобладает гнетущая, безысходная тоска, которая нередко переживается не только как душевная боль, но и как крайне тягостное физическое ощущение в области сердца, режущая голова или конечностей (витальная тоска). Идеаторная заторможенность проявляется замедленной тихой речью, трудностью сосредоточения, обеднением ассоциаций, жалобами на резкое снижение памяти. Движения больных при этом замедлены, мимика скорбная, заторможенная или застывшая, стремление к деятельности отсутствует. В тяжелых случаях наблюдаются полная обездвиженность, мрачное оцепенение (депрессивный ступор), которое может иногда внезапно

прерываться состоянием меланхолического неистовства (*raptus melancholicus*). Депрессивным состояниям, особенно неглубоким, свойственны колебания депрессии в течение суток с улучшением общего состояния, уменьшением идеаторной и двигательной заторможенности во второй половине дня и вечером. При тяжелых формах депрессий таких колебаний обычно не бывает. Для депрессивного синдрома характерны выраженные соматовегетативные расстройства в виде нарушения сна, аппетита, функций желудочно-кишечного тракта (запоры); больные худеют, у них расстраиваются эндокринные функции и т. д.

Виды депрессивных синдромов

Депрессия с идеями обвинения - характерны мысли о своей никчемности, неполноценности, происходит депрессивная переоценка прошлого; в более тяжелых случаях возникают сверхценные идеи самообвинения или бред виновности, греховности; о тяжести депрессии свидетельствуют суицидальные мысли и тенденции.

Анестетическая депрессия - сопровождается явлениями меланхолической дереализации и деперсонализации вплоть до болезненной психической анестезии (*anaesthesia psychica dolorosa*), мучительного бесчувствия, переживания внутреннего опустошения, утраты любви к близким, исчезновения эмоционального отклика на окружающее.

Ироническая (улыбающаяся) депрессия - улыбка сочетается с горькой иронией над своим состоянием при крайней угнетенности настроения и чувстве полной безнадежности, бессмысленности своего существования.

Слезливая депрессия - депрессия с преобладанием слезливости, недержания аффекта, чувством беспомощности.

Ноющая депрессия – постоянные жалобы на что-либо.

Брюзжащая (угрюмая) депрессия - чувство неприязни ко всему окружающему, отрешенность, раздражительность, угрюмость.

Астеническая депрессия- с пониженным настроением, резкой слабостью, истощаемостью, гиперестезией.

Адинамическая депрессия- с преобладанием вялости, апатии, безучастия, общего снижения жизненного тонуса.

Тревожная депрессия - в картине депрессии значительное место занимают тревога, преобладающая над аффектом тоски,

и тревожные опасения; более или менее выраженное двигательное беспокойство.

Ажитированная депрессия - резкое возбуждение со стонами, тревожной вербигерацией, самоистязанием.

Депрессивное возбуждение может сопровождаться страхом, боязливостью, ипохондрическими жалобами или нестойким депрессивным бредом: отдельными идеями осуждения, наказания, гибели, обнищания и т.п.

Бредовая депрессия - депрессивный бред занимает центральное место в структуре депрессивного синдрома и является стойким психопатологическим образованием; это сложный, «большой» депрессивный синдром.

Бредовые расстройства при этом нередко приобретают форму фантастических идей громадности и отрицания (*синдром Котара*). Существует ряд вариантов этого синдрома: в одних случаях в картине тревожно-бредовой депрессии преобладает нигилистически-ипохондрический бред с идеями распада или полного отсутствия внутренних органов, в других наблюдается депрессивный бред с идеями бессмертия, вечных мучений; иногда фантастический меланхолический бред проявляется в отрицании внешнего мира.

Выделяют и другие варианты сложных депрессивных синдромов, например *депрессию с бредом обвинения и осуждения*, *депрессию с бредом преследования*, содержание которого, однако, всегда вытекает из содержания депрессивного бреда. Сложный синдром с выраженным депрессивным аффектом (с чувством страха и тревоги), идеями виновности, осуждения и чувственным бредом преследования, значения, инсценировки носит название *депрессивно-параноидного синдрома*. На его высоте возможно онейроидное помрачение сознания.

В структуре сложных синдромов депрессия может сочетаться с кататоническими расстройствами, галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, явлениями психического автоматизма.

Наряду с описанными выше формами депрессивных синдромов выделяют так называемые *скрытые (маскированные, ларвированные, стертые)* депрессии, которые проявляются в первую очередь разнообразными соматовегетативными расстройствами (например, упорными головными болями или крайне мучительными ощущениями в различных частях тела и т. п.).

Типично депрессивные симптомы при этом стираются или даже полностью перекрываются вегетативными. Эти состояния относят к депрессивным синдромам на основании их периодичности, суточных колебаний состояния, положительного терапевтического эффекта антидепрессантов, а также более типичных аффективных фаз в анамнезе и нередкого наследственного отягощения аффективными психозами.

Двигательная заторможенность депрессивных больных может быть очень выраженной, вплоть до *депрессивного ступора* - полной обездвиженности. В ступоре больные сохраняют характерную депрессивную позу и мимику; с ними с трудом, но все-таки можно установить контакт. Чуть заметным кивком головы, иногда даже еле заметным движением век они отвечают, дают понять, что слышат и понимают собеседника. Депрессивное состояние нередко сопровождается бредовыми идеями, главным образом самоуничтожения, преследования, нигилистическим бредом. При тяжелой депрессии может наблюдаться симптом *болезненной психической: нечувствительности* (*anaesthesia psychica dolorosa*), когда больной перестает по-прежнему чувствовать, любить, эмоционально реагировать на окружающее и от этого глубоко страдает: «Я не видела сына несколько лет, так ждала его, а когда он появился, никакой радости не испытала, это так тяжело».

Депрессивное состояние нередко сочетается с тревогой, при этом больные могут быть очень беспокойны, мечутся, заламывают руки, громко стонут (*ажитированная депрессия*; лат. *agitatus* - кричать, возбуждать). Крайняя степень ажитированной депрессии - «тоскливый взрыв» - *gertus melancholicus* (лат. *gario* - хватать). При тяжелых депрессиях нередко наблюдается и деперсонализация.

Депрессивный синдром встречается при реактивных состояниях, инволюционных психозах, органических заболеваниях головного мозга, маниакально-депрессивном психозе, шизофрении.

ЗАДАЧА.

Больная О., 54 лет, инвалид II группы. Находится на лечении в психиатрическом стационаре. В отделении мало заметна, необщительна. Большую часть времени ничем не занята, сидит на

своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. При беседе с врачом волнуется, слегка дрожит, непрерывно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется больной ненужной и бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. Вот отрывок из разговора врача с больной.

Врач: почему Вы считаете, что Вы никому не нужны? Дома Вы ведете хозяйство, воспитываете внуков. Вашим детям было бы трудно без Вас.

Больная: внуков, наверное, нет уже в живых... Нет их!

Врач: почему Вы так говорите? Ведь только вчера на свидании у Вас был сын. Он сказал, что дома все в порядке.

Больная: не знаю... Наверное, все погибли. Доктор, что со мной? Сделайте что-нибудь, помогите...

О каком варианте депрессии идет речь?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

Депрессия у больной сочетается с чувством чрезвычайной тревожности. Тревога по своим проявлениям близка к чувству страха, но отличается от последнего отсутствием определенного объекта, на который она была бы направлена. Тревога заключается в постоянном ожидании какой-то непоправимой беды, катастрофы. В это тревожное чувство больная пытается вложить то или иное содержание, предполагая, что несчастье может случиться с близкими ей людьми, с ней самой. Тревога выражается не только в высказываниях, но, прежде всего, в мимике, в поведении больных. Тревожные больные редко бывают заторможены. Чаще они постоянно в движении, ходят взад и вперед по палате, перебирают руками предметы. Для данной больной характерно именно такое поведение.

Это тревожная депрессия.

13. ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Ипохондрические синдромы (ипохондрия) разнообразны. Чрезмерное внимание к своему здоровью, тревога за него могут выражаться в тревожной мнительности, постоянных сомнениях, навязчивой боязни заболеть неизлечимой болезнью - *навязчивая ипохондрия*. В других случаях она заключается в упорных

жалобах на постоянное недомогание, боль в различных частях тела, безнадежной убежденности в заболевании тяжелой болезнью и сопровождается подавленным настроением - *депрессивная ипохондрия*. Иногда ипохондрия имеет форму твердого убеждения в той или иной неизлечимой болезни и сопровождается системой доказательств этого - *паранойяльная ипохондрия или ипохондрический бред толкования*. Наконец, она возникает в виде обильных сенестопатий или сенестопатического автоматизма с бредом воздействия, порчи, колдовства, одержимости - *параноидная ипохондрия*.

Ипохондрический синдром может встречаться при неврозах, психопатиях, шизофрении.

ЗАДАЧА.

Больной Н., 35 лет, слесарь. В течение нескольких месяцев не работает, постоянно обращается за помощью к разным врачам. Жалуется на слабость, отсутствие аппетита, бессонницу. Отмечает у себя массу неприятных ощущений во всем теле: не хватает дыхания, сердце «словно облили чем-то горячим» и оно вот-вот разорвется. Чувствуется какой-то жар, в голове «перчит», голова, словно забита, «заклинена», кровь застывает в жилах, по всему телу «проходят иголки». При обследовании больного патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Несмотря на отрицательные данные исследований, больной остается тревожным, подозревает у себя какое-то серьезное заболевание.

Что это такое?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

В данном случае мысли больного о каком-то тяжком заболевании, неоправданная тревога за своё здоровье сочетаются с многочисленными тягостными телесными ощущениями. Ложные соматические ощущения (сенестопатии) нелегко бывает отличить от действительных проявлений нераспознанного соматического заболевания. Отрицательные данные исследования внутренних органов, конечно, должны учитываться. Однако этого бывает недостаточно. Каждому врачу-психиатру известно немало случаев, когда, у больного с «сенестопатически-ипохондрическим синдромом» при более тщательном и квалифицированном соматическом обследовании удавалось устано-

вить наличие ранее нераспознанного заболевания внутренних органов (хронический панкреатит, кистозное перерождение почки и т. п.), являющегося источником этих ощущений. Поэтому особое внимание нужно обратить на своеобразный характер сенестопатических ощущений. Они, во-первых, характеризуются тягостностью («Это не боль, но хуже боли» - говорит о них больной). Во-вторых, они нечетко локализованы. В-третьих, своеобразие характера переживаний заставляет больного при их описании прибегать к образным сравнениям («Роскошь образных сравнений»). Так данный больной сравнивает свои ощущения с прохождением по телу иголок, в голове «перчит» и т. п.

Это ипохондрический синдром.

14. КАТАТОНИЧЕСКИЙ СТУПОР

Кататонический ступор развивается вслед за кататоническим возбуждением или вне связи с ним.

Различают несколько разновидностей кататонического ступора, которые могут развиваться у одного и то же больного поэтапно, в последовательности, описанной ниже.

Ступор с восковой гибкостью. Помимо молчания, малоподвижности и некоторого повышения мышечного тонуса, этот синдром характеризуется длительным, сохранением приданной позы. Повернутая голова, поднятая рука, нога долго остаются в том положении, которое им придали (восковая гибкость, каталепсия). Явления восковой гибкости по мере развития ступора вначале возникают в мышцах шеи, затем в верхних конечностях, потом в нижних. Мышечная гипертония мышц шеи с преобладанием тонуса сгибателей над разгибателями обуславливает типичный для ступорозного состояния «симптом воздушной подушки» - при лежании на спине часами, а иногда и сутками голова больного остается приподнятой над подушкой. В состоянии ступора больные обычно не отвечают на просьбу, произнесенную обычным голосом, но иногда выполняют ее при произнесении шепотом (симптом И.П. Павлова, свидетельствующий о парадоксальном фазовом состоянии коры головного мозга). Неподвижные и молчащие днем, больные начинают передвигаться ночью в полной тишине; они молчат при непосредственном об-

ращении к ним, но вмешиваются в посторонний разговор; не отвечают устно, но могут реагировать в письменной форме.

Негативистический ступор - полная обездвиженность, при которой каждое вмешательство с попыткой изменить позу, положение конечностей вызывает противодействие с немедленным резким мышечным напряжением (рефлекс на растяжение), не позволяющим согнуть, поднять, сдвинуть с места конечность. Для перемещения, больных их приходится волочить по полу, при этом их ступни как бы прилипают к полу (рефлекс сохранения позы - расторможение постуральных рефлексов, утрата адаптации позы). Подобное сопротивление также называют пассивным негативизмом.

Ступор с мышечным оцепенением - наиболее тяжелая форма ступора. В этом состоянии больные постоянно лежат в эмбриональной позе, обусловленной тем, что все мышцы (главным образом сгибатели рук, ног, шеи) крайне напряжены; челюсти сжаты, губы вытянуты вперед - симптом хоботка. Этот симптом наблюдается и при других формах ступора, но при данной он выражен наиболее отчетливо и постоянно. Во время глубокого сна вследствие дальнейшего распространения торможения гипертония мышц исчезает.

Кататоническое возбуждение и кататонический ступор - не самостоятельные синдромы, а лишь выражение последовательных стадий развития одного и того же расстройства. Вместе с тем кататонические нарушения могут в некоторых случаях исчерпываться одной из описанных форм ступора или возбуждения.

Кататонические синдромы подразделяются также на *люцидные* и *онейроидные*.

При *люцидной кататонии* сохраняется ясное сознание, окружающее воспринимается со всеми подробностями, точно вспоминаются все совершившиеся в это время события. При люцидной кататонии в период возбуждения оно, как правило, бывает импульсивным, в период обездвижения преобладает ступор с негативизмом и оцепенением.

При *онейроидной кататонии* наступает сновидное помрачение сознания с наплывом фантастических образов и изменением восприятия окружающего. По миновании онейроидной кататонии воспоминания о реальных событиях отсутствуют или

сохраняются частично, содержание возникавших в это время фантастических переживаний воспроизводится довольно полно. Для онейроидной кататонии характерны растерянно-патетическое возбуждение, субступорозные состояния и ступор с восковой гибкостью.

Развитие обеих форм кататонического синдрома (люцидной и онейроидной) может сопровождаться галлюцинациями, псевдогаллюцинациями и бредом.

Кататонический ступор (лат. stupor - оцепенение, неподвижность) - полная обездвиженность, причем человек может застыть в самой необычной позе: с неудобно вытянутыми руками, стоя на одной ноге, с головой, приподнятой под тем или иным углом над подушкой (симптом *воздушной*, или *психической*, *подушки*). Однако чаще всего больные неподвижно лежат в «эмбриональной позе» - на боку, с согнутыми и прижатыми к туловищу руками и ногами, с закрытыми глазами. Такая неподвижность сопровождается обычно полным молчанием - *мутизмом* (лат. mutus - немой, безмолвный) и нередко *негативизмом* (активным или пассивным). *Активный негативизм* выражается в активном сопротивлении больного всем просьбам. Например, на предложение открыть глаза больной еще плотнее закрывает веки, на просьбу показать язык еще крепче сжимает рот. При *пассивном негативизме* больной никак не реагирует на все обращения к нему, просьбы и предложения. У больных с кататоническим ступором может наблюдаться и симптом *восковой гибкости* - *flexibilitas cerea* (лат. flexus - сгибать, перегибать, cerea - воск).

Для кататонического ступора очень характерно повышение мышечного тонуса; собственно, от этого симптома и произошло название синдрома в целом (гр. kata - движение сверху вниз, усиленные действия, topos - натягивание, напряжение).

Кататонический ступор отличается от депрессивного, во-первых, невыразительностью позы, которая никак не характеризует переживания больного, ничего о них не говорит (депрессивный больной и в ступоре имеет вид депрессивного больного), и, во-вторых, такой больной совершенно не вступает в контакт с окружающими.

Кататонический ступор встречается при органических заболеваниях головного мозга, шизофрении, черепно-мозговых травмах, некоторых опухолях головного мозга.

ЗАДАЧА.

Больной К., 23 лет, сельский житель. В течение многих недель почти совершенно неподвижен, лежит в постели согнувшись, колени приведены к животу. Не разговаривает, на вопросы не отвечает. Лицо амимичное, сальное, изо рта вытекает слюна. Поднятый с постели стоит неподвижно, опустив голову. Можно придать больному любую позу, которую он затем сохраняет в течение 10-15 минут. Подолгу задерживает кал и мочу. Ест после растормаживания внутривенным введением амитал-натрия и кофеина. После еды бродит по палатам, с любопытством разглядывает больных. В это время удается вступить с больным в контакт. Он сообщает, что слышит «голоса», идущие от стены, из-под пола, которые запугивают больного, угрожают избить. На стене видятся различные образы людей и тени зверей, от батареи отопления исходят синие лучи, которые действуют на больного, вызывая головную боль. Кажется, что все его мысли известны окружающим, его «на два дня умертвили, а затем воскресили», спрашивает у врача, «есть ли надежда на жизнь». Минут через 40-50 после введения амитал-натрия вновь наступает состояние заторможенности.

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

У больного отмечается двигательная заторможенность (ступор) с мышечным оцепенением, симптомом восковой гибкости, мутизмом, негативизмом, выражающимся, в частности, отказом от приема пищи. Характерны эмбриональная поза больного в постели, гиперсаливация, задержка мочеиспускания и дефекации. За фасадом двигательной заторможенности имеются многочисленные галлюцинаторные переживания, отрывочные бредовые идеи нелепого характера, которые удастся раскрыть лишь при растормаживании больного барбиталом. Описанная картина носит название кататонического ступора.

15. КАТАТОНИЧЕСКОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ

Кататоническое возбуждение (растерянно-патетическое, гебефреническое, импульсивное и безмолвное) в первое время имеет вид *растерянно-патетического возбуждения*. Наряду с растерянностью для него типичны экзальтированность, вычурный пафос, бессвязная говорливость. Речь становится высокопарной, непоследовательной, непонятной, разорванной вследствие употребления символов (замена понятия образом, например понятия «надежды» - словом «якорь») или замещения конкретного обозначения отвлеченными понятиями.

В отличие от выраженной инкогеренции мышления и речи (например, в случае аменции) бессмысленные высказывания при разорванности нередко облечены в грамматически правильные предложения, часто течение мысли задерживается (закупорка мышления - шперрунг).

Поступки и отдельные движения импульсивны, неестественны, манерны. Часто проявляется негативизм: когда больному дают есть, он отворачивается, при попытке унести пищу жадно ее хватает. Нередко бывают немотивированный смех, парамимия, например улыбка при плачущих глазах. По мере усиления возбуждения оно из растерянно-патетического, становится нелепо-дурашливым - *кататонно-гебефреническое возбуждение* (по Е. Краерелин). Это бессмысленное кривляние, гримасничанье, немотивированный смех, плоские шутки, кувырканье, нападение на окружающих.

На высоте своего развития кататоническое возбуждение становится импульсивным (*импульсивное возбуждение*), речь - инкогерентной. В этом состоянии больные внезапно прыгают с кровати и стремительно бросаются бежать, кружатся на одном месте, танцуют, громко кричат; с шумом вдыхают и выдыхают воздух; цинично бранятся, срывают с себя одежду, разрушают все, что попадает под руку, с одинаковой стремительностью и силой нападают как на людей, так и на вещи; принимают вычурные позы, непрерывно гримасничают, плюются, мажутся калом, разливают и разбрасывают пищу; бессмысленно сопротивляются каждой попытке их удержать, вымыть, накормить, дать лекарство. Они при этом проявляют бессмысленную ярость (псевдоаффективные реакции-результат расторможения безуслов-

норефлекторной деятельности). Нередко наступает сексуальное возбуждение, сопровождающееся онанизмом.

Речь состоит из однообразного повторения одних и тех же фраз: или слов (вербигерация), иногда рифмованных, нередко наблюдается персеверация (застревание). Ответы на вопросы не по существу, невпазд (мимоговорение), в виде повторения вопроса, речи окружающих (эхолалия). Повторение распространяется не только на слова, но и на движения окружающих (эхопраксия, эхокинезия).

В тяжелых случаях кататоническое возбуждение становится хаотическим, непрерывным, неистовым с беспорядочным метанием, нанесением себе повреждений, яростным сопротивлением всему; движения иногда становятся ритмичными, напоминают хореатические или атетозные. Такое кататоническое возбуждение сопровождается молчанием (*безмолвное*, или *немое, возбуждение*)

Кататоническое возбуждение отличается от маниакального своей хаотичностью, немотивированностью, нецеленаправленностью; проявляется в очень ограниченном пространстве.

Например, больной, сидя в постели с подогнутыми под себя ногами, в течение многих часов совершает одни и те же движения: стереотипно потирает руки и через равные промежутки времени наклоняет голову, касаясь носом пальцев; все это в полном молчании.

ЗАДАЧА.

Больной Т, 22 лет, токарь. Поступил в психиатрический стационар в состоянии сильного психомоторного возбуждения. По минутно вскакивает с постели, кричит, плюется, стучит кулаками о стену, нападает на других больных и пытается их ударить. В постели все время крутится, то обнажается, сбрасывает с себя одежду, то натягивает себе на голову одеяло, бьет себя кулаками по голове, рвет постельное белье. Большею частью все это проделывает молча, выражение лица сумрачное, озлобленное. На вопросы то не отвечает, то начинает со злобой нецензурно браниться. Повторяет движения других людей: врач, поднял руку - и больной поднял, врач хлопнул в ладоши - и больной сделал то же. Временами, наряду с двигательным возбуждением, начинает без умолку говорить, в свою речь без всякого смысла

включает слова и фразы, услышанные из разговора окружающих. Вот образец речи больного: «Уберите аминазин, в постели можете курить на голодный желудок, я вам сказал, чтобы психов гнать отсюда, бросьте издеваться, я сам вам покажу, хоть вы кривые, а я косой, инъекцию галоперидола закатите на стол (услышал как врач сказал медсестре, что больному нужно сделать инъекцию галоперидола), я весь тут перемажусь, как свинья» и т. п.

Что это за состояние?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

У больного имеются все симптомы, характерные для кататонического возбуждения: нелепый, бессмысленный характер поступков, импульсивность (внезапно, без предварительного осмысливания нападает на больных, стучит кулаками в стену и т.п.), эхолалия, эхопраксия. Возбуждение сочетается со злобностью, стремлением к агрессии. Гиперсексуальность проявляется в грубой, элементарной форме (больной обнажается). Речь разорванная, бессмысленная. В отличие от гебефренного возбуждения, у больного отсутствуют дурашливая веселость, гримасничество, нелепые шутки, элементы пуэрильного поведения.

16. СИНДРОМ КОРСАКОВА

Синдром Корсакова - разновидность амнестического синдрома. Основой его является невозможность запоминать текущие события (фиксационная амнезия) при более или менее сохранной памяти на прошлое. В связи с этим - нарушается ориентировка (так называемая амнестическая дезориентировка). В первую очередь нарушается ориентировка во времени. Кроме того, имеется дезориентировка в месте и окружающей действительности. Имеется еще один характерный симптом этого синдрома - парамнезии, главным образом в виде конфабуляций или псевдореминисценций, но могут наблюдаться и криптомнезии.

Парамнезии – обманы памяти в виде конфабуляций.

Конфабуляции - ложные воспоминания.

Криptomнезия – искажение памяти, проявляющееся в ослаблении или исчезновении различия между действительно проис-

ходившими событиями и событиями услышанными, прочитанными, увиденными во сне.

Синдром впервые был описан С.С. Корсаковым (1889) в качестве самостоятельной болезни (энцефалопатии), возникающей в результате хронического алкоголизма. Дальнейшие исследования показали, что это расстройство бывает при очень многих органических поражениях головного мозга. Ряд авторов ставят знак равенства между корсаковским и психоорганическим синдромами (E. Bleuler, K. Jaspers). Правильнее корсаковский синдром рассматривать как особую самостоятельную разновидность психоорганического синдрома.

Главное расстройство при корсаковском синдроме состоит в полной утрате памяти на события настоящего при сохранении ее на события прошлого. Все новые впечатления мгновенно исчезают из памяти. Ничего не запоминая, больные не знают, где находятся, как сюда попали, кто их окружает, какой сегодня день недели, число, год; поговорив с врачом, с кем-либо из персонала, они немедленно забывают и сам факт разговора, и лицо, с которым беседовали; увидевшись с ним вновь через минуту, встречают его как совершенно незнакомого человека; забывают расположение своей палаты, кровать, не помнят, завтракали, обедали они или нет, какие блюда ели. Все происходившее до заболевания сохраняется в памяти, воспроизводится правильно и точно. Сохраняются также приобретенные знания, вплоть до сложных. Нередко у больных возникают конфабуляции, как правило, обыденного содержания. Интенсивный наплыв конфабуляций может привести к развитию конфабуляторной спутанности.

Конфабуляторную спутанность вследствие дезориентировки в месте, времени и окружающих лицах, бессвязности мышления и неправдоподобного содержания высказываний иногда трудно отличить от помрачения сознания. Однако при помрачении сознания нарушается непосредственное отражение вещей и явлений, при конфабуляторной спутанности конкретные вещи больные воспринимают правильно. Галлюцинации и иллюзии при ней отсутствуют, нет выраженной инкогеренции.

Инкогеренция – бессвязность мышления и речи, отражающая утрату способности к образованию ассоциаций, обобщениям, анализу и синтезу; невозможность восприятия окружающего

как единого целого; речь представляет беспорядочный набор слов с отсутствием смыслового и грамматического содержания.

Фантастические события относятся не к настоящему, как при помрачении сознания, а к прошлому. При помрачении сознания наблюдаются иллюзии, при конфабуляторной спутанности - ошибки суждения.

При корсаковском синдроме обычно бывают также вялость, повышенная утомляемость, иногда эйфория.

Корсаковский синдром является важнейшим компонентом алкогольного корсаковского психоза. Он также может встречаться при тяжелых органических поражениях головного мозга различного генеза.

ЗАДАЧА.

Больной Ф., 72 лет, пенсионер. В течение нескольких недель находится на лечении в психиатрической больнице. Жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеется помутнение роговой оболочки. Других жалоб не предъявляет. В отделении спокоен, подсаживается к больным пожилого возраста, о чем-то беседует с ними. В обращении с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько слащав. Приветливо здоровается, но встретив врача, спустя несколько минут, приветствует его вновь. Часто приоткрывает дверь в кабинет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист, а через 5 минут, опять спрашивает о том же. Числа, месяца и года назвать не может. Видя вокруг себя людей в белых халатах, догадывается, что его положили в больницу, но в какую - не помнит. Рассказывает, что только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь-то во дворе привязал! Сейчас ходил, сена ей задал!» Вернувшись после консультации в кабинете профессора, всем рассказывал с убежденностью, что профессор угощал его шампанским; сердился, когда ему говорили, что этого не было. Любит поговорить о днях своей молодости. Помнит события школьных лет, правильно воспроизводит эпизоды Великой Отечественной войны, в которой больной принимал участие. Перечисляет своих детей, называет их имена, но внуков путает: то утверждает, что их у него вообще нет, то называет несколько имен, во всякий раз разных.

Что это за синдром?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

У больного имеются все признаки корсаковского амнестического синдрома, который, прежде всего, проявляется в нарушении запоминания (фиксационная амнезия). В связи с этим текущие события, происходившие после начала заболевания, оказываются забытыми или помнятся очень плохо, отсутствует способность к усвоению нового. Наряду с этим, события прошлого вспоминаются значительно лучше. В связи с нарушением запоминания больной путает события во времени (псевдореминисценции) или заполняет пробелы памяти фантастическими вымыслами (конфабуляции). Грубая патология памяти обуславливает психическую беспомощность больного. Он дезориентирован во времени, не знает, в какой больнице находится (амнестическая дезориентировка), его поведение становится неправильным, затрудняющим его адаптацию в коллективе. Все это позволяет говорить о состоянии слабоумия.

17. СИНДРОМ КОТАРА

Синдром Котара (меланхолическая парафрения, меланхолический бред воображения, мегало-меланхолический бред) чаще всего состоит из сочетания тяжелой тревожно-ажитированной депрессии с бредом отрицания и громадности. Отрицание касается отдельных физических и психических качеств (нет совести, нет легких, мозг высох), индивидуально-личностных категорий (нет имени, возраста, семьи), свойств внешнего мира (мир мертв, планета остыла). В состав этого синдрома могут входить и такие бредовые идеи, как *бред гибели мира*, *бред мучительного бессмертия* и *бред отрицательного величия* (бред злого могущества). Бред мучительного бессмертия заключается в убежденности, что больной никогда не умрет, вечно будет жить и вечно мучиться. Бред отрицательного величия, или злого могущества, характеризуется стойкой убежденностью, что уже само существование больного приносит всем окружающим, а то и всему миру огромный вред, непоправимый ущерб. Например, больной упорно отказывается от еды, ибо «и так уже объел весь мир, скоро все люди с голоду погибнут»; другая больная уверяет, что ее дыхание - «зловонное и мерзкое» - может погубить на земле все живое.

По особенностям развития выделяют острый (преимущественно при приступообразных психозах) и хронический (при непрерывном развитии психоза) синдром Котара.

Синдром Котара встречается при инволюционных психозах и шизофрении.

ЗАДАЧА.

Больной В., 22 лет, солдат. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило, дыхание «захватывает», выпали все зубы, в груди пусто, все сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток. В стационаре бездеятелен, одинок, тревожен. Настроение подавленное.

Что это такое?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

У больного чувственный бред. Он возникает подобно «озарению» и больной даже не делает попыток обосновать свои неправильные убеждения. Отрицание относится к физическим качествам («все внутри сгнило», «желудок мертвый»). Содержание бреда ипохондрическое, но от обычного ипохондрического бреда он отличается фантастичностью, крайней нелепостью. Поэтому его называют также бредом громадности. Характерен депрессивный фон настроения.

Это синдром Котара.

18. МАНИАКАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Маниакальный синдром характеризуется повышенным, радостным настроением (гипертимия), ускорением мышления и повышенной деятельностью (маниакальная триада). Ускорение мышления и повышенная деятельность могут быть выражены относительно слабо (*веселая мания*) или, напротив, ускорение мышления достигает степени бессвязности, а повышение деятельности - беспорядочного возбуждения (*спутанная мания*). Маниакальное состояние в ряде случаев сопровождается по-

вышенной раздражительностью, придирчивостью, гневливостью (*гневливая мания*).

Наряду с названными, относительно простыми вариантами маниакального синдрома существуют и более сложные его варианты: сочетание маниакального аффекта с острым чувственным бредом преследования (иногда инсценировки), острым фантастическим бредом (*маниакально-бредовой синдром*) или присоединение галлюцинаторных расстройств (*маниакально-галлюцинаторно-бредовой синдром*). В структуре маниакального состояния может развиваться и сновидное помрачение сознания (*онейроидное маниакальное состояние*).

Маниакальный синдром зачастую сопровождается идеями величия, однако они редко приобретают характер настоящего бреда, чаще всего это только переоценка своих данных, своих возможностей. Двигательное возбуждение при этом может быть очень выраженным, но всегда целенаправленным, по типу стремления к поступкам, к определенной деятельности (хотя вследствие большой отвлекаемости больной и не доводит эту деятельность до конца). Иногда у больных наблюдается склонность к гневливым вспышкам, особенно если не выполняются их многочисленные требования, не поддерживаются их новые проекты (*гневливая мания*).

Маниакальный синдром встречается при шубообразной и рекуррентной шизофрении, инволюционных психозах, маниакально-депрессивном психозе, органических поражениях головного мозга.

ЗАДАЧА.

У самых дверей отделения врача встречает молодая женщина. Она оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. Поверх больничного халата у нее одета пестрая кофточка, украшенная ярким бантом. Волосы в беспорядке, но также перехвачены яркой лентой. Губы густо накрашены, глаза подведены. Все вместе создает впечатление чего-то крикливого и безвкусного. Взяв врача «под руку», больная начинает тараторить, голос у нее охрипший.

- Я вас сразу же узнала. А когда меня выпишут? Я совсем здорова, у меня только маниакальное состояние. Как говорится, не важен метод - важен результат. А вон та нянечка пришла се-

годня на работу, а у нее комбинация из-под платья выглядывает. Из-под пятницы суббота. Завтра суббота, Вы меня завтра выпишите? А у Вас тоже галстук не в порядке, дайте я вам поправлю. Не думайте, что я подлизываюсь. Уж сколько раз твердили миру, что лезть гнусна, вредна. А тебе что здесь надо! (внезапно в раздражении набрасывается на другую больную, подошедшую к врачу, пытается ее ударить, но тут же на лице вновь появляется улыбка, кокетливо обращается к врачу). Я в Вас влюбилась, ну и что тут такого? Любовь не порок, а большое свинство. Я еще и Лешу люблю, студента. Он ко мне вчера приходил. Вот я ему письмо написала в стихах. Хотите, прочитаю? - и т. д.

В отделении больная вмешивается во все дела, всем мешает, никому не дает покоя. Собрав в кружок больных, поет, танцует. Спит не более 3-4 часов в сутки. Возбуждение полностью не купируется даже применением очень больших доз нейролептиков.

Как Вы назовете описанное состояние?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

В приведенном описании содержится триада основных симптомов маниакального синдрома.

Во-первых, повышение настроения. У больной оно проявляется как в мимике, так и в поведении (стремление ярко и крикливо одеваться, больная неистощимо весела, поет, танцует). Разумеется, это повышенное настроение ни в какой мере не соответствует ситуации, в которой находится больная. Ей

ва, мысли ее беспорядочно перескакивают с одного предмета на другой. Последовательность мыслей определяется, в основном, внешними ассоциациями, созвучием слов: «Из-под пятницы суббота. Завтра суббота...» Этим же определяется наклонность к употреблению в речи большого количества пословиц, поговорок, в которых используются давно знакомые и созвучные словосочетания.

В третьих, повышение активности. Оно проявляется в непрерывном стремлении больной к деятельности, причем направление этой деятельности, меняется так же стремительно, как и направление мышления.

К этому нужно добавить, что поведение больной насыщено сексуальным содержанием.

Это маниакальный синдром.

19. ИСТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Истерическое состояние - выраженная эмоциональная лабильность с бурным проявлением чувств, быстрой сменой симпатии и антипатии. Мимика, жесты больных и все их поведение искусственны, театральны, жеманны. Содержание речи образно, сообщаемые факты преувеличены, порой вымышлены (желаемое выдается за действительное), излагаются с усиленной аффектацией. Больные внушаемы и еще более самовнушаемы. Нередки вспышки бурного возбуждения с криком, слезами, заламыванием рук, разрыванием одежды, обмороки и припадки.

Наряду с такими психическими особенностями обнаруживаются различные функциональные по природе, но чрезвычайно разнообразные по проявлениям расстройства: параличи, парезы, боли, слепота, глухота, немота и др.

Синдром Мюнхгаузена - склонность к самовнушению и псевдологии с повторными обращениями в медицинские учреждения по поводу самоповреждений (иногда очень тяжелых) или мнимых острых заболеваний. Нередко больные в связи с этим подвергаются неоправданным хирургическим вмешательствам.

Истерический припадок обычно возникает после психических потрясений, под влиянием которых наступает помрачение сознания. В отличие от эпилептического, при истерическом припадке общего тонического сокращения мышц не бывает, поэтому больной падает не внезапно, а обессиленно постепенно опускается на пол. При истерическом припадке нет последовательной смены тонических и клонических судорог. Непроизвольные движения при нем выражаются не в виде элементарных судорог, а в виде сложных, разнообразных, выразительных движений. Во время подобного припадка больной катается, выгибается, опираясь на затылок и пятки (истерическая дуга), ритмически стучит ногами, щиплет руки, тело, однообразно кричит, воет, рычит, рыдает, выкрикивает отдельные фразы, причитает, поет, декламирует, вырывает у себя волосы, разрывает одежду. Истерический припадок размашист, в отличие от эпилептического требует большой площади («сцены»). Реакция зрачков на свет сохраняется.

После истерического припадка больной нередко плачет, предъявляет разнообразные жалобы, говорит о разбитости, бессилии. Воспоминания о припадке отрывочны. Его можно прервать разными раздражениями, например обливанием холодной водой (начавшийся эпилептический припадок остановить невозможно).

В последние десятилетия «классический» истерический припадок становится исключительной редкостью. Истерическое реагирование теперь ограничивается громким судорожным плачем, иногда воплем, заламыванием рук, дрожанием всего тела, подкашиванием ног с судорожной попыткой удержаться от падения, иногда медленным сползанием на пол.

Истерический синдром встречается при реактивных состояниях, психопатиях, истерическом неврозе, может предварять развитие психозов.

ЗАДАЧА.

Больная Р., 45 лет. По характеру капризная, своенравная. В трудных жизненных обстоятельствах проявляет робость, нерешительность, непрактичность. После ухода единственного сына в армию дома осталась одна. С этого времени непрерывно лечится у разных врачей. Помещенная в психиатрический стационар, большую часть времени лежит в постели. Выражение лица страдальческое, руки бессильно разбросаны. При виде врача начинает охать, стонать, держится руками за голову, плачет. Жалуется на тяжелое общее состояние: «Все тело болит... Голова разламывается... Не сплю ни минуты» и т. п. При волнении появляются размашистые движения рук. При ходьбе пошатывается, широко расставляет ноги, держится руками за окружающие предметы. Дважды за время пребывания больной в стационаре у нее наблюдались однотипные припадки. Лежа в постели, она внезапно начинала глухо стонать, метаться, сжимала себе руками горло. На вопросы не отвечала, не реагировала на легкий укол. При попытке посмотреть реакцию зрачков на свет «закатывала» глаза. Сухожильные рефлексy оставались сохранными и даже повышались. После окончания припадка, длившегося 10-15 минут, больная сохраняла о нем смутные воспоминания.

Ко всем лечебным мероприятиям больная относится отрицательно, уверяет, что ей ничто не поможет. Себя считает совершенно нетрудоспособной. Просит врача добиться через военкомат возвращения ее сына из армии. Суждения больной примитивны, нелогичны. Круг интересов ограничен болезнью и бытовыми вопросами.

Что это такое?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

В приведенном описании все говорит за истерическую картину болезни. Обращает на себя внимание наивность суждений, примитивность логических операций у больной, ее неспособность понять элементарную «симулятивность» своего поведения и предвидеть отношение к этому со стороны окружающих. Все это протекает на фоне большой яркости и гротескности эмоциональных реакций. У больной наблюдались также типичные истерические припадки без глубокой потери сознания, без нарушения сухожильных рефлексов, с ярко окрашенным чувством поведением. Сама «симуляция» больной несуществующих у нее болезненных нарушений (необоснованные соматические жалобы, невозможность стоять и ходить - астазия-абазия) является истерической и определяется неосознанным стремлением защитить себя в трудной ситуации (одиночество). Это стремление диктуется не сознанием, а доминирующими эмоциями. Такие больные - «не пассивные носители симптомов; они сами их создают. Это придает неврозу тот вид искусственности, который сбивает с толку врача, не привыкшего общаться с невротиками» (Э. Бернар и Бриссе).

Это истерический синдром.

20. СИНДРОМ НАВЯЗЧИВОСТЕЙ

Состояния навязчивости. В клинической картине этих состояний преобладают, а порой становятся единственными явления навязчивости: разнообразные фобии, тревожные сомнения, ритуалы, «умственная жвачка» и др. В одних случаях больного беспокоит один вид навязчивости, в других они разнообразны, усложнены ритуальными действиями. Навязчивости нередко настолько интенсивны, что делают больных неработоспособными, лишают их возможности выполнять домашние обя-

занности, общаться с окружающими и жить обычной жизнью. Преобладает угнетенное настроение с чувством безнадежности, неполноценности, душевной уродливости, ипохондрическими сомнениями. Довольно часто обнаруживаются педантичность в поведении и обстоятельность мышления.

Навязчивые явления (обсессии)

Суть явлений навязчивости (обсессии - от *obsido* - захватить, завладеть) заключается в принудительном, насильственном, неодолимом возникновении мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, действий, движений. Человек при этом осознает их болезненность и относится к ним критическим.

К навязчивостям относятся *бесплодное мудрствование* (умственная жвачка), *навязчивый счет*, *навязчивое воспроизведение в памяти* забытых имен, фамилий, терминов, определений, разложение слов на отдельные слоги.

Навязчивые воспоминания заключаются в назойливом, непреодолимом, образном воспоминании какого-либо крайне неприятного, позорного события в прошлом. Это воспоминание сопровождается мучительным чувством стыда, раскаяния. Все попытки забыть его, не думать о нем не удаются.

Навязчивое чувство антипатии - возникает помимо воли и вопреки действительному отношению; появляется чувство неприязни, ненависти, отвращения к близкому человеку.

Навязчивые влечения (компульсии) - появление вопреки разуму, воле и чувствам стремления совершить какое-либо бессмысленное, часто опасное действие. Внезапно появляется желание ударить прохожего по лицу, оскорбить его, цинично выругаться в общественном месте, сбросить с верхнего этажа на голову прохожих тяжелый предмет и т. п. Возникающий при этом страх связан не только с представлением о возможности подобных действий, но и с непонятностью появления чуждого влечения. Навязчивые влечения, как правило, не выполняются. Этим они отличаются от импульсивных действий.

Навязчивый страх (*фобия*) - интенсивный и непреодолимый страх, охватывающий больного, несмотря на понимание его бессмысленности и попытки с ним справиться. Содержание фобий, как и реальных человеческих опасений, исключительно

разнообразно. Перечень фобий составляет, по выражению Levi-Valensi (1948), «сад греческих корней».

Навязчивые сомнения - назойливо, неустранимо вопреки воле и разуму возникающая неуверенность в правильности и законченности совершенных действий. Выполнив какое-либо дело, поручение, но, сомневаясь в правильности и точности исполнения, больные вновь и вновь его проверяют. Многократная проверка не успокаивает.

К навязчивым сомнениям примыкают *навязчивые опасения* в удачном выполнении привычных или автоматизированных действий, двигательных актов.

Навязчивые действия проявляются неоднородно. Одни из них не сопровождаются фобиями, другие - возникают одновременно с ними или навязчивыми сомнениями и носят название ритуалов.

К навязчивым действиям первого вида относятся движения, совершаемые против желания, вопреки усилиям их сдержать. В отличие от гиперкинезов, которые непроизвольны, такие движения волевые, но привычные, от них трудно избавиться. Некоторые люди, например, время от времени, опускают нижнюю или поднимают верхнюю губу, другие постоянно прикасаются рукой к лицу, третьи оттягивают кожу в области щеки; четвертые непрерывно поправляют волосы на голове, пятые особым образом поводят плечами, вытягивают шею, время от времени шмыгают носом, прищелкивают губами, щурят глаза, трясут ногой. К навязчивым действиям относится и употребление засоряющих речь вводных слов вроде добавления к каждой фразе «значит», «понимаете» и др. невыполненное навязчивое действие начинает преобладать в сознании, отвлекать до тех пор, пока оно не будет осуществлено.

Ритуалы - навязчивые движения и действия, возникающие совместно с фобиями, навязчивыми сомнениями или опасениями и имеющие значение заклинания, защиты. Они производятся вопреки разуму, для предупреждения мнимого несчастья или преодоления навязчивого сомнения. Страдающий навязчивым страхом смерти, например, уходя из дома, три раза оглядывается на окна своей квартиры, «предотвращая» возможное несчастье.

Обсессивный синдром встречается при невротических расстройствах, психопатиях, вялотекущей шизофрении, в дебюте психозов. Требуется дифференциальный диагноз с бредом, сверхценными идеями, психическими автоматизмами, пароксизмальными состояниями.

ЗАДАЧА.

Больной О., 42 лет, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появились одышка, боли в области сердца. Диагноз, поставленный врачом скорой помощи: инфаркт миокарда - в дальнейшем был отвергнут. Однако с этого времени больного стала преследовать мысль о том, что он может в любой момент упасть и умереть. Эти тревожные мысли усиливались, когда больной находился в душном помещении, в большой толпе. Он перестал ездить в автобусе, в трамвае - как только закрывались двери вагона, больного охватывал непреодолимый страх смерти. Долгое время он старался скрыть от всех эти тяжелые переживания, под разными предлогами уклонялся от присутствия на заседаниях, не ходил в кино. Объясняет это тем, что опасался насмешек: ведь необоснованность его опасений была для самого больного совершенно очевидна. В дальнейшем появились новые страхи и тревожные мысли. Выходя утром из дома, со страхом думал, что на работе в этот момент по его вине произошла крупная авария. Попытки отогнать эту мысль были безуспешны. С бьющимся сердцем он прибегал на предприятие и убеждался, что там все благополучно. Десятки раз проверял исправность механизмов, выполнение правил техники безопасности, из-за чего запустил основную работу. В один из таких дней, когда по дороге на работу, больной переходил железнодорожные пути, ему пришла в голову мысль: если ему удастся пройти под медленно движущимся вагоном маневрирующего поезда, то на работе все будет в порядке. В последующем больной несколько раз, с большим риском для жизни, проделывал это, хотя и отдавал себе отчет, что между подобным рискованным поступком и опасностью аварии на заводе нет никакой связи. Все это в конечном итоге заставило больного обратиться к врачу, и он был помещен в психиатрический стационар.

К какой психической патологии можно отнести описанную картину заболевания?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

В данном описании имеются все основные особенности синдрома навязчивости: стойкость и постоянство определенных мыслей, страхов, опасений, с которыми больной находится в непрерывной борьбе и необоснованность которых он прекрасно понимает. Эти мысли и страхи навязываются больному, имеют насильственный характер. Они сопровождаются соответствующими ритуалами, к которым следует отнести рискованные поступки больного, когда он проходил под вагоном движущегося поезда, понимая при этом бессмысленность такого действия.

Это синдром навязчивостей.

21. ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ (ОГЛУШЕНИЕ)

Оглушение. Оно выражается в резком повышении порога для всех внешних раздражений, в затруднении и замедлении образования ассоциаций. При оглушении говорят о замедлении психической деятельности, об опустошении сознания. При нем затруднены восприятие и переработка впечатлений; явления внешнего мира не привлекают внимания, не замечаются. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Вопросы воспринимаются не сразу, больной понимает их смысл с большим усилием. Ответы произносятся с трудом, бывают неточными, неполными, иногда непоследовательными. Сложное содержание вопроса не осмысливается. Нередко бывает персеверация (застывание) мышления. Представления скудны и бледны. Сон без сновидений. Способность к запоминанию и воспроизведению крайне ослаблена. Растерянность, галлюцинации, бред отсутствуют. Все движения замедлены, мимика бедная, больной молчалив, часто безучастен; иногда имеет место эйфория. Взгляд и выражение лица безразличные, тупые. Больной легко впадает в дремоту, нередко он постоянно сонлив. Воспоминаний о периоде оглушения обычно не сохраняется. При ухудшении состояния оглушение переходит в сопор и кому.

Легкое оглушение носит название *обнубляции сознания*. Для него характерны колебания ясности сознания: легкие затемнения, помрачения сменяются прояснением сознания.

Оглушение подчас очень трудно отличимо от психоорганического синдрома. Оглушение - функциональное, энергетическое расстройство [Walther-Biitel H., 1951]. В соответствии с этим, в отличие от психоорганического синдрома, при оглушении под влиянием внешних побуждений возможна мобилизация психической деятельности со значительным сглаживанием всех обнаруживаемых расстройств.

При обследовании таких больных они быстро устают, сонливы. В отличие от психоорганического синдрома при оглушении нет аффективной лабильности, напротив, преобладает апатия. Конфабуляции также не возникают. Затруднено вспоминание не только недавних событий, но и всего прошлого. Память при оглушении, как и все другие психические процессы, явно улучшается при активной мобилизации психической деятельности. Оглушение, при ухудшении состояния больного, переходит в кому, а психоорганический синдром - в слабоумие.

Оглушение встречается при интоксикациях (угарный газ, алкоголь и т.д.), расстройствах обмена веществ (уремия, диабет, печеночная недостаточность), черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, сосудистых и других органических заболеваниях головного мозга.

ЗАДАЧА.

Больной П., 36 лет. Вял, медлителен. Предоставленный самому себе, ничем не занимается, не интересуется, лежит в постели, не обращая внимания ни на больных, ни на работников отделения больницы. Взгляд потухший, лицо невыразительное, малоподвижное. Самостоятельно не умывается, не идет в столовую, но при настойчивых напоминаниях персонала отделения выполняет все это, не оказывает активного сопротивления. На вопросы врача отвечает с большой задержкой, односложно, с трудом понимает смысл задаваемых вопросов. Вот отрывок из записи разговора с больным.

Врач: скажите, как Вас зовут?

Больной молчит. После трехкратного повторения вопроса тихим голосом отвечает: Павел.

Врач: (слегка трясет больного за плечо) голова у Вас болит?

Больной: (после паузы)...голова ...Нет, не болит....

Врач: давно Вы находитесь в больнице?

Больной не отвечает даже после неоднократного повторения вопроса.

Врач: Вы хотите пойти домой?

Больной: хочу...

Спустя три недели после поступления больного в стационар состояние его значительно улучшилось, он стал живым, общительным, охотно беседовал с врачом. О предыдущем периоде болезни у него остались смутные воспоминания.

Что это такое?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

У больного имеется помрачение сознания в форме оглушения. Характерно то, что слабые раздражители (вопросы, задаваемые тихим голосом, не относящиеся непосредственно к больному событиям в отделении и пр.) не доходят до его сознания. Получить у него адекватную реакцию можно лишь, применив более сильный раздражитель: нужно повторить несколько раз вопрос громким голосом, потрясти за плечо. Внешний вид больного также соответствует оглушению сознания - он пассивен, выражение лица тупое, малоосмысленное, мимика бедная. Амнезия острого периода болезни, обнаружившаяся у больного после улучшения его состояния, подтверждает факт помрачения сознания.

22. ОНЕЙРОИДНЫЙ СИНДРОМ

Онейроид (сновидное, фантастически-бредовое помрачение сознания) выражается в причудливой смеси фрагментов отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких, чувственно-пластических, фантастических представлений. Больной полностью отрешен от окружающего, наблюдается изменение самосознания (перевоплощение), а также диссоциация между последовательно развивающимися, как в сновидении, фантастическими событиями и внешней неподвижностью или бессмысленным возбуждением.

Больные в этом состоянии совершают межпланетные путешествия, оказываются среди жителей Марса, ведут с ними сражения, собирают на Луне необычные драгоценные камни. Другие проносятся над неведомыми городами, оказываются на улицах среди их жителей, участвуют в заговорах и восстаниях. Тре-

тьи руководят морскими сражениями с пиратами, преследуют Летучего голландца. Четвертые бродят среди доисторических существ, оказываются в толпе жителей Древнего Рима, попадают в рай или ад. Пятые присутствуют при всеобщей катастрофе - разрушении зданий, гибели городов, смерти миллионов людей, извержении вулканов, землетрясении, мировых войнах и катаклизмах, столкновении планет. Одно фантастическое событие вырастает из другого. В соответствии с содержанием грез воспринимается и окружающая обстановка, больные и персонал. Они, как и сам больной, становятся участниками совершающихся событий.

При полном развитии онейроида сознание совершенно поглощается наплывом образных представлений: «Образы всех чувств переносят во внешний мир и драматизируют самое субъективное по своей сущности» [Griesinger W., 1886]. Воображение больных доходит до степени созерцания [Maudsley H., 1871]. Вследствие внутренней сосредоточенности восприятие впечатлений внешнего мира почти полностью прекращается, за исключением того, что связано с грезами больных, похожими на сновидения [Krafft-Ebing P., 1897]. При таком бурном непроизвольном фантазировании всегда бывает псевдогаллюцинирование [Кандинский В.Х., 1890].

В отличие от делирия, при котором галлюцинаторные сцены возникают в реальном пространстве, при онейроиде грезоподобные события разыгрываются, как сновидения и псевдогаллюцинации в субъективном мире представлений и фантазий. При делирии больной противопоставляет себя галлюцинаторным образам, сознание личности не нарушается, как при онейроиде, когда наплыв фантастических бредовых представлений особенно резко расстраивает самосознание. Образование ассоциаций (образных) при онейроиде более последовательное, чем при делирии. При делирии одни чувственно-конкретные видения бессвязно сменяются другими; при онейроиде одно призрачное событие вытекает из другого.

Если при делирии поведение соответствует содержанию галлюцинаций и бреда, то при онейроиде больные остаются неподвижными, малоподвижными или однообразно и бессмысленно возбужденными, в то время как в разыгрывающихся в их воображении событиях они совершают ряд последовательных

поступков. Выражение лица при онейроиде, в противоположность постоянно меняющемуся при делирии, однообразное, застывшее, отсутствующее, порой они производят впечатление «очарованных», иногда восторженное, отдельные высказывания патетические. Часто это состояние сопровождается безмолвием, внешней безучастностью.

Воспоминания о субъективных явлениях во время онейроидного помрачения сознания сохраняются с гораздо большими подробностями и последовательностью, чем при делирии.

Онейроидный синдром встречается при шизофрении, возможно развитие онейроидного синдрома при острых алкогольных, симптоматических и сосудистых психозах, эпилепсии, изредка - при сенильных психозах.

ЗАДАЧА.

Больная С., 25 лет, бухгалтер. В течение трех недель пребывания в психиатрической больнице состояние было следующим. Одинока, ни с кем не общается. Целыми днями сидит в углу палаты, ни к чему не проявляет интереса, выражение лица отсутствующее, взгляд устремлен в одну точку. Временами без видимого повода начинает громко смеяться. Привлечь внимание больной удается с большим трудом. На короткое время пробуждается как ото сна, дает несколько односложных ответов на вопросы, а затем вновь погружается в прежнее состояние. Удастся выяснить, что больная не знает, где она находится, потеряла счет времени. Видит перед глазами людей в белой, красной одежде, которые говорят что-то непонятное. К концу третьей недели состояние больной значительно улучшилось. Она рассказала, что все это время жила в мире сказочных грез. Казалось, что она находится на берегу моря, волны с ревом набегают на берег. Она лезет на высокую гору, по ущелью двигаются автомобили с зажженными фарами. Вокруг - домики, похожие на китайские фанзы, люди, говорящие на китайском языке. Вот она идет по лесу, перед ней большая труба из человеческих голов. Труба превращается в змею, у нее загораются два ярких глаза. Страха при этом не испытала, было очень интересно. Больная помнит обо всем пережитом, но все вспоминается как сон - виденного так много, что «всего не перескажешь»

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

Описанное состояние у больной явно сновидное, грезоподобное. Образно говоря, это сновидение наяву, фантастические грезы, целиком овладевающие сознанием больной. Отрешенность от реального мира, уход в мир фантастических внутренних переживаний отражается и в поведении больной, в выражении ее лица. Последнее нужно особенно подчеркнуть, так как выявление онейроидных переживаний в остром периоде психоза часто бывает затруднительно в связи с недоступностью больных контакту. Больная была дезориентирована в месте и времени, отрешенность от реального мира здесь полная. Такой онейроид называют истинным. Необходимо обратить внимание на тот факт, что при глубоком нарушении сознания не возникает амнезии пережитого, и больная в состоянии описать свои переживания, имевшие место на высоте приступа болезни.

Это онейроидный синдром.

23. СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОГО АВТОМАТИЗМА (КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО)

Синдром Кандинского-Клерамбо (синдром психического автоматизма) - совокупность взаимосвязанных симптомов (псевдогаллюцинаций, бреда преследования и воздействия, чувства овладения и открытости). Для него типичны отчуждение, утрата принадлежности себе собственных психических актов, чувство постоянного влияния действующей извне посторонней силы.

Проявления синдрома психического автоматизма разнообразны. *Ассоциативный автоматизм* - насильственно возникающий наплыв мыслей, мышление помимо воли, непроизвольный наплыв образов (все это относится к ментизму); возникновение чужих, «сделанных» мыслей, «подстроженных» представлений; повторение окружающими мыслей больных; известность всех мыслей, даже самых интимных, другим людям (симптом открытости); «отнятие» мыслей, их насильственное прерывание; насильственное вызывание, «сделанные» образные воспоминания (симптом разматывания воспоминаний); «показ» сновидений («сделанные» сновидения); звучание или звучащее повторение собственных или «сделанных» мыслей (эхо мысли), превращение мышления во внутреннюю речь. Больные мысленно общаются со своими преследователями, они ведут с ними дис-

куссии, протестуют, получают ответы в виде беззвучных, «шепотных» или «громких» мыслей, внутренних «голосов». К ассоциативному автоматизму относятся все виды псевдогаллюцинаций, а также переживание отчуждения эмоций - собственные чувства, настроение не возникают; воздействием извне вызывается радость, печаль, гнев, волнение, страх.

Сенестопатический автоматизм выражается в разнообразных крайне неприятных, тягостных ощущениях, сопровождаемых чувством, что они вызваны специально с целью воздействия. Преследователи устраивают жжение, леденящий холод, давление, половое возбуждение, урчание кишок, останавливают акт дефекации, мочеиспускания или, наоборот, провоцируют позывы к тому или другому. К этому же виду автоматизма относятся псевдогаллюцинации обоняния и вкуса.

Кинестетический автоматизм - отчуждение движений и действий. У больных возникает убеждение, что все совершаемые ими движения и действия осуществляются не по собственной воле, а в результате воздействия со стороны. Под влиянием извне поднимаются руки, скашиваются глаза, поворачивается голова. К этому же виду автоматизма относятся и речедвигательные псевдогаллюцинации, «сделанный» речевой акт.

Все явления психического автоматизма обычно сопровождаются систематизированным бредом преследования и воздействия. Больные больше не принадлежат себе - они во власти своих преследователей, они марионетки, игрушки в их руках (чувство овладения), они находятся под постоянным влиянием организаций, агентов, научно-исследовательских институтов. Их лишают воли, действуя лучами, гипнозом, электрическим током, атомной энергией, космическими лучами, ультразвуком, делают им мысли, чувства, ощущения, движения (бред воздействия). При помощи телевизора, радиолокации, магнитофона записываются мысли, ведется наблюдение. Все действия больных, даже самые интимные, видимы преследователям. Они своими аппаратами вызывают боль, порчу органов, ослабление половой силы, лишают способности к деторождению, вызывают рак, саркому. Преследователи превращают больных в животных, существа другого пола, неодушевленные предметы. Больные чувствуют, как у них вырастает шерсть, щетина, перья (бред метаморфозы). Другие больные утверждают, что в них вселили

живое, отвратительное, иногда фантастическое существо - животных, дьявола, нафаршировали их микробами, вирусами (бред одержимости). Иногда воздействие производится с благожелательной целью, с намерением перевоспитать, укрепить, излечить (бред благожелательного воздействия).

Психический автоматизм может также сопровождаться бредом двойника - утверждением существования абсолютно похожего с больным человека или даже нескольких лиц.

При синдроме Кандинского-Клерамбо часто бывают псевдогаллюцинаторные воспоминания. Они заключаются во внезапном (с чувством, что забвение прошло) появлении образного, конкретного во всех деталях, достигающего интенсивности зрительной псевдогаллюцинации ложного воспоминания о событиях, якобы происшедших в далеком прошлом и с тех пор прочно забытых. Подобное псевдогаллюцинаторное воспоминание входит составной частью в бредовую систему.

Синдром Кандинского-Клерамбо нередко сопровождается транзитивизмом. Это убеждение больных, что не только они слышат внутренние «голоса», ощущают воздействие, но и их близкие, родные, окружающий персонал; что не они испытывают постороннее влияние, а персонал, члены их семьи; больны не они, а их родственники, врачи.

Синдром Кандинского-Клерамбо чаще всего встречается при шизофрении, редко – при эпилепсии, черепномозговых травмах, сосудистых психозах (в виде отдельных компонентов на высоте психоза).

ЗАДАЧА

Больная Т. 22 лет, инвалид II группы. В отделении большую часть времени лежит, закрывшись с головой одеялом, что-то шепчет, улыбается. В разговор вступает неохотно. Удастся выяснить, что больная непрерывно слышит «голоса» большой группы людей, которые «прикрепляются» к ее голове с помощью каких-то аппаратов. Людей этих больная никогда не видела, но по их разговорам поняла, что они только и делают, что «занимаются половой жизнью». Головы этих людей связаны с ее головой, и потому она может обмениваться с ними мыслями. Такое состояние больная называет «гипнозом». Чувствует, как эти люди действуют на ее половые органы, «используют, как жен-

щину», превращают в гермафродита, изменяют ее настроение, извращают вкус и запах пищи, превращают его в запах грязного человеческого тела, могут отнять у больной все мысли - «пустая голова и все». Уверена, что обладатели «голосов» превратили ее и всех других людей в роботов.

Какой это синдром?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

В психопатологии описанного состояния у больной преобладают явления сенестопатического автоматизма. Некие люди, по мнению больной, изменяют ее телесные ощущения: действуют на половые органы, делают неприятные запахи, меняют вкус пищи. Имеются также и симптомы идеаторного (ассоциативного) автоматизма, такие как симптом отнятия мыслей, ощущение непроизвольного изменения своего настроения, насильственный обмен мыслями с воображаемой группой людей. Все это сочетается с псевдогаллюцинациями, бредом физического и гипнотического воздействия.

Это синдром Кандинского-Клерамбо.

24. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Состояние общей психической беспомощности со снижением памяти, ослаблением понимания, недержанием аффектов (триада Вальтер-Бюеля). У больных нарушается способность к запоминанию, наблюдается крайняя рассеянность; нередко выпадают воспоминания ближайшего прошлого, уменьшаются объем и четкость восприятий, оскудевают представления и понятия. Больные становятся бестолковыми, обнаруживают слабость суждения, нарушения адаптации. Ассоциативные процессы замедлены, наблюдаются персеверации (застревание мыслей). Аффекты крайне изменчивы, нередко бывает повышенная раздражительность, доходящая иногда до приступов ярости. При аффективной лабильности в одних случаях преобладает эйфория, в других - депрессия, довольно часто наблюдается слабость побуждений. В легких и среднетяжелых случаях психоорганического синдрома, наряду с описанными симптомами, могут возникать бредовые идеи и вербальные галлюцинации. Критическое отношение больных к своему состоянию часто пол-

ностью отсутствует, но порой оно в некоторой или даже в значительной мере сохраняется.

Описанные общие изменения психической деятельности нередко сочетаются с очаговыми церебральными (неврологическими) расстройствами (афазия, агнозия, параличи и др.). Кроме того, сам психоорганический синдром в ряде случаев включает и локальные мозговые психические расстройства. В связи с этим весьма условно выделяют лобный, стволочный и другие синдромы.

При поражении лобной доли, наряду с другими проявлениями психоорганического синдрома, обнаруживается полная потеря побуждений, отсутствие инициативы, адинамия, апатия, иногда акинезия и молчаливость (апатико-абулический синдром). Такому состоянию нередко предшествует или его сменяет противоположное состояние: с повышением влечений, аморальными поступками, потерей критики, эйфорией, склонностью к грубым шуткам, выраженным нивелированием индивидуальных свойств личности (мория).

При поражении ствола мозга отмечается торможение влечений и аффектов, тугоподвижность психической деятельности (брадифрения). Возможны и противоположные изменения - повышение влечений, импульсивные поступки, аффективная возбудимость.

Поражение межучочного мозга сопровождается потерей психической энергии, постоянной усталостью, апатией, депрессией, сонливостью. Однако в некоторых случаях наблюдаются полярные расстройства - эйфория, дисфория, грубые проявления аффектов и влечений. В зависимости от особенностей заболевания при поражении данной области могут возникать соответствующие эндокринные и обменные нарушения.

Очаговая специфичность описанных расстройств очень относительна. Ее следует рассматривать не в узлокальном, а в функционально-биологическом аспекте [Walther-Buel H., 1951].

Психоорганический синдром развивается в результате, как явствует из названия, органического поражения головного мозга. В зависимости от природы этого поражения, оно может возникнуть остро (травма, инсульт), сменить состояние помрачения сознания (тяжелые интоксикации, гипоксия), но чаще развивается постепенно (опухоль мозга и др.). Дальнейшая его динамика

также различна и зависит от вида заболевания: может наступить значительное улучшение, в исключительных случаях почти до полного восстановления психических функций, или состояние затягивается, становится хроническим. При прогрессировании органического поражения мозга общая психическая беспомощность углубляется, достигая степени слабоумия.

ЗАДАЧА.

Больной А., 52 лет, рабочий. В течение многих лет состоит на учете в психоневрологическом диспансере. Начало своего заболевания связывает с контузией головного мозга, полученной во время службы в армии. Жалуется на частые головные боли давящего характера, слабость, быструю утомляемость, раздражительность. Дома нетерпим. В каждом слове жены видит обидный для себя намек, проявление неуважительного к себе отношения, шумная возня детей вызывает реакцию крайнего раздражения. Однажды устроил скандал в трамвае из-за того, что его несколько раз подряд попросили передать деньги на билет, грубо ругался, замахивался на пассажиров. Был доставлен в отделение милиции, где плакал навзрыд, просил прощения. На приеме в диспансере настроение у больного подавленное, волнуется, на глазах слезы, лицо покрывается красными пятнами. Отлично понимает болезненный характер своей неуравновешенности, жалеет жену и детей, просит помочь ему, назначить какое-нибудь успокаивающее средство. При специальных расспросах удалось выяснить, что при ходьбе больной нередко ощущает «покачивание» пола под ногами; при этом возникает впечатление, что сам он становится необычно легким, ноги как ватные. Лежа в постели, несколько раз чувствовал, будто бы он вместе с кроватью качается, «как на волнах», поднимается вверх или же потолок опускается на него. Несколько раз возникало ложное ощущение, что ноги у него становятся очень длинными. Рассматривал их, щупал - все было в порядке, но ощущение удлинения конечности, не исчезало. Однажды в связи с этим даже не рассчитал свои возможности и попытался перешагнуть большую лужу, но попал в воду. Отмечает у себя тревожный сон с кошмарными сновидениями. Несколько раз в полутемной комнате вечером видел у себя перед глазами маленьких пляшущих человечков - наподобие представления в ку-

кольном театре. Страха при этом не испытывал, было даже интересно - все это воспринимал словно бы «игру воображения». В темной комнате иногда кажется, что мимо него бесшумно проходит человеческая тень.

Что это такое?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА.

Описанный синдром сложен, он включает много различных элементов-симптомов. Для того, чтобы наиболее полно охарактеризовать описанное состояние, нужно обратить особое внимание на симптомы, присутствие которых с большой степенью вероятности указывает на органический характер поражения центральной нервной системы. Сюда относятся вестибулярные симптомы, нарушение восприятия пространства - оптико-вестибулярные расстройства («покачивание» пола под ногами, потолок опускается, больной чувствует себя легким, он словно парит в пространстве - все эти симптомы напоминают ощущения людей в состоянии невесомости). Сюда же относятся нарушения схемы тела (ноги «удлиняются»), встречающиеся чаще всего при поражении коры правой теменной доли и дизэнцефальной области (М.О. Гуревич). Наконец, своеобразные зрительные галлюцинации, возникающие в затемненном помещении и напоминающие «игру воображения», встречаются при поражении ретикулярной формации головного мозга (педункулярный галлюциноз Лермитта). Все эти симптомы, сочетаясь, образуют психоорганический синдром.

25. СУМЕРЕЧНОЕ СОСТОЯНИЕ СОЗНАНИЯ

Сумеречное помрачение сознания. Это расстройство наступает внезапно, обычно ненадолго и столь же внезапно кончается, вследствие чего его называют транзиторным, скоропроходящим. Для этого синдрома типично сочетание глубокой дезориентировки в окружающем с развитием галлюциноза и острого образного бреда, аффектом тоски, злобы и страха, неистовым возбуждением или внешне упорядоченным поведением.

Под влиянием бреда, галлюцинаций и напряженного аффекта больной внезапно совершает чрезвычайно опасные поступки: зверски убивает или калечит принятых за врагов близких родственников, посторонних людей; в силу охватившей его ярости

бессмысленно разрушает все, что попадает под руку, с одинаковой злобой крушит одушевленное и неодушевленное.

Приступ сумеречного помрачения сознания кончается нередко с последующим глубоким сном.

Воспоминания о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют, отношение к совершенному, иногда тяжелому преступлению (убийство родных, детей) - как к чужому, а не к собственному поступку. При сумеречном помрачении сознания отсутствуют воспоминания не только о реальных событиях, но в противоположность делирию и онейроиду, и о субъективных переживаниях. В отдельных случаях сумеречного помрачения сознания содержание бреда и галлюцинаций сохраняется в первые минуты после его окончания, но в последующем полностью забывается (ретардированная, запаздывающая амнезия).

Выделяют следующие варианты сумеречного помрачения сознания.

Бредовой вариант. Поведение больного внешне упорядоченное, однако обращает на себя внимание отсутствующий взгляд, особая сосредоточенность и молчаливость. Совершаемые больными в этом состоянии общественно опасные действия могут производить впечатление заранее обдуманых и подготовленных. При прояснении сознания больные относятся к совершенным ими поступкам, как к чуждым их личности. При тщательном расспросе можно получить сведения о бредовых переживаниях в периоде помрачения сознания.

Галлюцинаторный вариант сопровождается преобладанием галлюцинаторных переживаний, выраженным состоянием возбуждения с разрушительными тенденциями, агрессией.

Глубина сумеречного помрачения сознания может колебаться в значительных пределах. В ряде случаев у больных сохраняется элементарная ориентировка в окружающем, они узнают близких им людей, обнаруживаются фрагменты самосознания. Бред, галлюцинации могут отсутствовать или возникать в виде мимолетных эпизодов. Выражен аффект злобы и страха. Такой тип помрачения сознания называется *ориентированным (дисфорическим) сумеречным помрачением сознания*.

Сумеречное помрачение сознания встречается чаще всего при эпилепсии, травматических поражениях мозга, органических

поражениях мозга, протекающих с эписиндромом, реже – при острых симптоматических, в т.ч. интоксикационных психозах.

ЗАДАЧА.

Больной К., 36 лет, работник милиции. Был доставлен в судебно-психиатрическое отделение больницы из камеры предварительного заключения. Всегда был исполнительным, трудолюбивым и дисциплинированным человеком. Однажды утром, как обычно, собрался на работу, взял оружие, но вдруг с отчаянным криком: «Бей бандитов!» выбежал на улицу. Соседи видели как он с пистолетом в руках, продолжая что-то кричать, бежал вдоль квартала. Тут же раздались выстрелы. Обеспокоенные случившимся, соседи вызвали наряд милиции. Больной был задержан в соседнем квартале, при этом оказал бурное сопротивление. Был он возбужден, бледен, продолжал выкрикивать угрозы в адрес «бандитов» Недалеко от него на земле лежали трое раненых - случайных прохожих. Спустя примерно час больной очнулся в отделении милиции. Он долго не мог поверить, что им совершено тяжкое преступление. Помнил, что был дома, но последующие события полностью выпали из памяти его. Убедившись в реальности произошедших событий, дал реакцию глубокого отчаяния, упрекал себя в содеянном, пытался покончить жизнь самоубийством.

Что за состояние было у больного?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

Описанное состояние отвечает всем основным признакам сумеречного расстройства сознания. Оно началось внезапно, длится недолго, закончилось критически с последующей полной амнезией всего периода помрачения сознания. О переживаниях больного в этот период можно догадываться лишь по его поведению. Последнее свидетельствует о том, что расстройство сознания сочеталось с ярким чувственным бредом, возможно, наплывом галлюцинаций. Все это сопровождалось сильнейшим аффектом гнева, ярости и бессмысленными агрессивными действиями. Наличие галлюцинаторно-бредовых переживаний и психомоторного возбуждения отличают этот тип сумеречного состояния сознания от амбулаторного транса.

26. АМБУЛАТОРНЫЙ АВТОМАТИЗМ

Сумеречное помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций носит название *амбулаторного автоматизма*. Страдающие этим расстройством совершают автоматизированные движения и действия. Например, выйдя из дома с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятно для себя оказываются в противоположном конце города. Во время такого бессознательного путешествия они механически переходят улицу, едут на городском транспорте, отвечают на несложные вопросы, производят впечатление несколько растерянных, погруженных в свои мысли людей. Кратковременные амбулаторные автоматизмы носят названия фуги (минуты), транса (от минут до нескольких суток). Амбулаторные автоматизмы, возникающие во время сна, называют сомнамбулизмом или лунатизмом.

ЗАДАЧА.

Больной Ж., 18 лет, учащийся колледжа. С 10-летнего возраста страдает эпилептическими припадками. Однажды утром отправился на прием к врачу в психоневрологический диспансер и исчез. Несмотря на организованные поиски, обнаружить больного нигде не удалось. Спустя три дня вернулся домой. Он был оборванным, замерзшим, без пальто. Вел себя странно: не говорил ни слова, не отвечал на вопросы, все время смотрел в потолок. Ночью совсем не спал. На следующий день стал разговаривать, узнавал своих родственников. Постепенно состояние улучшилось, и больной рассказал следующее: «Помню, как пошел в диспансер за лекарствами. Потом не помню ничего до-тех пор, пока не почувствовал под ногами железнодорожные рельсы. Помню, что проходил мимо какой-то будки, все время повторял про себя: до Челябинска 10 километров, 10 километров. После этого опять ничего не помню. Пришел в себя где-то около Челябинска. Я сидел у речки под мостом и мыл ноги, которые почему-то были красными и горели. Я чего-то сильно боялся. Думал: скоро приду домой и расскажу все родителям. Потом опять ничего не помню». Знакомые рассказали родителям, что видели их сына через день после его исчезновения из дома на берегу озера километров за 10 от города. Он показался им несколько странным, задумчивым, в ответ на приветствие знакомых рассеянно кивнул им и пошел дальше.

Что это за состояние?

ОБРАЗЕЦ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА

Данное состояние представляет собой один из вариантов сумеречного расстройства сознания - амбулаторный транс. Действия больного, внешне довольно упорядоченные, по существу, выходят из-под контроля сознания, становятся бесцельными, бессмысленными, автоматическими. Внимание, его охватывает лишь узкий круг случайных предметов и впечатлений из внешнего мира. Все же остальное проходит мимо больного или воспринимается им смутно, фрагментарно, «как в сумерках». Отсюда происходит и название данного синдрома. Вместе с тем, все психические, процессы эмоционально ярко окрашены (непонятное чувство страха). Сумеречное состояние сознания возникает неожиданно, внезапно и длится обычно от нескольких часов до нескольких дней. Весь период болезненного состояния амнезируется полностью или частично. Это и наблюдалось у описанного больного.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном учебном пособии представлены задачи по всем психопатологическим синдромам, изучение которых входит в курс психиатрии для студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультета.

В учебном пособии значительное внимание уделяется изложению психопатологических синдромов, которые являются основой психиатрической диагностики. Для каждого синдрома в пособии сформулирована задача, представляющая классический клинический случай из психиатрической практики.

Принимая во внимание, что это прежде всего учебное пособие, за каждой формулировкой задачи приведен образец правильного ответа.

Данное учебное пособие будет достаточно полезным для самостоятельной работы студентов, для работы на практическом занятии и для подготовки к экзаменам.

Список литературы.

1. Бухановский А.О. и др. Общая психопатология: Пособие для врачей. – Ростов н/Д., 2000. – 416с.
2. Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А.Б.Смулевича. – М., 1997. – 318с.
3. Дикая В.И. Клинико-психопатологические разновидности острого синдрома Кандинского-Клерамбо при шизофрении // Журн.невропатологии и психиатрии.- 1985.- т. 85, №8. – С.1200 – 1206.
4. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988. – 264с.
5. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы. – М.: Медицина, 1975. – 184с.
6. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: «Медицина», 1999. – 737с.
7. Семке В.Я. Истерические состояния. – М.: Медицина, 1988. – С.224.
8. Циркин С.Ю. Клинические особенности синдрома Кандинского-Клерамбо у больных шизофренией и вопросы прогноза // Журн. Невропатологии и психиатр. – 1980. – т. 80, №5. - С. 731-737.

Шадрина Ирина Владимировна
Сборник ситуационных задач
по психиатрии
(Учебное пособие для студентов
лечебного, педиатрического,
стоматологического факультетов)