

**ГАНЗИН И.В.**

# **ПСИХИАТРИЯ**

- **ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ**
- **ЧАСТНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ: КЛИНИКА  
И ДИАГНОСТИКА**
- **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ  
(СУДЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ, ВОЕННАЯ, МЕДИКО-  
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ)**
- **КЛИНИЧЕСКАЯ (ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ)  
ЛИНГВИСТИКА**
- **ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ**

*Руководство для студентов  
психологических вузов*

Симферополь  
2013

**УДК:616.89-159.9:615.8.-343.963.**

**ББК: 52.5**

**Г 573**

**Рецензенты:**

**Чабан О.С.** — заведующий отделом пограничных состояний и соматоформных расстройств Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, д.м.н., профессор, профессор кафедры общей и медицинской психологии и педагогики Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца МЗ Украины.

**Смайлова С.А.** — доцент кафедры психологии Крымского факультета ДВНЗ «Запорожский национальный университет», кандидат психологических наук.

**Ганзин.И.В.**

**Г 573 Психиатрия.** Руководство для студентов психологических вузов. — Симферополь: Таврия, 2013. — 380 с.

**ISBN 978-966-97359-1-1**

УДК:616.89-159.9:615.8.-343.963.

ББК: 52.5

Монография включает 5 больших разделов: вопросы общей и частной психопатологии, изложенные для специалистов немедицинского профиля, оригинальные авторские разработки по вопросам психологических экспертиз, основы психосоматики и материалы, отражающие принципиальные моменты клинической (психиатрической) лингвистики.

Руководство предназначено для широкого спектра специалистов: психиатров, клинических психологов, экспертов, социальных работников, педагогов.

ISBN 978-966-97359-1-1

© И.В. Ганзин, 2013

© ООО «Украинский центр информации  
и издательского дела “Таврия”», 2013

# РАЗДЕЛ I

## ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

#### 1. Определения. Виды экспертиз

*Экспертиза* (от лат. *expertus* — опытный, сведущий) — это специальная форма анализа данных, проводимая по установленной форме и соответствующая выработанным требованиям. Экспертиза производится по вопросам, возникающим в правоотношениях между субъектами права, с целью разрешения спорных ситуаций, установления интересующих фактов. Экспертиза проводится специально привлекаемым для этого лицом — экспертом, обладающим специальными знаниями, которыми её инициаторы не обладают.

*Психологическая экспертиза* — это комплексное психологическое обследование человека, в котором решающую роль играет заключение психолога-эксперта, отвечающего на определенный ясно сформулированный практический вопрос. Круг этих вопросов может быть достаточно широким: от различных проблем судебной экспертизы, до решения вопросов о пригодности личности к выполнению тех или иных работ или проведения психологической экспертизы новой компьютерной игры или художественного произведения.

Настоящий предмет предполагает изучение *четырёх основных видов психологических экспертиз и их применение в клинике наиболее распространенных психических расстройств:*

- комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза;
- психологическая военная экспертиза;
- психологическая экспертиза в медико-социально-экспертной комиссии;
- медико-психолого-педагогическая комиссия.

## 2. Психологическая экспертиза в судебно-психиатрической практике

### 2.1. Задачи экспериментально-патопсихологического исследования.

Прежде всего, необходимо определиться в дефиниции таких дисциплин, как патопсихология и психопатология. *Патопсихология* — это раздел психологии, изучающий закономерности протекания и особенности структуры нарушений психической деятельности. *Психопатология* — клиническая дисциплина, выявляющая закономерности проявлений (феноменологии) нарушенных психических процессов с описанием поведенческих проявлений в виде клинических симптомов и синдромов.

Одним из наиболее эффективных параклинических методов психиатрии, важных для экспертных вопросов, является экспериментально-психологическое исследование психики человека.

*Основными задачами экспериментально-психологического исследования в рамках судебно-психиатрической экспертизы являются:*

1. предоставление дополнительных патопсихологических данных в целях дифференциальной диагностики.

Выделены специальные патопсихологические симптомокомплексы — совокупность особенностей и нарушений познавательных процессов, относительно специфичных для той или иной патологии клинической нозологии, имеющих в своей основе определенные психологические механизмы. Описаны три основных патопсихологических симптомокомплекса: для больных шизофренией, при органических психических расстройствах и при психопатиях (расстройствах личности).

2. установление степени выраженности (глубины) имеющихся у испытуемого психических расстройств.

Решение этой задачи включает выявление следующих обязательных компонентов:

- общий уровень развития познавательной сферы;
- объем общих сведений и знаний испытуемого;
- принципиальная способность испытуемого ориентироваться в практических, житейских ситуациях;
- степень обучаемости;
- уровень развития эмоционально-волевых структур.

*Дополнительные задачи экспериментально-психологического исследования:*

1. Выявление структуры нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности.

Данный вопрос требует решения в рамках системно-структурного анализа психической деятельности, предполагающего выявление качественных особенностей отражательных и регуляторных структур, соотношения их сохранных и наружных компонентов, что чрезвычайно важно для решения экспертных вопросов, так как не существует однозначной корреляции между диагнозом и экспертным заключением. [9; 26; 85]

2. *Определение установок испытуемых* по отношению к патопсихологическому обследованию и к ситуации экспертизы в целом.

Выделяют следующие варианты установок:

— *симуляция* — осознанная и целенаправленное предъявление несуществующих признаков психических расстройств;

— *аггравация* — осознанное преувеличение незначительно выраженных психических изменений;

— *метасимуляция* — осознанное предъявление симптоматики перенесенного ранее психического расстройства, которым к моменту исследования подэкспертный уже не страдает;

— *сюрсимуляция* — ситуация, при которой подэкспертный действительно страдает каким-либо психическим заболеванием, но предъявляет картину другого, несвойственного ему психического расстройства;

— *диссимуляция* — это сокрытие или утаивание психически больным проявлений своего болезненного состояния.

По результатам экспериментально-психологического исследования *составляется заключение*, в котором должны быть отражены следующие моменты:

1. Общее введение: особенности поведения испытуемого в исследовании и в беседе, понимание им целей экспертизы, психологические аспекты внутренней картины болезни, актуальные установки, планы на будущее, жалобы.

2. Особенности деятельности испытуемого в экспериментальной ситуации: понимание и усвоение инструкций, особенности выполнения заданий, реакция на успех и неуспех, на корректирующие замечания, помощь. Здесь же можно отразить особенности умственной работоспособности, внимания.

3. Данные об уровне развития различных сторон памяти, об особенностях и нарушениях мнестических процессов.

4. Данные об особенностях ассоциативных процессов.

5. Данные об уровне развития интеллекта, об операциональных, динамических и мотивационных нарушениях процесса обобщения и абстрагирования, о расстройствах логики и особенностях других сторон мыслительной деятельности.

6. Данные об особенностях личности, эмоционально-волевой сферы, смыслового восприятия, самосознания.

7. Резюмирующая часть: обобщения экспериментальных данных об особенностях и нарушениях познавательной деятельности и личностной сферы и результатов наблюдений при исследованиях. Форма представления обобщенных патопсихологических данных должна определяться тем, какого рода затруднения испытывает эксперт-психиатр при решении им диагностических и экспертных вопросов и соответственно задачей, которую он ставит перед психологом. [70; 85]

## *2.2. Принципы патопсихологического исследования.*

Целью исследования является выделение наиболее важных нарушений или первичных главных факторов в основе синдрома, а затем вторичных или системных последствий этих нарушений. Таким образом, достигается основная цель научного исследования — объяснение фактов и одновременно сохранение всего богатства материала. Зейгарник Б.В. описала *следующие этапы работы психолога при проведении исследования:*

Знакомство с историей болезни.

Проведение психологического исследования, в процессе которого заочное представление о человеке верифицируется и представляется.

Сопоставление полученных данных с имеющимися знаниями о типичных для этой группы больных вариантах динамики личностных изменений и особенностей психики. При этом единичные патопсихологические симптомы группируются в патопсихологические симптомокомплексы, свойственные тому или иному психическому расстройству.[49]

Для решения дифференциально-диагностических задач в настоящее время используется *стандартный набор патопсихологических методик. В него входят:*

А) исследования умственной работоспособности и внимания (отсчитывание; таблицы Шульце (чёрно-белые и цветные); счёт по Крепелину; корректурная проба Бурдона);

Б) Исследования памяти (узнавание предметов; запоминание 10 слов; опосредованное запоминание по Леонтьеву; пиктограмма; запоминание коротких рассказов, картинок; пробы на опознание запоминаемых предметов);

В) Исследование ассоциативной сферы (ответные ассоциации; свободные ассоциации; тематические ассоциации; пиктограмма);

Г) Исследование мыслительной деятельности (исключение предметов; классификация предметов; исключение понятий; сравнение понятий; признаки понятий; простые и сложные аналогии; объяснение пословиц и метафор; последовательные картинки; сюжетные картинки; проба Эббенгауза; незаконченное предложение; пробы на чувствительность к логическим противоречиям);

Д) Исследование индивидуальных психологических особенностей (различные самооценочные шкалы: по Дембо-Рубинштейн, САН, ПДО; проективные и полупроjektивные тесты: ТАТ, Роршах, тесты Розенцвейга, Вагнера, рисуночные методики; личностные опросники: ММРІ, опросник Кеттела).

При определении уровня психического развития подэкспертных с интеллектуальной недостаточностью, а также малолетних и несовершеннолетних к этому списку необходимо добавить:

— исследование организации интеллектуальной деятельности, конструктивного праксиса, обучаемости (последовательные картинки, кубики Кооса, доски Сегена с введением элементов обучающего эксперимента);

— исследование общего уровня познавательной деятельности (опрос по общей осведомленности, практической ориентации, ориентации в социально значимых ситуациях с возможным использованием вопросов теста Векслера; пробы на сформированность основных автоматизированных навыков чтения, письма, счёта).

Существует ряд особенностей применения психодиагностических методик в клинике:

Предпочтительным является качественный анализ данных, который должен дополнять психометрические средства.

Применение каждой методики целесообразно дополнять расспросом, выясняющим ход рассуждений больного, его отношения к происходящему, преобладающие мотивы действий.

Целесообразно использование методик, позволяющих исследовать сразу несколько психических функций, например, методика «Пиктограмма».

Допустима корректировка методик для уточнения диагностических гипотез.

Как правило, в процессе экспериментально-психологического исследования используется 5–10 методик. При подборе методик важно учитывать следующие факторы:

— цель исследования, определяемая задачами дифференциальной диагностики;

— образование больного, его жизненный опыт;

— особенности психического состояния и контакта с больным.

[85; 134]

*2.3. Организационно-правовые и методологические основы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.*

*Судебно-психологическая экспертиза — это система психологических исследований личности и деятельности подследственного для уточнения сведений, помогающих следствию, суду и перевоспитанию освидетельствуемых. Осуществляется специалистами-психологами.*

Экспертиза осуществляется в специализированных психиатрических учреждениях, в *отделениях трёх типов:*

1. Амбулаторной экспертизы

2. Стационарной экспертизы для лиц, не содержащихся под стражей

3. Стационарной экспертизы для лиц, содержащихся под стражей.

В качестве судебного эксперта психолога может выступать лицо, занимающее должность «медицинский психолог» в структуре вышеуказанных отделений, прошедшая специализированную подготовку по конкретной экспертной специальности.

*Эксперт-психолог обязан провести полное исследование представленных ему объектами материалов и дать обоснованное заключение по всем вопросам, входящим в его компетенцию, поставленным на разрешение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Безусловным является неразглашение данных предварительного расследования, сведений, полученных в ходе проведения экспертизы, а также неукоснительное соблюдение норм профессиональной этики.*



Основаниями производства экспертизы в экспертном учреждении является только постановление или определение о её назначении, вынесенные дознавателем, следователем, прокурором, судом или судьей.

#### *Классификация видов экспертиз.*

- По возможности непосредственного освидетельствования от экспертного лица: очная и заочная (в том числе и посмертная);
- По количеству лиц, участвующих в производстве экспертизы: единоличные и комиссионные;
- По месту и условиям проведения: амбулаторная, стационарная и проводимая в зале судебного заседания;
- По процессуальному положению подэкспертных лиц в уголовном процессе: обвиняемых (подозреваемых, подсудимых), свидетелей и потерпевших;
- Предметные виды экспертиз:
  - определение индивидуально-психологических особенностей обвиняемого и их влияния на его поведение во время совершения инкриминируемых ему деяний;
  - определение аффекта;
  - определение способности несовершеннолетнего обвиняемого во время совершения инкриминируемых ему деяний в полной мере осознавать фактический характер общественную опасность своих действий (бездействия), либо руководить ими вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством;
  - определение способности свидетеля или потерпевшего с учетом его психического состояния, индивидуально-психологических особенностей и уровня психического развития правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела и давать о них показания;
  - определение способности потерпевшего (чаще всего — жертв половых преступлений) с учетом его психического состояния, индивидуально-психологических особенностей и уровня психического развития понимать характер и значение совершаемых с ним действий и оказывать сопротивление виновному;
  - определение психического состояния лица, окончившего жизнь самоубийством;

— определение психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребёнка.

Полученные в ходе проведения психологической экспертизы сведения оформляются в форме экспертного заключения. В нём должны быть отражены:

- время и место проведения экспертизы;
- основания к производству экспертизы;
- сведения об органе или лице, назначившим экспертизу;
- сведения об экспертном учреждении и об экспертах, которым было поручено производство экспертизы;
- вопросы, поставленные перед экспертом или комиссией экспертов;
- объекты исследования, материалы дела;
- сведения об участниках процесса, присутствующих в производстве экспертизы;
- содержание и результаты исследований с указанием примененных методов;
- оценка результатов исследований, обоснование и формулирование выводов по поставленным вопросам;
- сведения о предупреждении экспертов об ответственности за дачу заведомо ложного заключения.

Объектом исследования эксперта-психолога является психическая деятельность подэкспертного лица в юридически значимых ситуациях.

Предметом исследования — закономерности и особенности структуры и протекания психических процессов, имеющих юридическое значение и влекущие определенные правовые последствия.

Специальные познания эксперта-психолога — это психологические, теоретические и методологические знания о закономерностях и особенностях протекания и структуры психической деятельности человека; знания, полученные в результате специальной подготовки и внедренные в практику судебной экспертизы, которые используются в процессуальных действиях. Юридическое значение имеет не диагностируемые экспертом общие психологические явления, а «экспертные» понятия.

*«Экспертные понятия»:*

- аффект (сильное душевное волнение);

— индивидуально-психологические особенности, оказывающие существенное влияние на поведение;

— ограниченная вменяемость.

Важным в уголовном процессе являются понятия невменяемости и ограниченной вменяемости.

*Невменяемость* — состояние лица, при котором оно не в состоянии осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, либо руководить ими, вследствие психического заболевания или иного болезненного состояния психики. В уголовном праве является основанием освобождение лица от уголовной ответственности и применение к нему медицинских мер принудительного характера. Невменяемость включает в себя два критерия: юридический и медицинский. Юридический — неспособность сформировать необходимое интеллектуальное и волевое отношение к совершаемому деянию. Медицинский (биологический) — наличие у лица, признаваемого медициной состояния расстройства психической деятельности, которое является причиной юридического критерия.

*Ограниченная вменяемость* — наличие у лица психического расстройства, однако оно не полностью утратило способность осознавать свои действия и руководить ими.

В гражданском процессе соответствующими являются понятия недееспособности и частичной (ограниченной) дееспособности.

*Недееспособность* — неспособность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их. Выделяют недееспособность в силу недостижения определенного возраста, либо вследствие психического расстройства. *Частичная (ограниченная) дееспособность* применяется к несовершеннолетним лицам с алкоголизмом и наркоманиями, с психическими расстройствами, когда нет основания для полного лишения дееспособности. По решению суда, данным лицам назначается попечитель (советчик).[9;14; 17; 20; 26; 45; 46; 55; 70; 72; 75; 85; 99; 112; 117;118; 134]

### 3. Военная медико-психологическая экспертиза

Значимым и прагматичным является использование психологического прогнозирования социального поведения личности. Учитывая, что воинская служба является деятельностью с чрезвычайно высоким и непрогнозируемым уровнем стрессогенности, важное значение приобретает проведение военной медико-психологической экспертизы.

*Военная экспертиза* осуществляется с целью пригодности к воинской службе как военнослужащих, проходящих службу по призыву, так и для лиц на контрактной (профессиональной) основе. Помимо этого, назначением экспертизы является определение рода войск с учетом индивидуальных психологических особенностей. Показанием к назначению военной медико-психологической экспертизы является развитие болезненных психических расстройств у военнослужащих в период прохождения службы. Задачами экспертизы в данном случае будет установление диагноза, прогнозирование особенностей протекания болезненного расстройства и определение возможности продолжения воинской службы данным лицом.

Военная медико-психологическая экспертиза проводится на базе специализированных отделений психиатрических клиник в стационарном и амбулаторном вариантах. Данная экспертиза носит комплексный характер (психиатрически-психологическая, при необходимости — сексологическая и наркологическая). Психологическую экспертизу осуществляет специалист-психолог с высшим образованием, занимающий должность медицинского психолога, прошедший специализированные курсы по военной экспертизе. Эксперт-психолог на предварительном этапе изучает всю документацию, касающуюся обследованного лица (военное дело, медицинская документация, характеристики). Затем проводится стандартное экспериментальное патопсихологическое исследование. Используется широкий набор тестовых методик, так как экспертиза призывников предполагает сплошную выборку мужской популяции населения 16–18 лет, и поэтому возможно первичная диагностика различных психических расстройств. В первую очередь, речь идёт о малопрогредиентных хронических расстройствах, легких форм нарушения развития и умственной отсталости, стертых вариантов личностной патологии.

*По категориям граждан, проходящих экспертизу, выделяют три группы:*

Первоначальная постановка на военный учет и призыв на воинскую службу;

Экспертиза военнослужащих, проходящих службу по призыву

Экспертиза военнослужащих, проходящих службу по контракту (на профессиональной основе).

*По результатам экспертизы формируются заключения с определением категорий годности к прохождению военной службы:*

А — годен к военной службе (практически здоровые в психическом и физическом отношении лица);

Б — годен с незначительными ограничениями (имеются личностные характерологические особенности, легкие и кратковременные невротические расстройства, определяющие ограничения по роду войск и интенсивности нагрузки);

В — ограниченно годен: негоден к военной службе в мирное время, годен к нестроевой службе в военное время (имеются легкие расстройства пограничного характера); годен к нестроевой службе (легкая умственная отсталость);

Г — временно не годен (на период заболевания легким расстройством невротического регистра, с возможностью полного выздоровления и реабилитации);

Д — не годен к военной службе с исключением с воинского учета (наличие тяжелого психического расстройства, хронических расстройств пограничного уровня, личностных расстройств, умственной отсталости). [20; 45; 46; 60; 85; 98;101]

#### **4. Трудовая психолого-психиатрическая экспертиза**

Данный вид экспертизы осуществляется специализированными учреждениями — медико-социально экспертными комиссиями на базе различных лечебно-профилактических учреждений. Задачами экспертизы является определение уровня ограничения жизнедеятельности, степени утраты трудоспособности, уровня семейно-социальной дезадаптации и на их основании, при необходимости определения инвалидности.

*Инвалид* — личность со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеванием, травмой (её последствия-

ми) или врожденными аномалиями умственного или физического развития, которые приводят к ограничению нормальной жизнедеятельности, вызывают у лица потребность в социальной помощи и усиленной социальной защите, а также исполнения со стороны государства соответствующих мероприятий для обеспечения его законодательно определенных прав («Закон Украины о реабилитации инвалидов» 6.10.2005 года № 2961-IV).

Определение инвалидности осуществляется на основании приказа Министерства Здравоохранения Украины «Про утверждение инструкции об установлении групп инвалидности» 7.4.2004 №183.

Ключевым понятием в определении группы инвалидности является выявление степени ограничения жизнедеятельности.

*Ограничение жизнедеятельности* — невозможность выполнять повседневную деятельность способом и в объеме, обычных для человека, что создает помехи в социальной среде, ставит в неудобное положение в сравнении со здоровыми и проявляется частичной или полной утратой способности к

- самообслуживанию,
- самостоятельному передвижению,
- ориентации,
- способности к обучению,
- способности к общению,
- способности контролировать свое поведение,
- снижением обычной трудовой деятельности, снижением квалификации и приводит к социальной дезадаптации.

*Выделяют три степени ограничения жизнедеятельности:* умеренно выраженное — соответствует третьей группе инвалидности; выраженное — вторая группа инвалидности; значительное — первая группа. Первая группа инвалидности, в свою очередь, подразделяется на варианты IA и IB. Второй вариант предполагает значительное ограничение по всем позициям, полную зависимость от посторонних лиц.

Выделяют следующие *причины, приводящие к инвалидности:*

- общее заболевания (в том числе, и психические расстройства);
- инвалид с детства;
- трудовая травма;
- профессиональное заболевание;

- связанные с боевыми действиями;
- связанные с воинской службой;
- связанные с ликвидацией аварий на ЧАЭС.

Данный вид экспертизы осуществляется медицинским психологом посредством проведения стандартного экспериментально-патопсихологического исследования. С учетом вида патологии врачом-психиатром ставятся задачи для уточнения и измерения степени нарушений тех или иных психических функций.[20; 49; 50; 60; 98;]

Особую значимость психологическая экспертиза приобретает в случаях неявной, невыраженной патологии, наличии конфликтов, связанных с рентными установками пациентов, психологической выгодой от болезни. Кроме этого, психологическое обследование представляет интерес для определения профессиональной ориентации в зависимости от индивидуальных психологических особенностей и степени нарушения отдельных психических функций при профессиональном снижении больного или необходимостью его профессиональной переориентации в связи с болезнью.

План построения патопсихологического исследования и его особенности будут рассмотрены в дальнейшем при каждой конкретной патологии.

## **5. Медико-психолого-педагогическая экспертиза**

Медико-психолого-педагогическая комиссия представляет собой консилиум специалистов, профессионально определяющий уровень развития ребенка, наличие различных отклонений в развитии и заболеваний, предлагает лечение и реабилитацию детей, определяет типы учебных заведений и характер обучения. Комиссия включает в себя педиатра, детского психиатра, логопеда (дефектолога, нейропсихолога), социального психолога, педагога-психолога. *Задачи психолого-педагогической экспертизы:*

- Комплексная диагностика психического развития детей и подростков, испытывающих трудности обучения, общения в школе;
- Структурно-динамический анализ личности;
- Оценка характера взаимодействия учащихся с родителями, педагогами, сверстниками;

- Анализ детско-подростковых поведенческих реакций и эмоциональных состояний;
- Профилактика делинквентного поведения, употребление психоактивных веществ (выявление основных predisпозиционных детерминант);
- Работа с детьми, подвергшихся жестокому обращению;

В случае развития у учащегося психического расстройства, либо при исследовании лиц дошкольного возраста, особое значение приобретает определение соответствия уровня развития возрасту ребенка, оценка интеллекта, изучение уровня развития отдельных психических функций.

На основании анализа полученной информации, решаются *вопросы о характере учебных заведений и особенностях обучения:*

- обучение в общеобразовательных школах,
- индивидуальная форма обучения на период болезни, надомное (в том числе, интерактивное) обучение,
- обучение в специализированных классах (школах) для детей с речевыми расстройствами (задержка речевого развития, различные варианты заикания);
- специализированные школы для детей с задержкой и отставанием в умственном развитии;
- школы-интернаты для детей с тяжелыми психическими расстройствами.

Следует особо подчеркнуть динамический характер экспертной оценки, необходимость активных реабилитационных мероприятий, нацеленность на возвращение детей в круг сверстников.

При проведении экспертизы используются варианты экспериментального патопсихологического исследования, разработанные для детей, с детальным изучением особенностей развития отдельных психических функций, широким использованием невербальных тестовых методик. [20; 49; 52; 85; 95; 97; 101; 134; 135; 136]



## РАЗДЕЛ II

# ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

### 2.1. Первичное психодиагностическое интервью. Принципы психиатрической диагностики.

*Психиатрия* — это раздел клинической медицины, изучающий особенности проявления, протекания, диагностики, лечения, реабилитации и профилактики расстройств психической сферы.

Традиционно, изучение психиатрии подразделяют на общую психопатологию, изучающую принципы диагностики, расстройства отдельных психических функций; и частную психопатологию, занимающуюся детальным рассмотрением отдельных видов психических расстройств.

Логика семиологии (науки об установлении медицинского диагноза) предполагает сбор, обработку и анализ данных о состоянии здоровья пациента по цепочке:

#### *Симптом-синдром-болезненное расстройство (нозология)*

*Симптом* — есть отдельный единичный признак заболевания. Как правило, он является низкоспецифичным, то есть может встречаться при самых различных болезненных расстройствах. Например, боль в животе. В то же время, крайне редко некоторые симптомы и, в особенности, синдромы, могут являться высокоспецифичными — патогномоничными. Например, кинжальная боль в животе — однозначный признак прободной язвы.

*Синдром* — специфический устойчивый комплекс взаимосвязанных симптомов. Носит более высокоспецифический характер. Например, астенический синдром — является постоянным спутником практически любого заболевания, как психического, так и соматического; синдром психического автоматизма — является патогномоничным для шизофрении.

Ключевым моментом в сборе данных для установления диагноза является беседа с больным, в ходе которой осуществляется получение необходимой информации, наблюдение за особенностями поведения больного, а также воздействие на пациента с психотерапевтическими целями.

*Первичное психодиагностическое интервью* является чрезвычайно важным моментом в клинической практике. Это первый

контакт специалиста с пациентом, от которого во многом зависит создание успешного базиса для успешной терапевтической реабилитационной работы в виде терапевтического альянса (союза), правильной настройки больного на взаимодействие с персоналом, участвующим в лечебном процессе, глубокого осознания важности активного и осознанного участия пациента в выполнении рекомендаций (*комплаенс*). Первичное психодиагностическое интервью несёт в себе целый ряд функций. Это — знакомство пациента и специалиста (врач или психолог); всесторонний систематизированный сбор информации о личности пациента, особенностях его жизни, динамики развития болезненного расстройства, изучение и анализ симптоматики болезни; информирование пациента об особенностях его заболевания, предполагаемом лечебно-реабилитационном процессе, специфике отдельных его этапов; осуществление первичных психотерапевтических интервенций (рациональная, суггестивная, суппортивная, клиент-центрированная терапия). [29; 37; 100]

Существует два стиля проведения психодиагностической беседы: инсайт-ориентированный и симптом-ориентированный. *Инсайт-ориентированный* стиль предполагает интуитивное постижение переживаний пациента, отказ от использования шаблонов, опору на актуальность высказываемых пациентом переживаний. *Симптом-ориентированный* стиль предполагает структурированность интервью, в котором последовательно и поэтапно осуществляется сбор информации обо всех аспектах биологических особенностей организма пациента, его психологическом профиле, социальных коммуникациях, в их динамичном развитии по мере истории жизни исследуемого. Учитывая большой объём информации, который должен получить исследователь в ходе первичного психодиагностического интервью, его продолжительность достигает полутора-двух часов. Поэтому чрезвычайно важно составить примерный план осуществления последнего.

*Первый этап* предполагает приветствие и представление. Специалист даёт краткую информацию о себе, своей специализации, опыте работы, представляемой клинике, создавая у пациента представление о компетентности и профильности оказываемой помощи.

На *втором этапе* необходимо создать благоприятную психологическую атмосферу для проведения беседы. Его задача, чтобы пациент почувствовал безоценочность принятия специалистом, ис-

кренней интерес и сопереживание к своим проблемам, безопасность и безусловное соблюдение конфиденциальности. Это будет способствовать получению более полной и искренней информации, что позволит приблизиться к наиболее точным и многоаспектным диагностическим суждениям и создаст основу для успешного терапевтического сотрудничества. Лёгкость и непринуждённость специалиста, умение наблюдать и подстраиваться под состояние пациента и его поведенческие особенности, гибкость и чувство юмора — вот составляющие успешности коммуникативных стратегий на данном этапе.

Задачи *третьего этапа* осуществления тщательного сбора жалоб пациента, составление подробной картины болезненной симптоматики, в её динамике, начиная от момента появления первых жалоб и до настоящего времени. В первую очередь следует поинтересоваться мотивацией обращения за помощью, теми расстройствами и жалобами, которые послужили отправной точкой, так как они могут обладать значительной субъективной значимостью, при второстепенном клиническом звучании и внимании специалиста к ним способно успокоить пациента и усилить его доверие к специалисту. Далее специалист должен позволить пациенту подробно и всесторонне осветить все свои болезненные переживания, тщательно анализируя все жалобы, в их взаимосвязи. По ходу рассказа пациента необходимо активно расспрашивать последнего для создания полного представления о каждом из симптомов. Для этого учитываются следующие характеристики симптомов: время появления, качество (характерные особенности), интенсивность, локализация, распространение, длительность, особенность протекания по времени, сопутствующие признаки, обстоятельства, влияющие на интенсивность проявления симптома, триггерные факторы (вызывающие появление), взаимосвязь и взаимозависимость с другими симптомами.

На *четвёртом этапе* собирается подробный анамнез (история жизни) пациента. Он включает в себя особенности биологического развития, созревания отдельных физических и психических функций, перенесенные заболевания, травмы, оперативные вмешательства, отклонения и задержки в развитии, особенности развития в кризисные периоды (раннее младенчество, пубертат, климактерий). Помимо этого тщательно всесторонне изучаются личностные характерологические особенности пациента, его привычки, предпо-

чтения, фантазии, сновидения, стереотипы поведения, особенности психической жизни. Психоаналитически ориентированных специалистов, в первую очередь интересует семейный анамнез: особенности родительской семьи, личности, родителей, тип семейных взаимоотношений, характер воспитания, наличие травматических переживаний. Анамнез будет неполный без тщательного изучения социальной жизни и межличностных коммуникаций пациента, начиная с дошкольного времени и заканчивая сферой производственных отношений. В главном фокусе внимания — объектные отношения пациента. Дружба и соперничество, любовные и эротические отношения, сексуальная жизнь, тенденции направленные на самореализацию, конкурентность и соперничество, характер переживания социальных фрустраций, совладание с агрессией, лояльность к общепринятым нормам поведения.

Задачей *пятого этапа* — системный анализ и интеграция полученных биологических, социальных и психологических данных с формулировкой диагностических суждений о психосоматическом расстройстве, идентификация личностных особенностей пациента, предположения о связи психодинамических процессов с физическими жалобами больного, выявление уровня дезадаптации, используемых копинг-стратегий, психологических защитных механизмов. Из полученной информации вытекают предположения о предполагаемой программе лечения и психологической реабилитации. На этом этапе специалист делится, в доступной для пациента форме, с полученными представлениями о сущности болезненного расстройства и плане лечения.

На *шестом этапе* пациенту предоставляется возможность задать уточняющие вопросы, что важно для получения обратной связи, понимания, прояснения ситуации, создания общей платформы для дальнейшего сотрудничества в рамках терапевтического альянса. [18; 37; 100;]

*Принципами психодиагностического интервью являются:*

- Однозначность и точность — правильное корректное и точное формулирование вопросов;
- Доступность;
- Обращенная к пациенту речь должна быть ему понятна, соответствовать его уровню развития с учетом культуральных, этнических, социальных факторов;

- Алгоритмизированность — определенная последовательность расспроса, базирующаяся на знаниях диагноста в области сочетаемости психопатологических симптомов и синдромов, логики развития болезненных нарушений;
- Проверяемость и адекватность — возможность легкого понимания результатов интервью другим специалистом с однозначной интерпретацией результатов;
- Беспристрастность — строгий контроль диагноста за количеством суггестивных вопросов в интервью, свобода от «подгонки» болезненных переживаний больного в диагностические, концептуальные и идеологические схемы врача, осознание возможности развития контр-трансферентных реакций уже на первых минутах общения с пациентом;

Чрезвычайно важно соблюдение принципов врачебной этики, первейшим из которых является создание для пациента атмосферы принятия, безоценочности и конфиденциальности. Для завоевания доверия пациента важным является умение слушать, предоставление достаточного времени пациенту для изложения своих переживаний. *Методика выслушивания пациента предполагает использование следующих методик:*

- Открытые вопросы (что, где, когда, как);
- Закрытые вопросы (обычно включают в себя частицу «ли», на них можно ответить кратко);
- Поощрение и поддержка;
- Повторение ключевых фраз пациента;
- Отражение основных эмоциональных переживаний;
- Пересказ — перефразировка сущности отдельных переживаний;
- Резюме — квинтэссенция основных фактов;

Кроме выслушивания, в ходе интервью врач активно использует следующие *терапевтические интервенции*:

- Интерпретация — толкование тех или иных фактов, дающих возможности для альтернативного взгляда на определенные вещи;
- Директива — подсказка, инструкция, облегчающая переживание, помогающая совладать с ситуацией;
- Информирование — рациональное объяснение тех или иных аспектов;

- Самораскрытие — способ установления доверительных отношений, мощный вариант скрытой суггестии;
- Обратная связь — функции «зеркала» для лучшего осознания определенной ситуации, углубления самовосприятия;
- Логическая последовательность — объяснение клиенту логических следствий его мышления и поведения;
- Воздействующее резюме — подведение итогов с элементами суггестии. [86]

На основании полученных данных *осуществляется построение психиатрического диагноза, который традиционно включает в себя следующие этапы:*

1. Определение уровня (регистра) выявленных психических расстройств.

Выделяют психотический, непсихотический и дефицитарный (дементный) уровни. Психотический уровень — тяжелое нарушение психических функций, контакты с реальной действительностью, дезорганизация деятельности, грубы нарушениями критики, нередким наличием продуктивной симптоматики (галлюцинации, бред). Непсихотический уровень — более легкие, неврозоподобные, нередко функциональные нарушения. Дементный уровень — выраженное интеллектуально-мнестическое снижение с отсутствием критики и глубокой дезадаптацией.

2. Оценка преобладания экзогенно-органического психогенного или эндогенного типа реакций.

Экзогенный тип — реагирование вследствие органических поражений мозга (травмы, сосудистые и инфекционные заболевания, опухоли, интоксикации). Психогенный тип — психические реакции в результате психотравмирующих воздействий. Эндогенный тип — состояния и развития, вызванные внутренними, наследственно-конституциональными причинами.

3. Выявление причин заболевания (этиологии).

4. Установление предварительного диагноза на основании особенностей клинки и динамики наблюдаемых расстройств.

5. Подтверждение диагноза с помощью параклинических методов исследования (неврологического, соматического, биохимического, электрофизиологического, экспериментально-психологического). [60; 86;]

Полученный диагноз формулируется в соответствии с международной классификацией болезней — МКБ-10. Приводим краткие

характеристики *основных диагностических рубрик психических и поведенческих расстройств в соответствии с международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10)*.

Рубрика F0 — органические психические расстройства (неврозоподобные, психотические, деменции).

Рубрика F1 — **расстройства вследствие употребления психоактивных веществ** (алкоголизм, наркомании).

Рубрика F2 — шизофрения, острые и хронические эндогенные психотические расстройства.

Рубрика F3 — аффективные расстройства настроения.

Рубрика F4 — **невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства**.

Рубрика F5 — расстройства, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.

Рубрика F6 — расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (психопатии).

Рубрика F7 — умственная отсталость.

Рубрика F8 — нарушения психического развития.

Рубрика F9 — расстройства детского и подросткового возраста.

[87]

## ПСИХОПАТОЛОГИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ

### 2.2. Расстройства восприятия

*Восприятие* — это субъективное психическое отражение предметов и явлений, складывающееся из ощущений, формирования образа и его дополнения воображением.

*Иллюзия* — это ошибочное, искаженное, извращенное, имеющее естественное или неестественное внешнее оформление, сопровождающееся большей или меньшей аффективной реакцией субъективно-рецептивное ощущение или восприятия *объективно существующего* предмета, явления или действия.

Варианты иллюзорных феноменов:

- иллюзии физические и физиологические;
- элементарные неврологические иллюзии ощущения;

- иллюзии органические;
- иллюзии рефлекторные (синэстезии);
- иллюзии функциональные;
- иллюзии психические (психогенные, аффективные);
- иллюзии гипнотические;
- иллюзии при синдромах помраченного сознания;
- иллюзии ложного узнавания;
- иллюзии интерпретативные, бредовые, аутосуггестивные.

*Галлюцинация (истинная)* — это феномен, при котором кажущийся образ (слуховой, зрительный, тактильный) возникает вне помраченного сознания, *при отсутствии реального внешнего раздражителя*; более или менее связан с предшествующим расстройством мышления и выражает это расстройство; проецируется в воспринимаемое пространство и ассимилируется им (вступает во «взаимоотношения» с реальными объектами); оценивается большим *без критики*, как действительно истинно существующий объект.

*Галлюциноз* — галлюцинаторные феномены, возникающие вне помрачения сознания; наблюдаемые при отсутствии грубого расстройства мыслительного процесса; сопровождающиеся сохранностью критики до и после момента галлюцинирования и большей или меньшей *критичностью* в момент галлюцинирования; вызывающие адекватную эмоциональную и аффективную реакцию; локализующиеся всегда *в экстрапроекции*; не сопровождающиеся бредом или сочетающиеся с бредом, возникшим после галлюцинаций и зависимым от них сюжетно.

*Галлюциноиды* — неполные псевдогаллюцинации (промежуточные феномены между истинными и псевдогаллюцинациями) — мимолетные, нечеткие, неясные «обманы».

*Псевдогаллюцинации* — психопатологический феномен, возникающий вне помрачения сознания, интимно связанный, неразделимый со стойким расстройством мышления, представляющим собою проявление, сенсориальную форму этого расстройства. Псевдогаллюцинации характеризуются субъективностью переживаний, *интрапроекцией* галлюцинаторного образа или его экстрапроекцией в пространство, не связанное с объективным миром.



Их характеризует меньшая яркость галлюцинаторного образа, его неестественность, отсутствие чувства объективности, реальности существования, а также связи с объективной окружающей реальной обстановкой. Псевдогаллюцинации сопровождаются чувствами навязчивости, неотступности, насильственности, чуждости и деланности; появляются сразу во всех деталях, обладают стойкостью непрерывностью, мало зависят от сознательного мышления и воли больного. Их возникновение воспринимается как нечто новое, аномальное и обычно сопровождается бредом.

*Психические галлюцинации* (Баярже Ж., 1844 г.) — псевдогаллюцинации с выраженностью чувства внешнего влияния, отсутствием элементов сенсорности, строгой локализацией в интропроекции, интимная *связь (слияние) с патологически измененным процессом мышления* (при непомраченном сознании). [52; 107]

*Критерии клинической оценки расстройств восприятия* (Рыбальский М.И., 1989 г). [107]

*Основные общие критерии:*

Состояние сознания; соответствие клинической картины уровню процесса познания; состояние мышления, критики, интеллекта, эмоциональной сферы; взаимоотношение продуктивной симптоматики и личности больного.

*Основные частные критерии:*

Состояние внимания; степень навязчивости, насильственности, чуждости, сделанности, сенсорности; положение во времени и пространстве; степень реалистичности, естественности и взаимосвязь с объективным окружением больного; степень определенности и законченности галлюцинаторного образа; связь с другими продуктивными феноменами и с рецепторными функциями.

*Вспомогательные признаки:*

статичность и динамичность; стабильность и лабильность; телесность и прозрачность; объективные признаки галлюцинирования; изменчивость под влиянием различных воздействий (физических, фармакологических).

Приводимые критерии оценки и классификация расстройств восприятия по Рыбальскому М.И. представляют, по нашей точке зрения, практический интерес для экспертной практики, так как иллюстрируют последовательные усложнения клиники расстройств

и, соответственно, повышают вероятность к однозначным экспертным оценкам (недееспособность, невменяемость, наличие признаков инвалидности).

*Классификация иллюзий и галлюцинаций (Рыбальский М.И., 1989 г.)*

*Отдел I. Иллюзии и галлюцинации неврологические (органические), аффективные и феномены эйдетизма.*

*1-я группа.* Иллюзии непсихотические — физические и физиологические

*2-я группа.* Иллюзии ощущений, неврологические — гипер-, гипо- и дизестезии, сенестопатии и парестезии иллюзорные, полиестезии.

*3-я группа.* Иллюзии и галлюцинации центрального органического генеза — иллюзии цвета, фотопсии, акоазмы, иллюзии, связанные с нарушением сенсорного синтеза (аутометаморфоптические, экзаметаморфоптические, порропсические, хронопсические, диплопические и полиопические); галлюцинации, связанные с поражением рецепторов, проводящих путей, центров, так называемые органические или неврологические (галлюцинозы оптические, полиопические, гемианопические, тактильные, вербальные); дереализация иллюзорная.

*4-я группа.* Иллюзии психические — рефлекторные (синестезии), функциональные (парейдолические), иллюзии и галлюцинации аффективные, психогенные.

*5-я группа.* Явления эйдетизма — сенсориализация представлений, последовательные образы, последовательный эйдетизм, мнестический эйдетизм.

*Отдел II. Иллюзии и галлюцинации, возникающие при помрачении сознания.*

*6-я группа.* Непсихотические галлюцинации — сновидения, видения в гипнотическом сне, внушенные иллюзии и галлюцинации.

*7-я группа.* Иллюзии и галлюцинации состояний помраченного сознания — гипнагогические и гипнопомпические, истерического и эпилептического сумеречных состояний, аментивного, онирического, делириозного, онейроидного синдромов. Псевдогаллюциноз.

*8-я группа.* Иллюзии и галлюцинации промежуточные, фазовые — синдром ложного узнавания и галлюцинации при закрытых глазах вечером или ночью.

*Отдел III. Галлюцинозы — функциональные, рефлекторные, идеаторные и истинные галлюцинации.*

*9-я группа.* Галлюцинозы функциональные, рефлекторные, идеаторные (вербальные, зрительные, тактильные).

*10-я группа.* Галлюцинации истинные — элементарные, вкусовые, обонятельные, тактильные, зрительные, аутоскопические, вербальные, антагонистические; иллюзии бредовые.

*Отдел IV. Психические и псевдогаллюцинации.*

*11-я группа.* Неполные псевдогаллюцинации (галлюциноиды) и полные развитые псевдогаллюцинации.

*12-я группа.* Феномены «промежуточные» между псевдо— и психическими галлюцинациями, собственно психические галлюцинации, идеомоторные психические галлюцинации.

*1-я группа — иллюзии непсихотические — физические и физиологические.*

*Физические иллюзии* — ошибки, связанные с обманчивыми проявлениями физических свойств предмета или действия (преломленное восприятие палки, опущенной в воду (иллюзия Погендорфа), впечатление обратного движения объектов за окном у пассажира, движущегося транспорта).

*Физиологические иллюзии* — ошибки сопоставления, сравнения, обусловленные физиологическими особенностями нормально функционирующих анализаторов:

Иллюзия Данцио — из двух равных отрезков, находящихся в углу, большим кажется тот, который более приближен к нему.

Иллюзия Мюллера-Лиера — восприятие отличия в длине двух равных отрезков, ограниченных по концам черточками, направленными внутрь и наружу (во втором случае отрезок представляется большим).

*2-я группа: иллюзии ощущений — неврологические.*

*Гиперестезии. Гипоестезии.*

*Сенестопатии* (Дюпре Е. (1907), Камю П. (1911)) — необычные соматические ощущения. Три типа (Рыбальский М., 1989):

— простые — реальные ощущения, органически (соматически) обусловленные, непривычные, вызывающие тревогу и страх у больных;

— иллюзорные — измененные, извращенные действительные

ощущения, мономорфные, с выраженной эмоциональной (аффективной) реакцией и вовлеченностью когнитивной сферы (обсессии, сверхценные идеи);

— аллюцинаторные — ощущения «вычурные», нелепые, полиморфные, без органической основы или резко диссоциирующие реальным раздражителям с выраженными расстройствами мышления (паранойяльные, параноидные идеи).

*Парестезии* — тактильные, неболевые ощущения кожи: одеревенение, ватообразность, онемение, ползание мурашек, леденение, жжение, давление и т.п. Полиестезия — единичное раздражение воспринимается как множественное. Пикрогевзия — чувство горечи во рту, гликогевзия — чувство сладкого во рту. Псевдомелия — фантомные переживания после ампутации. Хроматопсия — видение окрашенными в иной цвет предметов: красный (эритропсия), желтый (ксантопсия).

*3-я группа — иллюзии и галлюцинации центрального органического генеза.*

*Иллюзии цвета* (колорические) — восприятие серо-черной окраски объектов как цветной или с цветным окаймлением (органические сосудистые заболевания головного мозга, травмы; чаще встречаются вместе с другими феноменами данной группы).

*Фотопсии и акоазмы* — недифференцируемые простейшие сенсорные оптические и акустические ощущения и восприятия в виде искр, точек, полос, бликов, кругов, колец, локализующихся на небольшом расстоянии от взора (30–40 см и до 2–3 м), а также бессодержательные отдельные звуки — шелестение, звон, шум в ушах. Чаще встречаются вместе с метаморфопсиями, указывают на экзогенно-органический характер поражения. Близки к указанным феноменам недифференцированные извращения обоняния и вкуса — *дис- и параосмии, пара- и аллотриогевзия*.

*Сенсорный синтез* — аналитико-синтетическая способность воспринимать объективные предметы в целом, а не в виде разрозненных деталей.

*Метаморфоптические иллюзии* (Гуревич М.О. и Серейский М.Я., 1937) — феномены расстройства сенсорного синтеза в виде нарушений объективного восприятия:

а) частей собственного тела (аутометаморфопсии, дисморфопсии, микро— и макросомии, микро— и макромелии);

б) окружающих предметов (экзометамоρφосии, дисэкзометамоρφосии, микро— макропсии);

в) пространства (порропсии) и времени (хронопсии).

*Аутометамоρφосии* — изменение ощущений нормальной величины и формы частей тела, его схемы.

*Экзометамоρφосии* — искажение правильности восприятия величины, формы, соотношения частей окружающих реальных объектов.

*Порропсии* — искажение правильности восприятия пространства и перспективы, собственного положения в пространстве и положении окружающих объектов, взаимного расстояния между объектами; искажения статики и динамики окружающих предметов; потеря объемности восприятия окружающего.

Диплопические и полиопические феномены — двойственное или множественное видение объекта или его частей.

*Хронопсии* — искажение восприятия времени и правильности оценки положения во времени происходящих событий, их продолжительности, последовательности.

Иллюзия повторяемости — переживание многократной ритмичной повторяемости всего происходящего вокруг.

*Органические галлюцинозы.*

*Рецепторные: Галлюциноз Пика* — видение ярких печатных букв, наблюдающиеся при отслойке сетчатки; *Галлюциноз Гауптмана* — элементарные видения в экстрапроекции в половинном поле зрения.

*Оптический рецепторный Галлюциноз Шарля Бонне* — видение образов различных геометрических фигур, людей, животных. Видения локализуются в представляемое пространство, накладываемое на воспринимаемое, чаще слева от взора, ослабевают или исчезают при напряжении внимания. Его генез связан с поражением зрительных анализаторов (катаракта, глаукома, травма хрусталика) проводящих путей.

*Мезенцефалический, педункулярный Галлюциноз Ж. Лермитта (1922)* — связан с поражением мезенцефалической области (4-й желудочка и мозговых ножек), проявляется в вечернее или ночное время в виде красочных, ярких, подвижных, микроскопических, чаще зоопсихических безмолвных галлюцинаторных образов. Образы вызывают любопытство у больных, скорее приятны, не

враждебны и видятся в представляемом пространстве, на расстоянии от сантиметров до 1-2х метров, чаще сбоку, на уровне глаз, вне связи с объективными предметами.

*Вербальный слуховой галлюциноз Ф. Плаута (1913)* — реалистичные, громкие слуховые обманы, в экстрапроекции, с сохранной критикой; патогномоничны для сифилиса мозга.

*Диплопический, полиопический галлюциноз* — видение без объекта образов удвоенными, умноженными, стереотипных, чаще неподвижных; имеет экстрапроекцию, но без взаимодействия с реальными объектами.

*Тактильный галлюциноз* — осязание различных предметов, внешних воздействий, ощущение ползающих, проникающих в кожу насекомых, червей, с различной степенью генерализации обманов, аффективностью.

*Аутоскопический галлюциноз* — видение собственного двойника при церебрастении, энцефалопатиях различного генеза; исчезает при напряжении внимания, критика сохранна.

*Сенсоральный галлюциноз (С.П. Рончевский, 1935)* — переживания, вызванные раздражением чувственных областей мозга с простым сюжетом и без аффекта.

*4-я группа: иллюзии рефлекторные (синестезии), функциональные (парейдолические), иллюзии и галлюцинации аффективные, психогенные.*

*Рефлекторные иллюзии, или синестезии*, — возникновение иллюзорных восприятий в одном анализаторе при раздражении периферического окончания другого анализатора:

— *фонопсии* — цветной слух — сочетание реальных действительных музыкальных нот с кажущимся видением цвета;

— *синопсии* — сочетание реальных действительных зрительных образов с кажущимися ощущениями в других анализаторах;

— *синосмии* — возникновение кажущихся запахов при восприятии другими анализаторами реальных слуховых, зрительных, вкусовых образов;

— *фотизмы* — возникновение кажущихся зрительных образов при фиксации другими анализаторами реальных объектов;

— *фонизмы* — возникновение кажущихся звуковых, иногда музыкальных образов при фиксации другими анализаторами реальных объектов;

— *синпсихалгии* — появление или усиление болевых ощущений неврологического характера при наблюдении за переживаемой болью другого человека.

*Парейдолии* (Кальбаум К., 1866) — образы, возникающие в связи с каким-либо действительно имеющим место раздражителем того же анализатора, зрительные или слуховые, как правило, причудливые, фантастические, сменяемые. Феноменологически парейдолические иллюзии подразделяют на:

а) произвольные парейдолии — иллюзорноподобные восприятия в рамках реального объекта или в тесной связи с ним — активное, произвольное фантазирование (в интимной связи с представлениями) с использованием деталей объекта;

б) парейдолические иллюзии, для формирования которых используются контуры, линии, цвета, рельеф действительного элементарного объекта (пятна на обоях — страшная морда);

в) парейдолические галлюцинации — непроизвольные зрительные переживания, возникающие при нарушениях сознания, в связи с восприятием реального объекта, но совершенно не соответствующие ему по всем параметрам. От функциональных галлюцинаций отличаются тем, что видятся вместо объекта-раздражителя, а не одновременно и параллельно с ним.

Парейдолии Ясперса — разукрашивание несуществующими подробностями существующего незначительного объекта. Гуревич М.О. и Серейский М.Я. (1937) подразделяли данный феномен на 2 вида: видимые в пределах объекта с критическим отношением и дополнение реальности другим образом без критики.

*Аффективные, психогенные, психические иллюзии* — искаженное видение реальных объектов, возникающие под влиянием психогении или аффекта. Способствуют возникновению иллюзий темнота, вечернее или ночное время при нарушениях аффективно-эмоциональной сферы (лунный свет, пробивающийся сквозь деревья на кладбище, видится как привидение).

*Психогенные галлюцинации* могут возникать у здоровых людей под влиянием аффекта, религиозного экстаза, в суггестивных ситуациях. Возникают они при суженном сознании, вызывают страх своей реалистичностью, четкостью оформления и объемностью; воспринимаются критически.

*5-я группа: явления эйдетизма.*

*Эйдетизм* — восприятие без объекта, но соответствующее воспринимавшимся ранее конкретным объектам. Феномен — непатологический, относительно произвольный, с локализацией в интрапроекции или в представляемом пространстве при сохранной критике.

*Сенсориализованные представления* близки обычным представлениям, отличаются чрезмерной яркостью, чувственностью, навязчивым характером, локализуются в интрапроекции.

*Последовательные (следовые) образы* — это яркие чувственные зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные, осязательные переживания, возникающие навязчиво после длительного, эмоционально окрашенного периода фиксации объективных предметов, соответствующих этим образам.

*Эйдетизм* — возникновение, восстановление в сфере действия анализатора яркого, чувственного, в экстрапроекции образа, фиксировавшегося ранее этими анализаторами (Урбанчич, 1907; Э. и В. Йенш, 1911). Мнестический эйдетизм — возникновение эйдетиического образа через определенный промежуток времени после восприятия реального объекта. Эйдетический образ может возникать произвольно, но устраняется произвольно; бывает навязчивым, но всегда сохраняется критика. Часто встречается у детей, творческих личностей. Зрительный эйдетизм при закрытых глазах произволен, включает элементы аутосуггестии и может наблюдаться при психотической симптоматике.

*6-я группа: непсихотические галлюцинации.*

*Сновидения* феноменологически обладают почти всеми свойствами галлюцинаций. Особенности видений во сне зависят от фазы сна (РЕМ), глубины сна, т.е. степени изменения сознания. Так, при поверхностном сне возрастает степень влияния на сюжет сновидения внешних и интероцептивных раздражителей, предшествующих событий.

Психоаналитические теории сновидений.

Разрешение творческих задач в сновидениях (Д.И. Менделеев, египтолог Генрих Бругш Паше, итальянский композитор Тартини — «Соната дьявола», А.С. Грибоедов, Вольтер — 1-я часть «Генрияды», А.С. Пушкин).



Сновидения больных с психическими расстройствами отражают нарушения мышления, эмоционально-волевой сферы, состояние интеллекта, степень критического отношения, как к болезненному расстройству, так и к сюжету сновидения.

*Внушенные и гипнотические галлюцинации:*

- Спонтанные сновидения в гипнотическом состоянии.
- Внушенные галлюцинации в гипнотическом сне.
- Иллюзии и галлюцинации, внушенные в гипнотическом состоянии при открытых глазах.
- Иллюзии и галлюцинации, внушенные во время гипнотического сна у бодрствующего субъекта.
- Суггестивные пробы у больных в предделирии и делирии: Ашаффенбурга (1912) (с отключенной телефонной трубкой), Попова Е.А. (1942) (с чистым белым листом бумаги), Осипова (1923), Гуревича и Серейского (1937) (псевдовложение в кулак больного предмета), Липмана (1895) (надавливание на глазные яблоки), Пуркинине (то же, но без суггестии), Бехтерева (1937) (на выходе из делирия, видимость надавливания на закрытые веки, внушенные образы).

*7-я группа: иллюзии и галлюцинации при состояниях помраченного сознания.*

*Гипнагогические (Моро де Тур, 1845), гипнопомпические галлюцинации* — феномены наблюдаемые при переходе бодрствования в сон. Патогенетические подвиды гипнагогических галлюцинаций:

- Произвольные зрительные, слуховые и другие образы, возникающие при закрывании глаз в субъективном пространстве, совпадающие с содержанием представлений субъекта.
- Слуховые, зрительные, тактильные (гаптические) феномены, возникающие произвольно при засыпании, локализуемые в экстрапроекции, в субъективном представляемом пространстве.
- Зрительные и вербальные галлюцинации в состоянии бодрствования, при закрытых глазах ночью и в темноте; видимые в субъективном пространстве, иногда сохраняющиеся при открывании глаз в объективном пространстве.
- Зрительные и вербальные псевдогаллюцинации при засыпании или закрытых глазах, произвольные, насильствен-

ные, с чувством деланности, видимые в субъективном пространстве, с внутренней проекцией.

- Патогенетические подвиды гипнопомпических галлюцинаций:
- Произвольные зрительные, слуховые и другие образы, возникающие при пробуждении, имеющие ассоциативную связь с содержанием сновидений.
- Гипнопомпические галлюцинации при пробуждении, появляющиеся до или после открытия глаз, непроизвольные, в представляемом или объективном пространстве.
- Гипнопомпические псевдогаллюцинации характеризуются насильственностью, непроизвольностью, в субъективном пространстве, с внутренней или внешней проекцией.

Особенности галлюцинаторных переживаний при различных психопатологических расстройствах.

*Аментивные состояния.*

Отрывочность, бессвязность, насыщенность и динамизм аффективного компонента галлюцинаторных и иллюзорных переживаний. Нетипичны для аменции, диагностируются только по объективным признакам, в связи с полной амнезией переживаний больными.

*Сумеречные состояния.*

Непоследовательность и повышенная чувственная реакция (Бинсвангер О., 1908). Диагностика объективная (частичная или полная амнезия). *Истерические сумерки* характеризуются галлюцинациями, сходными с гипнопомпическими и гипнагогическими, но развиваются в связи с расстройством сознания, косвенно отражают содержание психогении. Эпилептические галлюцинаторные пароксизмы отличаются более глубоким расстройством сознания, менее продолжительны, менее навязчивы, протекают по типу клише. Реже встречаются иллюзии, часто выражен аффект страха, содержание — теологическое, демономаническое. *Дифференциация с шизофреническими галлюцинаторными приступами*: последние более продолжительны, не имеют критического начала и окончания приступа, чаще слуховые обманы, меньшая реалистичность и критичность к переживаниям.

*Онирический синдром — ониризм*, или «бред сновидений» (Режи Е., 1901), характеризуется началом с общей вялости, сонливости, затем сновидным помрачением сознания, менее глубоким,

чем при делирии и онейроиде, нарушением ориентировки, склонностью к пробуждениям с нарушением дифференциации реальности и сновидений. При пробуждении критика чаще полностью восстанавливается. От просоночных состояний отличается большей длительностью и сценичностью. Сновидные переживания вызывают положительные эмоции, по выходу — благодушие. Галлюцинаторные образы воспринимаются субъективно, больной является ключевым элементом сюжета, реже видит себя со стороны. Напряжение или отвлечение внимания больного ослабляют галлюцинаторные переживания. Видения могут быть навязчивыми, локализуются в субъективном пространстве, чаще при закрытых глазах, реже с параллельной фиксацией окружающих предметов. Чаще зрительные, возникают одновременно с бредом при взаимной сюжетной связи; динамичны, лабильны, сюжет изменчив. При открывании глаз бывают иллюзии ложного узнавания. Часто встречаются переживания полета, витания в воздухе, желание летать, повиснуть в воздухе, ощутить форму своего тела (вестибулярные нарушения). Количественные характеристики синдрома определяются выраженностью экзогенной и соматогенной. Характерен для острых и хронических экзогенно-органических психозов, эпилепсии.

#### *Делириозный синдром, делирий.*

Характеризуется более глубокой степенью помрачения сознания. Стадии делириозного синдрома впервые описаны К. Либманом в 1866 г., «белая горячка» пьяниц — Т. Сеттоном в 1813 г. При некоторых формах делирия возможны полное нарушение ориентировки и потеря сознания, что коррелирует с выраженностью сомато- и экзогенной (интоксикация), однако, как правило, самосознание сохранено. Типичен симптом пробуждаемости — прояснение сознания и формирование элементов критики, нарастание помраченности сознания в вечерние и ночные часы. В картине психоза преобладают зрительные галлюцинации, в меньшей степени представлены тактильные и слуховые. Галлюцинаторные образы комбинированные, сложно-сочетанные (страшные рожи — хихикают), сопровождаются выраженными аффектами, как правило, негативными (витальный страх, ужас). Галлюцинации и аффективные переживания взаимосвязаны и взаимозависимы. Часто встречаются иллюзии, выходящие за пределы искажаемого реального объекта, динамичные (дразнящие — К. Бонгеффер, 1912 г.). Характерен тремор, выраженные вегетативные расстройства, сохраняющиеся вне

расстройств сознания. Возможна частичная амнезия и неполная критика. Галлюцинации локализуются в экстрапроекции, ассимилируясь с объективным окружением, в отдельных случаях возможно развитие псевдогаллюциноза на высоте психоза. Нередко имеют зооптический характер, яркие, красочные, динамичные, сценичные и драматичные. В начале психоза нередко гипнагогические переживания, изредка — отрицательные аутоскопические галлюцинации — больной не видит себя в зеркале. Отмечаются гиперактузия, гипермия, возбужденность, жестикюляции, отражающие профессиональную деятельность. Редукция симптоматики литическая, реже — критическая (после сна). При выраженном органическом повреждении возможны ротоглоточные галлюцинации — ощущения переполненности полости рта, глотки, носа «чем-то вязким»: проволока, нитки, паутина.

Особенности синдрома в зависимости от этиофактора: отравление тетраэтилсвинцом — тактильные галлюцинации в ротовой полости; кокаин — микропсии; гашиш — дисморфопсии и микропсии; эфирные соединения — ощущения полета, нарушения сенсорного синтеза, кратковременные (2–3 мин); алкоголь и ФОС — усиление остроты и сценичности, зеленая и коричневая окраска образов и фона, интрапроекция.

*Онейроидное состояние, онейроид (Майер-Гросс В., 1924)*

Характеризуется глубоким сноподобным нарушением сознания, сопровождающимся нарушениями мышления. Типичен для шизофрении (рекуррентная форма, онейроидные включения — шубообразная). Иллюзорные и галлюцинаторные переживания характеризуются сенсорной яркостью, фантастической, гротескной композиционностью. Характерна частичная амнезия. Течение синдрома более продолжительное, чем онирического. В начальной стадии — дереализация, смена объективного окружения, перенос в другое место. Помимо нарушения ориентировки в месте и времени, характерна нарушенная аутопсихическая ориентировка: личность больного дезинтегрирована, расщеплена, диссоциирована, нарушены аутоидентификация и самосознание. В центре галлюцинаторной композиции — личность больного: он управляет событиями, влияет на них; возможна деперсонализация. А.В. Снежневский (1952 г.) считал онейроид сновидным вариантом синдрома Кандинского-Клерамбо, так как имеют место идеаторный и сенсорный автоматизмы, ментизм, псевдогаллюцинации. В структуре психоза преобладает

острый чувственный бред. Галлюцинаторные образы снопоподобны, призрачны, лабильны, насильственны с оттенком деланности; видятся в галлюцинаторном пространстве, могут иметь экстрапроекцию в субъективное пространство и интрапроекцию. Критика в момент галлюцинаторных переживаний отсутствует, восстанавливается по мере становления ремиссии. Эмоциональные реакции на психотические переживания неадекватны, диссоциированы, отличаются отсутствием живости, яркости, наполнения. В отдельных случаях, на высоте острых галлюцинаторно-параноидных переживаний может возникать адекватное сюжету бреда возбуждение, чаще входящее в структуру кататонического синдрома. Нередко отмечаются рельефные цветные галлюцинации с элементами символики, гиперболического, космического характера — гибель Вселенной, падение Солнца на Землю, всемирный потоп (панфобические галлюцинации И. Леви-Валенси (1927 г.)).

*Делириозно-аментивный синдром.*

Острая спутанность, отрывочность мышления редуцируют делириозные переживания, утяжеляя и удлиняя психотический эпизод.

*Делириозно-онирический синдром.*

Чередование делириозных расстройств с эпизодами сновидного помрачения сознания увеличивают продолжительность расстройства. В такие периоды галлюцинаторно-бредовые переживания снижают свою яркость и динамичность, редуцируются аффекты, что обусловлено индифферентным содержанием сновидных переживаний. Критика по выходу из психоза восстанавливается сначала к делириозным переживаниям. Зачастую переживания в делирии и сновидном состоянии чередуются, имеют сюжетную взаимосвязь, полярные аффекты. Синдром часто включает в себя ауто— и экзо-метаморфопсихические иллюзии.

*Делириозно-онейроидный синдром.*

Наблюдается у больных шизофренией с экзогенным (алкогольным) отягощением. Психоз протекает атипично: превалируют в делирии слуховые галлюцинации, зрительные приобретают символический характер, встречаются идеи особого значения, автоматизмы, расстройства мышления; в структуру делирия включается онейроидная симптоматика. В наибольшей степени амнезируются «голоса», звучащие внутри головы. Пароксизмальный характер вербальных галлюцинаций с интрапроекцией указывает на эпилептический или эпилептиформный генез расстройства.

8-я группа: иллюзии и галлюцинации «промежуточные, фазовые»

Иллюзии ложного узнавания и галлюцинации при закрытых глазах вечером или ночью.

*Синдром ложного узнавания* («смешивания личности», «синдром двойника») включает следующие феномены:

- А) ошибки «опознания» аффективного генеза;
- Б) иллюзии интерметаморфозы (синдром Фреголи);
- В) собственно иллюзии ложного узнавания;
- Г) синдром иллюзорно-бредового ложного узнавания.

*Ошибки «опознания»* («ошибочные суждения» и «иллюзии невнимательности», по К.Ясперсу, 1923) — мимолетные, кратковременные, легко корригируемые заблуждения, возникающие при незначительном изменении сознания. Отмечаются при реактивных состояниях, абстинентных расстройствах, у больных шизофренией с психогенными или истерическими наслоениями («узнавание» среди прохожих знакомых или родственников, ошибка быстро выявляется при приближении и всматривании).

*Иллюзии интерметаморфозы* встречаются при существенном изменении сознания в клинике экзогенно-органических психозов и при шизофрении и характеризуются быстрой панорамической сменой идентификации личности, аффективной реакцией страха.

*Иллюзии ложного узнавания* обычно возникают в дебюте шизофрении и при нарушениях сознания экзогенной природы. Заключается в узнавании в окружающих знакомых и родственников, в том числе, давно умерших, которых больные называют по именам, с характерной ситуации аффективной реакцией. Чаще встречаются зрительные, реже вербальные иллюзии ложного узнавания, могут быть сочетанными, варьировать по длительности и стойкости, смене идентификации личности.

*Иллюзии бредового ложного узнавания* («положительный двойник» Капгра) возникают вне помраченного сознания. При этом феномене больные узнают в окружающих двойников своих знакомых и родственников, что подчеркивает более выраженный бредовый компонент (интерпретативный). Синдрому характерен полиморфизм: различная полнота бредового компонента, различная интенсивность и структура иллюзорных расстройств, степень критики.

*Бред ложного узнавания* («отрицательный двойник» Капгра) возникает при непомраченном сознании, чаще у больных шизо-

френией на этапе перехода от параноида к парафрени. При этом феномене иллюзорный компонент практически отсутствует, имеется бредовое убеждение в том, что знакомый или родственник «не настоящий», «подставной», «загримированный». Часто бред характеризуется нелепостью, нестойкостью, частой сменяемостью.

*Галлюцинации при закрытых глазах* возникают в состоянии бодрствования, связаны с патологией мышления, характеризуются экстрапроекцией в представляемое пространство. Феноменологически подразделяются на:

А) галлюцинации, возникающие непроизвольно из произвольных представлений при закрытых глазах, обычно вечером или ночью;

Б) непроизвольные, с чувством насильственности, сюжетно неожиданные. Исчезают при открывании глаз, отношение вполне критическое, отражают формальные расстройства мышления;

В) возникающие при закрытых глазах в любое время суток, имеющие экстрапроекцию или интрапроекцию в представляемое пространство, с чувством сделанности и сюжетной связью с бредом.

*9-я группа: галлюцинации функциональные, рефлекторные, галлюцинозы идеаторные и односторонние.*

*Функциональные галлюцинации (парейдолические)* появляются на базе конкретного объективного раздражителя и связаны с ним по времени возникновения и существуют параллельно, без совмещения (Ясперс К., 1923).

*Функциональные зрительные галлюцинации* характеризуются появлением неподвижного, плоскостного галлюцинаторного образа на месте реального объекта, прикрывая его. Развиваются на фоне выраженных аффектов при непомраченном сознании.

*Функциональные вербальные галлюцинации* (Кальбаум К., 1866) заключаются в том, что наряду с реальным звуковым раздражителем возникает «голос», слышимый параллельно, одновременно со звуком-раздражителем, сосуществуя с ним.

*Рефлекторные галлюцинации* (Кальбаум К. 1866) по феноменологии подразделяются на 3 группы:

А) галлюцинации, возникающие в одной рецепторной системе при раздражении другой — синэстетический (при вспышке света больной слышит голоса), всегда имеют экстрапроекцию, яркие и четкие, с различной степенью реалистичности;

Б) чаще слуховые галлюцинации или псевдогаллюцинации, возникающие внутри тела больного при реальном звучании соответствующих раздражителей (Гиляровский В.А., 1938);

В) появление одного типа галлюцинаций способствует развитию других галлюцинаторных расстройств (зрительные побуждают возникновение слуховых, истинные — псевдогаллюцинаций).

*Рефлекторный кинестетический галлюциноз* (Крамер А., 1889) выражается в том, что у больного возникают насильственные, произвольные движения языком и губами, соответствующие слышимой чужой речи.

*Зрительные галлюцинозы* характеризуются ассимиляцией объективным окружением, преимущественно связан с вечерним временем, отличается сохранностью критики, изолированностью от другой психопатологической симптоматики. Встречается при расстройствах личности, травматической болезни, нейроинфекциях, органических заболеваниях, отягощенных интоксикациями. Галлюцинаторные образы яркие, красочные, детализированные, лишены объемности.

*Тактильный галлюциноз* — яркое, чувственное осязательное переживание, не связано с бредом и расстройствами сознания, с сохранностью критики и меньшей брутальностью, в сравнении с синдромами нарушенного сознания. Встречается при органических заболеваниях головного мозга и шизофрении с органическим фоном, чаще в темное время суток.

*Вербальный (идеаторный) галлюциноз* характеризуется четкостью, естественностью, часто в виде наплыва навязчивых, повторяющихся, интенсивных слуховых обманов. Расстройства ослабевают при деятельности и активном внимании, при хроническом галлюцинозе типична стабильность / малая динамика под действием различных раздражителей, тенденция к рецидивам при действии неспецифических раздражителей; нередко сопровождается аффективными реакциями. Степень критического отношения широко варьирует, определяется содержанием переживаний, степенью снижения интеллекта.

*Односторонний галлюциноз* характеризуется феноменами, отвечающими всем признакам галлюциноза, но воспринимаемые только одним ухом или одним глазом. Такие галлюцинации могут быть как элементарными, так и полными, развитыми; наблюдаются при наличии органической почвы и односторонних заболеваний органов чувств.



*10-я группа: галлюцинации истинные, иллюзии бредовые.*

*Элементарные, или «неполные», истинные галлюцинации.*

Отличаются от акаозмов и фотопсий наличием фрагментарного, ограниченного содержания (шаги, оклики, вздохи, видения фрагментов объектов). Не имеют четкой нозологической принадлежности, но зрительные галлюцинации чаще встречаются при органических психозах, слуховые — при шизофрении, реактивных психозах. Элементарные обонятельные и вкусовые галлюцинации трудно отличить от иллюзий; проявляются они в виде неприятных вкусовых (какогевзия) и обонятельных (какосмия) ощущений.

*Галлюцинации полные, истинные.*

Всегда имеют развитое смысловое значение, связанное или не связанное с другими психопатологическими расстройствами. Рецепторная характеристика не определяет нозологической принадлежности; для уточнения особенностей важен учет связи с хроническим нарушением мышления, степени нарушения или помрачения сознания.

*Истинные зрительные галлюцинации.* Вне помрачения сознания (шизофрения) галлюцинации обычно полиморфны, не повторяются по форме и сюжету; их сочетание с бредом может иметь различные варианты.

*Тактильные галлюцинации* наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга (элементарные), шизофрении (сенестопатического генеза, в тесной связи с нарушениями мышления). *Гаптические* тактильные галлюцинации — сложные обманы тактильного и общего чувства в виде ощущений охватывания или схватывания руками, какой-то материей, ветром.

*Гигрические* галлюцинации — ощущение влажности при прикосновении к предметам и ощущение влажности, воды, жидкости на любом участке кожи или под ней. *Обманы телесных чувств* (Ясперс К., 1923): термические галлюцинации (ощущения горячего пола, холодного дуновения); мускульные галлюцинации (ощущение навалившейся тяжести, поднимающегося под ногами пола). *Висцеральные* галлюцинации локализируются в глубине тела, содержательны, трактуются по-бредовому. «*Викарные*» галлюцинации (Гиляровский В.А., 1936) — суммарные галлюцинации разных органов чувств как бы заменяющие галлюцинации одного пораженного анализатора (переживания слепых и глухих)». *Галлюцинации*

*общего чувства»* — ощущение присутствия кого-либо, изменений собственного тела, движение предметов, их колебания.

*Обонятельные и вкусовые галлюцинации* с трудом поддаются психопатологической квалификации (дифференциация с иллюзиями и бредом).

*Истинные зрительные галлюцинации* — это переживания, при которых вне помрачения сознания зрительный образ, располагаясь в воспринимаемом пространстве, ассимилируется с ним. Всегда наблюдаются в едином комплексе с бредовыми переживаниями (галлюцинаторно-параноидный синдром). *Аутоскопические галлюцинации* — видение собственного галлюцинаторного образа, реалистичного («как живой»), локализованного в воспринимаемом пространстве, с полной ассимиляцией, активной взаимосвязью с реальным окружением.

*Истинные вербальные галлюцинации* отличаются от галлюциноза отсутствием критики, меньшей яркостью и интенсивностью, сочетанием с бредовыми переживаниями. *Императивные* галлюцинации характеризуются экстрапроекцией, приказывают больному, заставляют его выполнять какие-либо действия; обычно враждебны, сочетаются с бранящими и угрожающими голосами. *Комментирующие* галлюцинации — оценивающие, характеризующие, опровергающие или поясняющие мысли, суждения, действия больного и других лиц. *Односторонние* галлюцинации отличаются от одноименных иллюзий отсутствием критики, наличием бредовой интерпретации. *Антагонистические* галлюцинации крайне редко бывают истинными, чаще псевдогаллюцинациями или психическими галлюцинациями. *Бредовые* галлюцинации сюжетно вытекают из бреда, неотделимы от него, нередко аутосуггестивны по генезу. *Ангельские* галлюцинации носят приятное для больного содержание, оправдывают его действия, дают благожелательные советы. *Навязчивые* галлюцинации — эмотивные, «неотвязные», повторяемые, односюжетные, бессистемные слуховые и зрительные обманы. *Экстатические* галлюцинации — яркие, образные, воздействующие на эмоции и аффект больного, целиком завладевают сознанием, нередко имеют религиозно-мистическое содержание. *Теологические* галлюцинации — обманы восприятия религиозного содержания. *Ассоциированные* галлюцинации — комбинированные, комплексные, сложные галлюцинации, при которых обманы в одном анализаторе вызывают связанные по содержанию галлюцинации в другом анали-

заторе. *Зрительно-вербальные галлюцинации Сегласа* — видение написанных на небе, земле, стенах дома слов, имеющих особое значение для больного. *Стабильные галлюцинации Кальбаума* (статические, стереотипные) — зрительные, вербальные и другие обманы, содержание которых не претерпевает изменений в течение данного эпизода галлюцинирования. *Резидуальные (остаточные) галлюцинации* — отдельные галлюцинаторные переживания, входившие в структуру психотического синдрома в психозе и сохраняющиеся после становления ремиссии с дефектом. Характеризуются отрывочностью, фрагментарностью, мимолетностью, критическим отношением, лишены развития, неприятны, тягостны для больного.

*11-я группа: неполные псевдогаллюцинации (галлюциноиды), полные развитые псевдогаллюцинации.*

*Неполные псевдогаллюцинации — галлюциноиды* (зрительные, слуховые, воспринимаемые в экстрапроекции, но без связи с объективным окружением — промелькнувшая перед глазами тень, неразборчивый шепот) менее полиморфны, протекают при непомраченном сознании, более связаны с патологией мышления. Имеют меньшую сенсорную окраску, обязательно связаны с тем или иным анализатором. Чаще бывают зрительными, возникают произвольно, сопровождаются чувством чуждости, необычности, кратковременны. Характер эмоциональной реакции определяется давностью расстройства, выраженностью дефекта. В структуре галлюцинаторно-параноидного синдрома галлюциноиды, как правило, не связаны с бредом.

*Псевдогаллюцинации Кандинского (1885).*

Возникают при безусловно непомраченном сознании, представляют собой проявление патологически измененного мышления больного. Отношение больного к псевдогаллюцинациям отличается не критичностью. Характерна двойственность критики: с одной стороны больной считает феномен чуждым, кажущимся, неестественным, а с другой — интерпретирует его по-бредовому. Эмоциональные реакции на псевдогаллюцинации, как правило, незначительны и определяются содержанием обманов. Псевдогаллюцинации обладают чувством сенсорности, которая обратно пропорциональна степени участия патологически измененного мыслительного процесса. Их возникновение произвольно, сопровождается чувствами насильственности и навязчивости. Проекция и локализация псевдо-

галлюцинаторного образа может быть как внутренней — «внутри головы», так и внешней. При экстрапроекции псевдогаллюцинаторные образы никогда не проецируются в воображаемое пространство, не ассимилируются объективным окружением и воспринимаются не рецепторными органами, а «головой», «мозгом». Интрапроекция наиболее типична для вербальных псевдогаллюцинаций и менее для образных — зрительных. *Экстракамбинные* (вне поля зрения) псевдогаллюцинации бывают вербальными и зрительными. Вербальные «слышатся мозгом», «откуда-то из вселенной», «расположенные далеко в небесах», но «долетающие из космоса»; зрительные — видение не глазами, а иным способом, видение сквозь различные преграды. Чувство объективности и реальности всегда отсутствует при псевдогаллюцинациях и связано с отсутствием ассимиляции объективным окружением. Кардинальным признаком псевдогаллюцинаций как одной из форм проявления сенсорного компонента феномена психического автоматизма является чувство постороннего влияния, внешнего воздействия, деланности. Рецепторная принадлежность псевдогаллюцинаций является условной, так как они отражают патологию мышления. Помимо вербальных и зрительных, можно говорить и о тактильных, обонятельных и вкусовых феноменах. Верификация последних представляет определенные сложности. Анализ стабильности и лабильности, статичности и динамичности расстройств позволяет оценивать остроту заболевания.

*Гипнагогические и гипнопомпические псевдогаллюцинации* характеризуются насильственностью, воспринимаются без участия органов чувств, «всегда умственные».

*Аутоскопические псевдогаллюцинации* — это видение «внутренним оком» своего собственного изображения, обычно плоского, статичного внутри головы или пред взором. Аутоскопию следует дифференцировать от «двойного самоощущения», экмнезии — феномена, при котором больной ощущает в себе признаки прежней жизни или прежнего мистического существования.

*Висцероскопические и висцерофонические псевдогаллюцинации* — феномены при которых больной видит свои внутренности, происходящее внутри организма или «слышит не ушами, а мозгом» звуки и слова, возникающие где-то в теле.

*Антагонистические псевдогаллюцинации* всегда вербальные, представляют собой борьбу двух полярных «голосов», в центре которой — всегда больной и его интересы.

*12-я группа: феномены, «промежуточные» между псевдо- и психическими галлюцинациями, собственно психические галлюцинации, идеомоторные психические галлюцинации.*

Основными признаками психических галлюцинаций можно считать: безусловно непомраченное сознание, обязательная интрапроекция галлюцинаторного образа, обязательное чувство деланности, отсутствие сенсорной окраски феномена.

*Промежуточные феномены* имеют все признаки психических галлюцинаций, но не утратили полностью сенсорную окраску. К ним относят: звучание мыслей, эхо мысли, мысленный диалог, сделанные мысли, намысленные слова, отнятые и вложенные мысли (апперцептивные, абстрактные галлюцинации Кальбаума).

*Психические галлюцинации* — феномены расстройства мышления, полностью лишённые сенсорного компонента.

*Речедвигательные галлюцинации* характеризуются автоматичностью и насильственностью, ощущением постороннего воздействия, чуждостью и ложным ощущением произнесения слов, ксенопатической проекцией и стремлением больных анализировать происходящее с ними. В.Л. Брагинский (1975), учитывая степень выраженности критериев феномена, разделяет идеомоторные галлюцинации на пять типов:

Наличие чувства произвольности, слабо выраженное чувство насильственности и чуждости, наличие бредовых предположений;

Выраженные чувства насильственности, чуждости и деланности, но с активным стремлением противодействовать внешнему воздействию и наличием чувства возможности такого противодействия;

особо выраженное чувство чуждости, бредовая интерпретация происходящего и исключение противодействия;

выраженное чувство деланности, полное отчуждение речевой деятельности, изменение самосознания, полная утрата собственной активности, бред овладения;

вербальные импульсы, неожиданные для больных, бредовая трактовка, чувство овладения, идеаторная и моторная автоматичность. [107]

## 2.3. Расстройства мышления

*Мышление* — надчувственная форма отражения реальности в виде целенаправленного, опосредованного и обобщенного познания связей и отношений вещей.

*Процесс мышления* включает в себя следующие операции:

- анализ;
- сравнение;
- абстрагирование;
- обобщение;
- синтез;
- конкретизация.

*Процесс мышления совершается в:*

- понятиях (конкретные и абстрактные);
- суждениях;
- умозаключениях (силлогизмы: индуктивные и дедуктивные).

Отдельные виды мышления.

- *Как этапы онтогенетического развития:*
  - наглядно-действенное,
  - наглядно-образное,
  - образное (художественное),
  - логическое (отвлеченное).
- *Аутистическое мышление, характеристики:*
  - алогичность,
  - тенденциозность (кататимность — регуляция посредством эмоций),
    - создают удовольствие самим непосредственным образом.
- *Пралогическое (архаическое) мышление, характеристики:*
  - закон подобия,
  - закон партиципации (событие А произошло после события Б, а значит, является его результатом, следствием),
  - магический компонент,
  - отчужденность результатов собственной психической активности,
    - элементы символизма.
- *Религиозное мышление*
  - вытекает из мистического мышления, трансцендирует реальность, апеллирует к высшим силам, Богу.

- *Эгоцентрическое мышление*, признаки
  - синкретизм (неспособность разделения понятий),
  - несогласованность объема и содержания понятий,
  - феномен трансдукции (смешение случайных признаков объекта с существенными),
  - отсутствие понимания несоответствия размеров,
  - категоричность, субъективность. [52]

### **Патология мышления**

Нарушения динамики мышления.

- *Ускоренное мышление (тахифрения)*.

Характерно для состояния возбуждения, аффекта, гипомании.

- *Заторможенность мышления (брадифрения)*.

Характерно для астении, депрессии, апатии, гипобулии.

- *Тугоподвижность (торпидность, вязкость) мышления*.

Наблюдается при эпилепсии, различных вариантах органического поражения головного мозга.

- *Задержка мышления (шперрунг)*.

- *Обрыв мысли*.

- *Ментизм (наплыв ускоренных мыслей)*.

Три последних варианта патогномичны (высокоспецифичны) для шизофрении.

*Нарушение связности процессов мышления.*

- *Тематическое соскальзывание* — легкие нарушения логики мышления и семантической цельности при сохранном синтаксисе.

- *Разорванность* — грубое несоответствие сохранного синтаксиса и нарушенной семантики высказывания.

Расстройства характерны для шизофрении.

- *Шизофазия* (словесная окрошка) — напор слов, несвязанных по смыслу.

- *Инкогеренция* (бессвязность мышления) — разрушение семантики и синтаксиса высказывания.

Расстройства характерны для дефицитарных состояний при шизофрении, мышлении при остром психозе, состояниях нарушенного сознания.

*Нарушения логического мышления.*

- *Резонерство* (тангенциальное мышление) — бесплодное многоречивое банальное рассуждательство, неспособность

принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства. Свойственно для шизофрении, шизоидных и паранойяльных личностей.

Выделяют следующие варианты резонерского мышления:

- компенсаторное,
- претенциозное,
- схоластическое,
- псевдоученое,
- эпилептическое.
- *Формализм мышления* — опора в рассуждениях на внешнюю формальную сторону явлений, отсутствие глубины, субъективно-эмоциональное искажение. Характерно для широкого спектра расстройств, включая патологию личности, органические расстройства, психофизический инфантилизм.
- *Патологическая обстоятельность* — вязкость, склонность к детализации, застревание на мелких деталях и вторичных обстоятельствах при сохранении линии повествования. Характерно для органических поражений головного мозга.
- *Снижение уровня мышления* — семантико-синтаксический регресс в структуре текста, примитивизм суждений и умозаключений. Наблюдается при органических поражениях головного мозга.
- *Тугоподвижность мышления* — инертность, консерватизм, застревание на единичных идеях. Свойственна эпилепсии.
- *Детализация мышления* — погруженность в детальное описание мельчайших подробностей, фактов и событий. Встречается в трёх вариантах:
  - реактивная — при невротических, постстрессовых расстройствах,
  - ипохондрическая — застревание на жалобах, описании своих переживаний, состоянии здоровья. Типично для ипохондрического синдрома в рамках невротических и личностных расстройств.
  - бредовая — типично для бредовых синдромов.
- *Неясное (расплывчатое) мышление* — нецеленаправленное мышление, мышление без цели, логически необоснованные переходы с игнорированием временных и пространственных рамок событий.



- *Паралогическое мышление* — опора в рассуждениях и умозаключениях на вторичные несущественные признаки, отклонения в рассуждениях от нормальной логики, подмена её эгоцентрическими аффективно насыщенными моментами. Патогномонично для шизофрении. Является основой для бредовых конструкций.
- *Патологический полисемантизм* — патологическое творчество больных, в результате которого понятия приобретают множественные значения и новые смыслы, базирующиеся на формальных лексических признаках. Характерно для психозов, аутизма, патологии личности.

*Нарушение образного мышления.*

- *Патологическое фантазирование* (мифомания, синдром фантастической псевдологии).

Характерно для истерических личностей, невротоподобных вариантов шизофрении.

*Нарушение эгоцентрического мышления.*

- *Познавательный эгоцентризм.*

Объективизация личностного мнения, повышенная уверенность в собственной правоте.

- *Нравственный эгоцентризм.*

Обилие оценочных суждений, склонность к морализированию, приписывание своих мотивов поведения другим, склонность к идеям отношения, сверхценным идеям.

*Патологические варианты паралогического (архаического) мышления.*

- *Суеверия.*

Наличие мистического компонента в мышлении, вера в чудеса, материализацию мыслей, наличие магических причинно-следственных связей. Характерна вера в приметы, проричание, ясновидение, магию.

- *Нарушение идентификации.*

Ошибочная интерпретация и искаженное опознание объектов на основе эмотивного мышления.

- *Символическое мышление.*

Опора в мышлении на субъективно значимые объекты и явления, которым придается особая значимость. Характерны как для нормального, так и для патологического творчества. Во втором случае утрачен прагматизм, наличие явной связи символов и болез-

ненных переживаний. Для символического мышления характерно создание неологизмов (принципиально новых слов), криптолалии (нового тайного языка, созданного больным), криптографии (тайное письмо).

- *Ритуалы.*

Выполнение определенной последовательности действий в строго алгоритмизированном порядке, базирующиеся на болезненных переживаниях. Характерны для обсессивно-компульсивных синдромов разной этиологии.

- *Анимистические представления.*

Переживания, для которых характерно восприятие неживых объектов природы, как наделенных умением чувствовать и иметь другие признаки живых субъектов. Характерно как для патологических личностей, так и для структуры ряда бредовых синдромов. [20; 50; 52;]

Нарушения мышления нередко наиболее ярко воплощаются в речи. Поэтому представляем *варианты речевых нарушений, иллюстрирующих соответствующую патологию мышления.*

1. *Речевые итерации* (стереотипия, тики):

- *палилалия* — многократное повторение фраз — симптом грамофонной пластинки (Майер-Гросс, 1931);

- *вербигерация* — употребление большого количества сходных по поверхностным признакам слов;

- *персеверация* — застревание на многократном повторении одних и тех же слов;

- *палиграфия* — персеверация в письме;

- *логоклония* — ритмичное повторение слогов.

2. *Эхололия* — повторение больным слов или фраз, произнесенных третьими лицами.

3. *Заикание* — нарушение плавности речи, проявляющееся в двух вариантах — тоническом (повторное произнесение отдельных звуков) и клоническом (повторное произнесение отдельных слогов). Для заикания характерно логофобия — страх перед общением по причине речевых нарушений.

4. *Мутизм* — отсутствие речи по психическим причинам.

5. *Спотыкание (полтерн)* — речь взхлёб, нечеткость артикуляции.

6. *Логорея (вербомания)* — непрекращающийся речевой поток.

7. *Акайрия* — навязчивое повторение одних и тех же вопросов, жалоб.

8. *Графоспазм* — невозможность к осуществлению письма по психологическим причинам.

9. *Брадилалия* — замедление речи.

10. *Брадилексия* — сниженный словарный запас в речи.

11. *Глоссолалия* — аффективно ускоренная речь с употреблением неологизмов.

12. *Дислогия* — неспособность точно и недвусмысленно выражать свои мысли устно.

13. *Диспрозодия* — нарушение мелодичности речи.

14. *Идеоглоссия* — замена слов другими лишенными смысла или непонятными звуками. Описано при олигофрении.

15. *Ксенолалия* — изменение структуры звуков речи, при которой она похожа на иностранную. Наблюдается при неврологической патологии.

16. *Макрофония* — очень громкая речь.

17. *Микрофония* — очень тихая речь.

18. *Оговорки* — подмена одних слов другими и несоответствующими предмету мысли. Характерно для астении, тревоги, нередко трактуется психоаналитически.

19. *Олигофазия* — скудный запас слов.

20. *Палинграфия* — обратное или зеркальное письмо.

21. *Паралексия* — правильное чтение без понимания смысла прочитанного.

22. *Речь витеиватая* — напыщенная, с выражением ложного пафоса, многозначительная и заумная. Характерно для резонанста.

23. *Речь манерная* — словесное гримасничанье, вычурность. Характерно для гебефрении.

24. *Речь зеркальная* — произнесение слов с их конца. Характерно для шизофрении, детского аутизма.

25. *Речь пуэрильная* — речь, напоминающая детскую, картавая, сюсюкающая, с детскими искажениями слов и интонацией. Характерно для истерического психоза, кататонно-гебефрении.

26. *Речь рифмованая* — неуместное использование в речи рифмования маниакальных кататонических пациентов.

27. *Речь скандированная* — замедленная речь с произнесением слов по слогам, наблюдается при поражении мозжечка.

28. *Речь слащавая* — речь вкрадчиво-льстивая, с уменьшительно-ласкательными и хвалебными оборотами. Свойственная эпилепсии.

29. *Тахилалия* — ускорен темп речи.

30. *Фонастения* — тихая, переходящая в шепотную и беззвучную речь при депрессии. [52]

*Расстройства мышления по содержанию.*

Включают: бредовые расстройства, сверхценные идеи, доминирующие идеи, фанатизм, обсессии.

*Бред.*

*Характеристики:*

- является следствием болезни,
- ошибочно искаженно отражает действительность,
- не поддается коррекции,
- базируется на ошибочных основаниях,
- наблюдается при ясном сознании,
- нет снижения интеллекта,
- тесная связь с изменениями личности, отношением больного к себе и к окружающему миру.

*Клинико-психопатологические критерии:*

- бред отражает переживания существования в ином мире изменения личности больного,
- аутохтонность (происхождение из самой личности больного, его патологическое творчество),
- динамическая структура,
- формально ясное сознание, отражение патологии мотивации поведения, социальной дезадаптации, и дезорганизации личности и расстройства самосознания.

*Выделяют первичный бред — интерпретативный, интуитивный и вторичный бред, вытекающий из расстройств восприятия, патологии аффекта.*

Бред классифицируют также по *стадиям развития:*

1. Бредовое настроение — убежденность в изменении окружающего, неизменности надвигающейся беды.

2. Бредовое восприятие — бредовое истолкование отдельных явлений, в связи с нарастающей тревогой.

3. Бредовое толкование — болезненное объяснение значения воспринятых явлений.

4. Кристаллизация бреда — стройность, законченность, последовательность бредовых идей.

5. Стадия затухания бреда с элементами критического отношения.

6. Резидуальный (остаточный) бред.

Приводим *основные варианты бредовых синдромов*:

- Преследование (персекуторный),
- Физического воздействия,
- Отравления,
- Ограбления,
- Обвинения,
- Пленения,
- Ревности,
- Сутяжничества,
- Метафизический,
- Архаический,
- Одержимости,
- Дерматозойный,
- Религиозный,
- Эсхатологический,
- Отношения,
- Значения,
- Величия,
- Могущества,
- Бессмертия,
- Изобретательства,
- Реформаторства,
- Богатства,
- Эротический,
- Самообвинения,
- Иппохондрический,
- Дистормоманический,
- Нигилистический (синдром Катара),
- Фантастический,
- Метаморфозы,
- Двойника (синдром Фреголи),
- Интерметаморфозы,
- Инсценировки,
- Особого значения,
- Антагонистический (манихейский). [18; 52; 60; 145]

### *Сверхценные идеи.*

#### *Характеристики:*

- банальность суждений,
- неадекватность в переоценке тех или иных фактов,
- наличие паралогии,
- психологическая понятность,
- эгоцентрическая структура,
- стойкость и некорректируемость,
- неадаптивный характер сверхценных образований,
- эмоциональная охваченность пациента.

В отличие от бреда, содержание сверхценной идеи обычно является адекватной реальности, бредовые идеи всегда ложны. Сверхценные идеи связаны с преувеличенно самооценкой и конкретной ситуации, бредовые идеи возникают аутохтонно, критика полностью отсутствует. При сверхценных идеях возможны сомнения пациента в их истинности. Бред психологически непонятен, чужд нормальному опыту, в отличие от сверхценных идей. Сверхценные идеи характерны для параноидальных личностей и параноидальных реакций в рамках других патологий. [52; 60]

### *Доминирующие идеи.*

Характеризуются тем, что не принадлежат самому индивиду, и он не связывает их с повышенной самооценкой, немотивированно потребностью самоутверждения и собственного признания. Отражают любую систему идеи, к которым пациент проявляет повышенный интерес. Могут наблюдаться при любой патологии.

### *Фанатизм.*

Идеи, которым фанатик служит искренне и самоотверженно, как правило ему не принадлежат, заимствованы из любого источника, которому безоговорочно доверяют и идентифицируются с ним. Фанатичные идеи становятся центром психического «Я», не связаны с самооценкой, желанием добиться признания своей исключительности. [52]

Обсессии, навязчивые идеи (см. обсессивный синдром).

## 2.4. Расстройства памяти и внимания

*Память* — это способность индивида запоминать, сохранять, воспроизводить информацию о разных впечатлениях и событиях. Память включает в себя 4 основных процесса: фиксацию, ретенцию, репродукцию и забывание.

*Фиксация* — процесс запечатления, связывания информации. Процесс запоминания контролируется следующими факторами:

- эмоциональное сопровождение впечатлений;
- структурированность впечатлений;
- осмысленность;
- кратность повторения;
- распределение во времени;
- мотивация;
- оптимальный уровень психической активности, подчиняется закону Иеркса-Додсона — обратная пропорция между активностью запоминания и сложностью задач;
- эффект предшествования;
- адекватность способа представления материала;
- сенсорная яркость впечатлений;
- беспрепятственная консолидация — процесс закрепления следов памяти (длится до 60 минут).

*Ретенция* — сохранения информации в нервных структурах памяти.

*Репродукция* — воспроизведение следов памяти.

*Забывание* — утрата следов памяти. Осуществляется в соответствии с законом Джоста — из двух одинаково сильных следов памяти более стойким оказывается тот, который образовался ранее.

*Формы памяти:*

— *непосредственная (сенсорная)* — запечатление, удержание, сенсорных впечатлений в органах чувствительности; длительности хранения — доли секунды, объем — 11–12 объектов;

— *кратковременная* — запечатление, хранение, обработка информации, поступившей из сенсорной памяти, время хранения — до 20 секунд, объем  $7 \pm 2$  элемента;

— *долговременная* — длительность хранения — годы, объем — практически неограничен.

*Виды памяти:*

- образная;
- эмоциональная;
- эпизодическая;
- автобиографическая;
- семантическая;
- лексическая;
- репродуктивная (механическая);
- реконструктивная;
- процедурная (автоматизированные действия);
- декларативная;
- цветовая;
- восстановленная;
- проспективная;
- интенсивная;
- метапамять.

*Свойства памяти:*

- объем;
- быстроедействие (скорость запоминания и репродукции);
- точность запоминания и репродукции;
- длительность сохранения.

**Психопатология памяти.**

*Количественные нарушения памяти.*

*Амнезия* — утрата памяти на впечатления определенный промежуток времени или на события определенного рода.

*Виды амнезий:*

- Фиксационная — утрата способности запоминать и воспроизводить текущие впечатления (атрофические процессы, интоксикации, количественные расстройства сознания, синдром Корсакова).
- Ретроградная — выпадение памяти на впечатления, которые непосредственно предшествовали наступлению болезненного состояния.
- Антероградная — стойкое выпадение памяти на события, происшедшие непосредственно после выхода пациента из болезненного состояния;
- Конградная — нарушение способности запоминать и производить впечатления за время пребывания в состоянии нарушен-



ного сознания и острого психотического состояния. Может быть тотальной, фрагментарной, ретардированной (отставленной), диссоциированной.

- Прогрессирующая амнезия — опустошение памяти, развивающееся по закону Рибо — стирание событий от свежих впечатлений к более ранним;
- Эпизодическая амнезия;
- Постсомническая амнезия;
- Алкогольная амнезия;
- Транзиторные мнестические эпизоды — провалы памяти в связи с приступами ишемии мозга;
- Детская амнезия — забывание событий первых трёх-четырёх лет жизни;
- Интоксикационная амнезия;
- Амнезия источника информации;
- Аффектогенная амнезия;
- Постгипнотическая амнезия;
- Периодическая амнезия (у пациентов с диссоциацией);
- Истерическая амнезия;
- Эпохальная амнезия (биографическая);
- Посттравматическая;
- Постэнцефалитическая;
- Амнезия сновидений.

*Гипомнезия* — снижение разных форм и видов памяти. Наблюдается при состояниях астении, депрессии, легких и локальных повреждениях мозга различного генеза.

*Гипермнезия* — болезненное обострение памяти, чаще всего, временное; наблюдается при маниакальных состояниях, при легких состояниях опьянения алкоголем, психостимуляторами, при качественных нарушениях сознания, отдельных элементах психоза под влиянием гипносуггестии и в сновидениях.

*Качественные нарушения памяти — парамнезии.*

1. *Конфабуляции* — вымыслы, мнимые или галлюцинаторные репродукции, принимаемые больными за воспоминания реальных событий.

2. *Псевдореминисценции* — смешение воспоминаний во времени, когда давние впечатления вспоминаются как свежие и наоборот.

3. *Криptomнезии* — нарушения памяти, при котором мнимые воспоминания воспринимаются за отражение реальных впечатлений.

*Внимание* — направленность и степень сосредоточенности на объекте и деятельности.

*К патологии внимания относится:*

— неустойчивость внимания, которая характеризуется быстрым переключением фиксации внимания, отвлекаемостью, неспособностью долго сосредоточиться на каком-либо деле. Типична при синдромах расторможенности у детей, при гипоманиях и гебефрениях;

— замедленность переключения (ригидность), наиболее часто отмечается у органиков и больных эпилепсией. Пациент не может отвлечься от избранной темы, застрекает, вновь и вновь возвращается к ней;

— недостаточная концентрация характерна для астенических состояний и утомления, минимальных расстройств сознания. Внимание носит "плавающий" характер, продолжительная фиксация отсутствует, что выражается в особенностях поведения (рассеянности). [52; 60; 86;]

## **2.5. Патология влечений (потребностей) и эффекторно-волевой сферы**

*Воля* — это способность личности к организованной ответственной и контролируемой деятельности ради достижения сознательных целей. Исходный пункт волевого акта — это потребности. *Структура волевого акта представлена следующими последовательными стадиями:*

- актуализация потребности;
- формирование и борьба мотивов;
- планирование действий и принятие решений;
- реализация замысла.

*Расстройства влечений (инстинктов).*

Расстройства, связанные с приемом пищи.

1. Булимия — чрезмерная и неутолимая чувство голода с употреблением большого количества пищи на протяжении длительного времени. Булимия может быть обусловлена эндокринными нарушениями, органическими поражениями головного мозга различного

генеза, а также непосредственно связана с психическими расстройствами (маниакальные состояния, депрессии, кататоническая шизофрения, различные виды слабоумия, гашишное опьянение, абстиненции при некоторых зависимостях).

2. *Анорексия* — утрата чувства голода с полным прекращением или крайним ограничением приема пищи. Первичная анорексия наблюдается при эндокринной патологии, органических поражениях головного мозга. Психическая анорексия — отмечается при депрессии, шизофрении, острых психозах, хронических интоксикациях, состояниях ступора различного генеза.

3. *Парорексия (ксенорексия, пика)* — извращение аппетита в виде потребности употреблять в пищу несъедобные вещи. Встречается при шизофрении, эпилепсии, кататонической шизофрении, деменциях, олигофрении.

*Расстройства, связанные с нарушением инстинкта самосохранения.*

1. Усиление — активно-оборонительное (агрессивность), пассивно-оборонительное (страх, паника).

2. Ослабление — суицид.

3. Извращение — самоистязание.

*Сексуальные нарушения.*

1. Усиление (гиперсексуальность: сатириазис, нимфомания).

2. Ослабление (гипосексуальность, фригидность).

3. Извращение (сексуальные перверзии).

*Расстройства привычек и влечений.*

1. Людомания — патологическая страсть к азартным играм.

2. Пиромания — страсть к поджогам.

3. Клептомания — патологическая склонность к воровству.

4. Трихотиломания — навязчивое вырывание волос.

5. Онихофобия — грызение и поедание ногтей.

6. Дерматотлазия — страсть к кожным расчесам. [52]

*Расстройства эффекторно-волевой сферы.*

1. *Абулия* — болезненное состояние, препятствующее актуализации как физиологических, так и психологических потребностей. У пациентов отсутствует влечение и побуждение к чему-либо, утрачивается поисковая активность, грубо игнорируется гигиена. Сравнительно неглубокое падение активности определяется термином *гипобулия*. Характерно для шизофрении, депрессии, органических поражениях мозга.

2. *Адинамия* — значительное и беспричинное ослабление побуждений к деятельности; утрата или резкое ослабление способности к волевому усилию. Характерно для депрессии.

3. *Гипербулия* — обилие разнообразных потребностей, чрезмерная интенсивность побуждений к деятельности, неупорядоченность, трудность выбора, целей, снижен уровень мотивации. Свойственно маниакальным состояниям различного генеза.

4. *Гипердинамический синдром* — синдром гиперактивности, гиперкинетическое расстройство, синдром дефицита внимания. Наблюдается при широком круге расстройств.

5. *Психомоторное возбуждение* — значительное повышение психической и физической активности с утратой контроля. Наблюдается при аффектах, маниакальном состоянии, гебефрении, кататонии, синдромах нарушенного сознания.

6. *Психомоторная заторможенность — ступор:*

— *кататонический* — полная или частичная обездвиженность с невыполнением инструкций (пассивный негативизм), действиями, противоположными инструкциям (активный негативизм), отсутствием ответов на вопросы (мутизм), сохранением приданой позы (восковая гибкость, катаlepsия), длительным удерживанием головы над подушкой (симптом Дюпре).

— *депрессивный ступор* — обездвиженность, замедление речи, чувство тоски, тревоги, страха, страдальческая мимика.

— *апатический ступор* — при некоторых формах шизофрении, органических поражениях головного мозга.

— *психогенный ступор* — при острых психических травмах.

7. *Дезавтоматизация и извращение двигательной активности* — навязчивые, насильственные, импульсивные действия, потеря способности к автоматическому выполнению привычных действий. Встречаются при невротических расстройствах, истерии, психопатиях, психотических расстройствах. [52; 60;]

## 2.6. Расстройства эмоций

*Эмоции* — особы тип реакции индивида, в которых выражается его непосредственное отношение как к реальным, так и к воображаемым объектам, явлениям, ситуациям, а также самому себе. Субъективные эмоции переживаются как непосредственная дан-

ность, некое душевное состояние, сопровождающееся различными физиологическими потребностями (активность, вегетативные реакции), когниции, самооценку, мотивацию, инструментальное поведение, экспрессивные акты (изменение мимики, позы, жестов).

Эмоции разграничиваются по знаку на *положительные и отрицательные*. Кроме того, эмоции классифицируются *по модальностям*. Приводим простое перечисление наиболее распространенных эмоций:

— горе или скорбь, печаль или тоска, ностальгия, тревога, страх, обида, скука, удовольствие, зависть, ревность, азарт, негодование, гнев, досада, злорадство, радость, ненависть, отвращение, стыд, чувство вины, раскаяние, жалость, разочарование, удивление, веселье, смущение, интерес, отчаяние, чувство юмора, надежда, вера, суеверие, любовь, умиление, уныние, воодушевление, мужество, сомнение, гордость.

По влиянию эмоций на активность выделяют *стеничные* (активизирующие) и *астеничные* (подавляющие).

По *состоянию напряженности* выделяют эмоции покоя, эмоции ожидания, эмоции в ситуации конфликта, ситуации выбора.

*Формы проявления эмоций.*

*Аффект* — бурное, кратковременное (1–1,5 часа) проявление какой-либо эмоции в ответ на неожиданное и важное событие. Для аффекта характерны максимальная интенсивность эмоций, изменение состояния сознания, нарушение самовосприятия, затрудненная критика, импульсивность поведения, частичная или полная конградная амнезия на период аффекта, максимальная интенсивность соматовегетативных проявлений, внезапность начала и окончания, наличие опустошенности, протрации или сомноленции по окончании аффекта, нарушение критической оценки.

*Страсть* — интенсивное стойкое и недостаточно контролируемое чувство с концентрацией внимания, мыслей, эмоций и поведения исключительно на объекте страсти. Страсть граничит с эмоциональной одержимостью, причиняет немалое страдание, ограничивает возможности разумного выбора. Длится годами.

*Настроение* — относительно устойчивое и нерезко выраженное проявление какой-либо определяющей эмоции. Отражает длительное доминирование какой-либо аффективной установки, интегрирующей когнитивное состояние субъекта на текущий момент.

*Ситуативные реакции* — относительно кратковременные, не достигающие степени аффекта на текущие изменения в повседневных обстоятельствах.

*Уровни эмоционального реагирования:*

— эмоциональный тон ощущений — архаичная ориентация организма в сенсорных стимулах;

— органические эмоции — обусловлены основными потребностями организма;

— социальные эмоции — связаны с системой отношений;

— эмоции, выражающие интеллектуальные и нравственные, эстетические, религиозные потребности, характеризующие духовный статус человека.

### **Аффективные нарушения.**

1. *Патологический аффект* — острое кратковременное болезненное состояние психогенной природы, возникающее практически у здорового индивида. Играет важное значение в практике, судебно-психологического эксперта.

Патологический аффект протекает в *три фазы*:

— подготовительная — интерпретация психогении, нарастание эмоционального напряжения, сужение сознания в виде нарастающей концентрации внимания на психотравме;

— фаза взрыва — внезапное неожиданное развитие аффективного сумеречного помрачения сознания с различными аффективными нарушениями, нестойкими бредовыми идеями, обманами восприятия, нарушениями самовосприятия, острым психомоторным возбуждением, нередко крайне агрессивного и жестокого поведения. В этой фазе пациенты дезориентированы в месте, времени и обстоятельствах, не критичны;

— заключительная фаза — внезапное резкое истощение, прострация, сон или сомнолencia, психомоторная заторможенность до степени ступора в течении десятков минут. По восстановлении ясности сознания появляется конградная амнезия.

2. *Физиологический аффект на патологической почве* — переходный вариант между физиологическим и патологическим аффектом.

3. *Физиологический аффект* — состояние выраженного аффекта без признаков сумеречного состояния сознания с частичной критикой, элементами амнезии, нередко — совершением противоправных действий.

4. *Растерянность (аффект недоумения)* — абсолютное непонимание текущей ситуации в связи с грубыми поломками когнитивной активности, сопровождающейся дезориентировкой со страхом и тревогой. Нередко наблюдается в дебюте шизофрении при пограничных расстройствах.

5. *Панический страх* — спонтанно наступающие кратковременные состояния ужаса с растерянностью, двигательной ажитацией, страхом смерти, потерей самоконтроля (вегетативной бурей). Наблюдается при невротических расстройствах, аффективной патологии.

6. *Экстаз* — состояние крайне выраженного до иступления восторга. Наблюдается в начале эпилептического приступа, при медитативных религиозных практиках, маниакальных состояниях, при онейроиде, опьянении наркотическими веществами.

7. *Изумление* — крайняя степень удивления с остановкой течения мыслей, застыванием.

8. *Иступление* — крайняя степень возбуждения с потерей самообладания и бессильным гневом.

*Нарушение в сфере настроения.*

1. *Гипертимия* — болезненное приподнятое настроение.

Наблюдается при маниакальном расстройстве, в дебюте психозов, при органической патологии, интоксикациях.

2. *Мория* — характеризуется несколько приподнятым настроением, с беспечностью, грубым шуткам, дурашливостью на фоне легкой оглушенности, снижении критичности. Наблюдается при лобно-базальных повреждениях головного мозга.

3. *Дисфория* — тоскливо-злое настроение, мрачность, угрюмость, тоска, негативные предчувствия. Наблюдается у больных эпилепсией при органических поражениях головного мозга.

4. *Гипотимия* — болезненное подавленное настроение с переживанием горя и тяжести на душе. Наблюдается при депрессивных расстройствах различного генеза.

5. *Генерализованная тревога* — стойкое состояние беспокойства, волнения, напряжения, с широким спектром психосоматических нарушений.

6. *Дистимия* — хроническая подавленность настроения незначительной глубины с нарастающими психосоматическими расстройствами, характерологическими изменениями.

7. *Эйфория* — нерезко и однообразно приподнятое настроение

с беспечностью, беззаботностью, благодушием, морально-этическим снижением, замедлением интеллектуальной деятельности. Наблюдается при различных органических заболеваниях головного мозга.

8. *Апатия* — равнодушие, безучастность, выпадение широкого спектра эмоций. Пациенты не осознают эмоционального дефицита, не тягостятся своим состоянием. Наблюдается при шизофрении, органическом поражении лобных отделов мозга, атрофических процессах.

*Нарушение в сфере эмоциональных реакций.*

1. Эмоциональная взрывчатость или эксплозивность — повышенная готовность к аффективному реагированию по незначительным поводам. Характерно для психопатоподобных нарушений различного генеза.

2. Дефензивность — эмоциональная вязкость, проявляется стойкой фиксацией преимущественно негативных эмоциональных реакций в состоянии фрустраций. Характерно для эпилепсии, личностных расстройств, органических поражений головного мозга.

3. Эмоциональная лабильность — легкая переменчивость настроения под влиянием незначительных поводов. Характерно для личностных расстройств, аффективной патологии.

4. Эмоциональное недержание — неспособность контролировать эмоции и их внешние проявления.

5. Слабодушие — слезливость, чрезмерная сентиментальность. Ранний признак церебрального атеросклероза.

6. Эмоциональная тупость — недоразвитие или выпадение высших чувств при сохранении более примитивных эмоций.

7. Эмоциональная парадоксальность — несоразмерность интенсивности аффективных реакций объективной значимости ситуаций.

8. Раздражительность — частые и неглубокие реакции недовольства по различным мелким поводам. Классический симптом астении.

9. Эмоциональное огрубение — утрата тонких эмоциональных реакций, связанное с нерезким снижением интеллекта при органических повреждениях мозга.

10. Паратимия — инверсии эмоциональных реакций.

11. Эмоциональная амбивалентность — существование полярных чувств по отношению к одному и тому же объекту или явлению. Указывает на расщепление «Я» (шизофрения). [52; 55; 60; 145]



## 2.7. Расстройства сознания

*Сознание* — в определении Карла Ясперса [145]:

1. Действительный опыт внутренней психической жизни.
2. Указание на дихотомию субъекта и объекта.
3. Знание собственного сознательного «Я», которое включает:
  - активность «Я»,
  - единство «Я»,
  - идентичность «Я»,
  - противопоставление сознания «Я» внешнему миру,
  - сознание собственной личности.

*Расстройства сознания.*

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

До настоящего времени не утратили своей значимости описанные К. Jaspers *общие признаки синдромов помрачения сознания*. Необходимо подчеркнуть, что лишь совокупность этих признаков дает основание квалифицировать это состояние как синдром помрачения сознания, поскольку отдельные признаки могут наблюдаться при других психопатологических симптомокомплексах, не имеющих никакого отношения к синдромам помрачения сознания.

Первый признак синдромов помрачения сознания — *отрешенность от окружающей действительности*, проявляющаяся затруднением или полной невозможностью восприятия окружающего.

Психопатологические проявления отрешенности различны: в одних случаях больной не воспринимает окружающее, и оно не определяет психическую деятельность больного, при этом какая бы то ни было позитивная психопатологическая симптоматика отсутствует; в других случаях отрешенность от окружающего стоит в прямой связи с наплывом галлюцинаций, развитием бреда и других психотических расстройств (состояние загруженности). И, наконец, отрешенность может проявляться аффектом недоумения, сходного с состоянием здорового человека, пытающегося что-то понять или встретившимся с чем-то непонятным и малознакомым, и симптомом

гиперметаморфоза — сверхизменчивостью внимания (С. Wernike), характеризующегося крайней нестойкостью внимания, отвлекаемостью, особенно на внешние раздражители.

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

Третий признак — *нарушение мышления*, заключающееся в слабости или невозможности суждений, бессвязности мышления. О характере нарушений мышления судят по особенностям речи пациента: у одних наблюдается феномен олигофазии — больной использует в речи ограниченное количество слов, речь представляется крайне бедной и маловыразительной; у других обращает на себя внимание крайнее затруднение при ответе на достаточно простые вопросы или при попытке оценить ту или иную ситуацию. При бессвязной речи больные произносят фразы, не содержащие смысла, отдельные слова не имеют связи друг с другом. Нередко речь состоит из отдельных слогов и звуков.

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

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

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

При оглушении наблюдается обеднение всех видов психической деятельности, характерно затруднение ассоциативного процесса, что относится как к пониманию и оценке окружающего, так и воспроизведению прошлого опыта, которое ограничивается наиболее простыми автоматизированными понятиями и навыками. Больные обычно с трудом осмысливают ситуацию в целом, в то время как отдельные явления происходящего, обычно наиболее простые, оцениваются ими сравнительно правильно (растерянность и различные психопатологические расстройства типа галлюцинаций, бреда, психических автоматизмов и т.д. несовместимы с картиной оглушения). Больные аспонтанны, малоподвижны, их мимика однообразна и бедна, жесты невыразительны; предоставленные самим себе подолгу находятся в одной и той же позе. Настроение чаще всего безразличное, однако, нередко наблюдаются благодушие, эйфория. Воспоминания о периоде оглушения отсутствуют.

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

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

В развитии делирия принято выделять *3 стадии*.

В первой стадии обращают на себя внимание повышенное настроение, крайняя говорливость, непоседливость, гиперестезия, расстройство сна. Приподнятый фон настроения отличается нестойкостью. Периодически появляются тревога, ожидание беды. Иногда отмечаются раздражительность, капризность, обидчивость. У больных наблюдается наплыв ярких воспоминаний, касающихся как недавнего, так и отдаленного прошлого. Воспоминания сопровождаются яркими образными представлениями об имевших место событиях и чрезмерной говорливостью больных. В речи больных также преобладают воспоминания о событиях прошлого, иногда речь

отличается непоследовательностью, бессвязностью. Значительное место в картине состояния занимают повышенная истощаемость и гиперестезия, непереносимость яркого света, громких звуков, резких запахов. Все перечисленные явления обычно нарастают к вечеру. Расстройства сна выражаются в ярких сновидениях неприятного содержания, трудности при засыпании, ощущении разбитости и усталости при пробуждении.

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

В третьей стадии наблюдаются зрительные галлюцинации. Наряду с наплывом зрительных, обычно сценopodobных галлюцинаций имеют место вербальные галлюцинации, фрагментарный острый чувственный бред. Больные находятся в состоянии резкого двигательного возбуждения, сопровождающегося страхом, тревогой. Возможны светлые промежутки, когда у больных отмечаются выраженные астенические расстройства. К вечеру приходится наблюдать резкое усиление галлюцинаторных и бредовых расстройств, нарастание возбуждения; утром описанное состояние сменяется непродолжительным сопорозным сном. На этом развитие делирия чаще всего заканчивается.

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

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

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

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

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

*Аменция* — помрачение сознания, при котором наблюдаются растерянность и инкогеренция (дезинтеграция), т.е. невозможность осмысления окружающего в обобщенном, целостном виде и невозможность оценки своей собственной личности. Характерно резко выраженное возбуждение, ограничивающееся пределами постели: больные совершают движения головой, руками, ногами, ненадолго

успокаиваются, затем вновь становятся возбужденными. Настроение больных крайне изменчиво: они то плаксивы и сентиментальны, то веселы, то безразличны к окружающему. Речь их непоследовательна, бессвязна, состоит из набора существительных и глаголов конкретного содержания или отдельных слогов и звуков. Имеется определенная корреляция между характером аффекта и содержанием высказываний больных: при пониженном настроении произносимые слова отражают печаль, грусть; если настроение у больных повышенное, речь изобилует словами, выражающими радость, удовольствие, удовлетворение. В течение дня, чаще в вечернее и ночное время, наблюдаются отдельные зрительные галлюцинации и иллюзии, эпизоды образного бреда или признаки делириозного помрачения сознания. На высоте аменции могут развиваться кататонические расстройства в виде возбуждения или ступора, хореоформные проявления или симптом корфологии (обирания).

Для аменции характерны также непродолжительные состояния с исчезновением возбуждения, развитием картины астенической протрации, нередко сопровождающиеся частичной ориентировкой в окружающем и формальным контактом. Эти состояния, как и весь период аментивного помрачения сознания, больным амнезируются.

Ряд современных исследователей полагают, что аменция является крайним и наиболее тяжелым вариантом мусситирующего делирия. Сходство некоторых признаков психопатологической картины таких состояний позволяет считать эту позицию заслуживающей внимания.

Возникновение аментивного состояния свидетельствует о чрезвычайно тяжелом соматическом состоянии больного. Аменция наблюдается при тяжелых формах соматических, инфекционных и неинфекционных заболеваний, реже при интоксикациях.

*Онейроидное (сновидное) помрачение сознания* проявляется полной отрешенностью больного от окружающего, фантастическим содержанием переживаний, видоизменением и перевоплощением Я (*грезоподобный онейроид*) или состоянием, при котором имеется причудливая смесь фрагментов реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных фантастических представлений (*фантастически-иллюзорный онейроид*).

Переживания при онейроиде носят драматический характер: отдельные ситуации, чаще фантастические, развертываются в определенной последовательности. Самосознание изменяется, глубоко

расстраивается: больные ощущают себя участниками фантастических событий, разыгрывающихся в их воображении (грезоподобный онейроид) или в окружающей их обстановке (фантастически-иллюзорный онейроид). Нередко пациенты выступают в роли исторических личностей, государственных деятелей, космонавтов, героев фильмов, книг, спектаклей. Содержание событий, разыгрывающихся в их воображении, бывает различным — реже обыденным, чаще фантастическим. В последнем случае больные воспринимают себя находящимися на других материках, планетах, летающими в космосе, живущими в других исторических условиях, участвующими в атомных войнах, присутствующими при гибели Вселенной. В зависимости от содержания различают *экспансивный* и *депрессивный онейроид*.

Онейроидное помрачение сознания чаще всего сопровождается кататоническими расстройствами в виде возбуждения или ступора. Характерна диссоциация между поведением больного, которое может проявляться заторможенностью или достаточно однообразной картиной возбуждения, и содержанием онейроида, в котором больной становится активным действующим лицом.

Характерен внешний вид больных. При фантастически-иллюзорном онейроиде они растеряны, недоуменно озираются по сторонам, взгляд скользит с одного предмета на другой, не задерживаясь ни на одном из них продолжительное время (симптом гиперметаморфоза). При грезоподобном онейроиде они загружены, окружающее не привлекает их внимания. На лице у больного — выражение восторга, радости, удивления или ужаса, тревоги, что находится в прямой зависимости от содержания онейроида. Онейроидное помрачение сознания возникает не внезапно: в большинстве случаев оно начинается с состояния экзальтации с лабильностью аффекта или преобладания повышенного или пониженного фона настроения, возникают расстройства сна; необычно яркие сновидения чередуются с бессонницей. У больных периодически появляются эпизоды страха, ощущение, что с ними должно что-то произойти, что они сходят с ума.

Развитию онейроидного помрачения сознания обычно предшествуют состояния с острым чувственным и антагонистическим бредом, являющиеся по существу стадиями развития онейроида.

Картине острого чувственного бреда с характером инсценировки (бредом интерметаморфоза) свойственна постоянная изменчи-

вость окружающей обстановки и лиц. Больные утверждают, что вокруг разворачивается спектакль, идет кино съемка, движения и жесты окружающих полны особого значения и смысла, в речи окружающих лиц они улавливают особый, нередко только им понятный смысл. Незнакомые лица кажутся ранее виденными, а знакомые и родные — чужими, загримированными под знакомых, близких, родных (симптом Капгра, или симптом положительного и отрицательного двойника).

На смену описанному состоянию приходит состояние острого антагонистического (манихейского) бреда, когда в окружающем больные видят или ощущают два противоположных лагеря, две партии, борющиеся между собой, одна из которых обычно является носителем доброго начала, другая — злого; больные чувствуют, ощущают себя находящимися в центре этой борьбы. При развитии острого антагонистического бреда на фоне маниакального аффекта силы, стоящие на стороне больного, выигрывают сражение; если борьба двух начал разворачивается в картине депрессии, сторонники больного терпят фиаско.

Затем наблюдается состояние со склонностью к непроизвольному фантазированию, яркими представлениями о полетах, путешествиях, войнах, мировых катастрофах, причем описанное фантазирование может сосуществовать с восприятием реального мира и ориентировкой в окружающем — *ориентированный онейроид*.

В последующем развивается собственно онейроидное помрачение сознания.

Амнезия при онейроидном помрачении сознания, как правило, не наблюдается. Больные в одних случаях достаточно подробно воспроизводят содержание онейроида, но обычно плохо помнят реальную обстановку, в других случаях вспоминают и фрагменты фантастических переживаний, и окружающую их обстановку. В ряде случаев после завершения онейроида больные обнаруживают полную амнезию периода помрачения сознания, но позже у них появляются воспоминания о происходившем.

*Сумеречное состояние* характеризуется внезапным возникновением и внезапным разрешением состояния, глубокой дезориентировкой в окружающем, резко выраженным возбуждением или внешне упорядоченным поведением, наплывом различных видов галлюцинаций, острым образным бредом, аффектом тоски, страха и злобы.



После завершения периода помрачения сознания у больных развивается тотальная амнезия, лишь в некоторых случаях после выхода из болезненного состояния на протяжении нескольких минут или часов воспоминания о психотической симптоматике сохраняются (ретардированная амнезия).

Различают простой, галлюцинаторный и бредовой варианты сумеречного помрачения сознания.

При *простом варианте* поведение больных внешне достаточно правильное, однако обычно обращают на себя внимание отрешенно-угрюмое или мрачное выражение лица, стереотипный характер высказываний или почти полное отсутствие спонтанной речи; движения крайне замедлены или отличаются импульсивностью.

Точка зрения, что при простом варианте сумеречного состояния отсутствует какая бы то ни было психопатологическая симптоматика, вызывает сомнения. Отдельные высказывания больных, внезапно возникающие подозрительность и настороженность, разговоры с несуществующим собеседником позволяют предполагать развитие непродолжительных бредовых или галлюцинаторных состояний.

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

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

ные и бредовые варианты таких состояний могут сопровождаться как внешне упорядоченным поведением, так и резко выраженным хаотическим беспорядочным возбуждением со склонностью к агрессии и разрушительным тенденциям. Существующая точка зрения, что галлюцинаторные сумеречные состояния сопровождаются возбуждением, а бредовые варианты — внешне правильным поведением, неабсолютна.

Выделяют, кроме того, *ориентированные сумеречные помрачения сознания*, при которых больные обнаруживают признаки приблизительной ориентировки во времени, месте и окружающих лицах. Как правило, эти состояния возникают в картине тяжелой дисфории.[18; 50; 52; 60; 84; 86; 101; 102;108;117; 118;137;145]

## **2.10. Основные психопатологические синдромы**

### **Астенический синдром**

Это состояние проявляется повышенной утомляемостью, ослаблением или утратой способности к продолжительному физическому и умственному напряжению. У больных наблюдаются раздражительная слабость, выражающаяся повышенной возбудимостью и быстро наступающей вслед за ней истощаемостью, аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения с чертами капризности и неудовольствия, а также слезливостью. Для астенического синдрома характерна гиперестезия — непереносимость яркого света, громких звуков и резких запахов.

Астеническим состояниям свойственны явления астенического, или образного, ментизма. Суть этого явления заключается в том, что при состояниях крайнего психического утомления у больных возникает поток ярких образных представлений. Возможны также наплывы посторонних мыслей и воспоминаний, произвольно появляющихся в сознании больного.

Астенические расстройства развиваются исподволь и характеризуются нарастающей интенсивностью. Иногда первыми признаками синдрома являются повышенная утомляемость и раздражительность, сочетающиеся с нетерпеливостью и постоянным стремлением к деятельности, даже в обстановке, благоприятной для отдыха ("усталость, не ищущая покоя"). В тяжелых случаях астенические расстройства могут сопровождаться спонтанно-

стью, пассивностью и адинамией. Нередко наблюдаются головные боли, нарушения сна (повышенная сонливость или упорная бессонница), вегетативные проявления.

Возможно также изменение состояния больного в зависимости от уровня барометрического давления: при его изменении повышаются утомляемость, раздражительная слабость, гиперестезия (метеопатический симптом Н.И.Пирогова). Особенности этого симптома свидетельствуют о степени тяжести астенического синдрома: если интенсивность астенических расстройств нарастает задолго до изменения барометрического давления, то есть основание считать астеническое состояние более тяжелым, чем в случаях, когда состояние пациента меняется одновременно с изменениями давления. В случаях углубления имеющихся у больных признаков астенического синдрома состояние следует расценивать как менее тяжелое по сравнению со случаями, когда изменения барометрического давления сопровождаются возникновением новых свойственных астеническому состоянию расстройств.

Астения — синдром неспецифический. Его можно наблюдать не только при всех психических заболеваниях (циклотимии, шизофрении, симптоматических психозах, органических поражениях головного мозга, эпилепсии, при неврозах и психопатиях), но и у соматически больных в период утяжеления основного заболевания или в послеоперационном периоде. Многие болезни начинаются с так называемой псевдоневрастенической стадии, проявляющейся преимущественно астеническими расстройствами. И вместе с тем при отдельных психических заболеваниях могут иметь место особенности проявлений астенического синдрома, которые будут отмечены при описании различных форм клинической патологии.

Возникновение астенического синдрома связывают с истощением функциональных возможностей нервной системы при ее перенапряжении, а также вследствие аутоинтоксикации или экзогенного токсикоза, нарушений кровоснабжения мозга и обмена в мозговой ткани. Это позволяет рассматривать синдром в ряде случаев как приспособительную реакцию, проявляющуюся уменьшением интенсивности деятельности различных систем организма с последующей возможностью восстановления их функций. [52; 60]

## Обсессивный синдром

Обсессивный синдром (синдром навязчивости) — состояние с преобладанием в клинической картине чувств, мыслей, страхов, воспоминаний, возникающих помимо желания больных, но при сознании их болезненности и критическом отношении к ним. Несмотря на понимание бессмысленности навязчивостей, больные бесцельны в своих попытках преодолеть их. Навязчивости (обсессии) подразделяют на образные, или чувственные, сопровождающиеся развитием аффекта (нередко тягостного) и навязчивости аффективно нейтрального содержания. Навязчивости необходимо отличать от явлений психического автоматизма и бредовых расстройств. От автоматизмов их отличает отсутствие характера «сделанности», несмотря на насильственный характер их, от бреда — критическое отношение к ним. Навязчивости обычно характеризуют группу невротических расстройств. Но в ряде случаев они могут возникать в картине аффективного состояния, чаще депрессии. При этом у одних больных они входят в структуру депрессии, а у других — выступают в качестве эквивалента депрессии. [50; 52; 86 ]

## Истерические синдромы

К истерическим синдромам относятся состояния, психогенные по происхождению, функциональные по механизмам развития и крайне разнообразные по проявлениям. Речь идет об истерических припадках, истерических сумеречных состояниях, истерических амбулаторных автоматизмах и фугах, синдроме Ганзера, псевдодеменции, пуэрилизме и других расстройствах.

*Истерический припадок* возникает внезапно и проявляется разнообразными сложными выразительными движениями: больные стучат ногами, протирают руки, рвут на себе волосы, одежду, стискивают зубы, дрожат, катаются по полу, выгибаются всем телом, опираясь на затылок и пятки ("истерическая дуга"), плачут, рыдают, кричат, повторяют одну и ту же фразу. В отличие от эпилептического припадка у больных в положении лежа мышечная сила и движения сохранены в полном объеме.

*Истерические парезы и параличи* возникают по типу моно-, геми- и параплегии, нередко сопровождаются расстройствами чувствительности, которые, как правило, не соответствуют анатоми-

ческой иннервации. Особенно часто отмечаются расстройства походки, известные под названием "астазия—абазия", заключающиеся в психогенно обусловленной невозможности стоять и ходить при отсутствии нарушений мышечного тонуса и сохранности активных и пассивных движений. У больных могут развиваться расстройства речи — заикание, афония (беззвучная речь), мутизм (немота) и сурдомутизм (глухонемота), нарушения зрения — частичная или полная слепота либо сужение полей зрения, а также вегетативные расстройства — рвота, икота, отрыжка, спазм мышц глотки ("истерический ком") и пищевода, тахикардия, полиурия или анурия.

К истерическим расстройствам относится также *синдром Мюнхгаузена* — склонность к самовнушению и псевдологии по поводу мнимых заболеваний или повреждений с повторными обращениями в медицинские учреждения. В связи с этим больные могут подвергаться неоправданным хирургическим вмешательствам.

*Истерические сумеречные состояния* — своеобразные расстройства, проявляющиеся наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку. Поведение больных в таких случаях чрезвычайно выразительно, иногда театрально: они разыгрывают сцены, в которых травмирующая ситуация, предшествующая развитию этого состояния, занимает основное или значительное место. В структуре сумеречного состояния возникают нестойкие, психогенно обусловленные изменчивые несистематизированные бредоподобные идеи. Истерические сумеречные состояния могут быть затяжными — по несколько дней. После выхода из такого состояния у больных обычно наступает полная амнезия.

*Истерические амбулаторные автоматизмы и фуги* характеризуются нарушениями сознания различной глубины. При истерических амбулаторных автоматизмах больные совершают достаточно сложные, но привычные заурядные поступки. Истерические же фуги реализуются в виде бесцельных, но внешне целесообразных внезапных действий, например в виде бегства. Данные состояния обычно сопровождаются амнезией.

*Синдром Ганзера* — один из вариантов истерического сумеречного помрачения сознания. В этих случаях больные не могут ответить на элементарные вопросы, произвести то или иное простое действие, решить несложную арифметическую задачу, объяснить смысл картинки. Их ответы, несмотря на явную нелепость, находят обычно в плане вопросов. На первый взгляд, больные действуют

невыпадение, но у них тем не менее сохраняется общее направление требуемого действия: например, при просьбе зажечь спичку больной чиркает ею о коробок, но другим концом. Пациенты дезориентированы в окружающем, безразличны к происходящему вокруг, бессмысленно хохочут, иногда выглядят испуганными; они бывают суетливы, непоседливы. Продолжительность синдрома Ганзера составляет несколько дней. После выхода из состояния наблюдается амнезия.

*Псевдодемениция* отличается от ганзеровского синдрома относительно меньшей глубиной сумеречного помрачения сознания. Больные растеряны, жалуются на невозможность разобраться в окружающей ситуации, бессмысленно смотрят перед собой, отвечают невыпадение, дурашливы, таращат глаза; то смеются, то подавлены; не могут справиться с простейшей задачей, ответить на вопрос обыденного содержания и вместе с этим неожиданно правильно отвечают на сложный вопрос. Выделены депрессивная и ажитированная формы псевдодемениции, при первой больные вялы, подавлены, много лежат, при второй — суетливы, непоседливы, дурашливы. Состояния псевдодемениции могут продолжаться от нескольких дней до нескольких месяцев.

*Пуэрилизм* — нелепое, не соответствующее психике взрослого человека ребячливое поведение, проявляющееся детскими манерами, жестами, шалостями. Больные забавляются игрушками, капризничают, плачут, по-детски строят фразы, говорят с детскими интонациями, сюсюкают. Окружающие для них "дядечки" и "тетечки". Решение элементарных задач или совершение простейших действий сопровождается грубыми просчетами и ошибками. Наряду с детскими чертами поведения у больных сохраняются отдельные привычки и навыки взрослого человека. Настроение обычно подавленное, несмотря на игривость и внешнюю подвижность. Пуэрилизм по сравнению с псевдодеменицией имеет более затяжное течение.

*Истерический ступор* — состояние, проявляющееся обездвиженностью и мутизмом. Характеризуется аффективной неустойчивостью, связанной с изменениями окружающей обстановки и проявляющейся разнообразием эмоциональных реакций в мимике больных. Имеет тенденцию к затяжному течению. [52; 100; 101; 144]

## Деперсонализационный синдром

Деперсонализация обычно определяется как расстройство самосознания, чувство изменения, утраты, отчуждения или раздвоения своего Я. Обычно сопровождается признаками дереализации, проявляющимися изменением восприятия окружающего мира. В относительно легких случаях больные констатируют ощущение внутренней измененности, которая воспринимается ими крайне неопределенно; впоследствии они говорят об изменении мыслей и чувств, которые становятся "иными", не похожими на прежние. В более тяжелых случаях больные сообщают об утрате чувств, утверждают, что не чувствуют ни радости, ни горя, ни печали. У одних больных это сопровождается болезненным, мучительным ощущением такой утраты (*anaesthesia psychica dolorosa*), у других это мучительное ощущение отсутствует (*anaesthesia psychica*). Деперсонализация может проявляться отчуждением чувств, мыслей, действий, т.е. отчуждением собственного Я. Возможен феномен расщепления Я. При этом больные ощущают раздвоение Я, утверждая, что в них появилось как бы два человека, причем каждый из этих двоих по-разному воспринимает окружающее, думает и действует. В самых тяжелых случаях наблюдается чувство исчезновения своего Я, сопровождающееся сомнениями больного в своем существовании вообще.

Деперсонализационные расстройства характеризуются повышенной рефлексией, подробным изложением больными своих ощущений и переживаний и попытками их анализировать.

При состояниях деперсонализации в сочетании с дереализацией наряду с изменением самосознания окружающие мир и обстановка воспринимаются больными неотчетливо, неясно, как нечто бесцветное, призрачное, застывшее, безжизненное, декоративное и нереальное. Утрачивается чувственное восприятие предметов и лиц окружающих людей, которые представляются им отвлеченными, абстрактными, лишенными чувственного компонента.

К дереализации относятся явления «уже виденного» (*deja vu*), «уже слышанного» (*deja entendu*), «испытанного и пережитого» (*deja vecu*) и «никогда не виденного» (*jamais vu*), «не слышанного» (*jamais entendu*), «не испытанного и не пережитого» (*jamais vecu*).

Явления дереализации, как и деперсонализационные расстройства, нередко возникают в структуре сложных депрессивных и других синдромов. При остром развитии таких явлений у больных

нередко возникают растерянность, чувство страха и двигательное беспокойство. [52; 60]

## **Синдром психосенсорных расстройств**

Это состояния, при которых наблюдается нарушение восприятия величины и формы предметов или отдельных их фрагментов, а также ощущение увеличения или уменьшения тела самого больного или его отдельных частей. В клинической картине такого синдрома различают метаморфопсии, порропсии и дисмегалопсии. Метаморфопсии — искажения восприятия величины предметов. К метаморфопсиям относят макропсии и микропсии. При макропсии предметы представляются больному в увеличенном виде, при микропсии величина предметов кажется резко уменьшенной. О порропсиях говорят в тех случаях, когда больные ощущают изменение величины окружающего пространства, при этом предметы кажутся или чрезмерно удаленными, или приближенными. Дисмегалопсии — изменения восприятия предметов, при которых последние кажутся перекрученными вокруг вертикальной или горизонтальной оси. Психосенсорные расстройства возникают реже каждое в отдельности, чаще в различных сочетаниях.

Расстройства схемы тела обозначают как аутометаморфопсии. При этом, если речь идет об ощущении больными увеличения собственного тела или его частей, говорят об аутомегаломорфопсии.

Психосенсорные расстройства часто сочетаются с явлениями деперсонализации и дереализации. Их наблюдают в картине невротических и аффективных заболеваний. Иногда они входят в структуру более сложных синдромов. [52; 60; 157]

## **Синдром импульсивных влечений**

Импульсивные влечения — расстройства, характеризующиеся внезапно возникающими стремлениями к совершению какого-либо действия, овладевающими сознанием, рассудком и подчиняющие себе поведение больного. Они воспринимаются большинством больных как чуждые, нелепые, болезненные состояния. Импульсивные поступки в типичных случаях реализуются без внутренней борьбы и внутреннего сопротивления. Но в части случаев развитию их предшествует борьба мотивов, которая может продолжаться от



нескольких секунд до нескольких часов, причем большинство пациентов в это время пытаются переключить внимание на какой-либо вид деятельности, представляют последствия совершенного поступка, осуждают себя. Однако, несмотря на попытки отвлечься от возникшего желания, внутреннее напряжение, требующее немедленной разрядки, у больных нарастает, вслед за чем реализуется тот или иной вид влечения. Вслед за реализацией влечения у больных наступает кратковременное состояние облегчения («снятие напряжения»), а затем, как правило, возникает депрессия с идеями самообвинения и самоуничужения или состояние апатии, реже приподнятый фон настроения с экзатичностью, восторгом, сменяющийся впоследствии депрессией с идеями самообвинения.

Возникновение импульсивного влечения может сопровождаться ощущением острого «замешательства», деперсонализацией, развитием сенестопатий и вегетативных реакций.

Среди видов импульсивных влечений наиболее распространены дромомания — непреодолимое стремление к перемене мест и бродяжничеству, kleптомания — стремление к воровству, приобретению ненужных вещей, дипсомания — влечение к злоупотреблению спиртными напитками, нередко возникающее у не употребляющих алкоголь людей (абсолютных абстинентов), пиромания — стремление к поджогу, гомицидомания — влечение к убийству, а также патологическое влечение к собиранию хлама («симптом Плюшкина»).

Следует подчеркнуть, что психопатологическая значимость различных проявлений одного и того же вида влечений различна. Так, при дромомании в одних случаях речь идет о бесцельном бродяжничестве, в других — о появлении у больного неодолимого влечения оказаться в определенном географическом месте; при kleптомании у одних больных возникает желание взять первую попавшую и не принадлежащую им вещь, у других — влечение приобрести предмет, имеющий не только эстетическую, но иногда и материальную ценность, что нередко вызывает сомнение (особенно у работников юридических органов) в оценке состояния как патологического. У одних больных импульсивные влечения выглядят как расстройства достаточно элементарные, у других прослеживается их связь со сверхценными образованиями.

Эти расстройства могут возникать в структуре аффективных состояний — депрессий или гипоманий. Имеются попытки установить

"тропизм" отдельных видов импульсивных влечений к определенным типам аффективных состояний, однако необходимо подтверждение этого наблюдения. Импульсивные явления рассматриваются и в рамках личностных расстройств (так они представлены в последней Международной классификации — МКБ-10). [52]

### **Синдром сверхценных идей**

Состояние, при котором суждения, возникающие вследствие реальных обстоятельств и на основе действительных фактов, приобретают в сознании больного доминирующее, не соответствующее их истинному значению место. Сверхценные идеи сопровождаются выраженным аффективным напряжением. Примером сверхценных образований может быть открытие или изобретение, которому автор придает неоправданно большое значение. Он настаивает на немедленном внедрении его в практику не только в предполагаемой сфере непосредственного применения, но и в смежных областях. Несправедливое, по убеждению больного, отношение к его творчеству вызывает ответную реакцию, которая приобретает доминирующее значение в его сознании, когда внутренняя переработка больным ситуации не уменьшает, а, наоборот, усиливает остроту и аффективный заряд переживания. Как правило, это ведет к кверулянтной борьбе (сутяжничеству), предпринимаемому больными с целью восстановления "справедливости", наказания "обидчиков", безусловного признания изобретения (открытия).

В основе формирования сверхценных идей может быть и реальная, подчас незначительная ситуация (чаще в виде производственного конфликта), в которой обычно фигурирует "виновник". Эта ситуация, даже несмотря на ее разрешение, постепенно всплывает и начинает доминировать в сознании больного; он бесконечно ее анализирует, требует новых объяснений от "виновника" и вступает на путь борьбы за "справедливость".

Сверхценные идеи нередко тесно связаны с бредом самообвинения. Больные обвиняют себя в поступке, как правило, незначительном, имевшем место в далеком прошлом. Теперь, по мнению больного, этот поступок приобретает значение преступления, за которое надлежит принять суровую кару. Этот вариант сверхценных идей обычно бывает при депрессиях.

Сверхценные идеи отличаются от бреда толкования (интерпре-

тативного) тем, что в основе их лежат реальные факты и события, в то время как для интерпретативного бреда с момента его возникновения характерны ошибочные, паралогические умозаключения. Сверхценные идеи с течением времени при благоприятных условиях блекнут и исчезают, в то время как бредовые идеи имеют тенденцию к дальнейшему развитию. Возможна трансформация сверхценных идей в бредовые (что происходит, как правило, через состояние), определяемые как сверхценный бред [Birnbauм К., 1915]. В этих случаях сверхценная концепция, возникающая у больного в качестве первого признака болезни, сопровождается развитием интерпретативного бреда, нередко недостаточно систематизированного, но тесно связанного по фабуле с содержанием сверхценных образований. [52]

### **Ипохондрический и сенестопатический синдромы**

*Ипохондрический синдром.* Эти состояния достаточно широко распространены не только в психиатрической клинике, но и в практике врачей других специальностей. Проявляются утрированной озабоченностью своим здоровьем, соответствующей интерпретацией телесных ощущений, убежденностью в существовании того или иного заболевания вопреки разубеждениям и аргументированным результатам медицинских исследований. В случаях развития ипохондрического синдрома больные регулярно посещают врачей различных специальностей, требуют повторных консультаций и дополнительных исследований, пишут в различные инстанции письма о низкой квалификации врачей и консультантов, угрожают, а иногда и проявляют по отношению к ним агрессию в связи с якобы умышленным нежеланием их обследовать.

Ипохондрический синдром отличается множеством психопатологических проявлений. Последние могут носить характер навязчивостей, когда больных одолевают сомнения, не страдают ли они тем или иным соматическим заболеванием. И хотя они обычно понимают абсурдность этих предположений, но избавиться, от навязчивых мыслей не в состоянии. Исчезновение мыслей о возможности развития у них одного заболевания нередко сопровождается появлением не менее навязчивого опасения по поводу другого недуга.

Ипохондрические расстройства иногда возникают в структуре депрессии. На фоне сниженного настроения и различных

неприятных соматических ощущений у пациентов формируется убежденность в том, что они страдают тяжелым, неизлечимым заболеванием. Это служит поводом для неустанных и настойчивых обращений к врачам разных специальностей. Подозрение на развитие у пациента психического расстройства может возникнуть у врачей общего профиля весьма поздно, часто после многолетних обследований, когда не удается выявить каких-либо признаков соматического заболевания, а контраст между жалобами и объективными результатами исследований становится особенно явным. Почти всегда обнаруживается корреляция между интенсивностью ипохондрических расстройств и выраженностью депрессии.

Описываемые расстройства нередко являются фабулой паранойяльного синдрома. В этих случаях пациенты высказывают твердую убежденность в наличии у них некоего заболевания, приводят «обоснованную» систему доказательств того, что они страдают тем или иным тяжелым и неизлечимым недугом. Они упорно требуют признания болезни специалистами, настаивают на проведении разнообразных исследований для подтверждения диагноза, нередко обнаруживая известную осведомленность о клинической картине и лабораторной диагностике предполагаемой болезни. Отказ от дальнейшего обследования они воспринимают как нежелание врачей (даже умышленное) разобраться в заболевании, принять необходимые меры. «Вредительство» врачей дает повод для обращения в различные инстанции с требованием наказания специалистов, не пожелавших оказать помощь больному или умышленно причинивших ему вред.

Ипохондрия может быть основным содержанием галлюцинаторно-параноидного синдрома (синдрома Кандинского–Клерамбо). У пациента возникает убеждение, что та или иная болезнь развилась в результате воздействия на его организм гипнозом, электрическим током, атомной энергией и т.д. Нередко ипохондрический бред проявляется убежденностью в том, что организм разрушается вирусами, микробами, насекомыми, введенными тем или иным методом преследователями (бред одержимости). Бред может подвергаться фантастическому преобразованию. Больные утверждают, что у них отсутствуют внутренние органы: сердце, легкие, желудок или же они подверглись необратимой деструкции. Нередко дело доходит до идей отрицания физического Я (ипохондрический ни-

гилистический бред, иногда достигающий степени громадности — ипохондрический вариант синдрома Котара).

*Сенестопатический синдром* — состояние, при котором больной испытывает неопределенные, тягостные, крайне неприятные и мучительные ощущения (стягивание, натяжение, переливание, жжение, щекотание и т.п.), локализующиеся в различных частях тела (головном мозге, внутренних органах, конечностях). Обращает на себя внимание крайне необычный, часто вычурный характер этих ощущений. При тщательном исследовании современными методами не удается выявить заболевание, которое могло бы вызвать эти разнообразные и необычные ощущения. В тех случаях, когда описываемые болезненные ощущения имеют характер «сделанности», т.е. якобы вызваны действием посторонней силы (гипноз, электрический ток, колдовство), говорят о сенестопатических или сенсорных проявлениях психического автоматизма. [52; 60]

## **Аффективные синдромы**

К аффективным синдромам относятся состояния, проявляющиеся в первую очередь расстройством настроения. В зависимости от характера аффекта выделяют депрессивные и маниакальные синдромы.

*Синдром депрессии.* Типичная депрессия характеризуется классической триадой, которую составляют сниженное настроение (гипотимия), моторная и идеаторная заторможенность (депрессивная триада). Депрессивным состояниям (особенно легким — циклотимическим) присущи колебания настроения в течение суток с улучшением общего состояния, уменьшением интенсивности депрессии в вечернее время, малой выраженностью идеаторной и моторной заторможенности. При тех же мало выраженных депрессиях можно констатировать у больных чувство немотивированной неприязни к близким, родным, друзьям, постоянное внутреннее недовольство и раздражение. Чем тяжелее депрессия, тем менее выражены колебания настроения в течение дня.

Для депрессий характерны также расстройства сна — бессонница, неглубокий сон с частыми пробуждениями или отсутствие чувства сна.

Депрессиям свойствен и ряд соматических расстройств: больные выглядят постаревшими, у них отмечаются повышенная лом-

кость ногтей, выпадение волос, замедление пульса, запоры, нарушение менструального цикла и часто аменорея у женщин, отсутствие аппетита (пища — «как трава»; больные едят через силу) и снижение массы тела.

В отечественной психиатрии принято выделять депрессии простые и сложные, в рамках которых рассматриваются практически все психопатологические варианты депрессивного синдрома, встречающиеся в клинической практике.

К простым депрессиям относятся меланхолические, тревожные, адинамические, апатические и дисфорические депрессии.

Меланхолические, или тоскливые, депрессии характеризуются пониженным, подавленным настроением, интеллектуальной и моторной заторможенностью. У больных наряду с подавленным настроением отмечается гнетущая безысходная тоска. Нередко она переживается не только как душевная боль, но и сопровождается физическими тягостными ощущениями (витальная тоска), неприятным ощущением в эпигастральной области, тяжестью или болями в области сердца. Все окружающее воспринимается больными в мрачном свете; впечатления, доставляющие удовольствие в прошлом, представляются не имеющими никакого смысла, утратившими актуальность; прошлое рассматривается как цепь ошибок. В памяти всплывают и чрезмерно переоцениваются былые обиды, несчастья, неправильные поступки. Настоящее и будущее видится мрачным и безысходным. Больные целые дни проводят в однообразной позе, сидят, низко опустив голову, или лежат в постели; движения их крайне замедленны, выражение лица скорбное. Стремление к деятельности отсутствует. Суицидальные мысли и тенденции свидетельствуют о крайней тяжести депрессии. Идеаторное торможение проявляется замедленной, тихой речью, трудностями переработки новой информации, нередко жалобами на резкое снижение памяти, невозможность сосредоточиться.

Структура меланхолических депрессий в значительной степени связана с возрастом больного к периоду ее возникновения. Классические варианты характерны для среднего возраста. В молодом возрасте инициальные периоды этих видов депрессий имеют свои особенности и отличаются рефлексией, выраженными дисфорическими расстройствами, апатическими проявлениями. У этих же больных в зрелом возрасте обычно развиваются типичные меланхолические депрессии. Они характерны и для позднего возраста.

Тревожные депрессии могут быть как ажитированными, так и заторможенными. При тревожно-ажитированных депрессиях в картине состояния преобладает двигательное возбуждение в виде ажитации с ускоренной речью; имеет место нигилистический бред, а нередко и синдром Котара. При заторможенных депрессиях психопатологическую картину в значительной степени определяет тревога. В случаях депрессии средней тяжести отмечаются суточные колебания состояния больных, а в более тяжелых случаях они отсутствуют. В депрессивной триаде выражена двигательная заторможенность, темп мышления не меняется и идеаторное торможение проявляется тревожно-тоскливым содержанием мышления. Тревога ощущается больными физически, что позволяет говорить о ее витальном характере. Наблюдаются и чувство тоски, идеи самообвинения и неполноценности, суицидальные мысли и описанные выше соматические признаки депрессии.

Анестетические депрессии характеризуются преобладанием в картине болезни явлений психической анестезии, т.е. утратой эмоциональных реакций на окружающее. Такие депрессии могут быть чисто анестетическими, тоскливо анестетическими и тревожно-анестетическими.

При чисто анестетических депрессиях анестетические расстройства являются наиболее значимым признаком синдрома, в то время как другие симптомы депрессии могут быть стертыми, отсутствуют или незначительно выражены. Это касается идеомоторного торможения, суточных колебаний настроения и соматических признаков депрессии. У некоторых больных имеют место деперсонализационные расстройства и адинамия, депрессивное «мировоззрение», а также интерпретативный ипохондрический бред, фабулу которого составляют анестетические расстройства.

Для тоскливо-анестетических депрессий характерны чувство тоски с локализацией в области сердца, суточные колебания настроения, идеи самообвинения и самоуничужения, суицидальные мысли и намерения, соматические признаки депрессий, а также адинамия в виде чувства физической или (реже) так называемой моральной слабости. Ощущение утраты чувств расценивается больными как свидетельство их реальной эмоциональной измененности и является основной фабулой идей самообвинения.

Типичными признаками заболевания являются также ажитация, внешние проявления тревоги, идеаторные расстройства в виде

наплывов и путаницы мыслей, инвертированный характер суточных колебаний состояния при отсутствии идеомоторного торможения, суицидальные мысли, идеи самообвинения. В вечерние часы у больных тревога кратковременно усиливается. Особенностью психической анестезии в тревожно-анестетических депрессиях является состояние малодифференцированного ощущения внутренней пустоты. Часто в картине тревожно-анестетических депрессий отмечаются разнообразные деперсонализационные расстройства, выходящие за рамки психической анестезии (чувство автоматизированности собственных действий, нереальность восприятия собственного Я, ощущение раздвоенности).

**Адинамические депрессии.** На первый план в картине этих депрессий выступают слабость, вялость, бессилие, невозможность или затруднение в выполнении физической или умственной работы при сохранении побуждений, желаний, стремления к деятельности. Выделяют идеаторный, моторный и сочетанный варианты этих депрессий. В идеаторном варианте проявления адинамии преобладают над собственно депрессией. Настроение снижено, больные высказывают идеи неполноценности, но основную фабулу переживаний составляют адинамические расстройства. Адинамия выражается в жалобах на отсутствие «моральных сил», «умственную истощаемость», «умственное бессилие», плохую сообразительность. В депрессивной триаде идеаторное торможение доминирует над моторным.

Моторный вариант адинамических депрессий характеризуется преобладанием чувства разбитости, вялости, мышечной расслабленности и бессилия. Аффективный радикал представлен депрессией с чувством внутреннего беспокойства и напряжения. В депрессивной триаде моторная заторможенность доминирует над идеаторной. Соматические признаки депрессии (расстройства сна, аппетита, снижение массы тела) выражены отчетливо. Отмечаются бредовые идеи собственной неполноценности, содержание которых определяется особенностями адинамии.

Сочетанному варианту депрессии свойственны явления как идеаторной, так и моторной адинамии. В депрессивном синдроме большое место занимают тревога, чувство тоски неопределенного характера. Депрессивная триада отмечается дисгармоничностью — значительным преобладанием моторной заторможенности над идеаторной. Отчетливые суточные колебания в состоянии отсутствуют. Идеи самообвинения для этого варианта нехарактерны, и представ-



ления о собственной неполноценности сопровождаются чувством жалости к себе. Адинамия проявляется отсутствием физических и моральных сил, невозможностью выполнить какую-либо работу. Отмечаются выраженные соматические расстройства.

Апатические депрессии. В клинической картине апатических депрессий на первый план выступают невозможность или затруднение выполнения умственных или физических нагрузок в результате отсутствия желания и стремления к какому-либо виду деятельности, снижение уровня побуждений и всех видов психической активности.

Для этого варианта депрессий характерны значительная выраженность апатии и неяркость других проявлений депрессивного синдрома — тоски, тревоги, идеи самообвинения, соматических признаков депрессии.

Выделяют апатомеланхолические и апатодинамические депрессии.

Апатомеланхолические депрессии выражаются пониженным настроением с чувством тоски, идеями самообвинения, суицидальными мыслями, но сами больные именно апатию оценивают как одно из самых тяжелых расстройств. Отмечается обратная зависимость между выраженностью апатии и тоски. У некоторых больных наряду с тоской могут возникать эпизоды тревоги.

Как следует из самого названия, апатодинамические депрессии характеризуются сочетанием апатии с адинамией. Собственно тоска для этих депрессий нетипична и крайне редко возникает тревога в виде неопределенного «внутреннего беспокойства» и напряжения. Имеющиеся у пациентов идеи самообвинения и неполноценности по содержанию отражают наличие апатии.

Дисфорические депрессии — состояния, характеризующиеся возникновением на фоне сниженного настроения дисфории, т.е. раздражительности, гневливости, агрессивности и разрушительных тенденций. При этом источником раздражения могут внезапно становиться предметы и ситуации, незадолго до этого не привлекавшие его внимания.

Поведение больных в период дисфорических депрессий бывает различным: у одних преобладают агрессия и угрозы в отношении окружающих, разрушительные тенденции, нецензурная брань; у других — стремление к уединению, связанное с гиперестезией и «ненавистью ко всему миру»; у третьих — стремление к активной

деятельности, носящей нецеленаправленный, часто нелепый характер. В момент развития дисфории иногда преобладает ощущение внутренней психической напряженности с ожиданием надвигающейся катастрофы.

В клинической картине простых депрессий могут быть галлюцинаторные, бредовые и кататонические включения, когда наряду с подавленностью, тоской и тревогой появляются вербальные галлюцинации угрожающего или императивного характера, идеи воздействия, преследования, виновности, ущерба, разорения, предстоящего наказания. На высоте депрессии могут развиваться острый чувствительный бред с инсценировкой и эпизоды онейроидного помрачения сознания.

Достаточно часто депрессивные состояния принимают характер меланхолической парафрени с соответствующими бредовыми переживаниями от «приземленных» трактовок до мистических построений.

К сложным депрессиям относят сенестоипохондрические депрессии и депрессии с бредом, галлюцинациями и кататоническими расстройствами. Они отличаются значительным полиморфизмом и глубиной позитивных расстройств, а также изменчивостью, обусловленной наличием в клинической картине болезни проявлений, стоящих вне рамок облигатных для депрессии расстройств.

Сенестоипохондрические депрессии отличаются особенно большой сложностью. В этих случаях собственно аффективные расстройства отступают на второй план и ведущими становятся жалобы на крайне неприятные, тягостные ощущения в различных частях тела, порой крайне вычурного, причудливого содержания. Больные сосредоточены на чувстве соматического неблагополучия и высказывают тревожные опасения в отношении своего здоровья.

В структуре депрессивных состояний с бредом и галлюцинациями большое место занимают кататонические расстройства — от отдельных проявлений в виде повышения тонуса мускулатуры, негативизма до выраженных картин субступора и ступора.

Наряду с простыми и сложными депрессиями в литературе описываются затяжные (протрагированные) и хронические. Затяжные, или протрагированные, депрессии могут иметь мономорфную структуру, если состояние на протяжении длительного времени не меняет своей психопатологической картины, и полиморфную, если в процессе течения болезни картина депрессии видоизменяется. Кли-

ническая картина мономорфной депрессии отличается относительной простотой, малой изменчивостью, незначительной динамикой отдельных проявлений, однообразием картины на всем протяжении болезни.

Хронические депрессии отличаются от протрагированных не только затяжным характером, но и признаками хронизации, проявляющимися однообразием и монотонностью психологической картины депрессии. Существуют общие особенности хронических депрессий, к которым относятся преобладание в клинической картине болезни меланхолических, деперсонализационных и ипохондрических расстройств, а также дисгармоничность депрессивной триады, характеризующаяся сочетанием сниженного настроения и моторного торможения с монотонной многоречивостью, диссоциация между насыщенностью и разнообразием жалоб аффективного характера и внешне спокойным монотонным обликом и поведением больных, ипохондрическая окраска идей самообвинения, обсессивный характер суицидальных мыслей с отношением к ним как к чуждым. В этих случаях могут появляться также гипоманиакальные «окна», а также симптомы невротического регистра в виде сенестопатических, обсессивно-фобических и вегетофобических пароксизмоподобных состояний.

*Маниакальный синдром* характеризуется повышенным настроением, ускорением ассоциативных процессов и чрезмерным стремлением к деятельности (маниакальная триада). Больным свойственны веселость, отвлекаемость, изменчивость внимания, поверхностность суждений и оценок, оптимистическое отношение к своему настоящему и будущему; они находятся в превосходном расположении духа, ощущают необычайную бодрость, прилив сил, им чужда утомляемость. Стремление к деятельности обнаруживается у больных по-разному: то они принимают за массу дел, не доведя ни одно из них до конца, то тратят деньги бездумно и беспорядочно, делая ненужные покупки, на работе вмешиваются в дела сослуживцев и начальства, предлагают коренным образом реорганизовать предприятие.

Интеллектуальное возбуждение проявляется ускорением темпа мышления, изменчивостью внимания, гипермнезией (обострение памяти). Больные крайне многоречивы, говорят без умолку, отчего их голос становится хриплым; поют, читают стихи. Часто развивается скачка идей — резкое ускорение мышления, при котором

происходит непрерывная смена одной незаконченной мысли другой. Характерны сбивчивость и непоследовательность высказываний, достигающие степени бессвязности. Интонации, как правило, патетические, театральные. Все происходящее вокруг, существенное или незначительное, в равной мере вызывает интерес больного, но ни на чем его внимание не задерживается длительное время. В отдельных случаях отвлекаемость, изменчивость внимания настолько интенсивны, что больной последовательно фиксирует и нередко комментирует все, что попадает в его поле зрения (сверхизменчивость внимания, или симптом гиперметаморфоза).

Больным свойственна переоценка собственной личности: они открывают у себя незаурядные способности, нередко высказывают желание сменить профессию, собираются прославить себя в качестве выдающегося исследователя, артиста, писателя и т.д. или выдаются за таковых. Как правило, речь идет о достаточно нестойких сверхценных идеях величия. Больные выглядят помолодевшими, у них отмечаются повышенный аппетит, сокращение продолжительности сна или упорная бессонница, повышенная сексуальность. При маниакальных состояниях отмечаются учащение пульса, гиперсаливация, у женщин нарушается менструальный цикл.

Как и при депрессиях, существует подразделение маниакальных синдромов на простые и сложные.

Выделение отдельных вариантов простых маниакальных состояний связано или с преобладанием в структуре синдрома одного из ингредиентов маниакальной триады, или появлением расстройств, видоизменяющих характер маниакального синдрома. Если в картине мании преобладает веселость, а ускорение мышления и стремление к деятельности выражены нерезко, то в этих случаях говорят о непродуктивной, или веселой, мании. Если ускорение ассоциативного процесса у больных достигает степени бессвязности, а стремление к деятельности — беспорядочного, хаотического возбуждения, то говорят о мании спутанной. Преобладание в картине мании раздражительности, гневливости, придиричivosti свидетельствует о гневливой мании. На высоте этого состояния может возникнуть возбуждение со злобой, яростью, разрушительными тенденциями, агрессией — маниакальное буйство.

Иногда в качестве самостоятельного варианта маниакальных синдромов выделяют психопатоподобные маниакальные состояния, имеющие ряд особенностей: маниакальный аффект здесь крайне не-

стой, отсутствует стремление к различным видам деятельности. Отвлекаемость, достигающая временами степени гиперметаморфоза, сочетается с раздражительностью: все, что привлекает внимание больного, вызывает крайнюю степень неудовольствия и раздражения. Нередко у больных возникают импульсивные влечения. Больные бывают агрессивны, причем агрессивные тенденции чаще всего обнаруживаются в отношении родных и близких.

Сложные маниакальные синдромы сопровождаются развитием расстройств достаточно глубоких регистров поражения психической деятельности, выходящих за рамки облигатных симптомов мании. В картине маниакального состояния могут развиваться галлюцинации, бред, явления психического автоматизма, кататонические расстройства. Различают бредовые маниакальные состояния, маниакальные состояния с дурашливостью, маниакальные состояния с острым чувственным бредом и маниакальные состояния с онейроидом.

Бредовые маниакальные состояния характеризуются развитием на фоне маниакального состояния бреда, галлюцинаций, признаков психического автоматизма без помрачения сознания. У одних больных эти расстройства возникают как разрозненные, несистематизированные, у других имеют явную тенденцию к систематизации, у третьих образуют оформленную бредовую систему.

Маниакальные состояния с дурашливостью. Психопатологическая картина этих состояний складывается из повышенного настроения, склонности к нелепым и плоским шуткам, гримасничаньям, тенденции к совершению нелепых поступков. Возможны бредовые идеи, вербальные галлюцинации, психические автоматизмы. На высоте состояния наблюдаются явления пуэрилизма и псевдодеменции.

Маниакальные состояния с развитием острого чувственного бреда. В случаях маниакальных состояний с развитием острого чувственного бреда обращают на себя внимание экзотический оттенок повышенного настроения, патетика, экзальтированность, многоречивость. При развитии острого чувственного бреда возникает инсценировка с изменением восприятия окружающего, с ощущением, что разыгрывается спектакль, главную роль в котором играет больной; содержанием разыгрываемой пьесы обычно бывают героические поступки, якобы совершенные больным в прошлом, или безоблачное будущее пациента. Возможно развитие антагонистического фанта-

стического бреда и идей величия, что позволяет квалифицировать состояние как острую маниакальную парафрению. Нередко маниакальные состояния с острым фантастическим бредом и идеями величия сопровождаются развитием вербальных псевдогаллюцинаций (острая маниакальная псевдогаллюцинаторная парафрения) или конфабуляций фантастического содержания (острая маниакальная конфабуляторная парафрения).

Маниакальные состояния с развитием онейроидно-кататонических расстройств. В этих случаях онейроид развивается в картине маниакальных состояний не внезапно — его возникновению предшествуют состояния острого чувственного и острого фантастического бреда. Онейроидные расстройства экспансивного содержания могут занимать значительное место в картине маниакального приступа, иногда онейроид развивается в качестве эпизода на высоте приступа. Характерны кататонические расстройства в виде возбуждения, ступора, субступора или отдельные кататонические расстройства. [18; 52; 60;]

### **Паранойяльный синдром**

Это вид психического расстройства, проявляющегося систематизированным интерпретативным бредом.

Паранойяльный интерпретативный бред, или бред толкования, имеет в своей основе нарушение абстрактного познания действительности. Система бреда строится на цепи доказательств, имеющих субъективную логику, а факты, приводимые больными в доказательство своей бредовой системы, трактуются крайне односторонне; факты, находящиеся в противоречии с излагаемой концепцией, игнорируются.

Возникновению бреда предшествует состояние так называемого бредового настроения с неопределенной тревогой, напряженным чувством надвигающейся угрозы, настороженным восприятием происходящего вокруг. Появление бреда сопровождается субъективным ощущением облегчения, чувством, что ситуация стала понятной, а неопределенные ожидания, смутное предположение оформились в четкую систему.

Возможно иное, постепенное развитие паранойяльного синдрома через этапы сверхценных образований и сверхценного бреда. В этих случаях сверхценная концепция, возникающая у больного

в качестве первого признака болезни, сопровождается развитием интерпретативного бреда, нередко недостаточно систематизированного, но тесно связанного по фабуле с содержанием сверхценных образований (сверхценный бред — по К. Birnbaum, 1915). О возможности расширения сверхценного бреда вследствие других психопатологических расстройств писал С. Wernicke. Концепция перехода сверхценных образований в сверхценные представления бредового содержания и сверхценный бред была убедительно доказана исследованиями К. Birnbaum (1915, 1928) и подтверждена в работах В.М. Морозова (1934), А.Б. Смулевича и М.Г. Щириной (1972). Иногда паранойяльный бред развивается внезапно, остро, по типу «озарения», «внезапной мысли».

Паранойяльный бред крайне разнообразен по содержанию: бред ревности, при котором отдельные подозрения и индифферентные факты связываются в систему доказательств измены партнера; любовный бред с убежденностью в чувствах со стороны какого-либо лица, нередко занимающего высокое положение; бред преследования, выражающийся в твердом убеждении, что то или иное лицо или группа лиц следят за больным и преследуют его с определенной целью; ипохондрический бред, проявляющийся убежденностью больных в том, что они страдают неизлечимым заболеванием, и приводят систему доказательств этого. Нередко наблюдаются бред реформаторства, бред дисморфофобии и т.д.

В одних случаях паранойяльный бред ограничен содержанием ревности или преследования или реформаторства (монотематический бред), в других бред разного содержания возникает у одного и того же больного последовательно или, что бывает значительно реже, почти одновременно (политематический бред). Различное содержание бреда может быть объединено в единую систему или существовать изолированно.

Степень систематизации бреда имеет важное прогностическое значение: высокая степень обычно свидетельствует о достаточной стабилизации состояния, в то время как отсутствие взаимосвязи между отдельными фабулами бреда в картине паранойяльного синдрома говорит о нестойкости синдрома и возможности трансформации его в другие, более тяжелые и сложные состояния.

Больные с паранойяльным бредом обычно отличаются высокой активностью: одни борются с преследователями, являясь «преследуемыми преследователями», или, напротив, мигрируют, спасаясь

от преследователей; другие следят за партнером по браку с целью обнаружения мнимого соперника, третьи добиваются всестороннего медицинского обследования, чтобы подтвердить диагноз, и т.д. Таким больным свойственна обстоятельность мышления, ограничивающаяся пределами бредового содержания или распространяющаяся на мышление в целом.

Паранойяльный синдром в одних случаях является хроническим состоянием, в других развивается остро. Хроническая форма синдрома отличается прогрессивным развитием бреда, постепенным расширением и систематизацией патологического содержания, отсутствием выраженных аффективных расстройств, нарушением мышления, монотонностью, нарастанием изменений личности. Для острой формы характерны внезапное и быстрое формирование бредовой системы, возможность развития эпизодов острого чувственного бреда, яркость аффекта и очерченность состояния с последующим исчезновением всех перечисленных расстройств.[52

### **Галлюцинаторно-параноидный синдром (синдром Кандинского-Клерамбо)**

Этот синдром складывается из бреда преследования и воздействия, явлений психического автоматизма и псевдогаллюцинаций.

Больной может ощущать воздействие, осуществляемое различными способами, — от колдовства и гипноза до самых современных средств (радиацией, атомной энергией, лучами лазера).

Явления психического автоматизма — чувство, ощущение овладения, возникающее при мнимом воздействии на больного тем или иным видом энергии. Выделяют 3 типа психического автоматизма: идеаторный, или ассоциативный; сенсорный, или сенестопатический; моторный, или кинестетический.

Идеаторные, или ассоциативные, автоматизмы являются результатом мнимого воздействия на процессы мышления и другие формы психической деятельности. Наиболее простым проявлением идеаторных автоматизмов является ментизм — непроизвольное течение мыслей и представлений и симптом открытости, выражающийся в ощущении, что мысли больного известны окружающим, о чем он узнает по их поведению, намекам, содержанию разговоров. К идеаторным автоматизмам относится также звучание мыслей: о чем бы ни подумал больной, его мысли громко и отчетливо звучат



в голове; этому расстройству предшествует «шелест мыслей» — тихое и неотчетливое их звучание. Впоследствии развивается симптом «отнятия мыслей», при котором у больного мысли исчезают из головы, и феномен сделанных мыслей — убеждение, что его мысли принадлежат посторонним лицам, чаще всего его преследователям. Нередки и «сделанные сновидения» — сновидения определенного содержания, как правило, с особым значением, вызываемые при помощи воздействия. К идеаторным автоматизмам относится также симптом разматывания воспоминаний, проявляющийся тем, что больные вопреки своей воле и желанию под влиянием посторонней силы вынуждены вспоминать те или иные события своей жизни; нередко одновременно с этим больному показывают картины, иллюстрирующие воспоминания. Идеаторные автоматизмы охватывают также феномен сделанных настроения, чувств (больные утверждают, что их настроения, чувства, симпатии и антипатии являются результатом воздействия извне), сновидений.

К сенестопатическим, или сенсорным, автоматизмам относятся обычно крайне неприятные ощущения, возникающие у больных также в результате мнимого воздействия посторонней силы. Они могут быть крайне разнообразными и проявляются чувством внезапно наступающего жара или холода, болезненными ощущениями во внутренних органах, голове, конечностях. Нередко бывают необычными, вычурными: больные говорят о крайне своеобразных ощущениях в виде перекручивания, пульсации, распирания.

К кинестетическим, или моторным, автоматизмам относятся расстройства, при которых у больных появляется убеждение, что совершаемые ими движения производятся помимо их воли под влиянием извне. Больные утверждают, что их действиями руководят, двигают конечностями, языком, вызывают ощущение неподвижности, оцепенения, лишают их способности произвольных движений. К кинестетическим автоматизмам относятся также речедвигательные автоматизмы: больные утверждают, что их языком говорят; слова, произносимые ими, принадлежат посторонним лицам.

Явления психического автоматизма возникают, как правило, в определенной последовательности: вначале развиваются идеаторные автоматизмы, далее сенестопатические и, наконец, кинестетические. Но подобная последовательность развития психических автоматизмов не является обязательной.

В структуру галлюцинаторно-параноидного синдрома Кандинского-Клерамбо входят также псевдогаллюцинации — зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, висцеральные, кинестетические обманы восприятия, отличающиеся от реальных объектов и имеющие характер сделанности. К зрительным псевдогаллюцинациям относят сделанные видения: образы, лица, панорамические картины, которые показывают больному, как правило, его преследователи при помощи тех или иных аппаратов. Слуховые псевдогаллюцинации — шумы, слова, фразы, передаваемые больному по радио, через различную аппаратуру; они могут доноситься извне или локализоваться в голове, теле; иметь императивный и комментирующий характер, принадлежать знакомым и незнакомым лицам, быть мужскими, женскими, детскими. Обонятельные, вкусовые, тактильные, висцеральные псевдогаллюцинации также имеют характер сделанности.

В зависимости от превалирования в клинической картине галлюцинаторно-бредового синдрома галлюцинаторных или бредовых расстройств выделяют галлюцинаторный и бредовой варианты описываемого синдрома. О галлюцинаторном варианте говорят в случаях преобладания в картине состояния псевдогаллюцинаций, сравнительно незначительного удельного веса бредовых расстройств и собственно явлений психического автоматизма. Если в статусе больного на первый план выступают бредовые идеи преследования и воздействия, психические автоматизмы, а псевдогаллюцинаторные расстройства отсутствуют или выражены минимально, то состояние определяют как бредовой вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома.

Возможно развитие и так называемого инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо, суть которого заключается в том, что сам больной якобы обладает способностью воздействовать на окружающих, узнавать их мысли, влиять на их настроение, ощущения, поступки. Эти явления обычно сочетаются с идеями переоценки своей личности или бредовыми идеями величия и наблюдаются в картине парафрений.

Галлюцинаторно-параноидные синдромы могут развиваться остро или становятся хроническими. Остро развивающиеся галлюцинаторно-параноидные синдромы отличаются большой чувственностью бредовых расстройств и отсутствием тенденции последних к систематизации, достаточной выраженностью всех типов психических автоматизмов, аффектом страха и тревоги, растерян-

ностью, мигрирующими кататоническими расстройствами. При хронических галлюцинаторно-параноидных состояниях отсутствуют растерянность, яркость аффекта, имеется систематизация или (при развитии обильных псевдогаллюцинаций) склонность к систематизации бредовых расстройств. Явления психического автоматизма возникают не одновременно, а в определенной последовательности: идеаторные, сенестопатические, кинестетические. На высоте такого состояния возможна бредовая деперсонализация (явления отчуждения).[52; 60]

### **Галлюцинаторный синдром**

Галлюцинации — это восприятия, появляющиеся без наличия действительного объекта, имеющие характер объективной реальности, чувственно яркие, проецирующиеся вовне, вытесняющие действительные впечатления и возникающие произвольно.

Галлюцинаторный синдром (галлюциноз) — состояние, характеризующееся обильными галлюцинациями, как правило, одного вида, не сопровождающееся помрачением сознания.

Многие состояния, которым свойственны наплывы галлюцинаций, не могут быть расценены как галлюцинозы (делирий, галлюцинаторные варианты сумеречных состояний), так как они развиваются в картине состояний, квалифицируемых как синдромы помрачения сознания.

В картине галлюцинозов могут развиваться бредовые идеи, идентичные по фабуле содержанию галлюциноза (галлюцинаторный бред). Следует обратить внимание, что развитие бреда в этих случаях является особенностью саморазвития галлюцинаторного синдрома; попытка психологического объяснения возникновения бреда как вторичного и психологически понятного представляется недостаточно убедительной. Многие галлюцинозы, несмотря на протрагированное, нередко многолетнее течение, часто не сопровождаются развитием галлюцинаторного бреда.

Галлюцинозы, как и другие психопатологические синдромы, подразделяются на острые и хронические: острые развиваются обычно внезапно и сопровождаются выраженным аффектом, высокой актуальностью содержания галлюцинаций; хронические характеризуются однообразием галлюцинаций, их малой актуальностью для больного, монотонностью аффекта.

Оценивая психопатологические особенности отдельных видов галлюцинаций, необходимо подчеркнуть, что каждый из них имеет типичную симптоматику, знание которой крайне необходимо для правильной и адекватной психопатологической оценки галлюциноза. В зависимости от вида галлюцинаций выделяют зрительный, вербальный и другие галлюцинозы.

**Зрительный галлюциноз.** В практике общей психиатрии встречается редко и, как правило, считается парциальным психическим расстройством без развития бреда и других психопатологических явлений.

**Педункулярный зрительный галлюциноз (галлюциноз Лермитта)** возникает при локализации патологического процесса в ножках головного мозга. Его психопатологическая картина проявляется многочисленными недостаточно отчетливыми подвижными зрительными видениями в форме фигур людей, животных, сценподобных картин. Галлюцинации появляются обычно в сумерках или в плохо освещенных помещениях. Галлюцинации часто вызывают у больных интерес и удивление. Критическое отношение к расстройствам сохраняется.

**Зрительный галлюциноз Бонне** развивается при полной или частичной утрате зрения. Психопатология состояния сводится к наплыву множественных подвижных, ярко окрашенных зрительных образов естественных или уменьшенных размеров людей или животных. В этих случаях, как и при педункулярном галлюцинозе, имеет место полная или частичная критика к обманам восприятия.

**Галлюциноз Ван-Богарта** характеризуется наплывом ярких зрительных галлюцинаций в виде бабочек, мелких птиц, цветов. Эти состояния обычно чередуются с картинами катаплектических расстройств, свойственных энцефалиту Ван-Богарта. Существует точка зрения, что такой галлюциноз нередко предшествует развитию делирия и связан не столько с основным органическим процессом, сколько с интеркуррентным заболеванием.

**Вербальный галлюциноз** — наплыв слуховых галлюцинаций в виде монолога, диалога или большого числа голосов, которые могут вести беседу между собой, обращаться к больному, интерпретировать его действия и поступки (комментирующий галлюциноз), осуждать, угрожать ему, приказывать совершить те или иные, часто противоправные поступки. Возможно развитие галлюцинаторного бреда (Е.Краепелин), идентичного по содержанию галлюцинациям.

Развитию галлюциноза обычно предшествует чувство тревоги, беспокойства, страха. Вначале больной слышит оклики, отдельные бранные слова в свой адрес; далее развивается картина острого вербального галлюциноза, обычно комментирующего характера, сопровождающегося не только резко выраженной тревогой, но и двигательным возбуждением. Затихание или полное исчезновение вербальных галлюцинаций далеко не всегда свидетельствует о полном обратном развитии психоза. Часто мнимое улучшение состояния предшествует развитию не менее острой, чем в начале галлюциноза, картине, характеризующейся императивным галлюцинозом.

Переход острого галлюциноза в хронический нередко сопровождается исчезновением тревоги, изменением степени зависимости поведения больных от содержания галлюцинаций, общей монотонностью состояния.

Галлюциноз общего чувства. Этот вид галлюциноза крайне разнообразен по своим проявлениям. В одних случаях речь идет о тактильном галлюцинозе (дерматозойном бреде — по К.Екомб или галлюцинозе — по N.Bers и К.Конрад), в других — о висцеральном галлюцинозе. В картине обоих видов галлюциноза преобладают галлюцинации общего чувства, при которых больной ощущает присутствие неподвижного, но вполне конкретного предмета или движущихся объектов (насекомых, паразитов и т.д.), вызывающих крайне неприятные ощущения боли, зуда, жжения, укусов. При тактильном галлюцинозе больной отмечает это на поверхности тела, при висцеральном — внутри организма, нередко в определенной системе (пищеварения, выделительной).

От галлюцинаций общего чувства следует отличать тактильные и висцеральные сенестопатозы, при которых возникают сенестопатии — беспредметные тягостные ощущения, которые лишь констатируются больным. При этом пациент никогда не связывает последние с какими-либо конкретными объектами или живыми существами.

Обонятельные и вкусовые галлюцинозы в клинической практике обычно не встречаются. [107]

## **Парафренный синдром**

Это состояние представляет собой сочетание фантастического бреда величия, бреда преследования и воздействия, явлений пси-

хического автоматизма и аффективных расстройств. Больные называют себя властителями Земли, Вселенной, руководителями государств, главнокомандующими армиями, высказывают убеждение, что в их власти настоящее и будущее Вселенной, человечества, от их желаний зависят судьба мира и вечное благоденствие. При изложении содержания бреда они употребляют образные и грандиозные сравнения, оперируют огромными цифрами. При рассказах о происходящих фантастических событиях в круг действия вовлекаются не только выдающиеся представители современности, но и исторические персонажи прошлого.

Содержание фантастического бреда иногда более или менее постоянно, но чаще оно имеет тенденцию к расширению и некоторым вариациям, постоянно обогащается новыми фактами, иногда крайне изменчиво. Как правило, больные не стремятся доказывать правильность высказываний, ссылаясь на неоспоримость своих утверждений.

Идеи преследования становятся почти постоянной составляющей синдрома. Бред обычно носит антагонистический характер, когда наряду с преследователями и врагами имеются и силы, стоящие на стороне больного.

Явления психического автоматизма имеют также фантастическое содержание, что выражается в мысленном общении с выдающимися представителями человечества или существами, населяющими другие планеты, в необычных ощущениях, болях. Нередко больные говорят о доброжелательном характере воздействия, часто утверждают, что обладают способностью воздействовать на окружающих, узнавать их мысли, управлять их поступками (инвертированный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо).

Нередко наблюдается симптом положительного или отрицательного двойника (симптом Капгра), при котором незнакомые лица воспринимаются как знакомые, а родственники и лица, известные больному, как чужие, незнакомые или загримированные под его родных. Возможно развитие явления, при котором одно и то же лицо последовательно принимает облик совершенно не похожих друг на друга людей (симптом Фреголи).

В синдроме значительное место могут занимать псевдогаллюцинации и конфабуляторные расстройства, а также ретроспективный бред, при котором соответствующим образом пересматривается прошлое. В большинстве случаев настроение больных повышенное:

от несколько приподнятого до выраженного маниакального, реже аффект носит депрессивный характер; иногда имеет место изменчивость как характера аффекта, так и его глубины.

Различают систематизированные, галлюцинаторные (псевдогаллюцинаторные) конфабуляторные парафрении. При систематизированных парафрениях фантастическая бредовая концепция носит достаточно последовательный и стойкий характер, что относится как к содержанию идей величия, так и к характеристике антагонистических групп и другим психопатологическим расстройствам.

При формировании галлюцинаторных парафрении отмечаются преобладание псевдогаллюцинаций над бредом, антагонистическое содержание псевдогаллюцинаций.

В основе конфабуляторных парафрении лежат обильные и, как правило, изменчивые фантастические конфабуляции, развитию которых обычно предшествуют феномены разматывания воспоминаний и псевдогаллюцинаторные воспоминания. Конфабуляторная парафрения редко развивается как самостоятельный вид расстройства. В большинстве случаев она возникает на высоте систематизированной или псевдогаллюцинаторной парафрении.

Парафренный синдром может развиваться при хроническом заболевании или остро.

Хронические парафрении независимо от их типа отличаются стабильностью бреда, известной монотонностью аффекта, сравнительно небольшим удельным весом чувственного бреда. Хронической парафрении предшествует галлюцинаторно-параноидное состояние.

Острые парафренные состояния в большинстве случаев сопровождаются развитием острого чувственного фантастического (антагонистического) бреда. Бредовые идеи величия отличаются нестойкостью, изменчивостью. Значительное место в картине состояния занимают аффективные расстройства и мигрирующие кататонические явления. Развитию острого парафренного синдрома предшествуют аффективные расстройства в виде маниакальных или депрессивных состояний. Если в картине острой парафрении развиваются псевдогаллюцинации или конфабуляторные расстройства, то они сочетаются с чувственным (фантастическим) бредом, нестойкостью фабулы, появлением в дебюте и развернутой картине выраженных аффективных расстройств.[52]

## Кататонический синдром

Это состояние психического расстройства с преобладанием нарушений в двигательной сфере, характеризующееся картиной заторможенности (ступора) или возбуждения.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Кататонические состояния в зависимости от наличия или отсутствия помрачения сознания соответственно подразделяют на онейроидные и люцидные. Экстатическое, импульсивное и гебефреническое возбуждение, а также ступор с явлениями восковой гибкости и субступорозные состояния развиваются при онейроидном помрачении сознания. Ступор с негативизмом и оцепенением обычно свойствен люцидной кататонии. Развитие кататонических расстройств является показателем большой тяжести психического состояния. [52]

## Судорожные синдромы (припадки)

К судорожным синдромам относятся пароксизмально возникающие и, как правило, столь же внезапно прекращающиеся состояния с судорожными явлениями, сопровождающиеся в большинстве случаев помрачением сознания. Проявление судорожного синдрома крайне разнообразно: от большого развернутого судорожного припадка до рудиментарных ретропульсивных припадков, характеризующихся нистагмоподобными подергиваниями глазных яблок и миоклоническими судорогами век. Тщательное исследование каждого из вариантов судорожного синдрома нередко является решающим для диагностики многих органических заболеваний.

Эпилептический большой припадок. В развитии большого судорожного припадка выделяют несколько фаз. Припадку нередко предшествует аура, но она к фазам судорожного припадка не относится.

Тоническая фаза начинается с внезапной, молниеносной потери сознания и резкой тонической судороги, во время которой больной падает как подкошенный с искаженным гримасой лицом, причем падение совершается чаще всего ничком, реже навзничь или в сторону. Во время падения больной издает своеобразный резкий крик, связанный с судорогой мышц голосовой щели. После падения больной продолжает находиться в состоянии тонической судороги, причем вследствие повышенного тонуса мышц голова запрокидывается назад, руки, согнутые в локтях, прижаты к груди, кисти согнуты, пальцы сжаты в кулак, нижние конечности согнуты в коленях и тазобедренных суставах и прижаты к животу или разведены в стороны и согнуты в коленных суставах. Иногда во время тонической фазы наблюдается иное положение конечностей: руки вытянуты вперед, позвоночник выгибается назад в ретрофлексии, кисти принимают форму «руки акушера». При некоторых положениях конечностей создается угроза переломов: так, резкое разведение в сторону нижних конечностей может привести к перелому шейки бедра, ретрофлексии позвоночника — к перелому поясничных или грудных позвонков. Обычно наблюдаются прикус языка, прикус внутренней поверхности щеки. Иногда при судорожном сжатии челюстей может произойти травматическая ампутация кончика языка, особенно если тоническая фаза началась во время разговора или если в момент ее развития язык

оказался высунутым. В связи с тонической судорогой дыхательной мускулатуры, мускулатуры грудной клетки, брюшного пресса и диафрагмы дыхание приостанавливается и вслед за первоначальной бледностью кожных покровов развивается резкий цианоз; на короткое время прекращается сердечная деятельность. Во время тонической фазы по причине резкого тонического сокращения мускулатуры сфинктеров никогда не бывает непроизвольного мочеиспускания и дефекации; вместе с тем у мужчин нередко происходит эрекция и даже эякуляция семени вследствие тонического сокращения соответствующей мускулатуры. Наблюдается тотальная арефлексия. Утрата сознания весьма выражена, никакие самые сильные и интенсивные раздражители не вызывают ответной реакции (кома). Этим объясняются тяжелые травмы, ожоги, увечья, получаемые больными во время припадка. Продолжительность тонической фазы — до 20–30 с.

Клоническая фаза следует за тонической. Ритмические и симметричные подергивания начинаются в веках и дистальных фалангах пальцев. Нарастая в своей интенсивности, судороги распространяются на мышцы конечностей, туловища, шеи, головы. После такой генерализации судороги затухают.

Амплитуда сгибательно-разгибательных движений верхних конечностей при таких судорогах достаточно большая, нижних — более ограничена. Голова ритмически поворачивается в сторону, глаза вращаются, язык периодически высовывается, нижняя челюсть совершает жевательные движения, на лице возникают разнообразные гримасы, связанные с клонической судорогой жевательной мускулатуры. Во время клонической фазы у больных наблюдаются непроизвольное мочеиспускание, дефекация, а также повышенное потоотделение, гиперсекреция слюны и отделяемого слизистых оболочек бронхов. Выделяющаяся у больных изо рта пенистая жидкость представляет собой смесь накопившейся и сбившейся в полости рта слюны с секретом из бронхов, крови от прикуса языка или слизистой оболочки щеки. К концу клонической фазы, которая продолжается от 1 до 3 мин, частота и амплитуда клонических подергиваний урежаются, начинает восстанавливаться дыхание, уменьшается цианоз. Однако и после завершения клонической фазы у больных могут наблюдаться некоторое повышение мышечного тонуса и задержка дыхания, определяющаяся биохимическими сдвигами в течение припадка.

Фаза помраченного сознания (выход из комы). В одних случаях коматозное состояние с арефлексией, резким расслаблением мускулатуры и потливостью, а также нарушением дыхания сменяется состоянием глубокого оглушения, которое в свою очередь через состояние обнуляции переходит в ясное сознание или сон, в других оглушение, которому предшествовала кома, трансформируется в сумеречное расстройство сознания с резко выраженным эпилептиформным возбуждением, которое может быть более или менее продолжительным, а в некоторых случаях затягивается до нескольких дней. Вслед за полным выходом из припадка у одних больных отмечается чувство облегчения, иногда сопровождающееся некоторой эйфорией, у других, наоборот, возникает чувство разбитости, повышенной физической и психической утомляемости. Может наблюдаться пониженное настроение с оттенком раздражительности, чувством крайнего неудовольствия, иногда гневливости.

Эпилептическое состояние (*status epilepticus*). Это серия больших эпилептических припадков, следующих один за другим. Частота припадков бывает нередко настолько велика, что больные не приходят в себя и находятся в коматозном, сопорозном или оглушенном состоянии длительное время. Эпилептическое состояние может длиться от нескольких часов до нескольких суток. Во время эпилептического состояния нередко наблюдаются подъем температуры, учащение пульса, падение АД, резкая потливость, слабость сердечно-сосудистой деятельности, отек легких и мозга. Повышается содержание мочевины в сыворотке крови и белка в моче. Появление перечисленных расстройств — прогностически неблагоприятный признак.

Адверзивный судорожный припадок. Как и классический эпилептический припадок, адверзивный приступ начинается с тонической фазы, однако в этом случае разворачивается более медленно и обычно ей не предшествует аура. Своеобразен поворот тела вокруг продольной оси: вначале наблюдается насильственный поворот глазных яблок, затем в ту же сторону поворачиваются голова и весь корпус, больной падает. Наступает клоническая фаза, которая не отличается от таковой большого эпилептического судорожного припадка. Развитие адверзивного припадка связано с органическим поражением лобных долей головного мозга, причем при левосторонней локализации процесса наблюдается более замедленное падение больного, чем при правосторонней.

Парциальный припадок (припадок Браве-Джексона). При таком припадке тоническая и клоническая фазы характеризуются судорогами определенной группы мышц и лишь в части случаев происходит генерализация припадка. Парциальные припадки могут проявляться судорогами мышц только верхней или нижней конечности, мускулатуры лица. Динамика судорог в конечностях всегда имеет проксимальное направление. Так, если припадок разворачивается в мышцах рук, тоническая судорога переходит с кисти на предплечье и плечо, рука поднимается и возникает насильственный поворот головы в сторону поднятой руки. Далее разворачивается клоническая фаза припадка. Если же припадок начинается с судорог мышц ноги, тонические судороги появляются в мышцах стопы, причем происходит подошвенный сгиб, далее судороги распространяются вверх на голень и бедро, иногда охватывают мускулатуру тела на соответствующей стороне. И, наконец, если припадок имеет лицевую локализацию, рот перекашивается в тонической судороге, затем последняя распространяется на всю мускулатуру лица на соответствующей стороне. Возможна генерализация припадков Браве-Джексона: в этих случаях они чрезвычайно напоминают обычный судорожный припадок; их отличие состоит лишь в том, что имеется преобладание интенсивности судорожных явлений на одной стороне тела. Генерализация парциальных припадков чаще всего сопровождается потерей сознания. Припадки Браве-Джексона нередко возникают сериями и могут заканчиваться вялыми параличами, обычно при локализации органического процесса в передней центральной извилине.

Тонические постуральные припадки. Такие припадки начинаются с мощной тонической судороги, вследствие чего возникают опистотонус, задержка дыхания с явлениями цианоза и больной теряет сознание; этим припадок обычно завершается. Клоническая фаза при этом варианте припадков отсутствует. Тонические постуральные припадки развиваются при поражении стволовой части мозга. [52]

## БЕССУДОРОЖНЫЕ (МАЛЫЕ) ПРИПАДКИ

Малые припадки в отличие от больших кратковременны и по клиническим проявлениям крайне разнообразны.

**Абсанс.** Это кратковременные «выключения» сознания (на 1–2 с). По окончании абсанса, иногда тотчас, возобновляются обычные занятия больного. В момент «выключения» сознания лицо больного бледнеет, принимает отсутствующее выражение. Судорог не бывает. Приступы могут быть одиночными или возникают серийой.

**Пропульсивные припадки.** Несмотря на разнообразие относимых к этим припадкам состояний, им присущ непреходящий компонент толчкообразного движения вперед — пропульсия. Возникают в возрасте от 1 года до 4–5 лет, обычно у мальчиков, преимущественно в ночное время, без видимых провоцирующих факторов. В более позднем возрасте наряду с пропульсивными припадками часто появляются большие судорожные припадки.

**Салам-припадки.** Название отражает особенность этих припадков, которые внешне напоминают движения, совершаемые при обычном восточном приветствии. Припадок начинается с тонического сокращения мускулатуры туловища, вследствие чего тело наклоняется, голова поникает, а руки вытягиваются вперед. Больной обычно не падает.

**Молниеносные припадки** отличаются от салам-припадков лишь более быстрым темпом их развертывания. Клиническая же картина их идентична. Однако вследствие молниеносного развития тонической судороги и резкого движения туловища вперед больные нередко падают ничком.

**Клонические пропульсивные припадки** характеризуются клоническими судорогами с резким движением вперед, причем пропульсивное движение выражено особенно интенсивно в верхней части тела, вследствие чего больной падает ничком.

**Ретропульсивные припадки.** Несмотря на разнообразие относимых к ним состояний, этим припадкам присущ непреходящий компонент толчкообразного движения назад — ретропульсия. Возникает в возрасте от 4 до 12 лет, но чаще в 6–8 лет (позднее пропульсивных), обычно у девочек, преимущественно в состоянии пробуждения. Нередко провоцируются гипервентиляцией и активным напряжением. Никогда не бывают во время сна.

Клонические ретропульсивные припадки — мелкие клонические судороги мускулатуры век, глаз (подъем вверх), головы (запрокидывание), рук (отклонение назад). Больной словно хочет что-то достать позади себя. Как правило, падения не происходит. Реакция зрачков на свет отсутствует, отмечаются потливость и слюнотечение.

Рудиментарные ретропульсивные припадки отличаются от клонических ретропульсивных припадков неразвернутостью: происходят лишь некоторое выпячивание и мелкие нистагмические подергивания глазных яблок, а также миоклонические судороги век.

Пикнолепсия — серия ретропульсивных клонических или рудиментарных ретропульсивных клонических припадков.

Импульсивные припадки характеризуются внезапным, молниеносным, порывистым выбрасыванием рук вперед, разведением их в стороны или сближением, вслед за которыми происходит толчкообразное движение туловища вперед. Возможно падение больного навзничь. После падения больной обычно тотчас же встает на ноги. Припадки могут возникать в разном возрасте, но чаще между 14 и 18 годами. Провоцирующие факторы: недостаточный сон, резкое пробуждение, алкогольные эксцессы. Импульсивные припадки бывают, как правило, сериями, следуют непосредственно один за другим или с интервалом в несколько часов. [52; 60]

## **Паралитический и псевдопаралитический синдромы**

Паралитический синдром — состояние тотального слабоумия, проявляющегося эйфорией, благодушием, резким снижением критики, дисмнестическими расстройствами, нелепым бредом величия и богатства, а также нивелировкой характерологических черт личности.

Бредовые идеи величия и богатства отличаются нестойкостью, нелепостью, гротескностью. Больные называют себя президентами, императорами, командующими армиями, говорят о несметных богатствах, находящихся в их руках, об огромных суммах денег, накопленных ими, и т.д. Одеваются ярко, нелепо, украшают свой костюм самодельными орденами и знаками отличия. У больных утрачено чувство такта, поведение их обычно неадекватно окружающей ситуации, осмысление которой для них недоступно. Они склонны к совершению легкомысленных, часто нелепых поступков,

двусмысленным плоским шуткам; отличаются крайней неряшливостью, не следят за своим внешним видом, едят руками, берут без разрешения не принадлежащие им вещи, обнаруживают агрессию при попытке отобрать их.

На фоне характерной для паралитического синдрома эйфории периодически возникают раздражительность, злобность, недержание аффекта.

Выраженные мнестические нарушения проявляются расстройством памяти на события прошлого и настоящего. Наблюдаются речевые нарушения в виде дизартрии, замедленной или, наоборот, излишне торопливой речи, смазанной и невнятной, расстройства сна. Психопатологическим симптомам сопутствуют неврологические знаки: анизокория, ослабление реакции зрачков на свет при сохранности ее на аккомодацию (симптом Аргайла-Робертсона). Нередки эпилептиформные припадки, апоплектиформные состояния с развитием в последующем парезов, параличей, расстройств речи, имеющих тенденцию к обратимости.

Такое паралитическое слабоумие характерно для прогрессивно го паралича.

Псевдопаралитический синдром по клиническим особенностям сходен с картиной паралитического синдрома, однако причины его возникновения иные: сифилис мозга, хронические интоксикации, в том числе и токсическая энцефалопатия Гайе-Вернике, тяжелые последствия черепно-мозговых травм, прогредиентные органические заболевания головного мозга (сосудистые заболевания, болезнь Пика). [52; 60]

### **Психоорганический (органический, энцефалопатический) синдром**

Состояние общей психической беспомощности со снижением памяти, сообразительности, ослаблением воли и аффективной устойчивости, снижением трудоспособности и иных возможностей адаптации. В легких случаях выявляются психопатоподобные состояния органического генеза, нерезко выраженные астенические расстройства, аффективная лабильность, ослабление инициативы. Психоорганический синдром разной степени выраженности может быть резидуальным состоянием, а также расстройством, возникающим в течение прогредиентных заболеваний органического про-



исхождения. Психопатологическая симптоматика в этих случаях нередко сочетается с признаками очагового поражения головного мозга.

*Выделяют 4 основных варианта психоорганического синдрома: астенический, эксплозивный, эйфорический и апатический.*

При астеническом варианте в клинической картине синдрома преобладают стойкие астенические расстройства в виде повышенной физической и психической истощаемости, явлений раздражительной слабости, гиперестезии, аффективной лабильности, тогда как расстройства интеллектуальных функций выражены незначительно. Часто отмечается некоторое снижение интеллектуальной продуктивности. Иногда выявляются легкие дисмнестические расстройства.

Степень тяжести астенического (впрочем как и других вариантов) психоорганического синдрома может быть оценена с помощью так называемого симптома Пирогова, или метеопатического симптома. Он проявляется изменением состояния больного в зависимости от колебаний барометрического давления: если состояние больного меняется перед падением или подъемом барометрического давления, его следует расценивать как более тяжелое по сравнению с теми случаями, когда состояние больного меняется одновременно с изменением погоды. Не менее существенными являются изменения самого состояния: в одних случаях колебания барометрического давления сопровождаются развитием новых, не характерных для состояния больного, астенических явлений. Это свидетельствует о более тяжелом характере поражения, чем в случаях, при которых отмечается лишь усиление имеющихся у пациента проявлений астенического состояния.

Для эксплозивного варианта описываемого синдрома характерно сочетание аффективной возбудимости, раздражительности, взрывчатости, агрессивности с нерезко выраженными дисмнестическими нарушениями и снижением адаптации. Характерна также склонность к сверхценным паранойяльным образованиям. Нередко бывают ослабление волевых задержек, утрата самоконтроля, повышение влечений. Характерна алкоголизация больных: они, обращая внимание на релаксирующее влияние алкоголя, снимающее или уменьшающее раздражительность и возбудимость, прибегают к приему алкогольных напитков для улучшения своего состояния. Однако регулярное употребление алкоголя неизбежно ухудшает

общее состояние и усиливает проявления органической недостаточности, что в свою очередь сопровождается повышением дозы алкоголя для купирования состояния внутреннего напряжения, раздражительности и брутальности. Поэтому у части больных наблюдается достаточно быстрое формирование признаков хронического алкоголизма с быстрым формированием тяжелых форм синдрома похмелья.

Для больных с взрывным вариантом психоорганического синдрома характерно также формирование сверхценных образований, часто кверулянтских тенденций, возникновение которых нередко связано с несправедливостью, допущенной в отношении больного или его близких.

И наконец, нередко различные виды истерических форм реакций, свойственные больным этой группы, развивающиеся обычно в тех случаях, когда на пути осуществления планов больного становится преграда или когда требования больного не выполняются. Следует обратить внимание на то, что склонность к сверхценным образованиям и формирование истерических расстройств являются особенностями психопатологической и клинической картины психоорганического синдрома и свидетельствуют о достаточной тяжести проявлений болезни.

Как при астеническом, так и при взрывном варианте психоорганического синдрома происходит выраженная декомпенсация состояния в связи с интеркуррентными заболеваниями, интоксикациями и психическими травмами.

Картина эйфорического варианта психоорганического синдрома определяется повышением настроения с оттенком эйфории и благодушия, бестолковостью, резким снижением критики к своему состоянию, дисмнестическими расстройствами, повышением влечений. У части больных наблюдаются взрывы гневливости с агрессивностью, сменяющиеся беспомощностью, слезливостью, недержанием аффекта. У больных значительно снижена работоспособность.

Признаком особой тяжести состояния является развитие у больных симптомов насильственного смеха и насильственного плача, при которых причина, вызвавшая реакцию, бывает амнезирована, а гримаса смеха или плача долгое время сохраняется в виде лишенной содержания аффекта мимической реакции.

Апатический вариант психоорганического синдрома характеризуется аспонтанностью, резким сужением круга интересов, без-

различием к окружающему, в том числе к собственной судьбе и судьбе своих близких, и значительными дисмнестическими расстройствами. В этих случаях обращают на себя внимание черты сходства этого состояния с апатическими картинами, наблюдаемыми в конечных состояниях шизофрении и эпилептической болезни, однако присутствие мнестических расстройств, астении, спонтанно возникающих симптомов насильственного смеха и плача помогают отграничению этих картин от сходных состояний, развивающихся при других нозологических формах.

Перечисленные варианты психоорганического синдрома часто являются стадиями его развития и каждый из вариантов отражает различную глубину и различный объем поражения психической деятельности. [52; 60]

## **Негативные психопатологические синдромы**

К негативным, или дефицитарным, состояниям относят множество обратимых или стойких нарушений — от астенизации психической деятельности до выраженного состояния психического маразма, включая изменения личности, амнестический синдром и состояние слабоумия.

Изменения личности. Личностные изменения достаточно разнообразны по своим проявлениям — от несвойственных личности астенических расстройств до регресса личности. Отдельные виды изменений личности излагаются в последовательности, отражающей их нарастание и углубление.

*Астенизация психической деятельности* — наиболее легкая форма негативных расстройств, проявляющаяся повышенной психической истощаемостью, признаками раздражительности, слабости, гиперестезии. Симптоматика астении и выраженность ее отдельных проявлений могут быть различны. Иногда имеется несоответствие между глубиной и стойкостью психической истощаемости и сравнительно небольшой умственной или физической нагрузкой.

Более глубокий вид негативных расстройств — субъективно ощущаемые больными *изменения склада личности*. Это проявляется изменением внутренних установок, эмоциональных реакций, оценки происходящего вокруг, отношения к окружающим. Объективно такие изменения нередко не констатируются. При углублении негативных расстройств возникают и объективно констатируе-

мые изменения личности. В одних случаях речь идет о гипертрофии свойственных личности черт и заострении психопатических особенностей, в других — об изменении темперамента, всего склада личности с появлением не свойственных ей прежде черт психастенического, истерического, ипохондрического, параноического характера.

*Дисгармония личности* может выражаться в нажитой шизоидизации, проявляющейся оторванностью от окружающего, эгоцентризмом, рефлексией, интравертированностью, парадоксальностью эмоциональных реакций и поведения, обеднением эмоциональности, сочетающейся с хрупкостью чувств («дерево и стекло»), утратой эмоционального резонанса, невозможностью адекватной реакции на окружающие события, а также схематичностью мышления, отрывом его от реальности. В этих случаях отмечаются однообразие поведения, парадоксальная педантичность, отсутствие гибкости, падение активности и пассивная подчиняемость. Иногда наблюдается необычное сочетание бездеятельности и пассивности с незаурядными достижениями в каких-либо областях деятельности благодаря своеобразию и оригинальности позиций больного в технике, науке, искусстве.

Признаками дисгармонии личности могут быть постоянное чувство недовольства окружающим, раздражительность, чрезмерная истощаемость, снижение продуктивности мышления, легкие и поверхностные суждения, эгоцентризм, сужение интересов. Незначительные жизненные затруднения вызывают у больных затяжные состояния растерянности, беспомощности, безысходности.

Дисгармония может проявляться психопатоподобными изменениями личности со стойким повышением настроения, эйфорией, беспечностью, бездеятельностью, иногда раздражительностью, чрезмерной, часто неуместной и несоответствующей ситуации общительностью, фамильярностью, утратой чувства дистанции, отсутствием понимания неадекватности своего поведения.

*Падение психического энергетического потенциала* — свидетельство более глубокого изменения личности, выражающегося редукцией психической активности, продуктивности, невозможностью активно пользоваться имеющимся у больного объемом знаний, неспособностью усваивать новую информацию при сохраняющемся запасе профессиональных и иных знаний.

*Снижение уровня личности и ее регресс* — следующий этап развития негативных изменений. Обычно оно выражается в стойком

падении активности и работоспособности, в сужении круга интересов, побледнении черт, присущих индивидуальности, повышенной утомляемости, раздражительной слабости, нерезко выраженных дисмнестических расстройств. Дальнейшее же углубление черт изменения личности приводит к ее регрессу, более тяжелой степени различных клинических проявлений. В одних случаях речь идет о крайней взрывчатости, брутальности, аффективной лабильности, резком снижении адаптации, склонности к кверулянтским тенденциям; в других на первый план выступают эйфория с беспечностью, благодушием, бестолковостью, отсутствие критики, невозможность осмысления простых ситуаций, расторможение влечений. Регресс поведения может проявляться аспонтанностью, резким сужением круга интересов, полным безразличием к окружающему.

*Амнестический синдром* — состояние, характеризующееся выраженными расстройствами памяти, а также глубокой степенью изменений личности. Для синдрома характерна прогрессирующая амнезия — наиболее типичный вид расстройства памяти. Его характеризуют закономерно последовательный распад памяти — от утраты приобретенных в последнее время новых знаний к утрате старого опыта, накопленных в прошлом знаний. Если вначале из памяти выпадает материал последних дней, месяцев, то в дальнейшем — уже последних лет, десятилетий. Воспоминания, приобретенные в раннем возрасте, а также наиболее организованные и автоматизированные знания сохраняются достаточно долго.

Амнестический синдром может проявляться также фиксационной амнезией, для которой характерны расстройства запоминания, амнестическая дезориентировка (больные не находят дом, квартиру, свою комнату). Больные не узнают знакомых, дальних родственников, а в дальнейшем и тех, с кем живут вместе многие годы, нередко принимая их за давно умерших родных. Затем расстраивается память и на события прошлого. Больные забывают возраст, имена ближайших родственников, в том числе и детей; нередко дочь воспринимается больным как сестра, муж — как отец и т.д.

Характерным признаком амнестического синдрома являются парамнезии — обманы памяти: воспоминания о событиях, в действительности не происходивших, — псевдореминисценции или смещенных во времени — конфабуляции (в настоящее время существует тенденция объединять конфабуляции и псевдореминисценции под общим термином «конфабуляции»). При расстройствах

памяти возникают, как правило, конфабуляции обыденного содержания, которые как бы «замещают» пробелы памяти и определяются как «замещающие конфабуляции». В тех случаях, когда содержание конфабуляции отражает события, имевшие место в действительности и относящиеся к прошлому, чаще всего к молодым годам больного, говорят об экмнезиях.

Возможно возникновение наплыва конфабуляции, сопровождающихся дезориентировкой в окружающей обстановке, ложными узнаваниями, бессвязностью мышления, — конфабуляторной спутанности.

В качестве парамнезий могут развиваться и криптомнезии — искажения памяти: события, о которых больной читал или слышал от окружающих, соотносятся больными к своей собственной личности; больной полагает, что они происходили или происходят в его жизни.

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

Слабоумие принято подразделять на врожденное и приобретенное.

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

Приобретенное слабоумие (деменция) — состояние, развивающееся вследствие прогрессивных психических заболеваний. Это синдром, характеризующийся изменением высших корковых функ-

ций, включая память, мышление и суждения, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, использование речи. Традиционно слабоумие подразделяют на парциальное (дисмнестическое) и тотальное.

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

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

*Распад личности (маразм)* — наиболее тяжелый вид негативных расстройств, глубокое слабоумие с утратой возможности контакта с окружающей средой, полным исчезновением интересов и влечений. У больного сохраняются пищевой и половой инстинкты. Первый проявляется прожорливостью, невозможностью отличить съедобное от несъедобного, второй — сексуальной расторможенностью, онанизмом, попытками вступать в половое сношение с несовершеннолетними и т.д. Для состояния маразма характерны общее тяжелое физическое истощение, трофические изменения кожных покровов, дистрофия внутренних органов, повышенная ломкость костей. [52; 60]

## **2.11. Психопатологические симптомы**

Абсанс — кратковременная (в течение нескольких секунд или «долей» секунды) потеря сознания.

Абузус — непродолжительное, как правило, в течение одного или нескольких дней употребление большого количества алкоголя или наркотических средств, приводящее к выраженной интоксикации.

Абулия — отсутствие побуждений и желаний, безразличие и безучастность, бездеятельность, прекращение общения с окружающими.

Автоматизм амбулаторный — состояние помрачения сознания, проявляющееся внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных двигательных актов с последующей амнезией.

Автоматизм психический — чувство отчуждения или утраты принадлежности своему Я мыслительных, чувственных, двигательных процессов с ощущением мнимого воздействия извне на идеаторные, сенсорные и моторные акты.

Агорафобия — навязчивый страх — боязнь открытых пространств.

Айхмофобия (оксифобия) — навязчивый страх — боязнь прикосновения к острым предметам.

Акалькулия — невозможность выполнять счетные, часто простейшие операции.

Акатофазия — замена необходимых для выражения смысла фразы слов сходными, а иногда совершенно не сходными как по звучанию, так и по смыслу словами.

Акинезия — обездвиженность вследствие отсутствия побуждений и прекращения произвольных движений.

Акоазмы — элементарные слуховые обманы в виде стука, шума, звона, грохота.

Алалия — утрата способности к речи или невозможность овладения речью.

Амбивалентность — возникновение антагонистических тенденций в психической деятельности, проявляющихся в непоследовательности мышления и поступков.

Амнезия — расстройство памяти, характеризующееся утратой способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания.

Амнезия антероградная — утрата воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за периодом бессознательного состояния или другого расстройства.

Амнезия антероретроградная — сочетание ретроградной и антероградной амнезии.

Амнезия прогрессирующая — постепенное опустошение запасов памяти в последовательности, обратной их накоплению — от нового к старому, от индивидуального, избирательного к общему (закон Рибо).



Амнезия ретроградная — выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших потере сознания.

Амнезия фиксационная — потеря способности запоминать, отсутствие памяти на текущие события (см. Синдром Корсакова).

Анергия — снижение психической, речевой и двигательной активности.

Анестезия психическая болезненная (*anaesthesia psychica dolorosa*) — утрата эмоциональных реакций на происходящее вокруг, сопровождающаяся мучительным переживанием душевной опустошенности, утраты возможности чувствовать.

Анестезия психическая — утрата эмоциональных реакций на все окружающее.

Анорекия — ослабление или отсутствие чувства голода или упорный отказ от приема пищи, сопровождающейся резким снижением массы тела и другими признаками голодания. Нервная анорекия (*anorexia nervosa*) — отказ от еды в связи со стремлением к похудению (преимущественно у девушек), обусловленный опасением ожирения; анорекия психическая (*anorexia psychica*) — утрата чувства голода или отказ от приема пищи в связи с психическим состоянием (депрессия, бред отравления, кататонический ступор).

Антропофобия — навязчивый страх — боязнь людей, толпы.

Апатия — состояние, характеризующееся отсутствием эмоций, интереса к своей личности, своей судьбе, безучастностью к происходящему вокруг, сопровождающееся аспонтанностью, олигофазией, безволием, обеднением сознания.

Апрозексия — полное выпадение внимания.

Апролексия — полная неспособность к концентрации внимания.

Аура — кратковременное помрачение сознания, предшествующее развитию эпилептического пароксизма и проявляющееся разнообразными расстройствами — от вегетативных нарушений до сложных психопатологических картин.

Аутизм — погружение в мир субъективных переживаний с ослаблением или утратой контакта с окружающей действительностью и соответствующее изменение контакта с окружающими лицами.

Аутометаморфопсия, или расстройство схемы тела, — искажение, уменьшение или увеличение величины и формы своего тела в сознании больного.

Афазия — расстройство речи с полной или частичной утратой способности пользоваться словами при общении. Различают амне-

стическую, сенсорную и моторную афазии: при амнестической — забывается название отдельных предметов и понятий, при сенсорной — нарушается понимание речи, при моторной — нарушается способность воспроизведения тех или иных слов.

Аффективная тупость (эмоциональное обеднение) — недостаточность или утрата аффективной откликаемости, безразличие, равнодушие, душевная холодность, бесчувствие.

Аффективные расстройства — см. Аффективные синдромы.

Бессвязность мышления — см. Инкогеренция.

Брадипсихия — замедление всех видов психической деятельности.

Брадифазия — замедление темпа речи (в большинстве случаев связанное с идеомоторной заторможенностью).

Бред — суждение и идеи, не соответствующие действительности, овладевающие сознанием больного, не корригируемые при разубеждении и разъяснении, несмотря на очевидную нелепость и противоречие действительности. Бред различается в зависимости от тематики (отношения, ревности, дисморфомании, преследования и т.д.), характера бредообразования (интерпретативный, чувственный), структуры (паранойяльный, параноидный, парафренный).

Бред индуцированный — суждения и идеи, возникающие у родственников и лиц, находящихся в непосредственном контакте с больным и повторяющие тематику бреда пациента.

Бред резидуальный — бред, сохраняющийся на известное время в качестве моносимптома после исчезновения всех других проявлений психоза и появления критического отношения к ним.

Булимия (полифагия) — патологическое повышение потребности в пище, сопровождающееся ненасытным аппетитом и приводящее к резкому увеличению массы тела и ожирению.

Вербигерация — монотонное повторение слова или словосочетания, не имеющего какого-либо смысла.

Возбуждение двигательное (гиперкинезия, психомоторное возбуждение) — общее двигательное беспокойство, связанное с навязчивым страхом, тревогой (тревожное), безысходным отчаянием и невыносимой тоской (депрессивное, меланхолический раптус), повышенным настроением (маниакальное), кататонией (кататоническое), состоянием дисфории и сумеречным помрачением сознания у больных эпилепсией (эпилептическое, эпилептиформное), устрашающими галлюцинациями (галлюцинаторное); проявления у детей, обусловленные дефицитом внимания (гиперкинетическое).

Возбуждение паническое (психогенное) — бессмысленное возбуждение, иногда в форме «двигательной бури», при внезапных очень сильных потрясениях (катастрофы, потеря близких).

Галлюцинации — восприятия, возникающие без реального объекта (зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные, тактильные и висцеральные), но имеющие характер объективной реальности.

Галлюцинации гипнагогические — зрительные галлюцинации, возникающие в промежуточном состоянии между бодрствованием и сном как при закрытых, так и при открытых глазах.

Галлюцинации гипнопомпические — зрительные галлюцинации, реже вербальные, возникающие при пробуждении.

Галлюцинации рефлекторные возникают в каком-либо анализаторе при действии реального раздражителя на другой анализатор.

Галлюцинации функциональные — слуховые галлюцинации, наблюдаемые при появлении реального раздражителя (журчание воды, стук колес поезда, шум мотора самолета), когда больные воспринимают и реально существующий раздражитель, и слуховые обманы, прекращающиеся при его исчезновении.

Ганзера симптом — см. Истерические синдромы.

Гипербулия — повышение волевой активности и побуждений, проявляющееся повышенной деятельностью, подвижностью, говорливостью, чрезмерной инициативностью.

Гиперестезия — повышенная чувствительность к обычным внешним раздражителям (непереносимость яркого света, громких звуков, резких запахов).

Гиперестезия эмоциональная — непереносимость даже незначительных эмоциональных нагрузок.

Гиперкинез — автоматические насильственные движения вследствие произвольных сокращений мышц.

Гиперкинезах — см. Возбуждение двигательное.

Гиперметаморфоз — сверхизменчивость внимания, т.е. привлечение внимания больного к незначительным изменениям окружающей обстановки и переключение его на малозаметные и не имеющие существенного значения явления, попадающие в его поле зрения.

Гипертимия (маниакальные аффект, мания) — состояние приподнятого настроения с оптимизмом, чувством безграничной радости и веселости, ускоренным темпом мыслительных процессов, повышенной активностью в сочетании с изменчивостью внимания и отвлекаемостью, отсутствием утомляемости и истощаемости, пе-

реоценкой своей собственной личности, повышенным аппетитом и сексуальным влечением.

Гипестезия — понижение чувствительности к внешним раздражителям.

Гипобулия — бедность побуждений и понижение активности, проявляющиеся вялостью, бездеятельностью, обеднением мышления, ослаблением внимания, снижением двигательной активности и ограничением общения.

Гипокинезия — обеднение и замедление движений.

Гиполепсия — периодически наступающие кратковременные приступы сонливости.

Гипотимия (депрессивные аффект, депрессия) — состояние сниженного настроения, нередко с чувством тоски и ощущением тяжести в груди, резким замедлением процессов мышления, замедленностью движений, снижением активности, аппетита и сексуального влечения.

Гипсофобия — боязнь высоких мест.

Гленофобия — боязнь кукол, взгляда куклы.

Дезориентировка — нарушение ориентировки в окружающем месте, времени, лицах и обстановке. Выделяют аллопсихическую дезориентировку — нарушение ориентировки в окружающем и аутопсихическую — нарушение ориентировки в собственной личности.

Деперсонализация — расстройство сознания личности, отчуждение от самого себя, восприятие себя как бы со стороны, осознание себя безжизненным и лишенным реальности, отчуждение мыслей, чувств, представлений и поступков (см. Деперсонализационно-дереализационный синдром, Синдром Кандинского—Клерамбо).

Депрессия — см. Гипотимия. Аффективные синдромы.

Депрессивное возбуждение — см. Аффективные синдромы.

Дереализация — чувство нереальности и призрачности окружающего вплоть до утраты чувства действительности и реальности существования окружающих предметов, людей и всего мира; нередко в сочетании с деперсонализацией (см. Деперсонализационно-дереализационный синдром).

Дизартрия — неспособность к правильной артикуляции речи и четкому произнесению слов (смазанная, запинаящаяся, спотыкающаяся речь).

Дипсомания — запой, неодолимое влечение к пьянству.

Дисмнезия — расстройство памяти со снижением способности к запоминанию, уменьшением запасов памяти и ухудшением воспроизведения.

Дистимия — длительная депрессия непсихотического уровня с минимальной выраженностью аффективного расстройства.

Дисфория — расстройство настроения с напряженным злобно-тоскливым аффектом: придирчивостью, угрюмостью, недовольством всем окружающим и ожесточенностью вплоть до взрывов гнева с агрессией.

Дромомания — (вагабондаж, пориомания) — периодически возникающее непреодолимое стремление к перемене мест, поездкам, бродяжничеству.

Закупорка мышления (шперрунг, нем. sperrung) — неожиданная остановка, перерыв мысли, ее внезапная блокада.

Извращение аппетита (патологическое) — поедание несъедобных предметов и веществ.

Иллюзия — ложное, ошибочное восприятие реальных предметов или явлений, при котором восприятие реального объекта сливается с воображаемым образом.

Иллюзии аффективные — иллюзии, возникающие при тревожно-подавленном настроении или состояниях страха.

Иллюзии вербальные — ложное восприятие содержания реального разговора, при котором в нейтральной, не относящейся к больному речи, он слышит обвинения, угрозы или намеки в свой адрес или в адрес своих близких.

Импульсивные явления — непреодолимые влечения и действия, реализуемые неотвратимо нередко без внутренней борьбы и сопротивления.

Инкогеренция — бессвязность мышления и речи, отражающая утрату способности к образованию ассоциаций, элементарным обобщениям, анализу и синтезу поступающей из внешнего мира информации и невозможность восприятия окружающего как единого целого; речь состоит из беспорядочного набора слов с отсутствием в ней смыслового и грамматического содержания.

Капгра симптом — см. Симптом двойника.

Каталепсия — длительное сохранение приданной больному или его конечностям позы, нередко крайне неудобной и требующей значительного мышечного напряжения.

Катаплексия — пароксизмально наступающая утрата мышечного тонуса, приводящая к падению больного и не сопровождающаяся потерей сознания.

Кататония — см. Кататонический синдром.

Клаустрофобия — страх пребывания в замкнутом пространстве.

Клептомания — периодически возникающее неодолимое влечение к приобретению не принадлежащих больному вещей.

Конфабуляция — ложные воспоминания о событиях, которые якобы были в жизни больных.

Копрофагия — поедание экскрементов (см. Извращение аппетита).

Корфология — возбуждение, возникающее на высоте аментивного и делириозного помрачения сознания и проявляющееся небольшими по амплитуде движениями пальцев рук, перебирающих одежду или одеяло или ловящих в воздухе несуществующие предметы и т.п.

Криптолалия — создание больным собственного языка или особого шифра (криптография).

Криптомнезия — искажение памяти, проявляющееся в ослаблении или исчезновении различия между действительно происходившими событиями и событиями, услышанными, прочитанными, увиденными во сне.

Логоклония — многократное повторение слогов произносимого слова.

Логоневроз — расстройство речи в виде заикания.

Логорея — быстрая, многословная, непрерывная речь с преобладанием в ее содержании ассоциаций по созвучию или по контрасту (вплоть до бессвязной).

Маниакальное возбуждение — см. Аффективные синдромы.

Мания — см. Гипертимия.

Ментизм — произвольно возникающий непрерывный и управляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений.

Метаморфопсия — искажение величины или формы воспринимаемых больными предметов, которые могут казаться увеличенными в размерах — макропсия, уменьшенными — микропсия, перекрученными вокруг своей оси — дисмегалопсия, невероятно удаленными или, напротив, приближенными к больному — порропсия.

Мизофобия — страх загрязнения.

Монофобия — боязнь одиночества.

Мутизм — отсутствие речевого контакта с окружающими (отказ от речи) при сохранности функции речевого аппарата.

Навязчивое состояние — см. Обсессивный синдром.

Навязчивости (обсессии) — насильственное неодолимое возникновение мыслей, представлений, сомнений, страхов, стремлений, действий, движений при сознании их болезненности и критическом к ним отношении.

Нарколепсия (гиперсомния) — повышенная сонливость.

Настроение бредовое — предшествующее развитию бреда состояние с тревогой, предчувствием надвигающегося несчастья.

Негативизм — бессмысленное противодействие, отказ от выполнения любого движения или действия или сопротивление его осуществлению.

Неологизмы — использование больными в речи изобретенных ими слов, отсутствующих в языке, на котором они говорят.

Нозофобия — страх увечья, неизлечимой болезни, заражения (сифилофобия, канцерофобия).

Никогда не виденное (франц. *jamaïs vu*) — состояние, при котором знакомые обстановка, лица и предметы воспринимаются как впервые увиденные.

Никогда не пережитое (франц. *jamaïs vécu*) — развивающееся у больных убеждение, что привычное явление или ситуация осознаются как новые.

Никогда не слышанное (франц. *jamaïs entendu*) — состояние, при котором появляется убеждение, что знакомые звуки, мелодии, слова воспринимаются как впервые услышанные.

Обнубиляция — легкая степень оглушения (см. Синдром помрачения сознания).

Обсессия — см. Навязчивости.

Обстоятельность мышления — невозможность разделения главного и второстепенного, фиксация на второстепенных и несущественных деталях.

Оксифобия — страх острых предметов (см. также Айхмофобия).

Олигофазия — крайнее обеднение запаса слов.

Олицетворенное осознание — чувство присутствия в пространстве, где находится больной, постороннего лица, которое не воспринимается, а ощущается при понимании ошибочности этого чувства.

Палимпсест — невозможность полного воспроизведения в сознании подробностей событий, происходивших в состоянии алкогольного опьянения.

Пантофобия — всеохватывающий навязчивый страх.

Парабулия — извращение волевой активности, проявляющееся импульсивностью, негативизмом.

Паралогическое мышление — мышление, характеризующееся соединением несопоставимых, противоречивых идей, обстоятельств и явлений с произвольной подменой одних понятий другими, соскальзывание с основного ряда мышления на побочный с утратой логической связи; фершробен (нем. verschroben) — вычурное мышление.

Паралогия («миморечь») — ответы на вопросы не по существу, невпазд, нередко в связи с негативизмом.

Парамнезия — обманы памяти в виде конфабуляций — ложных воспоминаний (см.) и в виде криптомнезии — искажений памяти (см.).

Паратимия — неадекватный аффект, качественно и количественно не соответствующий вызвавший его причине.

Переидолии — ложное восприятие изображений (игры светотени, узоров на обоях или ковре) в виде воображаемых образов, которые полностью поглощают контуры реально существующего узора или рисунка.

Персеверация — застревание в сознании и многократное повторение больным какой-либо одной мысли, слова, фразы нередко в ответ на не имеющие к ним никакого отношения вопросы.

Петтофобия — страх общества.

Пирогова симптом — изменение состояния больных с астеническим синдромом в зависимости от метеорологических перемен (изменений барометрического давления).

Пиромания — неодолимое влечение к поджогу (обычно без целенаправленного стремления нанести ущерб).

«Плюшкина симптом» — см. «Симптом Плюшкина».

Полидипсия — неутолимая жажда.

Псевдогаллюцинации — произвольно возникающие видения, «голоса», запахи, не отождествляющиеся больным с реальными предметами и ограничивающиеся сферой представлений (психические образы), с ощущением их «деланности», насильственного воздействия извне. См. Синдром Кандинского-Клерамбо.



Раптус — неистовое возбуждение, внезапно (подобно взрыву) прерывающее заторможенность (например, при депрессии) или ступор.

Расстройство границ самосознания — ослабление вплоть до полного исчезновения различий между Я и не Я (см. Деперсонализационный синдром).

Расстройство осознания времени — исчезновение сознания непрерывности и последовательности времени.

Растерянность — состояние, сопровождающееся развитием аффекта недоумения, непонимания своего психического состояния и происходящего вокруг (обычно в сочетании с явлениями гиперметаморфоза).

Резонерство — тип мышления, характеризующийся склонностью к пустому, бесплодному рассуждательству, основанному на поверхностных, формальных аналогиях.

Сверхценные идеи — суждения, возникшие в результате реальных ситуаций, но занявшие доминирующее положение в сознании, не соответствующее их значению.

Сенестопатии — разнообразные неприятные, мучительные и тягостные ощущения (стягивание, жжение, переливание и др.), исходящие из различных областей тела, отдельных внутренних органов и не имеющие констатируемых при соматическом обследовании причин.

Симптом двойника — убеждение больного в «подмене» окружающих его лиц. Симптом положительного двойника — убежденность больного, что окружающие его посторонние (незнакомые лица) являются его родственниками, знакомыми, известными актерами, политическими деятелями, иногда загримированными под чужих лиц. Симптом отрицательного двойника (симптом Капгра) — убежденность больного, что его близкие и родственники являются посторонними, не известными ему лицами, загримированными под его близких.

Симптом монолога — спонтанная, долго не прекращающаяся речь, часто при отсутствии собеседника.

Симптом открытости — убеждение больного, что его мысли известны окружающим (см. Синдром овладения, Синдром Кандинского-Клерамбо).

«Симптом Плюшкина» — патологическое влечение к собиранию и накапливанию негодных предметов (хлама), как правило, в старости.

Симптом Фреголи — убеждение больного, что один и тот же человек периодически появляется в разных лицах, знакомых и незнакомых, изменяя свою внешность. Этот симптом расценивают как один из вариантов симптома положительного или отрицательного двойника (см. Симптом двойника).

Ситофобия — страх принятия пищи.

Стереотипии — постоянное повторение какого-либо действия, слова, фразы.

Страх — чувство внутренней напряженности — от тревожной неуверенности до состояния ужаса, связанное с ожиданием угрожающих событий и действий.

Ступор — состояние психической и двигательной заторможенности, оцепенение. Кататонический ступор — обездвиженность с повышением мышечного тонуса и отказом от речи (мутизм). Апатический ступор — состояние полной безучастности и крайнего бессилия, доходящего до протрации. Депрессивный ступор — картина двигательной обездвиженности, наблюдаемая на высоте депрессий. Психогенный ступор — состояние обездвиженности, возникающее в результате чувства острого страха или остро развившейся тяжелой формы психогении.

Танатофобия — страх внезапной смерти.

Тафефобия — страх погребения заживо.

Трихотилломания — неодолимое влечение к выдергиванию волос на теле (голове) и иногда ворсинок из ворсистых поверхностей окружающих предметов.

Тугоподвижность мышления (торпидность, обстоятельность мышления) — крайнее замедление и затруднение последовательности и темпа течения мыслей, сопровождающиеся замедленностью речи и движений.

Уже виденное (франц. *deja vu*) — ощущение и убеждение, что впервые видимое уже наблюдалось в прошлом.

Уже пережитое (франц. *deja vecu*) — убеждение, что впервые переживаемое уже было в прошлом.

Уже слышанное (франц. *deja entendu*) — ощущение и убеждение, что впервые услышанное уже было сказано в прошлом.

Фобифобия — «страх страха».

Фреголи симптом — см. Симптом Фреголи.

Шизофазия — разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, в том числе и неологизмов, облеченных в грамматически правильные выражения.

Эйфория — повышенное настроение с чувством довольства, беспечности, безмятежности без укорочения ассоциативных процессов и повышения продуктивности; характеризуется бездеятельностью, пассивностью.

Экленезия — переживание прошлого как настоящего (в старости).

Экстаз — переживание восторга, необычайной радости, вдохновения, счастья.

Эмоциональная слабость — выраженная изменчивость настроения с сентиментальностью, капризностью, слезливостью; крайняя степень — аффективное недержание.

Эретинеское возбуждение — двигательное возбуждение, выражающееся в бессмысленных, иногда разрушительных действиях, сопровождающееся криком и нанесением себе повреждений при глубоких степенях умственной отсталости.

Эхолалия — повторение услышанных слов и выражений.

Эхопраксия — повторение движений и действий окружающих. [18; 20; 52; 57; 60; 100; 101; 102; 107; 108; 144; 145]

## РАЗДЕЛ III

# ЧАСТНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ С ВОПРОСАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

### 3.1. Органические психические расстройства

#### *3.1.1. Клинические характеристики.*

Данная рубрика МКБ включает широкий круг расстройств, обусловленных различными поражениями и заболеваниями головного мозга соматической патологии. Условно все расстройства данной группы можно разделить на четыре подгруппы:

- неврозоподобные расстройства;
- психотические расстройства;
- личностные расстройства;
- деменции.

Данная систематика отражает постепенное прогрессирование поражения головного мозга, с нарастающим снижением когнитивных функций, патохарактерологическими изменениями личности, возможностью развитий психотических расстройств, состояний измененного сознания.

#### *Неврозоподобные расстройства.*

Являются весьма частыми в психиатрической клинике, так как сопутствуют не менее трети соматических и других органических заболеваний головного мозга. Для них характерна интеллектуально-мнестическая сохранность, широкий круг соматовегетативных расстройств, симптоматика сходная таковой при неврозах, но с клишеобразностью проявлений, выраженной зависимостью клиники расстройства с течением и степенью тяжести основного соматического заболевания. По *ведущему психопатологическому синдрому* расстройства подразделяются на:

- астенические (эмоционально-лабильные);
- тревожные;
- депрессивные (аффективные);
- диссоциативные.

По *этиологическому фактору* (основному заболеванию) подразделяют неврозоподобные состояния на следующие группы:

- вследствие дегенеративно-дистрофических заболеваний головного мозга;
- вследствие перенесенной черепно-мозговой травм;
- вследствие сосудистых заболеваний головного мозга;
- вследствие соматических заболеваний;
- вследствие перинатальной патологии.

*Психотические расстройства.*

Подразделяются на:

- органическое кататоническое расстройство;
- органическое галлюцинаторное;
- органическое бредовое (шизофреноподобное).

Психотические расстройства могут протекать на фоне измененного состояния сознания. Для них характерно наличие интеллектуально-мнестических расстройств, органические стигмы синдромов. Динамика определяется степенью декомпенсации и особенностями течения основного заболевания. Расстройства подразделяются на острые и хронические. При длительном течении психоза его симптоматика сглаживается нарастающими дементными признаками. Отдельно выделяют органический амнестический синдром, а также делирий, обусловленный органическими факторами.

*Личностные расстройства.*

Данная рубрика характеризуется легкими интеллектуальными нарушениями, стойкими патохарактерологическими изменениями личности вследствие длительно и неблагоприятно протекающих органических заболеваний головного мозга. Помимо органического расстройства личности и легкого когнитивного расстройства, отдельно выделяют посткоммоционный (вследствие черепно-мозговых травм) и постэнцефалитический синдромы.

*Деменции.*

Характеризуются постепенным нарастанием грубых интеллектуальных и мнестических расстройств. По этиологическому фактору выделяют деменции при:

- атрофических процессах (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика);
- дегенеративно-дистрофических заболеваниях (болезни Гентингтона, Паркинсона, Крейцфельда-Якоба);
- вирусе иммунодефицита человека;

- сосудистых заболеваниях головного мозга;
- мультиинфарктные (вследствие перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения);
- черепно-мозговых травм;
- сенильная (возрастная). [87]

### *3.1.2. Вопросы экспертизы.*

*Патопсихологический симптомокомплекс при органических поражениях головного мозга:*

- нарушение познавательной деятельности, связанное со снижением интеллекта: низкий (конкретный и конкретно-ситуационный) уровень обобщения;
- конкретный уровень ассоциаций: непонимание условного смысла;
- трудности установления логических (вербальных и наглядно-образных) связей и отношений;
- обстоятельность суждений, инертность мыслительной деятельности, застревание на несущественных деталях;
- вербальный интеллект ниже наглядно-образного;
- нарушены мнестические процессы: уменьшен объём непосредственного и опосредованного запоминания;
- нарушение умственной работоспособности, колебание внимания, снижение его активности (расстройства концентрации и распределение внимания), замедленный и неравномерный темп умственной деятельности.[85]

### *Неврозоподобные расстройства.*

#### ◆ *Судебная экспертиза.*

Учитывая интеллектуально-мнестическую и личностную сохранность, в данной группе при совершении правонарушений пациенты как правило признаются вменяемыми, в гражданском процессе — дееспособными.

#### ◆ *Трудовая экспертиза.*

Большинство пациентов сохраняют трудоспособность и лишь при длительном и тяжелом течении основного расстройства, ситуациях потери профессии или профессионального снижения, возможна постановка вопросов МСЭК и установления умеренного ограничения жизнедеятельности, что предполагает третью группу инвалидности.

♦ *Военная экспертиза.*

Призывники признаются негодными к воинской службе, за исключением легких кратковременных расстройств, при которых возможно выздоровление или качественная ремиссия — ограниченно годны. В случае развития заболевания у кадрового военнослужащего — он подлежит комиссации.

♦ *Медико-психолого-педагогическая экспертиза.*

Предполагается разработка индивидуальных реабилитационных программ, которые предусматривают индивидуальную форму посещения занятий или надомное обучение в зависимости от особенностей заболевания.

*Психотические расстройства.*

♦ *Судебная экспертиза.*

Наличие в клинике психотических расстройств, качественных нарушений сознания, предполагает однозначное решение вопроса в пользу невменяемости и недееспособности, особенно с учетом интеллектуально-мнестического снижения. При хронических психозах с сохранной критикой (органический галлюциноз) и негрубыми когнитивными расстройствами возможно экспертное решение в пользу частичной дееспособности и вменяемости.

♦ *Трудовая экспертиза.*

Сам факт психоза не является основанием для направления больного на МСЕК, поскольку возможен полный выход из болезненного состояния. Данный вопрос решается с учетом изучения особенностей протекания расстройства в динамике, выраженности органических расстройств, влияющих на ограничение жизнедеятельности. При длительном и тяжелом протекании основного заболевания, хронических психотических расстройствах, возможна инвалидизация с установлением третьей или второй группы.

♦ *Военная экспертиза.*

Призывники, равно как и кадровые военнослужащие, признаются негодными к воинской службе.

♦ *Медико-психолого-педагогическая экспертиза.*

Неактуальна в виду крайней редкости данных расстройств у детей и подростков.

*Личностные расстройства.*

♦ *Судебная экспертиза.*

В большинстве случаев речь идёт о признании испытуемых дееспособными и вменяемыми. При грубых личностных расстройствах на фоне интеллектуально-мнестического снижения, возможно решение экспертизы в пользу ограниченной вменяемости и дееспособности.

◆ *Трудовая экспертиза*

Наличие указанных расстройств предполагает умеренное ограничение жизнедеятельности с назначением третьей группы инвалидности.

◆ *Военная экспертиза.*

Призывники и военнослужащие признаются негодными к воинской службе.

◆ *Медико-психолого-педагогическая экспертиза.*

Неактуальна.

*Деменции.*

◆ *Судебная экспертиза.*

Однозначное решение в пользу невменяемости и недееспособности.

◆ *Трудовая экспертиза.*

Ввиду выраженного ограничения жизнедеятельности, устанавливается вторая, а нередко и первая группа инвалидности.

◆ *Военная экспертиза.*

Неактуальна.

◆ *Медико-психолого-педагогическая экспертиза.*

Неактуальна.

## **3.2. Шизофрения и другие острые и хронические психозы.**

### *3.2.1. Шизофрения.*

Для диагностической группы в целом характерно сочетание расстройств мышления, восприятия и эмоционально-волевых нарушений, которые продолжаются не менее месяца, однако более точный диагноз может быть установлен лишь на протяжении 6 мес. наблюдений. Обычно на первом этапе ставится диагноз острого транзиторного психотического расстройства с симптомами шизофрении или шизофреноподобного расстройства.



Стадии заболевания: инициальная, манифестная, ремиссия, повторный психоз, дефицитарная. В 10% случаев возможен спонтанный выход и длительная (до 10 лет ремиссия). Причины различий в прогнозе преимущественно эндогенные. В частности, прогноз лучше у женщин, при пикническом телосложении, высоком интеллекте, жизни в полной семье, а также при коротком (менее 1 мес.) инициальном периоде, коротком манифестном периоде (менее 2 недель), отсутствии аномального преморбидного фона, отсутствии дисплазий, низкой резистентности к психотропным средствам.

По Э. Блейлеру к осевым расстройствам шизофрении относятся расстройства мышления (разорванность, резонерство, паралогичность, аутизм, символическое мышление, сужение понятий и мантизм, персеверация и бедность мыслей) и специфические эмоционально-волевые расстройства (отупение аффекта, холодность, паратимия, гипертрофия эмоций, амбивалентность и амбигуальность, апатия и абулия). М. Блейлер считал, что осевые расстройства должны быть очерчены наличием манифестных проявлений, отсутствием синдромов экзогенного типа реакций (амения, делирий, количественные изменения сознания, припадки, амнезия), присутствием разорванности мышления, расщепления в сфере эмоций, мимики, моторики, деперсонализации, психических автоматизмов, кататонии и галлюцинаций. В. Майер-Гросс к первичным симптомам относил расстройства мышления, пассивность с чувством воздействия, первичный бред с идеями отношения, эмоциональное уплощение, звучание мыслей и кататоническое поведение.

Наибольшее признание в диагностике нашли симптомы первого ранга по К. Шнайдеру, к которым относятся: звучание собственных мыслей, слуховые противоречивые и взаимоисключающие галлюцинации, слуховые комментирующие галлюцинации, соматические галлюцинации, воздействие на мысли, воздействие на чувства, воздействие на побуждения, воздействия на поступки, симптом открытости мыслей, шперрунг и бредовое восприятие, близкое к острому чувственному бреду. К симптомам второго ранга относятся кататония, патологическая экспрессия в речи, эмоциях и переживаниях.

Согласно МКБ 10 должен отмечаться хотя бы один из следующих признаков:

1. «Эхо мыслей» (звучание собственных мыслей), вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей.
2. Бред воздействия, моторный, сенсорный, идеаторный авто-

матизмы, бредовое восприятие. Такое сочетание в отечественной психиатрии обозначается как синдром Кандинского-Клерамбо.

3. Слуховые комментирующие истинные и псевдогаллюцинации и соматические галлюцинации.

4. Бредовые идеи, которые культурально неадекватны, нелепы и грандиозны по содержанию.

Или хотя бы два из следующих признаков:

1. Хронические (более месяца) галлюцинации с бредом, но без выраженного аффекта.

2. Неологизмы, шперрунги, разорванность речи.

3. Кататоническое поведение.

4. Негативные симптомы, в том числе апатия, абулия, обедненные речи, эмоциональная неадекватность, в том числе холодность.

5. Качественные изменения поведения с утратой интересов, нецеленаправленностью, аутизмом.

Прогноз при шизофрении зависит от комплекса факторов.

Факторы прогноза при шизофрении

Оценка	Относительно благоприятный	Относительно неблагоприятный
Пол	Женский	Мужской
Конституция	Пикническая	Астеническая
Дисплазии	Отсутствуют	Более трех
Сезон рождения	Весна	Холодное время года
Воспитание	Симметричная семья	Асимметричная и неполная семья
Преморбид	Норма	Шизоидный
Инициальный период	Около месяца	Более года
Манифест	Полиморфный и острый с продуктивными расстройствами, до 14 дней	Мономорфный, затяжной, негативные расстройства, более 2 месяцев
Интеллект	Высокий	Низкий
Первая ремиссия	Качественная, более 3 лет	С остаточной симптоматикой, менее года
Семья	Полная	Разведен

Течение шизофрении может быть установлено уже в периоде манифеста, однако более точно — после третьего приступа. При тенденции к ремиссиям хорошего качества, приступы обычно полиморфны, включают аффект тревоги, страха. Выделяют *непрерывное* течение, под которым подразумевается отсутствие ремиссии в течение более года, *эпизодическое с нарастающим дефектом*, когда между психотическими эпизодами прогрессивно (непрерывно) нарастает негативная симптоматика, *эпизодическое со стабильным дефектом*, когда между психотическими эпизодами отмечается стойкая негативная симптоматика. Эпизодическое течение соответствует принятой в отечественной психиатрии симптоматике приступообразного течения. *Эпизодическое ремитирующее*, когда отмечаются полные ремиссии между эпизодами. Этот вариант течения соответствует принятой в отечественной психиатрии симптоматике периодического течения. После приступа возможна также *неполная ремиссия*. Ранее в отечественной психиатрии данному понятию соответствовали ремиссии «В» и «С» по М.Я. Серейскому, при которых в клинике ремиссии обнаруживаются расстройства поведения, нарушения аффекта, инкапсулированная клиника психоза или невротическая симптоматика. *Полная ремиссия* соответствует ремиссии «А» по М.Я. Серейскому.

Стойкая негативная симптоматика в период ремиссий (дефект) включает в своей клинике стертые симптомы продуктивной симптоматики (инкапсуляция), расстройства поведения, сниженное настроение на фоне апатико-абулического синдрома, утрату коммуникаций, снижение энергетического потенциала, аутизм и отгороженность, утрату понимания, инстинктивный регресс.

В детском возрасте достаточно точно данный диагноз может быть поставлен лишь после 2 лет, с 2 до 10 лет преобладают ядерные формы, которые проявляются в несколько иной форме. Параноидные формы описаны с возраста 9 лет. Характерными симптомами шизофрении детского возраста являются регресс, в частности регресс речи, поведения (симптом манежной, балетной ходьбы, выбор неигровых предметов, неофобия), эмоционально-волевые расстройства и задержка развития. В качестве эквивалентов бреда выступают сверхценные страхи, бредоподобные фантазии.

Выделяют следующие *основные формы шизофрении*:

- параноидная;
- гебефреническая;

- кататоническая;
- простая;
- постшизофреническая депрессия;
- резидуальная шизофрения;
- недифференцированная шизофрения.

*Параноидная шизофрения.*

Диагностика

В манифестом периоде и дальнейшем течении болезни характерны:

1. Бред преследования, отношения, значения, высокого происхождения, особого предназначения или нелепый бред ревности, бред воздействия.

2. Слуховые истинные и псевдогаллюцинации комментирующего, противоречивого, осуждающего и императивного характера

3. Обонятельные, вкусовые и соматические, в том числе сексуальные, галлюцинации.

Классическая логика развития бреда, описанная V. Magnan, соответствует последовательности: паранойяльный (монотематический бред без галлюцинаций) — параноидный (политематический бред с присоединением слуховых галлюцинаций) — парафренный. Однако эта логика не всегда отмечается, возможно развитие острой парафрении и отсутствие паранойяльного этапа.

*Кататоническая форма.*

Диагностика

Диагноз основан на выявлении:

- 1) ступора;
- 2) хаотического, нецеленаправленного возбуждения;
- 3) каталепсии и негативизма;
- 4) ригидности;
- 5) подчиняемости и стереотипии (персеверации).

*Гебефреническая форма.*

Диагностика.

В структуре гебефренного синдрома выявляются:

1. Двигательно-волевые изменения в виде гримасничанья, дурашливости, регресса инстинктов, немотивированной эйфории, бесцельности и нецеленаправленности.

2. Эмоциональная неадекватность.

3. Формальные паралогические расстройства мышления — резонерство и разорванность.

4. Неразвернутые бред и галлюцинации, которые не выступают на первый план и носят характер включений.

Течение чаще непрерывное или эпизодическое с нарастающим дефектом. В структуре дефекта формирование диссоциальных и шизоидных черт личности.

*Постшизофреническая депрессия.*

Диагностика.

Диагноз основан на выявлении:

- 1) эпизода шизофренического психоза в анамнезе;
- 2) депрессивной симптоматики, сочетающейся с негативными симптомами шизофрении.

*Резидуальная шизофрения.*

Диагностика.

Критерии диагностики следующие:

1. Негативные симптомы шизофрении в эмоционально-волевой сфере (снижение активности, эмоциональная сглаженность, пассивность, бедность речи и невербальной коммуникации, снижение навыков самообслуживания и социальной коммуникации).

2. В прошлом хотя бы один психотический эпизод, соответствующий шизофрении.

3. Прошел год, в течение которого продуктивные симптомы редуцировались.

*Простая форма.*

Диагностика.

Для данного типа характерно:

1. Изменение преморбидной личности.
2. Эмоционально-волевые проявления шизофрении, как при резидуальной шизофрении.
3. Регресс поведения и социальное снижение (бродяжничество, самопоглощенность, бесцельность).

Течение обычно непрерывное, хотя встречаются случаи с некоторой регрессиентностью и хорошей социальной компенсацией. [52; 87; 100]

*3.2.2. Психологические экспертизы при шизофрении.*

*Патопсихологический комплекс при шизофрении:*

— неадекватность ассоциаций, их формальность, выхолащенность, бессодержательность;

— использование при обобщении несущественных, маловероятных, латентных признаков объектов или субъективных критериев;

- не критичность мышления;
- резонерство;
- разноплановость мышления;
- соскальзывание на случайные ассоциации в суждениях;
- использование вычурных или усложненных речевых высказываний;
- искаженное толкование условного смысла;
- колебание внимания, снижение его активности;
- нет зависимости комплекса нарушений от уровня интеллекта.

В целом, патопсихологически, при шизофрении выделяют три группы нарушений:

1. Данные о снижении некоторых функций, отражающих нарастающие дефекты психики.
2. Качественные операциональные и мотивационно-обусловленные нарушения мышления.
3. Нарушения логического компонента мышления.

С точки зрения клинических патопсихологических и феноменологических особенностей шизофрении для практики психологических экспертиз значимыми будут являться следующие признаки:

- длительность и непрерывность в течении заболевания с отсутствием ремиссий или ремиссиями низкого качества, нарастанием психического дефекта — наличия стойких увеличивающихся негативных психопатологических расстройств грубо нарушающих социальную адаптацию;

- наличие продуктивной психопатологической симптоматики: острой, сопровождающейся количественными расстройствами сознания, либо хронической терапевтически резистентной, что предполагает обязательность и длительность активного наблюдения, стационарного лечения, не исключает наличие общественно опасных действий;

- наличие в структуре психопатологических переживаний предполагающих общественно опасные действия: императивный галлюциноз, бред по типу преследования и преследователей, суицидальные переживания бредового уровня, наличие переживаний, обуславливающих агрессивность. [85]

◆ *Судебная экспертиза.*

В пользу невменяемости и недееспособности экспертное заключение будет склоняться в случае действий, совершенных под

влиянием продуктивных переживаний (бреда и галлюцинаций), в состоянии измененного состояния сознания, кататонического и других видов психомоторного возбуждения, при наличии в структуре клинической картины выраженного дефицитарного состояния. Ограниченная вменяемость и дееспособность предполагает наличие психопатологической симптоматики, не влияющей своим содержанием на действия больного и предполагающей возможность критической оценки, но в то же время присутствует выраженная болезненная симптоматика.

♦ *Трудовая экспертиза.*

Основанием для установления инвалидности является наличие у больного выраженных и стойких дефицитарных расстройств, приводящих к значительному личностному снижению; стойкость, терапевтическая резистентность продуктивной психопатологической симптоматики, отсутствие ремиссий или их низкое качество.

♦ *Военная экспертиза.*

Установленный диагноз, независимо от формы и особенностей течения заболевания предполагает негодность к воинской службе.

♦ *Медико-психолого-педагогическая экспертиза.*

Развитие шизофрении в детском и подростковом возрасте, как правило, предполагает неблагоприятные формы протекания заболевания с необходимостью длительного стационарного лечения, выраженной дезадаптации, что создает значительные трудности для обучения в школе. По возможности, разрабатывается индивидуальные программы обучения, предполагающее сочетание надомного (дистанционного) обучения с посещением специализированных школ. При неблагоприятном течении расстройства, выраженных дефицитарных и поведенческих расстройствах, дети и подростки проходят обучение и лечебно-реабилитационный процесс в интернатах закрытого типа.

### *3.2.3. Другие хронические и острые психотические расстройства эндогенного регистра.*

#### *Шизотипическое расстройство.*

##### *Диагностика.*

На протяжении 2 лет постепенно или периодически обнаруживаются 4 признака из перечисленных:

1. Неадекватный аффект, холодность, отчужденность.
2. Чуждаемость, эксцентричность, странность поведения и внешнего вида.
3. Утрата социальных коммуникаций, отгороженность.

4. Магическое мышление, странные убеждения, не совместимые с культуральными нормами.

5. Подозрительность и паранойяльность.

6. Бесплодное навязчивое мудрствование с дисморфофобическими, сексуальными или агрессивными тенденциями.

7. Соматосенсорные или другие иллюзии, деперсонализация и дереализация.

8. Аморфное, обстоятельное, метафорическое или стереотипное мышление, странная вычурная речь, разорванности мышления нет.

9. Эпизоды спонтанных бредаподобных состояний с иллюзиями, слуховыми галлюцинациями.

### *Бредовое расстройство.*

Диагностика.

Диагноз основан на следующих критериях:

1. Бред преследования, отношения величия, ревности, эротический, ипохондрический.

2. Продолжительность более 3 мес.

3. Отдельные включения галлюцинаций или депрессий.

Острые и транзиторные психотические расстройства.

Диагностика.

1. Острое развитие бреда, галлюцинаций, бессвязной и разорванной речи, продолжительность развития полной картины до 2 недель.

2. Быстрые изменения симптоматики бреда.

3. Галлюцинации.

4. Симптомы эмоциональных расстройств (страх, тревога, счастье, экстаз, раздражительность), растерянности и ложного узнавания.

5. Бредовое толкование, изменение двигательной активности.

6. Продолжительность не более 3 мес.

### *Индукцированное бредовое расстройство.*

Диагностика.

Диагноз основан на следующих критериях:

1. Бред у доминантного лица чаще шизофренический, бред реципиента обычно исчезает при разлучении.

2. Один, два и более лиц разделяют бред и бредовую систему, поддерживают друг друга в этом убеждении.



3. У индуктора и реципиента тесные взаимоотношения (семейные, территориальные, религиозные).

4. Есть сведения об индуцировании бреда реципиенту путем контакта с индуктором.

5. Возможны индуцированные галлюцинации.

*Шизоаффективные расстройства.*

Диагностика.

Основана на выявлении симптомов шизофрении и аффективных расстройств, при этом продолжительность аффективных расстройств больше, чем свойственных для шизофрении. При этом возможны следующие варианты:

1. Заболевание начинается с измененного аффекта, который сопровождает продуктивные симптомы шизофрении и завершается вместе с ними.

2. Заболевание начинается с измененного аффекта и симптомов шизофрении, после завершения, которых продолжает фиксироваться измененный аффект.

3. Заболевание начинается с измененного аффекта, который сопровождает продуктивные симптомы шизофрении, после завершения, которых продолжает фиксироваться измененный аффект.

Выделяют *три варианта* шизоаффективного расстройства:

Маниакальный тип.

Для данного типа характерны критерии шизоаффективного расстройства на маниакальном или экспансивно-маниакальном фоне.

Депрессивный тип.

Критерии шизоаффективного расстройства на депрессивном фоне.

Смешанный тип.

Критерии шизоаффективного расстройства и смешанного биполярного аффективного расстройства.[87; 100]

*3.2.4. Вопросы экспертиз при острых и хронических психотических расстройствах.*

При хронических психотических расстройствах подходы решению экспертных вопросах аналогичны таковым при шизофрении.

При острых психотических расстройствах вопросы трудовой экспертизы неактуальны, остальные виды экспертиз соответствуют по алгоритмам суждений шизофрении.

### 3.3. Аффективные расстройства настроения

*Гипомания.*

Диагностика.

Основными критериями являются:

1. Повышенное или раздражительное настроение, которое является аномальным для данного индивидуума и сохраняется по меньшей мере 4 дня.

2. Должны быть представлены не менее 3 симптомов из числа следующих:

- повышенная активность или физическое беспокойство;
- повышенная говорливость;
- затруднения в сосредоточении внимания или отвлекаемость;
- сниженная потребность в сне;
- повышение сексуальной энергии;
- эпизоды безрассудного или безответственного поведения;
- повышенная общительность или фамильярность.

*Мания без психотических симптомов.*

Диагностика.

Главными симптомами мании являются следующие:

1. Повышенное, экспансивное, раздражительное (гневливое) или подозрительное настроение, которое является необычным для данного индивидуума. Изменение настроения должно быть отчетливым и сохраняться на протяжении недели.

2. Должны присутствовать минимум три из числа следующих симптомов (а если настроение только раздражительное, то четыре):

- 1) повышение активности или физическое беспокойство;
- 2) повышенная говорливость ("речевой напор");
- 3) ускорение течения мыслей или субъективное ощущение «скачки идей»;
- 4) снижение нормального социального контроля, приводящее к неадекватному поведению;
- 5) сниженная потребность во сне;
- 6) повышенная самооценка или идеи величия (грандиозности);
- 7) отвлекаемость или постоянные изменения в деятельности или планах;

8) опрометчивое или безрассудное поведение, последствия которого больным не осознаются, например, кутежи, глупая предприимчивость, безрассудное управление автомобилем;

9) заметное повышение сексуальной энергии или сексуальная неразборчивость.

3. Отсутствие галлюцинаций или бреда, хотя могут быть расстройства восприятия (например, субъективная гиперაკузия, восприятие красок как особенно ярких).

#### *Мания с психотическими симптомами.*

##### *Диагностика.*

1. Эпизод отвечает критериям мании, но протекает с психотическими симптомами, соответствующими и производными от повышенного настроения.

2. Эпизод не отвечает критериям шизофрении или шизоаффективного расстройства.

3. Бред (величия, значения, эротический или персекуторного содержания) или галлюцинации.

#### *Биполярное аффективное расстройство.*

##### *Диагностика.*

Основана на выявлении повторных эпизодов изменений настроения и уровня моторной активности в нижеследующих клинических вариантах. При диагностике отмечают непосредственно наблюдаемый эпизод аффективного расстройства, например гипоманиакальный, маниакальный без психотических расстройств или с психотическими расстройствами, умеренную или легкую депрессию, тяжелую депрессию с психозом или без него. Если расстройств не отмечается, указывается диагноз ремиссии, которая часто связана с профилактической терапией.

#### *Депрессивный эпизод.*

##### *Клиника.*

Клиника складывается из эмоциональных, когнитивных и соматических нарушений, в числе дополнительных симптомов также присутствуют вторичные идеи самообвинения, депрессивная деперсонализация и дереализация. Депрессия проявляется в снижении настроения, утрате интересов и удовольствия, снижении энергичности, а в результате, в повышенной утомляемости и снижении активности.

Депрессивный эпизод продолжается не менее 2 недель.

Пациенты отмечают снижение способности к сосредоточению и вниманию, что субъективно воспринимается как затруднение запоминания и снижение успешности в обучении. Это особенно заметно в подростковом и юношеском возрасте, а также у лиц, занимающихся интеллектуальным трудом. Физическая активность также снижена до заторможенности (вплоть до ступора), что может восприниматься как лень. У детей и подростков депрессии могут сопровождаться агрессивностью и конфликтностью, которые маскируют своеобразную ненависть к самому себе. Условно можно разделить все депрессивные состояния на синдромы с компонентом тревоги и без компонента тревоги.

Ритмика изменений настроения характеризуется типичным улучшением самочувствия к вечеру. Снижаются самооценка и уверенность в себе, что выглядит как специфическая неофобия. Эти же ощущения дистанцируют пациента от окружающих и усиливают чувство его неполноценности. При длительном течении депрессии в возрасте после 50 лет это приводит к депривации и клинической картине, напоминающей деменцию. Возникают идеи виновности и самоуничтожения, будущее видится в мрачных и пессимистических тонах. Все это приводит к возникновению идей и действий, связанных с аутоагрессией (самоповреждением, суицидом). Нарушается ритм сна/бодрствования, наблюдается бессонница или отсутствие чувства сна, преобладают мрачные сновидения. По утрам пациент с трудом встает с постели. Снижается аппетит, иногда пациент предпочитает углеводную пищу белковой, аппетит может восстанавливаться в вечернее время. Меняется восприятие времени, которое кажется бесконечно долгим и тягостным. Пациент перестает обращать на себя внимание, у него могут быть многочисленные ипохондрические и сенестопатические переживания, появляется депрессивная деперсонализация с негативным представлением о собственном Я и теле. Депрессивная дереализация выражается в восприятии мира в холодных и серых тонах. Речь обыкновенно замедлена с разговором о собственных проблемах и прошлом. Концентрация внимания затруднена, а формулировка идей замедлена.

При осмотре пациенты часто смотрят в окно или на источник света, жестикуляция с ориентацией по направлению к собственному телу, прижатие рук к груди, при тревожной депрессии к горлу, поза подчинения, в мимике складка Верагута, опущенные углы рта.

При тревоге ускоренные жестовые манипуляции предметами. Голос низкий, тихий, с большими паузами между словами и низкой директивностью.

Эндогенный аффективный компонент.

Выражается в присутствии ритмичности: симптоматика усиливается утром и компенсируется вечером, при наличии критики и субъективного ощущения тяжести своего состояния, связи тяжести с сезоном, позитивной реакции на трициклические антидепрессанты.

Соматический синдром представляет собой комплекс симптомов, косвенно указывающий на депрессивный эпизод. Для его обозначения используют пятый знак, однако присутствие этого синдрома не уточняется для тяжелого депрессивного эпизода, поскольку при этом варианте он всегда обнаруживается.

Для определения соматического синдрома должны быть представлены четыре из следующих симптомов:

1. Снижение интересов и/или снижение удовольствия от деятельности, обычно приятной для больного, например, ранее приятный творческий труд теперь кажется бессмысленным.

2. Отсутствие реакции на события и/или деятельность, которые в норме ее вызывают, например, ранее огорчения женщине доставляло то, что ее супруг позже возвращается с работы, теперь ей это безразлично.

3. Пробуждение утром за два или больше часа до обычного времени; после такого пробуждения обычно пациент продолжает пребывать в постели.

4. Депрессия тяжелее по утрам, к вечеру состояние улучшается.

5. Объективные свидетельства заметной психомоторной заторможенности или агитации (отмеченные или описанные другими лицами) — пациенты предпочитают одиночество или мечтают в беспокойстве, часто стонут.

6. Заметное снижение аппетита, иногда бывает избирательность в предпочтении пищевых продуктов с акцентом на сладкое и углеводную пищу,

7. Снижение веса (пять или более процентов от веса тела в прошлом месяце).

8. Заметное снижение либидо.

Тем не менее, в традиционной диагностике к соматическому

синдрому могут относиться многие симптомы, такие как расширение зрачков, тахикардия, запоры, снижение тургора кожи и повышенная ломкость ногтей и волос, ускоренные инволютивные изменения (пациент кажется старше своих лет), а также соматоформные симптомы, такие как: психогенная одышка, синдром беспокойных ног, дерматологическая ипохондрия, кардиальный и псевдоревматический симптомы, психогенная дизурия, соматоформные расстройства желудочно-кишечного тракта. Кроме того, при депрессиях иногда вес не снижается, а повышается в связи с тягой к углеводам, либидо может также не снижаться, а повышаться, поскольку сексуальное удовлетворение снижает уровень тревоги. Среди других соматических симптомов характерны неопределенные головные боли, аменоррея и дисменоррея, боли в груди и, особенно, специфическое ощущение «камня, тяжести на груди».

Диагностика.

Наиболее важными признаками являются:

- снижение способности к концентрации и вниманию;
- снижение самооценки и уверенности в себе;
- идеи виновности и самоуничижения;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия, приводящие к самоповреждению или суициду;
- нарушенный сон;
- сниженный аппетит.

По *степени тяжести* депрессивные эпизоды подразделяются на:

- легкий депрессивный эпизод;
- умеренный депрессивный эпизод;
- тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов;
- тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами.

Тяжесть депрессии определяется количеством и степень выраженности клинических симптомов, а также при помощи опросников и диагностических шкал (шкалы Гамильтона, Монтгомери-Асберга).

*Рекуррентное депрессивное расстройство.*

Клиника.

Повторные депрессивные эпизоды (легкий, умеренный или тя-

желый). Период между приступами минимум 2 месяца, в течение которых не наблюдается каких-либо значимых аффективных симптомов. Продолжительность эпизодов 3-12 месяцев. Встречается чаще у женщин. Обычно к позднему возрасту отмечается удлинение приступов. Довольно отчетлив индивидуальный или сезонный ритм. Структура и типология приступов соответствуют эндогенным депрессиям. Дополнительные стрессы могут менять степень тяжести депрессии. Данный диагноз ставится и в этом случае; применяется терапия, которая снижает риск повторных эпизодов.

*Диагностика.*

Повторные депрессивные эпизоды с периодами между приступами минимум 2 месяца, в течение которых не наблюдается каких-либо аффективных симптомов. При диагностике обычно отмечают, какой именно тип эпизода диагностирован в настоящее время — легкий, умеренный или тяжелый, с психотическими симптомами или без них, или отмечается ремиссия.

*Циклотимия.*

*Диагностика.*

1. Более двух лет нестабильного настроения, включающего чередующиеся периоды как субдепрессии, так и гипомании с или без промежуточных периодов нормального настроения.

2. Два года отсутствуют умеренные и тяжелые проявления аффективных эпизодов. Наблюдаемые аффективные эпизоды по своему уровню ниже, чем легкие.

3. В депрессии должны быть представлены не менее трех из следующих симптомов:

- снижение энергии или активности;
- бессонница;
- снижение уверенности в себе или чувство неполноценности;
- трудности в концентрации внимания;
- социальная отгороженность;
- снижение интереса или удовольствия от секса или приятных видов деятельности;
- снижение разговорчивости;
- пессимистическое отношение к будущему и негативная оценка прошлого.

4. Повышение настроения сопровождается не менее чем тремя из следующих симптомов:

- повышение энергии или активности;
- снижение необходимости во сне;
- повышенная самооценка;
- обостренное или необычное творческое мышление;
- повышенная общительность;
- повышенная разговорчивость или демонстрация ума;
- повышение интереса к сексу и увеличение сексуальных связей, других видов деятельности, доставляющих удовольствие;
- сверхоптимизм и переоценка прошлых достижений.

Возможны отдельные антидисциплинарные действия, обычно в состоянии алкогольного опьянения, которые оцениваются как «избыточное веселье».

### *Дистимия.*

#### Клиника.

Они плаксивы, задумчивы и не слишком общительны, пессимистичны. Под влиянием незначительных стрессов в постпубертате, в течение не менее двух лет, у них возникают периоды постоянного или периодического депрессивного настроения. Промежуточные периоды нормального настроения редко длятся дольше нескольких недель, все настроение личности окрашено субдепрессией. Однако уровень депрессии ниже, чем при легком рекуррентном расстройстве. Удастся выявить следующие симптомы субдепрессии:

- снижение энергии или активности;
- нарушение ритма сна и бессонницу;
- снижение уверенности в себе или чувство неполноценности;
- трудности в концентрации внимания, и отсюда субъективно воспринимаемое снижение памяти;
- частую слезливость и гиперсензитивность;
- снижение интереса или удовольствия от секса, других ранее приятных и инстинктивных форм деятельности;
- чувство безнадежности или отчаяния в связи с осознанием беспомощности;
- неспособность справляться с рутинными обязанностями повседневной жизни;
- пессимистическое отношение к будущему и негативную оценку прошлого;
- социальную отгороженность;
- снижение разговорчивости и вторичную депривацию.



Диагностика.

1. Не менее двух лет постоянного или повторяющегося депрессивного настроения. Периоды нормального настроения редко длятся дольше нескольких недель.

2. Критерии не соответствуют легкому депрессивному эпизоду, поскольку отсутствуют суицидальные мысли.

3. В течение периодов депрессии должны быть представлены не менее трех из следующих симптомов: снижение энергии или активности; бессонница; снижение уверенности в себе или чувство неполноценности; трудности в концентрации внимания; частая слезливость; снижение интереса или удовольствия от секса, других приятных видов деятельности; чувство безнадежности или отчаяния; неспособность справляться с рутинными обязанностями повседневной жизни; пессимистическое отношение к будущему и негативная оценка прошлого; социальная отгороженность; снижение потребности в общении. [38; 52; 57; 87; 100]

### *3.3.1. Вопросы экспертиз при аффективной патологии.*

#### *♦ Судебная экспертиза.*

Высокую вероятность экспертной оценки действий совершенных при аффективной патологии в сторону невменяемости и недееспособности дают следующие расстройства: маниакальное расстройство, в том числе с психотическими симптомами, тяжелый депрессивный эпизод, любая депрессия с психотическими симптомами, определяющими поведение пациента. Следуют подчеркнуть большую степень анозогнозии и низкую критику болезненного состояния при маниакальных расстройствах, сопоставление с депрессивными.

#### *♦ Трудовая экспертиза.*

Основанием для решения вопросов трудовой экспертизы является наличие длительного хронического, протекающего без ремиссии, расстройства, с выраженной степенью тяжести, наличием эпизодов острых или хронических психотических расстройств. Особое значение приобретают хронические терапевтически резистентные депрессивные расстройства, составляющие примерно четверть от всех пациентов с депрессиями, наблюдающихся психиатрами.

#### *♦ Военная экспертиза.*

Учитывая, что аффективная патология является эндогенным расстройством, с существующей вероятностью рецидивов, значи-

тельным искажением деятельности в период обострения, — данный диагноз является основанием для признания негодности к воинской службе.

♦ Медико-психолого-педагогическая комиссия.

Патоморфоз депрессивной патологии привел к увеличению количества депрессий в подростковом возрасте и появлению аффективной патологии (чаще — депрессивных эпизодов у детей), что делает данную патологию значимой для активных реабилитационных мероприятий. Дети и подростки с указанной патологией должны находиться на индивидуальной форме обучения до наступления стойкой ремиссии.

### **3.4. Невротические, соматоформные и связанные со стрессом расстройства**

Данная рубрика включает психическое расстройство функционального характера (обратимые), обусловленные преимущественно психологическими причинами и внешними факторами. Существует множество различных подходов к этиологии неврозов, обусловленных научной школой и психологическими теориями. Общими для всех них являются наличие непереносимого дестабилизированного интрапсихического конфликта на фоне значительного истощения организма и стрессовой перегрузки. Общими для клинических характеристик невроза является широкий спектр эмоциональных и соматовегетативных нарушений на фоне легких когнитивных расстройств, наличие полной критики. Диагностика неврозов базируется, в первую очередь, на исключении органических, интоксикационных, эндогенных факторов, психологической обусловленностью и понятностью клинической симптоматики. Для установления диагноза невротического расстройства необходима длительность болезни не менее 6 месяцев. Данная группа расстройств является наиболее распространенной в популяции и составляет от 30% до 70% по различным источникам. Приводим краткие характеристики основных невротических рубрик.

#### *Агорафобия.*

Расстройство характеризуется страхом пустых, больших, открытых пространств, страх большого скопления людей, опасение

перемещаться в пространстве в удалении от мест цивилизации, где может быть оказана медицинская помощь. Страх усиливается в состоянии одиночества, всегда сопровождается выраженными соматовегетативными расстройствами. Синдром нередко входит в структуру других невротических и аффективных расстройств.

#### *Социальные фобии.*

Ключевым моментом для данного расстройства является страх оказаться в центре внимания, в публичном месте, среди незнакомых людей, опасение подвергнуться критике, неодобрению, насмешке. Расстройство включает в себя страх публичных выступлений, страх посещения публичных мест, невозможность отправления физиологических функций в публичных местах. На высоте страх развивается депрессивная тревога, формируется избегание специфических ситуаций, что приводит к частичной или полной социальной изоляции.

#### *Специфические (изолированные) фобии.*

Расстройство характеризуется страхом единичного конкретного объекта или действия. Для фобии характерно развитие интенсивных аффективных и соматовегетативных нарушений при столкновении с объектом страха, наличие поведения избегания.

#### *Паническое расстройство.*

Характеризуется возникновением приступов интенсивной тревоги, развивающихся без видимых причин (при самостоятельном расстройстве), либо при специфических ситуациях (при тревожно-фобических расстройствах), сопровождающееся выраженным страхом сойти с ума, чувство надвигающейся смерти, выраженным психомоторным возбуждением, «буйством» вегетатики, в котором преобладают симптомы перевозбуждения симпатoadреналовой системы.

#### *Генерализованное тревожное расстройство.*

Характеризуется систематическими расстройствами, отражающими перевозбуждение симпатoadреналовой системы: нервозность, беспокойство, внутренняя дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, повышение артериального давления, головокружение, сухость во рту, ощущение комка в горле, сжатие в груди, ощущение нехватки воздуха, удушье, спазмы в кишечнике,

ощущение шаткости походки, страхи возникновения различных неприятных ситуаций.

*Обсессивно-компульсивное расстройство.*

Характеризуется присутствием навязчивых мыслей (обсессий) и действий (компульсий), обусловленных тревогой, для преодоления которой больные разрабатывают различные алгоритмизированные и стереотипные последовательности мыслей, образов, представлений и действий (ритуалы).

*Острая реакция на стресс.*

Развивается в ответ на сильное интенсивное субъективно значимое травматическое переживание. Протекает с выраженными аффективными расстройствами, нарушениями восприятия, изменением сознания и поведения. Длится не более 2-х суток, разрешается самостоятельно. Протекает в двух вариантах: заторможенность с оглушенностью, вплоть до диссоциативного ступора или реакция бегства с ажитацией, дезориентировкой.

*Посттравматическое стрессовое расстройство.*

Развивается у лиц, перенесших значительный эмоциональный или физический стресс (участие в боевых действиях, природные, техногенные катастрофы, жертвы насилия). Развивается не менее через год после событий, характеризуется длительностью существования с повторным переживанием травматических ситуаций, широким спектром аффективных нарушений, патохарактерологическим сдвигом, частым развитием коморбидной патологии (злоупотребление алкоголем, токсическими веществами, депрессивные расстройства). Для расстройства характерны кратковременные состояния измененного сознания (флэшбеки), при которых возникает дезориентировка в месте и времени с параллельным переживанием травматических событий с вытекающими из них поведенческими нарушениями. Два последних расстройства единственные из всей рубрики представляют интерес для практики судебной экспертизы.

*Расстройства адаптации.*

Кратковременные (до 1–2 месяцев) расстройства вследствие перегрузок, негативных жизненных событий и стрессов с легкими аффективными расстройствами, затруднениями социального функционирования.

### *Диссоциативные (конверсивные) расстройства.*

— диссоциативная амнезия — частичная потеря памяти на события травматического характера;

— диссоциативная fuga — диссоциативная амнезия в сочетании с внешне целенаправленным поведением в течение нескольких часов-суток;

— диссоциативный ступор;

— трансы и состояния овладения — ощущение потери личной идентичности и осознание окружающего мира с ощущением управления внешней силой;

— диссоциативные расстройства моторики, диссоциативная анестезия — расстройства, напоминающие неврологические поражения центральной и периферической нервной системы, обусловленные психологическими факторами, полностью обратимые;

— диссоциативные судороги — расстройства, имитирующие различные варианты судорожных синдромов, вплоть до генерализованного эпилептического приступа.

### *Соматоформные вегетативные дисфункции.*

Расстройства, воплощающие суть психосоматической патологии. Органные неврозы, при которых отмечаются большое количество психогенных вегетативных и соматических симптомов, ориентированных на ту или иную систему организма, в зависимости от чего они подразделяются.

### *Хроническое соматоформное болевое расстройство.*

Длительно существующая тяжелая, некупируемая боль, которая не может быть объяснена физическими причинами и физиологическими процессами.

### *Соматизированное расстройство.*

Соматизированная истерия или синдром Брике — сочетание соматоформной вегетативной дисфункции нескольких органов и систем на фоне аффективной патологии (тревога, субдепрессия).

### *Неврастения.*

Невротическое состояние с развитым и выраженным астеническим синдромом.

### *Синдром дереализации-деперсонализации.*

Характеризуется стойким изменением самовосприятия и восприятия окружающего мира, обусловленного психологическими процессами. [2; 3; 38; 57; 83; 87; 96; 100;113; 124]

#### *3.4.1. Вопросы экспертизы.*

##### *◆ Судебная экспертиза.*

Актуальна для ситуаций при острой реакции на стресс (преимущественно в состоянии ажитации) и для пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (состояние аффекта, либо флэшбек), когда может идти речь об установлении невменяемости.

##### *◆ Трудовая экспертиза.*

Неактуальна. Вопрос может ставится при длительном прогрессирующем течении невротической патологии с формированием патохарактерологического развития личности, возникновении коморбидных расстройств.

##### *◆ Военная экспертиза.*

В зависимости от времени возникновения, длительности, степени тяжести, курабельности невротического расстройства возможно вынесение всех пяти вариантов заключений. Как правило, наличие длительного по времени, склонного к рецидивированию невротического расстройства, развившегося в пубертате, является основанием для признания призывника негодным к военной службе. Развитие невроза у кадрового военнослужащего не является препятствием для продолжения службы по завершению лечебно-реабилитационных мероприятий. Комиссации подлежат случаи тяжелых прогрессивных малокурабельных невротических расстройств.

##### *◆ Медико-психолого-педагогическая экспертиза.*

В большинстве случаев, наличие невротических состояний не является значительным препятствием для процесса обучения. В случае затяжных и тяжелых невротических расстройств разрабатываются индивидуальные реабилитационные программы, предполагающие индивидуальные формы обучения.

### **3.5. Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых. Расстройства привычек и влечений**

Карл Ясперс определял личность следующим образом: «Личностью мы называем обладающим индивидуальным набором отличительных признаков характерную совокупность доступных пониманию взаимосвязей в пределах отдельно взятой психической жизни». Характер — это совокупность привычных форм умственного, эмоционального и поведенческого реагирования на внешние и внутренние стимулы. Критерий зрелой личности наиболее полно, ярко представлены в феноменологическом и экзистенциальном направлении психологии.

Расстройство зрелой личности (по старой классификации — психопатия) представляет собой стойкое отклонение в развитии характера человека с формированием ригидных и дезадаптивных моделей поведения. Четкие клинические критерии психопатии представлены П.Б. Ганнушкиным. Это — постоянство врожденных аномальных черт характера и тотальность расстройства.

Этиологии расстройств личности выделяют конституционально-генетические, органические и психодинамические факторы.

Клиника.

Общие диагностические указания для аномалий личности определяются как состояния, которые нельзя объяснить прямо обширным повреждением или заболеванием мозга или другим психическим расстройством. Они должны соответствовать следующим критериям:

а) дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например, аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям;

б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;

в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;

г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости, часто в позднем возрасте отмечается заострение личностных свойств;

д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения;

е) обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

### *Параноидное расстройство личности.*

#### Этиология.

Особенности воспитания и раннего развития, формирующие базовое недоверие к окружающим. Недоверие развивается в раннем детском возрасте как результат дистанцирования ребенка от матери, в итоге у него формируется диффузный страх, который в дальнейшем превращается в настороженное и недоверчивое отношение к окружающим. Характерен выраженный защитный механизм проекции.

#### Клиника.

Начиная с подросткового возраста свойственна упорная тенденция интерпретировать действия других людей как подозрительные, унижающие достоинство пациента и вызывающие его страх, недоверие и потребность от них защищаться строго определенным способом. Пациенты считают, что окружающие их эксплуатируют, желая отнять у них приобретенные блага, социальный престиж или экономический успех, вредят им, часто ведут себя таким образом, чтобы скомпрометировать или унижить пациента. Часто они патологически ревнивы, требуя без причины доказательств верности своего супруга или сексуального партнера. При этом они считают вовсе необязательным соблюдение личной верности. Экстернализируя свои собственные эмоции, они используют защиту в виде проекции, приписывая окружающим собственные неосознаваемые черты, намерения, побуждения, мотивы. В силу аффективной уплощенности они кажутся неэмоциональными, лишенными тепла, на них производит впечатление только сила и власть, которой они поклоняются и подчиняются. В социальном плане параноидные личности внешне выглядят деловыми и конструктивными, однако их склонность к интриге для выявления верности или неверности подчиненных часто вызывают страх и создают конфликты. Базисное стремление к переживанию своей повышенной значимости, полезности они постоянно защищают, и всякий раз относят все происходящее на свой



счет, чрезмерно чувствительны к неудачам и отказам. Пациенты с параноидными расстройствами личности предрасположены к хроническим бредовым расстройствам, индуцированным бредовым расстройствам и параноидной шизофренией.

### *Шизоидное расстройство личности.*

#### Этиология.

Генетическая предрасположенность и воспитание по типу «золушки», либо гиперопека при гиперпротективной матери и пассивном отце. Наиболее типичные случаи обусловлены воспитанием холодной и дистанцирующей матерью, которая в ущерб ребенку решает собственные проблемы. Ребенок в дальнейшем принимает данную модель воспитания и воспроизводит ее по отношению к своим детям.

#### Клиника.

Основной симптом — отсутствие контакта с окружающими, аутизм. Характерна психэстетическая пропорция по Е. Kretschmer — от гиперэстетичности, мимозоподобной чувствительности к анестезии. Данные типы личностей склонны к интересу к таким абстрактным областям знаний, как астрономия, математика, философия, в которых могут достигать успехов. Декомпенсируются в ситуациях, где от них требуется большой объем общения и быстрое принятие решений. Характерны эмоциональная холодность, неспособность проявлять теплые чувства, нежность или гнев к другим людям. Равнодушны к превалирующим социальным нормам и условиям. Отмечается отсутствие близких друзей или доверительных связей и отсутствие желания иметь таковые. Предпочитают одиночество и отгороженный образ жизни, хотя в обыденной жизни обыкновенно не способны к разрешению элементарных ситуаций. Характерно построение фантазий, которые обычно не претворяются в реальность, но создают своеобразный параллельный действительности мир. Возможна как повышенная сензитивность на обиду, так и отсутствие реакции на значительные конфликтные ситуации. Однако холодность может быть своеобразной защитой в связи с гиперсензитивностью. Обычно не обращают внимание на свой внешний вид и с пренебрежением относятся к презентациям себя окружающими. Пациенты с шизоидным расстройством личности предрасположены к простой форме шизофренией, шизотипическим расстройствам, в детском возрасте у них чаще возникает детский аутизм, а в пубертате синдром Аспергера.

### *Дисоциальное расстройство личности.*

#### Этиология.

Воспитание по типу гипоопеки и безнадзорности, недостаток любви и внимания. Данное расстройство типично для семей, в которых преобладают криминальные личности, а также лица, употребляющие психоактивные средства. Они могут быть также среди семей, которые находятся в ситуации социально-экономического стресса, например, в результате экстремальной миграции из-за войн и конфликтов.

#### Клиника.

Типичными проявлениями, начинающимися в детском возрасте, являются ложь, прогулы, убежание из дома, кражи, драки, употребление наркотиков и противоправные действия. В дальнейшем отмечаются грубое несоответствие между поведением и господствующими социальными и моральными нормами, равнодушие к чувствам других, неспособность поддерживать отношения, низкая толерантность к фрустрациям и низкий порог разряда агрессии, включая насилие. Дисоциальные личности не способны испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, в том числе наказания. Иногда создается впечатление, что у них очень высок болевой порог. Характерными чертами являются неразборчивость в связях, оскорбление супругов, жестокое обращение с детьми и пьяные дебоши. Асоциальность, которая формируется уже во взрослом возрасте, динамически развивается из отдельных антиобщественных поступков в подростковом и детском возрасте. Свойственно раннее стремление к криминальным группам, пренебрежение к желаниям и потребностям окружающих в пользу собственных эгоистических интересов. Сексуальность развивается рано и характеризуется недифференцированностью. Возможно сочетание холодной жестокости и отсутствия моральных принципов.

### *Эмоционально неустойчивое расстройство личности.*

Выделяется: импульсивный тип и пограничный тип эмоционально неустойчивого расстройства личности.

#### Этиология.

Генетическая почва и воспитание с недостатком внимания. Преобладают в семьях органиков, которые сами проявляют эмоциональную неустойчивость, дисфории и низкий порог агрессивного поведения. Характерно также для детей, которые воспитываются

жестоким и декларативным отцом. У эмоционально неустойчивых личностей в детстве и подростковом возрасте также обнаруживается высокий фон органики и минимальной мозговой дисфункции.

*Клиника.*

Конфликтность и эмоциональная неустойчивость заметны с детства. Действия в период разрядки аффекта обычно не согласуются с обстановкой. Чрезвычайно нестойкий аффект (депрессии, раздражительность, тревога), настроение и поведение, приводящие к повторным саморазрушительным действиям, которые неадекватно связаны с внешним раздражением. На высоте эмоциональной разрядки возможно аффективное сужение сознания. Данные личности не переносят одиночества, вступают в случайные, часто сомнительные связи. В контактах то идеализируют, то обесценивают людей, в результате этого стойкие социальные связи не устанавливаются. Алкогольное опьянение протекает атипично, с агрессивностью и конфликтностью, высокая вероятность палимпсестов. Отмечается также подверженность зависимости от других психоактивных веществ.

При импульсивном типе преобладают эмоциональная неустойчивость и склонность действовать импульсивно, без учета последствий. Обычными являются вспышки жестокости и угрожающего поведения, особенно в ответ на осуждение окружающими.

При пограничном типе кроме эмоциональной неустойчивости отмечаются нарушение образа Я, намерений и внутренних предпочтений, а также чаще присутствуют суицидальные угрозы и акты самоповреждения. Высокий уровень самооценки не соответствует реальности и восприятию личности окружающими. В результате личность воспринимается как заносчивая и нетерпимая. Пациенты с эмоционально неустойчивым расстройством личности предрасположены к депрессивным эпизодам.

*Истерическое расстройство личности.*

*Этиология.*

Расстройство, связанное с воспитанием по типу «кумира семьи» или в результате культивирования демонстративных черт в семьях, в которых родители пытаются в детях реализовать собственные претензии на лидерство. Чаще встречается у женщин.

*Клиника.*

С детства отмечается стремление быть в центре внимания детей и взрослых, жажда похвалы и оценки. Отказ взрослых на

выполнение желаний у ребенка встречает реакцию протеста с демонстрацией падения, закатыванием глаз, прерывистым дыханием. Характер отличается демонстративностью, театральностью, экстравертированным поведением у возбудимых, эмоциональных личностей. Пациенты не способны поддерживать глубокую длительную привязанность. Характерна частая демонстрация приступов раздражительности, слез и обвинений, если личность не является центром внимания или не получает похвалы или одобрения. Повышена внушаемость и ориентация на авторитеты, легко формируется влияние окружающих или обстоятельств. Типичны чрезмерная озабоченность физической привлекательностью и постоянное манипулятивное поведение для удовлетворения своих потребностей. Мимика характеризуется чрезмерной живостью, возможны парамимии, жест экспансивный. В одежде и косметике преобладают яркие тона и экстравагантность. Стремление к занятиям, которые удовлетворяют потребность в демонстрации. Высокая подверженность к диссоциативным расстройствам, в том числе моторным и расстройствам сознания, а также употреблению алкоголя и других психоактивных средств. Многие психические явления у истерических личностей напоминают пароксизмальные, поэтому они близки к эпилептическому кругу.

*Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности.*

Этиология.

Генетическое наследование, жесткое воспитание, застревание на анальной стадии по Фрейду. Чаше встречается у мужчин.

Клиника.

Характерные черты личности — ригидность, упрямство, любовь к порядку, правилам, законам, опрятности, подробностям; стремление к совершенству (перфекционизм), препятствующее завершению задач. Ананкасты формальны, серьезны и лишены чувства юмора, гибкости и терпимости. Способны к длительной рутинной работе, если она не требует новшеств. В общении не способны к компромиссам и настаивают, чтобы окружающие также подчинялись их правилам. Из-за страха сделать ошибку они нерешительны и много раздумывают перед тем, как принять решение. Все, что угрожает изменением привычных стереотипов, вызывает тревогу, которая скрывается ритуалами. Часто появляются настойчивые и нежела-

тельные мысли и влечения. Подвержены обсессивно-компульсивным неврозам и тревожно-фобическим расстройствам.

*Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности.*

Этиология.

Подавляющий стиль воспитания, а также генетическая отягощенность тревожно-фобическими расстройствами. Депривация в раннем детском возрасте с сепарацией от матери, которая приводит к высокому уровню тревоги.

Клиника.

Основная черта — стеснительность. Жалобы на чувство напряженности и тяжелые предчувствия, крайняя чувствительность к отвержению, приводящая к социальной замкнутости. В период стресса характерно бегство. Боязнь выступать публично. Любой отказ воспринимают как оскорбление, в работе проявляют себя стеснительными и стараются угодить всем окружающим. Не желают вступать в отношения без гарантий понравиться. Их жизненный уклад ограничен из-за потребности в физической безопасности, они уклоняются от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критцизма, неодобрения или отвержения. В момент отвержения тревога генерализуется и может выступать как паническое расстройство.

*Зависимое расстройство личности.*

Этиология.

Критикующий, подавляющий стиль воспитания, застревание на оральной стадии психосексуального развития по Фрейду. Психологически соответствует зависимости от авторитета, декларируемых социальных ценностей, зависимости от психоактивного вещества.

Клиника.

Подчиняют свои собственные потребности потребностям других, вынуждают других брать на себя ответственность за наиболее важные события в их жизни, стремясь быть на вторых ролях, испытывают недостаток уверенности, ощущают дискомфорт в одиночестве. Становятся тревожными, если их просят взять на себя руководящую роль. Характерны пессимизм, сомнение, пассивность, страх обнаружить свои сексуальные и агрессивные чувства. Испытывают чувство неудобства и беспомощности в одиночестве из-за чрезмер-

ного страха неспособности к самостоятельной жизни, поэтому боятся быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе. Не могут принимать многие повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны других лиц.

*Хроническое изменение личности после переживания катастрофы.*

Этиология.

Пребывание в концентрационных лагерях, пытки, насилие, стихийные бедствия, длительные угрожающие жизни обстоятельства.

Клиника.

Нарушение адаптации в межперсональном, социальном и профессиональном функционировании. Наличие таких, не наблюдавшихся ранее признаков, как враждебное или недоверчивое отношение к миру, социальная отгороженность, ощущение опустошенности и безнадежности, хроническое чувство постоянной угрозы, отчужденность. Данное состояние должно отмечаться на протяжении минимум 2 лет.

*Хроническое изменение личности после психической болезни.*

Этиология.

Перенесенная тяжелая психическая болезнь. Не всегда ясно, является ли изменение личности результатом самой болезни или это реакция здоровой личности на перенесенную патологию.

Клиника.

Хроническое изменение личности с дезадаптирующим типом переживаний и функционирования, ведущее к длительному нарушению в межличностной, социальной и профессиональной сфере и субъективному дистрессу. Изменения личности развиваются вслед за клиническим выздоровлением от психической болезни, которая может переживаться как эмоционально-стрессовая и разрушающая индивидуальный образ «Я». Отмечаются чрезмерная зависимость и требовательное отношение к другим, убежденность, что болезнь оставила свой неизгладимый отпечаток, мешающий общаться и устанавливать глубокие отношения. Жалобы на плохое настроение, пассивность, снижение интересов.

*Расстройства привычек и влечений.*

*Патологическая склонность к азартным играм (людомания).*

Этиология.

Неизвестна. Учащается во время стрессов и носит компульсивный характер.

Клиника.

Частые повторные эпизоды участия в азартных играх, ведущие к снижению профессиональных, материальных и семейных ценностей. Пациенты рискуют своей работой, делают большие долги, нарушают закон для того, чтобы добыть деньги или уклониться от выплаты долгов. Патологическая склонность к компьютерным играм с символическим выигрышем. Людомания часто, хотя и не всегда, способствует формированию зависимого расстройства личности, которое характеризуется переадресацией на объект игры или человека большей части проблем, подчинением своих потребностей игре или доминантной личности, формированием психической зависимости. В одиночестве или вне игры у зависимых личностей возникает чувство беспомощности и страх перед самостоятельным решением, а также страх быть брошенным, никакие свободные решения не могут быть приняты. При людомании, патологической склонности к азартным играм, описаны яркие насильственные представления об игре, которые овладевают личностью особенно в момент стрессов. В результате длительной (более 7 часов в день) работы за компьютером возникает особая профессиональная модификация поведения и своеобразная окраска неврозов и психозов. Профессиональная модификация поведения, в частности, выражается в упрощении речевых оборотов, взгляде поверх головы собеседника, автоматических жестах, напоминающих печатание на приборной доске перед засыпанием и пробуждением, гипнагогических компьютерных образов при засыпании, изменении структуры общения и сновидений. При внезапных проблемах (стирание информации, выход из строя компьютера) обнаруживаются так называемые эффекты «отсутствия», которые выражаются в психогенном застывании перед экраном, растерянности и астении, а иногда тревоге и беспокойной суетливости.

### *Патологические поджоги (пиромания).*

Этиология.

Неизвестна. Рассматривается как вариант скрытой агрессии. Повышенное влечение к огню характерно для детского и особенно подросткового возраста.

Клиника.

Множественные акты или попытки поджогов без очевидных мотивов, а также размышлений о предметах, относящихся к огню и горению. Может обнаруживаться аномальный интерес к противопожарным машинам и оборудованию, к другим предметам, имеющим отношение к огню и к вызову пожарной команды.

### *Патологическое воровство (клептомания).*

В основе лежит скрытое стремление к наказанию за проступок (мазохизм) или стремление к доминированию, лидерству путем раздачи украденных объектов.

Клиника.

Периодически испытываемое влечение к краже предметов, что не связано с личной необходимостью в них или материальной выгодой. От предметов могут отказываться, они могут выбрасываться или запасаться. Перед актом воровства повышается чувство напряжения и возникает чувство удовлетворения во время или сразу после акта воровства. Воровство совершается в одиночку. Между эпизодами воровства больные могут испытывать тревогу, уныние и чувство вины, но это не предупреждает рецидивы.

### *Трихотилломания (склонность к вырыванию волос).*

Этиология.

Депривация в детстве. Рассматривается как вариант аутоагрессии. В классической литературе рассматривается как вариант дерматологической ипохондрии — синдром Галоппо. В основе лежит скрытая депрессия или тревога.

Клиника.

Расстройство, характеризующееся заметной потерей волос в связи с неспособностью противостоять влечению выдергивать волосы. Выдергиванию волос предшествует нарастающее напряжение, а после него испытывается чувство облегчения и удовлетворения. В результате трихотилломании возможна эпиляция значительных фрагментов волосяного покрова. В редуцированной форме пациен-



ты крутят волосы в момент задумчивости и отвлечения. Часто сочетается с грызением ногтей (онихофагией). [52; 59; 61; 81; 87; 100; 108; 109; 123]

### *3.5.1. Вопросы экспертизы*

С позиций патопсихологии при расстройствах личности выделяют три группы нарушений:

1. Особенности операциональной сферы мышления, имеющие эмоциональную, аффективную природу.

2. Претенциозность суждений, склонность к рассуждательству и аффективной логике.

3. Искажение процессов обобщения с использованием латентных признаков предметов и понятий, искаженное объяснение условного смысла, неадекватность ассоциаций и использование личностных субъективных предпочтений в обобщениях.

Для дифференциальной диагностики с патопсихологическим комплексом шизофрении имеют значения следующие признаки:

1. Расстройства развиваются только в состояниях эмоциональной напряженности.

2. Возникают в ответ на аффективно и личностно значимые стимулы экспериментальных методик.

3. При расстройствах личности отмечается нарушение смыслового компонента, но не происходит распада значения.

#### *♦ Судебная экспертиза.*

Лица с расстройствами личности являются одними из преобладающих патологий на психолого-психиатрической судебной экспертизе. В комплексной оценке экспертных заключений важно определять степень выраженности расстройства (пограничная или краевая психопатия), стадию в течении расстройства (компенсация, субкомпенсация, декомпенсация), уровень интеллекта подэкспертных, наличие и степень выраженности коморбидной патологии (тревожно-фобические расстройства, аффективные, токсические зависимости, транзиторные психотические расстройства). Исходя из перечисленных факторов, заключение может варьировать.

#### *♦ Трудовая экспертиза.*

Оценка трудоспособности, степени адаптации и ограничений жизнедеятельности в целом осуществляется с учетом вышеперечисленных критериев. При наличии выраженной стойкой декомпенсации с хронической сопутствующей патологией актуальным явля-

ется вопрос об установлении группы инвалидности (как правило, третья группа, в редких случаях — вторая).

♦ *Военная экспертиза.*

Лица с настоящим диагнозом признаются негодными к военной службе. Следует подчеркнуть, что для постановки диагноза расстройство зрелой личности необходим возраст старше 18 лет, длительный период наблюдения, наличие достаточного количества объективных данных. Исходя из этого, вполне понятны трудности экспертов, обследующих молодых людей и подростков, никогда ранее не обращавшихся за помощью и не имеющие достаточного количества характеристик и прочих документов.

♦ *Медико-психолого-педагогическая экспертиза.*

Акцентуация характера и расстройства личности начинают бурно проявляться с периода раннего пубертата (11–13 лет), что создает немалые проблемы для социализации, процесса обучения, необходимости активной превенции аддиктивных и даже социально опасных форм поведения у детей и подростков, учет при разработке комплексных реабилитационных программ, как правило, социальную неблагополучность и запущенность детей, сложный соматический статус с наличием хронических заболеваний, нередкую коморбидную патологию, аналогичную таковой взрослых больных.

### **3.6. Отклонения в психическом развитии детей. Умственная отсталость**

Согласно Выготскому выделяют первичный и вторичный дефекты психики.

*Первичный дефект* — частичное или общее нарушение центральной нервной системы, несоответствие уровня развития возрастной нормы. Включают: недоразвитие, задержку, асинхронию развития (ретардация и акселерация), регресс, нарушение межфункциональных связей. Этиологическим фактором является глобальное недоразвитие или грубое повреждение головного мозга.

*Вторичный дефект* — возникает по ходу развития с нарушением психофизического развития при отсутствии компенсации и неблагоприятном влиянии социального окружения. По этиофакторам может быть обусловлен различными поражениями, задержкой

развития функций на сенситивном этапе развития и социальной депривацией.

Выделяют следующие механизмы реагирования личности на дефект: игнорирование, вытеснение, компенсация, гиперкомпенсация, астенический тип.

#### *Задержка психического развития.*

Предполагает замедление течения развития, недостаток общего запаса знаний, незрелость мышления, преобладание игровых интересов, быстрое пресыщение интеллектуальной деятельностью. Представляет из себя пограничное состояние, которое при благоприятном влиянии социального окружения, разработки педагогических и реабилитационных программ приводит к компенсации, при неблагоприятном варианте — развивается умственная отсталость.

Выделяют следующие варианты задержки психического развития:

1. Гармоничный психофизический инфантилизм (конституциональный).
2. Органический инфантилизм.
3. Церебрально органическая задержка психического развития.
4. Соматогенная задержка психического развития.
5. Педагогическая и микросоциальная запущенность.

#### *Умственная отсталость.*

Умственная отсталость — задержка или неполное развитие психики, которое обнаруживается в возрасте до 3 лет, но нередко к младшему школьному возрасту. Е. Кгаерелп выделил умственную отсталость в особую группу олигофрений. Проявляется в когнитивной сфере, речи, моторике (синкинезии), социальном функционировании, способности к обучению. Носит чаще непрогредиентный характер. Однако, при отсутствии специального обучения, депривации и болезнях обмена ее прогрессивность может нарастать. На фоне умственной отсталости может наблюдаться весь диапазон психических расстройств. Фенотип многих пациентов с олигофрениями сходен, хотя каждый синдром имеет особые черты (например, типичное лицо при болезни Дауна или аутизм при фрагильной X-хромосоме).

Этиология обусловлена генетическими причинами, в частности хромосомными болезнями, воздействием экзогенных факторов

(вирусы, токсины, психоактивные вещества, облучения, травмы). В основе патогенеза лежит механизм дисонтогенетической задержки развития с вторичной депривацией.

Клиника.

В клинике выделяют психопатологическую оценку умственной отсталости от легкой до глубокой отсталости; неврологические нарушения, в частности очаговые нарушения и дискинезии, например нарушение способности к тонким моторным действиям; нарушения поведения от расторможенности до аномальной реакции на стресс; высокую степень имитативности и внушаемости при отсутствии или невыраженной гипнабельности. При генетически обусловленных олигофрениях характерны также поражения других органов или систем (зрения, печени, кожи) и часто особый фенотип.

На фоне умственной отсталости возможно развитие психозов, напоминающих гебефреническую или параноидную шизофрению, аффективных расстройств, напоминающих депрессивные и маниакальные эпизоды. В этом случае они относятся к органическим аффективным или шизофреноподобным расстройствам, поскольку олигофрения вызвана всегда органическими причинами.

Умственная отсталость может развиваться при тяжелых соматических заболеваниях или сенсорной недостаточности (глухота, слепота), которые препятствуют оценке интеллектуального уровня. При развитии умственной отсталости возможны нарушения поведения, которые ранее относились к олигофрениям с атипичной структурой дефекта. В настоящее время говорят о поведенческих нарушениях, требующих внимания или лечебных мер. К. Schneider считал, что у пациентов с умственной отсталостью черты личности выглядят более ярко, чем у лиц с нормальным интеллектом, он, в частности, выделял у них следующие черты: торпидные (тормозимые), эректильные (возбудимые), апатично пассивные, ленивые любители наслаждений, упрямо своенравные, безрассудно сопротивляющиеся, постоянно изумленные, упрямые проныры, коварные хитрецы, преданно навязчивые, самоуверенные резонеры, хвастливые краснобай, вечно обиженные, агрессивные обвинители.

Диагностика.

Диагноз основан на выявлении умственной отсталости по нижеследующим критериям:

### *Легкая умственная отсталость.*

Уровень когнитивных способностей КИ 50-69 соответствует возрасту 9–12 лет. Социальное функционирование ограничено, но возможно в любой общественной группе.

Речь развивается с задержкой, но она используется в повседневной жизни. Возможно достижение полной независимости в уходе за собой (прием пищи, комфортное поведение), домашних навыках. Основные затруднения в школьной успеваемости, задержка обучаемости чтению и письму. Возможна частичная компенсация благодаря социальному окружению. Мышление предметно-конкретное, повышена имитативность. Абстрактное мышление недостаточно развито. Возможно обучение неквалифицированному ручному труду. Эмоциональная и социальная незрелость. Соответствует дебильности.

### *Умеренная умственная отсталость.*

Уровень когнитивных способностей (КИ) 35–49, соответствует возрасту 6–9 лет. Уровень социального функционирования ограничен пределами семьи и специальной группы.

Отставание в развитии понимания и использовании речи, навыков самообслуживания и моторики, заметное с раннего возраста. В школе развиваются только базисные навыки при постоянном специальном педагогическом внимании (специальные школы). В зрелом возрасте также нуждаются в надзоре. Речевой запас достаточен для сообщения о своих потребностях. Фразовая речь слабо развита. При недоразвитии речи может быть достаточным ее понимание при невербальном сопровождении. Часто сочетается с аутизмом, эпилепсией, неврологической патологией. Соответствует имбецильности.

### *Тяжелая умственная отсталость.*

Уровень когнитивных способностей (IQ) 20–34, соответствует возрасту 3–6 лет. Уровень социального функционирования низкий.

Причины в основном органические. Сочетается с выраженными моторными нарушениями. Сходно с умеренной умственной отсталостью. Возможно развитие коммуникативных навыков. Соответствует глубокой имбецильности.

### *Глубокая умственная отсталость.*

Уровень когнитивных способностей (IQ) до 20, соответствует возрасту до 3 лет. Не способны к пониманию и выполнению требований или инструкций. Часто недержание мочи и кала. Моторика грубо нарушена. Тяжелые неврологические нарушения. Соответствует идиотии. [20; 49; 57; 87; 95; 100; 135]

#### *3.6.1. Вопросы экспертизы.*

##### *◆ Судебная экспертиза.*

Пациенты с умственной отсталостью нередко становятся субъектами судебной экспертизы. Это связано с несовершенством их эмоционально-волевой сферы, низким уровнем критичности, легкой внушаемостью, когда они вовлекаются в криминальные ситуации. При комплексной экспертной оценке пациента с умственной отсталостью важно определять степень снижения интеллекта и уровень когнитивных способностей, наличие и степень выраженности поведенческих расстройств, наличие и характер коморбидной патологии. Пациенты с легкой степенью умственной отсталости нередко могут признаваться вменяемыми и дееспособными, при сопутствующей патологии речь может идти об ограниченной вменяемости и дееспособности. В то же время, при выраженных поведенческих расстройствах и тяжелой коморбидной патологии возможно принятие решения в пользу недееспособности, невменяемости. При тяжелой умственной отсталости пациенты недееспособны и невменяемы. Глубокая умственная отсталость предполагает недееспособность, нуждаемость в постоянном постороннем уходе, что делает маловероятным совершение противоправных действий, постановку вопроса о вменяемости.

##### *◆ Трудовая экспертиза.*

Пациенты с легкой степенью умственной отсталости при отсутствии поведенческих расстройств и коморбидной патологии могут неплохо адаптироваться в своей социальной нише. Вопрос о экспертизе трудоспособности возникает в случае выраженных поведенческих и аффективных расстройств, коморбидной патологии (очень часто алкоголизм). В такой ситуации возможно установление третьей группы инвалидности. Пациенты с тяжелой степенью умственной отсталости однозначно инвалидизируются с установлением второй группы инвалидности. При глубокой умственной отсталости определяется первая группа инвалидности.

♦ *Военная экспертиза.*

Пациенты признаются негодными к воинской службе даже при наличии легкой степени нарушений.

♦ *Медико-психолого-педагогическая комиссия.*

Одной из важнейших задач комиссии является дифференциальная диагностика умственной отсталости и задержек психического развития. Данная дефиниция является определяющей в судьбе ребенка, так как в случае задержки развития необходимы длительные и комплексные лечебно-реабилитационные, психокоррекционные и педагогические мероприятия, осуществляемые в рамках специализированных классов общеобразовательных школ, в дошкольных учреждениях. Чем раньше выявлена задержка, чем полнее реабилитационная программа, тем больше шансов на успех — компенсация психических и когнитивных функций. В случае же установления умственной отсталости, дети проходят обучение в специализированных школах, при тяжелых и глубоких вариантах умственной отсталости — находятся в закрытых специализированных интернатах.

### **3.7. Специфические расстройства, характерные для детского возраста**

*Специфические расстройства развития речи.*

Клиника.

Позднее овладение разговорной речью (в сравнении с возрастными нормами).

Задержка развития речи часто сопровождается трудностями в чтении и письме, нарушениями межперсональных связей, эмоциональными и поведенческими расстройствами. Не существует яркого отличия от вариантов нормы, важно клиническое суждение с опорой на основные нейропсихологические критерии и возрастные нормы, с учетом тяжести течения, сопутствующих проблем.

*Специфическое расстройство артикуляции речи.*

Характеризуется частым и повторяющимся нарушением звуков речи. Использование ребенком звуков ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту — то есть приобретение ребенком звуков речи, либо задержано, либо отклоняется, приводя к дизар-

тикуляции с трудностями в понимании его речи, пропускам, заменам, искажениям речевых звуков, изменениям в зависимости от их сочетания (то говорит правильно, то нет). Большинство речевых звуков приобретается к 6–7 годам, к 11 годам все звуки должны быть приобретены.

В большинстве случаев невербальный интеллектуальный уровень в пределах нормы.

#### *Расстройство экспрессивной речи.*

Выраженное нарушение развития речи, которое нельзя объяснить за счет умственной отсталости, неадекватного обучения и которое не связано с общим расстройством развития, нарушениями слуха или неврологическим расстройством. Это специфическое нарушение развития, при котором способность ребенка использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту. Понимание речи в пределах нормы.

#### *Расстройство рецептивной речи.*

Специфическое нарушение развития, при котором понимание ребенком речи ниже уровня, соответствующего его умственному развитию. Часто дефект фонетико-фонематического анализа и словесно-звукового произношения. Для обозначения этого расстройства применяются термины: *афазия или дисфазия развития, рецептивный тип (сенсорная афазия), словесная глухота, врожденная слуховая невосприимчивость, сенсорная афазия Вернике, связанная с развитием.*

*Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау–Клеффнера).*

Представляет собой регресс речевых навыков после периода нормального речевого развития. Основные черты — сенсомоторная афазия, эпилептические изменения ЭЭГ в виде мультифокальных спайков и комплексов спайк-волна (заинтересованы височные отделы мозга, чаще билатерально) и эпилептические припадки.

#### *Специфические расстройства развития школьных навыков.*

Эти расстройства возникают вследствие нарушений в обработке когнитивной информации, что во многом происходит в результате биологической дисфункции. Характерно, что нормальное приобретение навыков нарушено с ранних стадий развития. Они не явля-



ются следствием неблагоприятных условий обучения и не связаны с получением мозговой травмы или болезни. Необходимо оценивать не уровень обучения, а школьные достижения с учетом динамики развития, так как тяжесть и отставание в чтении на 1 год в 7 лет имеет совершенно иное значение, чем на 1 год в 14 лет.

Специфические расстройства развития школьных навыков включают:

- специфическое нарушение навыков чтения «дислексия»;
- специфическое нарушение навыков письма «дисграфия»;
- специфическое нарушение арифметических навыков «дискалькулия»;
- смешанное расстройство школьных навыков «трудности обучения».

*Специфическое расстройство развития двигательных функций.*

Существенной особенностью расстройства является серьезное нарушение двигательной координации, которое нельзя объяснить общей интеллектуальной отсталостью или каким-либо врожденным или приобретенным неврологическим расстройством, дисплазией развития. Диагноз ставится, если нарушение значительно влияет на способности к обучению или повседневную жизнь. Характерно наличие моторной неуклюжести с некоторой степенью нарушений зрительно-пространственных когнитивных задач.

*Общие расстройства развития.*

*Детский аутизм.*

К собственно детскому аутизму относятся аутистическое расстройство, инфантильный аутизм, инфантильный психоз, синдром Каннера.

Первые описания этого расстройства были сделаны Henry Maudsley (1867). В 1943 г. Leo Kanner в труде «Аутистические расстройства аффективного общения» дал отчетливое описание этого синдрома, назвав его «инфантильным аутизмом».

*Клиника.*

В своем первоначальном описании Каннер выделил основные признаки, которые используются до настоящего времени.

— Начало расстройства в возрасте до 2,5–3 лет, иногда после периода нормального развития в раннем детстве. Обычно это кра-

сивые дети с как будто прорисованным карандашом задумчивым, сонным, отрешенным лицом — «лицо принца».

— Аутистическое одиночество — неспособность устанавливать теплые эмоциональные взаимоотношения с людьми. Такие дети не отвечают улыбкой на ласки и проявления любви родителей. Им не нравится, когда их берут на руки или обнимают. На родителей они реагируют не больше, чем на других людей. Одинаково ведут себя с людьми и неодушевленными предметами. Практически не выявляют тревоги при разлуке с близкими и в незнакомой обстановке. Типичным является отсутствие глазного контакта.

— Расстройство навыков речи. Речь часто развивается с задержкой или не возникает вообще. Иногда она нормально развивается до 2-летнего возраста, а затем частично исчезает. Аутичные дети мало используют категории «значения» в памяти и мышлении. Некоторые дети производят шум (щелчки, звуки, хрипы, бессмысленные слоги) в стереотипной манере при отсутствии желания в общении. Речь обычно построена по типу немедленных или задержанных эхоталий или в виде стереотипных фраз вне контекста, с неправильным использованием местоимений. Даже к 5-6 годам большинство детей называет себя во втором или третьем лице или по имени, не используя «Я».

— «Навязчивое желание однообразия». Стереотипное и ритуальное поведение, настаивание на сохранении всего в неизменном виде и сопротивление переменам. Они предпочитают есть одну и ту же пищу, носить одну и ту же одежду, играть в повторяющиеся игры. Деятельность и игра аутичных детей характеризуются ригидностью, повторяемостью и монотонностью.

— Типичны также причудливое поведение и манерность (например, ребенок постоянно кружится или раскачивается, тербит свои пальцы или хлопает в ладоши).

— Отклонения в игре. Игры чаще стереотипны, не функциональны и не социальные. Преобладает нетипичное манипулирование игрушками, отсутствуют воображение и символические черты. Отмечено пристрастие к играм с неструктурированным материалом — песком, водой.

— Атипичные сенсорные реакции. Аутичные дети отвечают на сенсорные стимулы либо чрезвычайно сильно, либо слишком слабо (на звуки, боль). Они избирательно игнорируют на обращенную к ним речь, проявляя интерес к неречевым, чаще механическим

звукам. Болевой порог чаще понижен, или отмечается атипичная реакция на боль.

При детском аутизме могут наблюдаться и другие признаки. Внезапные вспышки гнева, или раздражения, или страха, не вызванные какими-либо очевидными причинами. Иногда такие дети либо гиперактивны, либо растеряны. Поведение с самоповреждением в виде ударов головой, кусания, царапания, вырывания волос. Иногда отмечаются нарушения сна, энурез, энкопрез, проблемы с питанием. В 25% случаев могут быть судорожные припадки в предпубертатном или пубертатном возрасте.

Первоначально Каннер полагал, что умственные способности у детей с аутизмом нормальны. Однако около 40% детей с аутизмом имеют IQ ниже 55 (тяжелая умственная отсталость); 30% — от 50 до 70 (легкая отсталость) и около 30% имеют показатели выше 70. У некоторых детей обнаруживаются способности в какой-либо определенной сфере деятельности — «осколки функций», несмотря на снижение других интеллектуальных функций.

Диагностика.

Критерии:

1) невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни;

2) крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием средовых раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными;

3) недостаточность коммуникативного использования речи;

4) отсутствие или недостаточность зрительного контакта;

5) страх изменений в окружающей обстановке («феномен тождества» по Каннер);

6) непосредственные и отставленные эхолалии («граммофонная попугайная речь» по Каннер);

7) зарержка развития «Я»;

8) стереотипные игры с неигровыми предметами;

9) клиническое проявление симптоматики не позднее 2–3 лет.

При использовании этих критериев важно:

а) не расширять содержание;

б) строить диагностику на синдромологическом уровне, а не на основе формальной фиксации наличия тех или иных симптомов;

в) учитывать наличие или отсутствие процессуальной динамики выявляемых симптомов;

г) принимать во внимание, что неспособность к установлению контакта с другими людьми создает условия для социальной депривации, ведущей к симптомам вторичных задержек развития и компенсаторных образований.

#### *Синдром Ретта.*

Прогрессирующее дегенеративное заболевание ЦНС предположительно генетического происхождения, встречается преимущественно у девочек, названо по имени австрийского ученого А. Rett, впервые описавшего его в 1966 г. Автор сообщил о 31 девочке с регрессией психического развития, аутистичным поведением, утратой целенаправленных движений и появлением особых стереотипных двигательных актов, «сжимания рук».

Распространенность.

Частота его относительно высока — 1:10 000 девочек. В мире описано более 20 тыс. случаев заболевания; большинство из них спорадические, менее 1% — семейные.

Клиника.

В ante- и перинатальном периодах, в первом полугодии жизни развитие оценивается как нормальное. Однако во многих случаях наблюдаются врожденная гипотония, незначительное отставание в становлении основных двигательных навыков. Начало заболевания от 4 мес. до 2,5 лет, но наиболее часто оно проявляется в возрасте от 6 мес. до 1,5 года. Описывая психопатологический процесс при синдроме Ретта, одни авторы говорят о «дементировании», другие — о неравномерности психических нарушений.

В течении заболевания выделяют 4 стадии:

I стадия (возраст ребенка 6–12 мес.): слабость мышечного тонуса, замедление роста в длину кистей, стоп, окружности головы.

II стадия (возраст 12–24 мес.): атаксия туловища и походки, машущие и подергивающие движения рук, необычные перебирания пальцами.

III стадия: утрата ранее приобретенных навыков, способности к игре, коммуникациям (в том числе визуальным).

IV стадия: распад речи, возникновение эхололий (в том числе ретардированных), неправильное употребление местоимений.

Диагностика.

Диагностические критерии синдрома Ретта по E. Trevathan.

Обязательные:

1) нормальный пре- и перинатальный периоды;

- 2) нормальное психомоторное развитие в течение первых 6—18 мес. жизни;
- 3) нормальная окружность головы при рождении;
- 4) замедление роста головы в период от 5 мес. до 4 лет;
- 5) потеря приобретенных движений рук в возрасте от 6 до 30 мес., связанная по времени с нарушением общения;
- 6) глубокое повреждение экспрессивной и импрессивной речи, грубая задержка психомоторного развития;
- 7) стереотипные движения рук, напоминающие выжимание, стискивание рук, хлопки, «мытьё рук», потирание их, появляющееся после потери целенаправленных движений;
- 8) появление нарушений походки (апраксии и атаксии) в возрасте 1—4 лет.

*Синдром Аспергера (аутистическая психопатия, шизоидное расстройство детского возраста).*

Это редкое состояние впервые было описано Asperger (1944). Характеризуется нарушениями социального поведения (как при аутизме) в сочетании со стереотипными, повторяющимися действиями на фоне нормального когнитивного развития и речи.

Клиника.

До 3-летнего возраста наблюдается период нормального развития. Потом появляются нарушения во взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками. Речь становится монотонной. Ребенок начинает держаться отстраненно, обособлено, много времени посвящает узкому, стереотипному кругу интересов. Поведение определяют импульсивность, контрастные аффекты, желания, представления. У некоторых детей обнаруживается способность к необычному, нестандартному пониманию себя и окружающих. Логическое мышление хорошо развито, но знания крайне неравномерны. Активное и пассивное внимание неустойчиво. В отличие от других случаев детского аутизма нет существенной задержки в речевом и когнитивном развитии. Во внешнем виде обращает на себя внимание отрешенное «красивое» выражение лица, мимика застывшая, взгляд обращен в пустоту, фиксация на лицах мимолетная. Иногда взгляд направлен «внутрь себя». Моторика угловатая, движения неритмичные, стереотипные. Коммуникативные функции речи ослаблены, она своеобразна по мелодике, ритму и темпу, голос то тихий, то резкий. Характерна привязанность к дому, а не к родным.

*Нарушение активности и внимания (расстройство или синдром дефицита внимания с гиперактивностью, гиперактивное расстройство дефицита внимания).*

Ранее называлось минимальной мозговой дисфункцией (ММД), гиперкинетическим синдромом, минимальным повреждением головного мозга. Это одно из наиболее распространенных детских поведенческих расстройств, у многих сохраняющееся во взрослом возрасте.

Распространенность.

Расстройство чаще встречается у мальчиков. Относительная распространенность среди мальчиков и девочек от 3:1 до 9:1, в зависимости от критериев диагноза. В настоящее время распространенность среди школьников от 3 до 20%. В 30–70% случаев синдромы расстройства переходят во взрослый возраст. Гиперактивность в подростковом возрасте у многих уменьшается, даже если остаются другие нарушения, однако высок риск развития асоциальной психопатии, алкоголизма и наркомании.

Клиника.

Диагностические критерии расстройства с годами несколько изменились. Симптоматика почти всегда проявляется до 5–7 лет. Средний возраст обращения к врачу 8–10 лет.

Диагностика.

Необходимо наличие невнимательности или гиперактивности и импульсивности (или всех проявлений одновременно), не соответствующих возрастной норме.

Особенности поведения:

- 1) проявляются до 8 лет;
- 2) обнаруживаются по меньшей мере в двух сферах деятельности — школе, дома, труде, играх, клинике;
- 3) не обусловлены тревожными, психотическими, аффективными, диссоциативными расстройствами и психопатиями;
- 4) вызывают значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

Невнимательность:

1. Неспособность сосредотачиваться на деталях, ошибки по невнимательности.
2. Неспособность поддерживать внимание.
3. Неспособность вслушиваться в обращенную речь.
4. Неспособность доводить задания до конца.

5. Низкие организаторские способности.
6. Отрицательное отношение к заданиям, требующим умственного напряжения.
7. Потери предметов, необходимых для выполнения задания.
8. Отвлекаемость на посторонние раздражители.
9. Забывчивость. (Из перечисленных признаков хотя бы шесть должны сохраняться более 6 мес.)

Гиперактивность и импульсивность (из перечисленных ниже признаков хотя бы четыре должны сохраняться не менее 6 мес.):

— гиперактивность: ребенок суетлив, неусидчив. Всклакивает с места без разрешения. Бесцельно бегает, ерзает, карабкается. Не может отдыхать, играть в тихие игры;

— импульсивность: выкрикивает ответ, не дослушав вопрос. Не может ждать своей очереди.

#### *Расстройства поведения.*

Включают расстройства в виде деструктивного, агрессивного или асоциального поведения, с нарушением принятых в обществе норм и правил, с нанесением вреда другим людям. Нарушения более серьезные, чем ссоры и шалости детей и подростков.

#### *Распространенность.*

Достаточно часто встречается в детском и подростковом возрасте. Определяется у 9% мальчиков и 2% девочек в возрасте до 18 лет. Соотношение мальчиков и девочек колеблется от 4:1 до 12:1. Чаше встречается у детей, чьи родители являются асоциальными личностями или страдают алкоголизмом. Преобладание данного расстройства коррелирует с социально-экономическими факторами.

#### *Клиника.*

Расстройство поведения должно продолжаться не менее 6 мес., во время которых наблюдается не менее трех проявлений (диагноз ставится только до 18-летнего возраста):

1. Воровство чего либо без ведома жертвы и борьбы более чем один раз (включая подделку документов).
2. Побег из дома на всю ночь не менее 2 раз, или один раз без возвращения (при проживании с родителями или опекунами).
3. Частая ложь (кроме случаев, когда лгут для избежания физического или сексуального наказания).
4. Специальное участие в поджогах.
5. Частые прогулы уроков (работы).
6. Необычно частые и тяжелые вспышки гнева.

7. Специальное проникновение в чужой дом, помещение, машину; специальное разрушение чужой собственности.

8. Физическая жестокость к животным.

9. Принуждение кого-либо к сексуальным отношениям.

10. Применение оружия более одного раза; часто зачинщик драк.

11. Воровство после борьбы (например, ударил жертву и выхватил кошелек; вымогательство или вооруженное ограбление).

12. Физическая жестокость к людям.

13. Вызывающее провокационное поведение и постоянное, откровенное непослушание.

*Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста.*

Диагноз эмоционального (невротического) расстройства широко используется в детской психиатрии. По частоте встречаемости оно уступает только поведенческим расстройствам.

Распространенность.

Составляет 2,5% как среди девочек, так и среди мальчиков.

*Фобическое тревожное расстройство детского возраста.*

Незначительные фобии обычно типичны для детского возраста. Возникающие страхи относятся к животным, насекомым, темноте, смерти. Их распространенность и выраженность варьирует от возраста. При данной патологии отмечается наличие выраженных страхов, характерных для определенной фазы развития, например, боязнь животных в дошкольный период.

Диагностика.

Диагноз ставится, если: а) начало страхов соответствует определенному возрастному периоду; б) степень тревоги клинически патологическая; в) тревога не является частью генерализованного расстройства.

*Социальное тревожное расстройство.*

Осторожность перед незнакомыми является нормальной для детей в возрасте 8–12 мес. Для данного расстройства характерно устойчивое, чрезмерное избегание контактов с незнакомыми людьми и сверстниками, мешающее социальному взаимодействию, длящееся более 6 мес. и сочетающееся с отчетливым желанием общаться только с членами семьи или лицами, которых ребенок хорошо знает.



### *Расстройство сиблингового соперничества.*

Характеризуется появлением эмоциональных расстройств у маленьких детей вслед за рождением младшего сиблинга.

*Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского и подросткового возраста.*

Гетерогенная группа расстройств, для которых общими являются нарушения социального функционирования. Решающую роль в возникновении расстройств играет изменение адекватных условий среды или лишение благоприятного средового воздействия. Заметных половых различий при данной группе не имеется.

### *Элективный мутизм.*

Характеризуется устойчивым отказом говорить в одной или более социальных ситуациях, в том числе в детских учреждениях, при способности понимать разговорную речь и разговаривать.

### *Тикозные расстройства.*

Тики — произвольные, неожиданные, повторяющиеся, рекуррентные, неритмические, стереотипные моторные движения или вокализация.

И двигательные, и голосовые тики могут быть классифицированы как простые или сложные. Обычные простые двигательные тики включают в себя мигание, дергание шеи, подергивание носом, подергивание плечами, гримасничанье лица. Обычные простые вокальные тики включают в себя покашливание, шмыгание, похрюкивание, лаяние, фыркание, шипение. Обычные сложные двигательные тики — поколачивание себя, дотрагивание до себя и/или предметов, подпрыгивание, приседание, жестикуляция. Обычный комплекс голосовых тиков включает повторение особых слов, звуков (палилалия), фраз, ругательств (копролалия). Тики имеют тенденцию переживаться как неодолимые, но обычно они могут быть подавлены на различные периоды времени.

Тики часто встречаются как изолированный феномен, но нередко они сочетаются с эмоциональными нарушениями, особенно с навязчивыми или ипохондрическими феноменами. Специфические задержки развития иногда связывают с тиками.

Главным признаком разграничения тиков от других двигательных расстройств является внезапный, быстрый, преходящий и ограниченный характер движений при отсутствии неврологического расстройства. Характерна повторяемость движений и исчезновение

их во время сна, легкость, с которой они добровольно могут быть вызваны или подавлены. Отсутствие ритмичности позволяет их отличать от стереотипии при аутизме или умственной отсталости.

*Транзиторное тикозное расстройство.*

Для данного расстройства характерно наличие одиночных или множественных двигательных и/или голосовых тиков. Тики появляются много раз в день, почти каждый день за период не менее 2 недель, но не больше чем в течение 12 месяцев. В анамнезе должны отсутствовать проявления синдрома Жилия де ля Туретта или хронические двигательные или голосовые тики. Начало заболевания в возрасте до 18 лет.

*Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство.*

Разновидность тикозного расстройства, при котором есть или имелись множественные двигательные тики и один или более голосовых тиков, возникающие не одновременно. Почти всегда отмечается начало в детском или подростковом возрасте. Характерно развитие двигательных тиков перед голосовыми. Симптоматика часто ухудшается в подростковом возрасте, характерно сохранение элементов расстройства в зрелом возрасте.

*Комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта).*

Характеризуется как психоневрологическое заболевание с множественными двигательными и голосовыми тиками (моргание, покашливание, произношение фраз или слов, например «нет»), то усиливающимися, то ослабевающимися. Возникает в детском или подростковом возрасте, имеет хроническое течение и сопровождается неврологическими, поведенческими и эмоциональными нарушениями. Синдром Жилия де ля Туретта чаще всего бывает наследственным.

Gilles de la Tourette впервые описал это заболевание в 1885 г., изучив его в клинике Шарко в Париже. Современные представления о синдроме Жилия де ля Туретта сформировались благодаря работам Артура и Элейн Шапиро (60–80-е гг. XX в.).

*Неорганический энурез.*

Характеризуется непроизвольным мочеиспусканием днем и/или ночью, не соответствующим умственному возрасту ре-

бенка. Не обусловлено отсутствием контроля за функцией мочевого пузыря вследствие неврологического нарушения, эпилептических припадков, структурной аномалии мочевого тракта.

#### *Неорганический энкопрез.*

Неорганический энкопрез — недержание кала в том возрасте, когда контроль за деятельностью кишечника физиологически должен быть выработан и когда завершено обучение пользованию туалетом.

Контроль за кишечником развивается последовательно со способности воздерживаться от опорожнения кишечника ночью, потом днем.

Достижение этих особенностей в развитии определяется физиологическим созреванием, интеллектуальными способностями, степенью культуры.

#### *Заикание.*

Характерные особенности — частые повторения или пролонгация звуков, слогов или слов; или частые остановки, нерешительность в речи с нарушениями ее плавности и ритмического течения.

#### Этиология и патогенез

Точные этиологические факторы не известны. Выдвинут ряд теорий:

1. Теории «блока заикания» (генетическая, психогенная, семантогенная). Основа теории — церебральная доминантность речевых центров с конституциональной предрасположенностью к развитию заикания вследствие стрессогенных факторов.

2. Теории начала (включают теорию срыва, теорию потребностей и теорию антиципации).

3. Теория научения основана на объяснении принципов природы подкрепления.

4. Кибернетическая теория (речь — автоматический процесс по типу обратной связи. Заикание объясняется срывом обратной связи).

5. Теория изменения функционального состояния мозга. Заикание является следствием неполной специализации и латерализации языковых функций.

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что заикание является генетически наследуемым неврологическим расстройством.

Распространенность.

Заиканием страдает от 5 до 8% детей. Расстройство в 3 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. У мальчиков оно более устойчиво.

Клиника.

Заикание обычно начинается в возрасте до 12 лет, в большинстве случаев имеется два острых периода — между 2-4 и 5-7 годами. Оно обычно развивается в течение нескольких недель или месяцев, начинаясь с повторения начальных согласных или целых слов, которые являются началом предложения. По мере прогрессирования расстройства повторения становятся все более частыми с заиканием на более важных словах и фразах. Иногда оно может отсутствовать при чтении вслух, пении, разговоре с домашними животными или неодушевленными предметами. Диагноз ставится при продолжительности расстройства не менее 3 месяцев.

Клонико-тоническое заикание (нарушены ритм, темп, плавность речи) — в виде повторения начальных звуков или слогов (логоклония), в начале речи клонические судороги с переходом в тонические.

Тонико-клоническое заикание характеризуется нарушением ритма, плавности речи в виде запинок и остановок с частым повышением вокала и выраженными нарушениями дыхания, сопутствующими речи. Наблюдаются дополнительные движения в мышцах лица, шеи, конечностей.

В течении заикания выделяют:

1 фаза — дошкольный период. Расстройство появляется эпизодически с длительными периодами нормальной речи. После такого периода может наступать выздоровление. Во время этой фазы заикание отмечается тогда, когда дети взволнованы, огорчены или когда им нужно много говорить.

2 фаза возникает в начальной школе. Расстройство носит хронический характер с очень небольшими периодами нормальной речи. Дети осознают и болезненно переживают свой недостаток. Заикание касается основных частей речи — существительных, глаголов, прилагательных и наречий.

3 фаза наступает после 8—9 лет и длится до подросткового возраста. Заикание возникает или усиливается только в определенных ситуациях (вызов к доске, покупка в магазине, разговор по телефону и др.). Некоторые слова и звуки являются более трудными, чем остальные.

4 фаза бывает в позднем подростковом возрасте и у взрослых. Выражен страх перед заиканием. Типичными являются подмена слов и приступы многословия. Такие дети избегают ситуаций, требующих речевого общения.

Течение заикания обычно хроническое, с периодами частичных ремиссий. От 50 до 80% детей с заиканием, особенно в легких случаях, выздоравливают.

Осложнения расстройства включают снижение успеваемости в школе из-за стеснительности, страха речевых нарушений; ограничения в выборе профессии. Для страдающих хроническим заиканием типичны фрустрация, тревога, депрессия.[38; 57;87; 100; 102; 135; 136]

### *3.7.1. Вопросы экспертизы.*

Большинство из указанных расстройств носят достаточно редкий характер (нарушение психологического развития), либо крайне редко оказываются на психологическом приеме (расстройства спектра аутизма, выраженные поведенческие расстройства, неврозоподобные расстройства). Материал данного раздела представлен, главным образом, в ознакомительных целях. При проведении различных экспертиз расстройства аутистического спектра следует оценивать как психотические, остальные — как невротические, либо задержка развития. Хотелось бы особо выделить необходимость разработки специализированных реабилитационных программ и соответствующих учебных учреждений для детей с синдромом гиперактивности и дефицитом внимания. Практически в каждом классе общеобразовательной школы есть два-три ученика с данным расстройством. Есть тенденция к дискриминации данной группы и направлению в специализированные школы для детей с умственной отсталостью, что в корне неверно, так как у данных детей интеллект не страдает. Следует подчеркнуть хорошо развитую систему реабилитации детей с задержками речевого развития и различными речевыми расстройствами: специализированные классы в рамках общеобразовательных школ, специализированные школы, детские санатории. В большинстве случаев, активная своевременная терапия, комплексные реабилитационные программы позволяют добиться весьма оптимистичного прогноза.

### 3.8. Поведенческие расстройства, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

Данное расстройство включает в себя функциональные, по сути, психосоматические нарушения пищевого поведения, сна, сексуальности, связанные с влиянием неорганических факторов, когда исключена соматическая патология, интоксикации, органические поражения мозга и ведущим этиологическим фактором являются индивидуально-психологические и социально-психологические факторы.

#### *Нервная анорексия*

Неоднородное расстройство, которое по своей клинической типологии может быть разделено на проявления трёх типов:

- ♦ *Невротический уровень;*
- ♦ *Эндогенный уровень, близки к аффективной патологии (депрессия);*
- ♦ *Психотический уровень (дисморфофобический и дисморфоманический бред).*

Представляем основные признаки *анорексии невротического уровня:*

- ♦ Болеют только девушки в возрасте 12–25 лет (реже старше);
- ♦ Расстройство связано с психологическими проблемами пубертата (социализация, самоидентификация, коммуникативные сложности, семейные проблемы), но трансформируется на недовольство собственной внешностью, фигурой, особенно если есть налёты на избыточный вес;
- ♦ Основная поведенческая стратегия пациенток — достижение «идеального» веса;

Для достижения поставленных целей используются:

- ♦ Жестокое ограничение в объёме питания, полное исключение калорийной пищи, иногда голодание, изнуряющие физические нагрузки — *рестриктивный (ограничительный) тип анорексии,*
- ♦ Снижение веса посредством вызывания рвоты после приёма пищи, приём мочегонных и слабительных средств. Учитывая, что на первой стадии болезни аппетит сохранён, иногда повышен (случаются переедания), иногда применяются всевоз-

возможные средства для снижения аппетита, часто — различные фармакологические препараты для похудения, — *очистительный тип анорексии*;

- ♦ Указанное поведение тщательно скрывается, отрицается, при его обнаружении родителями, последние встречают жёсткий отпор при попытке «накормить ребёнка», ограничения питания рационализируются больным (соблюдение Поста, здоровое питание, натуропатия, вегетарианство, раздельное питание).

На втором этапе расстройства, при прогрессирующем снижении массы тела (более чем 10–15% от исходного) у девушек прекращаются месячные, развиваются желудочно-кишечные расстройства и *астено-субдепрессивный синдром* (вялость, слабость, утомляемость, раздражительность, плаксивость, аффективная неустойчивость, нарушение сна, склонность к гипотонии, и синкопальным состояниям, тахикардия, подавленность, апатия). Вполне логично предположить, что родители после безуспешных семейных баталий насильно ведут ребёнка к: гастроэнтерологу, гинекологу, невропатологу, эндокринологу, но никак не к психотерапевту (психиатру). Для третьей стадии характерна нарастающая кахексия, безбелковые отёки, гиповолемический шок, дистрофические нарушения внутренних органов. Даже в такой стране, как Германия, где развита специализированная сеть учреждений по реабилитации больных с анорексией, 15 % случаев заболевания заканчиваются летально. Поэтому своевременное направление таких больных к психиатру реально может спасти жизнь.

### *Нервная булимия*

По своим проявлениям полярна анорексии:

- ♦ Периодические (не менее 2 раз в неделю) эпизоды развития интенсивного неутолимого голода со значительным перееданием;
- ♦ Постоянная озабоченность приёмом пищи, сильное желание и навязчивое стремление к еде;
- ♦ Использование «очистительных» стратегий как при аналогичном варианте анорексии, что, в совокупности с навязчивым страхом располнеть, приводит к снижению веса;
- ♦ Маятниковобразные колебания массы тела, нередко смена клиники булимии на клинику анорексии (атипичные варианты расстройства).

## *Ожирение*

При ожирении, связанном с перееданием, проблема носит хронический характер, пациенты к ней лучше адаптированы, и обращаются к терапевтам в случаях сопутствующих и вытекающих из избыточного веса соматических проблем или за помощью в плане похудения. Психосоматические больные с ожирением не имеют нейроэндокринной патологии, могут быть хорошо информированы в вопросах здорового питания. Но они не могут решать свои психологические проблемы и бороться со стрессами иначе, как «баловать» себя чем-то «вкусеньким», а различные психотехнологии контроля массы тела, включая «кодирования», не решают глубинных проблем, дают кратковременный эффект и только увеличивают амплитуду маятника динамики веса.

*Расстройства сна неорганической природы.*

Включают:

- бессонница;
- гиперсомния;
- расстройства режима сна-бодрствования;
- снохождение (сомнамбулизм);
- ужасы во время сна;
- кошмары.

*Бессонница неорганической природы.*

Клиника.

Неудовлетворительная продолжительность или неудовлетворительное качество сна. Причина — стресс, симптомы — тревога, напряженность, беспокойство. Нередко больной при обычной продолжительности сна уверяет, что совершенно не спал ночью или не выспался, он отмечает раздражительность и трудность сосредоточения. В сновидениях выступают стрессорные события.

Диагностика.

Основные клинические признаки:

1. Жалоба на плохое засыпание, трудности сохранения сна или на плохое качество сна.
2. Нарушение сна отмечается как минимум три раза в неделю на протяжении одного месяца.
3. Озабоченность бессонницей и ее последствиями.
4. Дистресс в результате бессонницы и препятствие социальному и профессиональному функционированию.



### *Гиперсомния неорганической природы.*

#### Клиника.

Пациенты жалуются на повышенную сонливость днем в самое неподходящее время, внезапные приступы сна в транспорте, и даже при вождении машины. Некоторые из них говорят о том, что не могут сразу проснуться после сна, и сновидение и сон вторгаются в обычную жизнь, что заставляет их совершать неадекватные поступки (просоночное состояние и опьянение сном). Признаки нарколепсии, такие как катаlepsия и признаки сонного апноэ (храпящие звуки, ночная остановка дыхания), отсутствуют. В результате гиперсомнии возникает избегание ситуаций общения, в период которых пациент может заснуть. Это действует на личность стрессорно. Вторично образуются невротические симптомы раздражительности и напряженности.

#### Диагностика.

Повышенная сонливость в дневное время. Приступы сна или пролонгированный переход к состоянию полного бодрствования после пробуждения при достаточной продолжительности сна. Отмечается ежедневно на протяжении более одного месяца и приводит к дистрессу, снижению социального функционирования при отсутствии признаков нарколепсии, а также неврологической и соматической патологии.

### *Снохождение (сомнамбулизм).*

#### Этиология.

Причиной является возникновение функционального очага бодрствования, который вторгается в стадию глубокого сна.

#### Клиника.

Состояние измененного сознания, при котором сочетаются феномены сна и бодрствования. В течение первой трети сна пациент встает ночью с открытыми глазами, пытается куда-то идти, часто на балкон, к двери, иногда берет с собой подушку и одеяло, меняет место расположения постели. На попытку разбудить реагирует негативно, глаза раскрыты, мигание чаще отсутствует. После пробуждения — амнезия, признаков пароксизмальной активности на ЭЭГ нет.

#### Диагностика.

#### Диагностические симптомы:

1. Эпизоды подъема и хождения в первую треть ночного сна.

2. Во время эпизода отмечаются отрешенное выражение лица с пристальным взглядом, отсутствие реакции на попытки вступить в контакт или разбудить.

3. Амнезия об эпизоде.

4. Восстановление психической активности и поведения через несколько минут после пробуждения.

5. Отсутствие деменции и эпилепсии.

*Ужасы во время сна (ночные ужасы).*

Этиология.

Глубоко вытесненные фобии, комплексы, агрессия могут выражаться в сновидении в стереотипных ужасах.

Клиника.

Ночные эпизоды крайнего ужаса или паники с криком, подвижностью и вегетативной активностью. Просыпаясь, пациент отбивается от невидимых преследователей, чудовищ, бежит, испытывает страх и растерянность.

Диагностика.

Диагностические критерии:

1. Эпизоды пробуждения с криком, сопровождающиеся тревогой, подвижностью и вегетативными проявлениями (тахикардией), учащенным дыханием, расширением зрачков и потливостью.

2. Возникновение эпизода в первую треть ночного сна и длительность от 1 до 10 минут.

3. Отсутствие реакции на попытки разбудить.

4. Последующая амнезия.

5. Отсутствие опухоли или эпилепсии.

*Кошмары.*

Этиология.

Совпадает с ночными ужасами.

Клиника.

Страшные и тревожные, часто стереотипно повторяющиеся сны, содержание которых пациент хорошо помнит. Видится преследование, конец света, метаморфоза объектов. Пациент боится заснуть, так как может увидеть данный сон. У детей фрагменты образов сна могут вторгаться в действительность.

Диагностика.

Насыщенные тревогой и страхом сны, которые больной помнит очень детально. Клинические признаки:

1. Пробуждение (во второй половине сна) с детализированным и живым воспроизведением сновидений яркого устрашающего содержания.

2. При пробуждении быстро достигаются нормальный уровень бодрствования и ориентировка.

3. Расстройства приводят к выраженному дистрессу.

В данную рубрику входит также *функциональные сексуальные расстройства*:

- отсутствие или потеря полового влечения;
- отсутствие сексуального удовлетворения;
- сексуальное отвращение;
- отсутствие генитальной реакции;
- оргазмическая дисфункция;
- преждевременная эякуляция;
- вагинизм неорганической природы;
- диспорейния неорганической природы;
- повышенное половое влечение.

Помимо этого, рубрика включает *психические поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом*: депрессивного спектра, кратковременные психотические расстройства. Для них характерна кратковременность (не более 2 месяцев), развитие в первые два месяца после родов и непосредственная связь с периодом родов и психологическими и соматическими проблемами послеродового периода.

Рубрика включает также *злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости* (антидепрессанты, анальгетики, витамины, слабительные, пищевые добавки). [37; 57; 87; 100]

### *3.8.1. Вопросы экспертизы.*

Учитывая легкий кратковременный обратимый характер расстройств данной рубрики, пациенты с вышеперечисленными расстройствами практически не бывают объектами экспертиз.

### **3.9. Психические и поведенческие расстройства, вследствие употребления психоактивных веществ**

В данную группу входят расстройства, тяжесть которых варьирует от неосложненного опьянения до выраженных психотических расстройств и деменции, но при этом все они могут быть объяснены употреблением одного или нескольких психоактивных веществ. Конкретное употребляемое вещество часто определяет всю клинику, например картину интоксикации, психоза, хотя деменции в результате употребления различных веществ могут быть похожи. *Выделяют расстройства вследствие употребления алкоголя, опиоидов, каннабиоидов, седативных и снотворных веществ, кокаина, других стимуляторов, включая кофеин, галлюциногенов, табака, летучих растворителей, сочетанного употребления наркотиков и других психоактивных веществ, последнее подразумевает хаотичное употребление наркотиков.*

#### *Острая интоксикация.*

Острая интоксикация — преходящее состояние, возникающее вслед за приемом психоактивного вещества, приводящее к расстройству сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций или других психофизиологических функций и реакций.

Диагноз интоксикации является основным лишь тогда, когда интоксикация не сопровождается более стойкими расстройствами.

Уровень и степень выраженности интоксикации зависят от дозы, сопутствующего органического заболевания, социальных обстоятельств (например, обстановка на праздниках, карнавалах), а также времени, прошедшего после употребления вещества.

Симптомы интоксикации могут зависеть от типа вещества. Так, действие каннабиса и галлюциногенов трудно предугадать, влияние алкоголя в малых дозах — стимулирующее, в больших — седативное.

Для определения наличия осложнений при острой интоксикации указывается, есть ли осложнения и зависят ли симптомы от дозы, в частности, указывается, была ли дополнительная травма или телесное повреждение, которое влияет на степень острой интоксикации, а также были ли другие медицинские осложнения, например, кровавая рвота, аспирация рвотных масс, делирий, расстройство восприятия, кома или судороги. Все осложнения значи-

тельно влияют на клинику интоксикации и меняют терапевтическую тактику, они затрудняют определение глубины опьянения. При интоксикации малыми дозами алкоголя возможно развитие патологического опьянения, при котором возникает нарушение ориентировки с неадекватными действиями, в том числе агрессивными.

#### *Употребление с вредными последствиями.*

Вредными последствиями в результате употребления психоактивного вещества считаются соматические симптомы интоксикации (например, гепатит, миокардит) или психические расстройства (например, возможна вторичная депрессия после алкоголизации или эпилептические припадки). Однако в результате употребления пациент наносит ущерб не только своей психике или физическому состоянию, но и повреждает социальное окружение. Страдают его отношения в семье, социальная успешность, он может быть агрессивен и совершать криминальные поступки, которые в большинстве случаев судебной практики возникают на фоне опьянения или абстиненции. Социальный ущерб выражается также в том, что лица, употребляющие психоактивные вещества сами, нередко являются распространителями этих веществ.

#### *Синдром зависимости.*

Синдром зависимости от психоактивных веществ состоит из симптомов физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает доминировать в системе ценностей индивидуума и вытесняет другие интересы. Основной характеристикой синдрома зависимости является желание принять психоактивное вещество. Говорят о том, что в физиологическом смысле (физическая зависимость) потребность принять вещество обусловлена переживанием соматического благополучия, которое может быть достигнуто только при этом условии. Поведенческая и когнитивная (психическая зависимость) обусловлены тем, что пациент не в состоянии думать, работать, снять напряжение, тревогу без приема этого вещества.

Для синдрома характерно как ярко выраженное желание, так и необходимость принять психоактивное вещество, поскольку в ином случае возникают тягостные явления абстиненции. Пациент при этом не в состоянии контролировать дозу принимаемого вещества,

начало его употребления, окончание. Так, пациент с алкоголизмом начинает пить до предполагаемого праздника и продолжает пить после его окончания, переходя от одного типа спиртного напитка к другому. В синдром зависимости входит наличие состояний отмены после прекращения приема. Это и мотивирует часто пациента принять вещество, которое рассматривается уже не как средство эйфории, но как возможность избавиться от состояний отмены. Для зависимости характерно повышение толерантности, то есть для прежнего наркотического эффекта всякий раз требуется все более высокая доза. В результате синдрома зависимости все другие интересы, которые не связаны с веществом, вытесняются и становятся незначимыми, а на само употребление тратится уже большее время, так же как на восстановление здоровья после окончания действия вещества. Пациент продолжает употреблять вещество, несмотря на очевидные вредные последствия, такие как повреждение печени, депрессивные состояния после периодов интенсивного употребления вещества, снижение интеллектуальных функций, ухудшение экономического положения вследствие употребления наркотиков. То есть пациент первоначально осознает, а затем перестает осознавать вредные последствия зависимости и полностью находится во власти своей привычки. В ходе употребления, при формировании синдрома зависимости меняется репертуар потребления вещества, чаще он сужается. Зависимостью можно считать также не только употребление данного вещества, но и желание его употребить. Пациент начинает осознавать свое аномальное влечение тогда, когда пытается избавиться от употребления или лишь ограничить прием вещества. Эти попытки могут быть связаны с тем, что у него нет средств на приобретение следующей дозы, или под давлением окружающих он должен себя ограничивать.

Синдром зависимости может проявляться по отношению к определенному веществу, классу веществ или более широкому спектру различных веществ. Так, некоторые пациенты начинают сразу употреблять любые доступные наркотики без всякой системы, при отмене у них возникают беспокойство, агитация и/или физические признаки синдрома отмены, которые трудно ассоциировать с каким-либо одним веществом. Одни наркоманы фиксируются только на одном веществе, а другие рассматривают как средства ликвидации синдрома отмены. Хотя синдром зависимости является достаточно отчетливым, тем не менее у пациента в данный момент может

быть воздержание по личным мотивам, например психологическим или социальным. Другие пациенты на время прекращают прием, хотя испытывают тягу к приему наркотика, потому что находятся в тюрьме, или в клинике. Некоторые пациенты не принимают психоактивное вещество, несмотря на тягу к нему, потому что принимают метадон или налтрексон (антаксон) при опиатной зависимости, или курильщики жуют никотиновую жевательную резинку, или вынуждены окружением ходить на поддерживающие психотерапевтические сеансы. Пациенты, страдающие алкоголизмом, после сеансов «кодирования» могут также продолжать испытывать влечение к алкоголю, но не принимают его в связи со страхом смерти или утраты здоровья. Но все же при синдроме зависимости пациент чаще продолжает активно и постоянно принимать наркотик. Форма зависимости, которая протекает импульсивно, сопровождается сужением сознания, обозначается при употреблении алкоголя как дипсомания. Подобная зависимость близка к кругу аффективных расстройств и часто маскирует депрессию, но она также рассматривается как эквивалент эпилептического пароксизма.

#### *Состояние отмены.*

К состояниям отмены относится группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, проявляющаяся при полном или частичном прекращении приема вещества после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах, употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Обычно состояния отмены развиваются менее чем через 24 часа после употребления последней дозы. Они состоят из физиологических, поведенческих и когнитивных симптомов. В период отмены возможны судороги.

Синдром отмены является одним из проявлений синдрома зависимости и может быть основным диагнозом, если он достаточно выражен и является непосредственной причиной обращения к врачу.

Физические нарушения могут варьировать в зависимости от употребляемого вещества, но чаще речь идет о вегетативных реакциях, суставных, желудочно-кишечных, сердечно-сосудистых расстройствах. Также характерны для синдрома отмены психические расстройства, например, беспокойство, тревога, раздражительность, слабость, депрессия, расстройства сна. Обычно пациент указывает, что синдром отмены облегчается последующим употреблением ве-

щества. Иногда синдром отмены возникает без предшествующего употребления как своеобразный рефлекс, который ранее был неоднократно закреплен. Например, при алкоголизме, когда уже в течение года пациент не употреблял спиртное, могут возникнуть психические эквиваленты синдрома отмены после острого стресса.

#### *Состояние отмены с делирием.*

Состояние синдрома отмены может сопровождаться делирием, точно таким же, как описанный в F05. То есть после периода тревоги и беспокойства с вегетативными симптомами и нарушениями сна возникает дезориентировка в месте и времени с наплывом устрашающих зрительных галлюцинаций, со страхом и возбуждением. После последнего приема психоактивного вещества может пройти от 24 часов до 3 суток. Этот делирий может сопровождаться генерализованными тонико-клоническими судорогами.

#### *Психотическое расстройство.*

Расстройство, возникающее во время или непосредственно после употребления психоактивного вещества, характеризуется яркими галлюцинациями (обычно слуховыми, но часто затрагивающими более одной сферы чувств), ложными узнаваниями, бредом и/или идеями отношения (часто параноидного или персекуторного характера), аффектом (от сильного страха до экстаза). Сознание обычно ясное, хотя возможна некоторая степень его помрачения, не переходящая в тяжелую спутанность. Расстройство обычно проходит в течение 1 месяца, иногда частично, и полностью — в течение 6 месяцев. Важно, что психотическое расстройство развивается во время или непосредственно после употребления психоактивного вещества (обычно в течение 48 часов), его симптомы весьма вариabельны в зависимости от типа вещества и личности употребляющего. Так, у лиц с высоким интеллектом возможен продолжительный контроль своих переживаний.

Сложности возникают тогда, когда речь идет о приеме веществ с первичным галлюциногенным эффектом. В этом случае ставят диагноз острой интоксикации, поскольку расстройства восприятия сами по себе могут возникнуть не в период отмены, а в результате самих галлюциногенов.

Клиника психотического расстройства может быть шизофреноподобной, бредовой, галлюцинаторной или полиморфной, но может включать депрессии, маниакальные состояния. Например, психоти-



ческие расстройства в результате употребления каннабиоидов являются достаточно точными экзогенными моделями шизофрении.

#### *Амнестический синдром.*

Под этим синдромом понимают хроническое выраженное нарушение памяти на недавние события; память на отдаленные события иногда нарушается, в то время как непосредственное воспроизведение этих событий сохраняется. Типично нарушение чувства времени и порядка событий, а также способности к усвоению нового материала. Пациенты часто называют актуальные даты вперед или назад. Конфабуляции возможны, но не обязательны. Главными симптомами являются фиксационные расстройства памяти и нарушение ориентировки во времени при отсутствии нарушений познавательных функций, при этом в анамнезе, или со слов близких, должны быть объективные доказательства хронического употребления психоактивных веществ. Обычно личность отличается чертами зависимости, неискренности, апатическими чертами.

#### *Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (оставленным) дебютом.*

Некоторые психотические и другие психические расстройства в результате употребления психоактивных веществ отмечаются не непосредственно при интоксикации или отмене, но позже, иногда через несколько месяцев. В этом случае анамнез со слов пациента, данные объективного исследования и сведения со слов близких, а также некоторые особенности клиники позволяют предположить, что речь идет о последствиях злоупотребления. Это может быть изменение общих характеристик личности, поведения, привычек или фрагментарные психозы. Иногда трудно доказать, что данные расстройства обусловлены прошлой интоксикацией, так как возможны иные психические расстройства, возникающие у лица с отягощенным анамнезом. Для доказательства такой связи важно установить, является ли резидуальное расстройство усилением предыдущего состояния или оно возникает на фоне нормальной психики. У пациентов с наркотическим опытом иногда возникают реминисцентные эпизоды периода употребления наркотика, например сновидения об инъекциях или ситуациях употребления, эйфории, которые возвращают воспоминания о прошлом. Типичны расстройства личности и поведения, которые часто ничем не отличаются от органических

расстройств личности, органических когнитивных расстройств или соответствуют общим критериям деменций.

Учитывая наибольшую распространенность и наиболее частое возникновение экспертных вопросов приводим более подробные описания клинки психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя.

*Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя.*

Этиология.

В основе алкоголизма лежат биологические, социальные, психологические причины. Биологическими причинами являются генетическая детерминация алкоголизма, связь алкоголизма с дефицитом серотонина и недостаточной способностью мозга к окислению альдегидов. Уровень алкогольдегидрогеназы значительно варьирует у разных этнических групп и явно, например, выше у славян, по сравнению с палеоафриканской и тюркскими группами. Полагают также, что недостаток норадреналина и избыток дофамина могут способствовать алкогольным психозам. Вероятно, алкоголизм связан с гипотетическим алкогеном, аллелью дофамин 2 рецепторного гена. Существуют семьи, в которых алкоголизм передается по доминантному, рецессивному типу, сцеплен с полом или возникает подобно мутации. В крови больных алкоголизмом ниже уровень триптофана, предшественника серотонина.

Социальными причинами алкоголизма являются стресс, семейная дезадаптация, снижение экономического уровня, подражание окружающим в детском и подростковом возрасте. Психологической причиной является прием алкоголя как препарата, улучшающего коммуникации, как антидепрессанта, для снижения уровня тревоги. Поэтому алкоголизм часто является маской аффективных расстройств. Кроме того, некоторые личностные черты сами по себе могут нивелироваться приемом алкоголя, хотя алкоголизм обычно в дальнейшем их заостряет.

Распространенность.

В течение жизни алкоголь хотя бы раз в жизни употребляет 95% популяции, ежедневно употребляют алкоголь 5%, однако алкоголизм развивается примерно у 1% населения. У женщин алкоголизм встречается реже, но протекает более злокачественно. Существуют этнические различия в крепости употребляемых напитков,

например, в такой африканской стране, как Гана, на душу населения в сутки употребляется пива в 10 раз больше, чем в среднем в Европе, во Франции красного сухого вина в 10 раз больше, чем в России. Крепость употребляемых напитков в целом возрастает от экватора к Северному полюсу, но не возрастает от экватора к Южному полюсу.

Клиника.

#### *Острая интоксикация.*

Неадекватность поведения, эйфория, невнятная, часто ускоренная речь, утрата тонкой координации, шаткость походки, нистагм, покраснение кожных покровов тела. Для диагностики алкогольного опьянения применяются методы определения алкоголя в выдыхаемом воздухе (пробы Раппопорта и Мохова–Шинкаренко). С помощью газожидкостной хроматографии и спектрометрии алкоголь определяют в крови и моче, а также в содержимом желудка. Легкому опьянению соответствует 0,5–1,5 г/л [Постоянным эндогенным фоном алкоголя, связанным с метаболизмом, является фон 0,02 г/л.] алкоголя в крови, средней тяжести — 1,5–3 г/л, тяжелому опьянению — 3–5 г/л. Более высокие дозы могут быть смертельными. Различают простое, атипичное и патологическое опьянение. Причиной атипичности опьянения является органический фон, совпадение опьянения с аномальным аффективным фоном или прием, совместно с алкоголем, иных психоактивных средств, например клофелина или транквилизаторов.

#### *Употребление с вредными последствиями.*

В результате употребления алкоголя отмечаются социальное снижение и дезадаптация, чаще обнаруживаются симптомы соматических изменений со стороны печени, головного мозга, сердечно-сосудистой системы, изменяется личность, интересы которой фиксируются на круге приема спиртного. Обычно симптомы соматических расстройств маскируются приемом спиртного, но после прекращения употребления спиртного пациенты начинают на них жаловаться.

Социальная дезадаптация и снижение обнаруживаются в тонких особенностях поведения. Например:

а) пациент стремится к дистанцированию от прежних знакомых, которые не одобряют его привычку, особенно по отношению к коллегам по работе, понимая, что от него может «не так пахнуть»;

- б) перестает обращать внимание на чистоту своей одежды и тела;
- в) опережает прием спиртного за столом во время праздника, выпивая до первого тоста, и выпивает во время тоста;
- г) может в течение суток выпить разные типы спиртных напитков;
- д) реагирует даже на незначительный стресс стремлением выпить и «успокоиться»;
- е) объясняет употребление спиртного отсутствием перспектив, неудачами;
- ж) утрачивает интерес к социальным отношениям и фиксируется на круге лиц, с «которыми можно отлично посидеть».

#### *Синдром зависимости.*

Последовательное формирование психической и физической зависимости. Признаком возникновения физической зависимости является формирование синдрома отмены, который купируется следующей дозой алкоголя. Психическая зависимость заключается в том, что любое эмоциональное напряжение, связанное с незначительным воздействием, гасится спиртным. При этом повышенное и сниженное настроения являются достаточным поводом для выпивки. Возможны утрата контроля за количеством выпитого и эпизоды амнезии в период глубокого опьянения. Пациент обыкновенно отрицает наличие психической зависимости и компенсирует свое поведение всякого рода уловками, например прячет спиртное от близких, которые не одобряют его поведения или пытается их вовлечь в свое поведение. Признаком физической зависимости является абстиненция, обычно по утрам, которая может быть купирована только спиртным. Обыкновенно через некоторое время физическая зависимость приводит к запою, который длится несколько дней. В прежней отечественной классификации формирование психической зависимости относили к 1-й стадии алкоголизма, а физической зависимости — ко 2-й стадии, к 3-й стадии относили алкоголизм с энцефалопатиями и изменениями других внутренних органов. Типичны цирроз печени, алкогольная кардиомиопатия, полинейропатия, феминизация мужчин и маскулинизация женщин. Кроме того, у пациентов с алкоголизмом повышен риск травматизма, суицида, отравления.

Толерантность в 1-й стадии возрастает и достигает плато во 2-й стадии, в 3-й стадии она значительно снижается. Если в период

абстиненции случаются соматические расстройства, то они могут декомпенсироваться и даже приводить к гибели пациента.

#### *Синдром отмены.*

Синдром отмены выражается в абстиненции. Тремор, тошнота или рвота, слабость, вегетативные расстройства, тревога, снижение настроения, головная боль, бессонница, гиперрефлексия, судороги (алкогольная эпилепсия) как симптомы абстиненции возникают через 10–20 часов после прекращения приема спиртного. Прием алкоголя приводит к смягчению абстиненции, и поэтому при личностной деградации пациенты стремятся найти новую дозу спиртного. Синдром отмены при юношеском алкоголизме является неблагоприятным прогностическим признаком быстрой алкогольной деградации. Судороги в период отмены могут быть у пациентов с дипсоманиями, то есть импульсивными запоями, после перенесенных черепно-мозговых травм или при интоксикациях суррогатами алкоголя.

#### *Психотическое расстройство.*

Классическими являются алкогольный делирий (белая горячка, *delirium tremens*), алкогольный параноид и галлюциноз. Делирий возникает на 2–3-й день, обычно вечером, после прекращения запоя, на фоне тревоги, страха, растерянности, вегетативных расстройств. Пациент дезориентирован в месте и времени. Отмечается наплыв устрашающих зрительных зооптических галлюцинаций, которые определяют поведение пациента. При сочетании делирия с соматической патологией возможно нарастание глубины расстройств сознания до мусситирования (бормочущего делирия) и аменции. Иногда в структуре переживаний шизофреноподобная симптоматика с симптомом открытости мыслей, бредом воздействия и преследования. Однако эти случаи нуждаются в пристальном внимании, так как часто связаны с сочетанием шизофрении и алкоголизма (Гретеровская шизофрения).

#### *Амнестический синдром.*

Проявляется в структуре Корсаковского психоза, энцефалопатии Вернике, печеночной энцефалопатии. Корсаковский психоз характеризуется фиксационной амнезией, ретро-антероградной амнезией, конфабуляциями и псевдореминесценциями, которые соче-

таются с полинейропатией. Шаткость походки и полинейропатия могут предшествовать амнестическим нарушениям. Острая алкогольная энцефалопатия Гайе — Вернике развивается в результате дефицита тиамина. Возникают спутанность сознания, апатия и сонливость, которые переходят в сопор и кому, острая и подострая офтальмоплегия и неустойчивость походки. Возможно сочетание энцефалопатии Вернике и Корсаковского психоза (синдром Вернике—Корсакова). При печеночной энцефалопатии: нарушается чувствительность, тремор, гиперрефлексия, иногда судороги, дизартрия, хореоатетоз, атаксия и деменция с нарушениями памяти. Выраженность амнестических расстройств не всегда связана с алкогольным стажем и толерантностью, а часто с гиповитаминозом, возрастом, дополнительной соматической патологией.

*Резидуальное состояние и психотическое расстройство с отставленным дебютом.*

Алкогольные изменения личности включают эмоциональные нарушения, в том числе аффективную неустойчивость, депрессию, лживость, эгоцентричность, чувство вины и беспокойство. С одной стороны, пациенты часто с готовностью откликаются на просьбы, но быстро о них забывают и погружаются в свой эгоцентрический мир, главной ценностью которого является выпивка. Это приводит к утрате доверия окружающих и лишению алкоголика социальной поддержки. Неприятности нарастают как снежный ком, если поведение вступает в противоречие с законом и пациент лишается семьи. Чувство раскаяния может быть глубоким и даже приводит пациентов к суицидальным мыслям и поступкам, особенно если они социально дезадаптированы. Характерны симптомы граммофонной пластинки с постоянным стереотипным возвращением к одним и тем же стоячим оборотам в речи, одним и тем же историям из прошлого. В резидуальном периоде отмечаются также хронические галлюцинозы, которые сопровождаются слуховыми комментирующими и угрожающими истинными галлюцинациями.

*Диагностика.*

Диагноз основан на данных анамнеза, исследовании уровня алкоголя в крови, выявлении клинических симптомов зависимости и отмены, а также алкогольных изменений личности. Для психологических характеристик типичны снижение когнитивного статуса и успешности, постоянные мысли о выпивке, самооправдание, чув-

ство вины, депрессия и тревога, приступы ярости и агрессивность, сновидения алкогольного содержания. При соматическом исследовании печень увеличена, тремор, тошнота, потливость, слабость и снижение чувствительности стоп, шумы в сердце и экстрасистолы, розовое акне (красный нос), телеангиэктазии, признаки дегидратации со снижением тургора кожи, ускоренная инволюция, гипогонадизм, андрогенизация у женщин и феминизация у мужчин. [87; 100]

### *3.9.1. Вопросы экспертизы.*

При решении экспертных вопросов необходимо оценить следующие факторы: наличие синдрома зависимости, степень специфических изменений личности, наличие и степень интеллектуально-мнестического снижения, наличие психотических эпизод, степень выраженности коморбидных психических и сопутствующих соматических заболеваний.

#### *♦ Судебная экспертиза.*

В практике судебной экспертизы нередким является определение ограниченной дееспособности при зависимостях. Наличие токсического опьянения на момент совершения противоправных действий является фактором, отягощающим вину. О невменяемости (недееспособности) можно говорить в случае психотических расстройств, наличии качественных и количественных расстройств сознания (в том числе — патологическое опьянение), выраженном интеллектуально-мнестическом снижении.

#### *♦ Трудовая экспертиза.*

Как правило, данный вопрос поднимается при наличии выраженных интеллектуально-мнестических, личностных и поведенческих расстройств, при развитии коморбидной патологии, хронических психотических расстройствах.

#### *♦ Военная экспертиза.*

Призывники признаются негодными к воинской службе.

#### *♦ Медико-психолого-педагогическая экспертиза.*

В последние годы отмечается существенный рост детского и подросткового алкоголизма, токсических зависимостей, что требует разработки и активного внедрения специальных медико-психолого-педагогических мер превентивного характера.

### 3.10. Сексуальные расстройства

Данные расстройства являются частым объектом судебных экспертиз. Следует отметить, что всех подэкспертных можно разделить на две большие группы: самостоятельные сексуальные расстройства и сексуальные расстройства при других психических заболеваниях. При экспертной оценке второй группы ведущий акцент, определяющий заключение, будет зависеть от клинических особенностей психического заболевания.

*Расстройства половой идентификации.*

*Транссексуализм.*

Этиология.

Нарушение дифференцировки мозговых структур, ответственных за половое поведение (гипоталамуса), возможно, связанное с гормональным влиянием в период беременности.

Клиника.

Особенности поведения заметны с раннего детства. Стремление к игрушкам, характерным для противоположного пола, структуре отношений и стилистике поведения противоположного пола. Например, мальчики любят играть в куклы, вышивать и предпочитают спокойные игры в дочки-матери, девочки, соответственно, активные и агрессивные игры, мальчишеские компании, оружие. Транссексуализм в целом есть нарушение поведения, обусловленное желанием жить и быть принятым в качестве лица противоположного пола, сочетающееся с чувством неадекватности или дискомфорта от своего анатомического пола и желанием получить гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу. В связи с социальными проблемами и тем, что влечение у данных личностей направлено на физиологически свой пол при ином психологическом половом сознании, часты депрессии и высокий риск суицидов. Постановка диагноза транссексуализм достаточна для разрешения оперативного изменения пола в большинстве стран. Иногда транссексуальные переживания бывают нестойкими.

*Трансвестизм двойной роли.*

Этиология.

Нарушение полоролевых установок, обычно в детском возрасте.



Клиника.

Ношение одежды противоположного пола как часть образа жизни, с целью получения удовольствия от принадлежности к другому полу. Переодевание не носит сексуальной окраски и не вызывает полового возбуждения, что отличает данное расстройство от фетишистского трансвестизма. Типична переоценка психологических преимуществ противоположного пола при признании позитивного в гетеросексуальных физиологических отношениях.

*Расстройства половой идентификации у детей.*

Этиология.

Нарушение дифференцировки мозговых структур, ответственных за половое поведение.

Клиника.

В возрасте с раннего детства до начала пубертата отмечается постоянная, интенсивная неудовлетворенность по поводу зарегистрированного пола вместе с настойчивым желанием принадлежать и убежденностью в принадлежности к противоположному полу. Чаще встречается у мальчиков. Демонстрируется поведение и одевание, соответствующее противоположному полу. Может предшествовать транссексуализму.

*Расстройства сексуального предпочтения.*

Этиология.

Причинами расстройств полового предпочтения являются искажения этапов развития психосексуальности в онтогенезе. Большинство из них встречается в норме, однако указанные расстройства чаще отмечаются при гормональных, хромосомных нарушениях и генных аномалиях. Расстройства должны рассматриваться лишь в конкретном культуральном контексте, поскольку некоторые из них ритуализируются и считаются приемлемыми в некоторых культурах. Целый ряд расстройств полового предпочтения успешно эксплуатируется современной секс-индустрией, в частности, речь идет о наборах для садо-мазохизма, пип-шоу для вуайеристов, атрибутах транссексуализма.

Клиника.

Периодические фантазии, определяющие поступки в сфере сексуального поведения. Эти поступки, в связи с несоответствием актуальным культуральным нормам, вызывают дезадаптацию и не-

вротизацию индивида. Влечения рассматриваются как необходимые для снятия возрастающего напряжения или тревоги. Последствия аномальных поступков сами могут являться источником стресса. Однако они могут быть только симптомом в синдромальной структуре аномалий личности или шизофрении. Важно также учитывать, что пациенты тщательно скрывают некоторые социально неприемлемые черты влечения, поэтому в диагностике особое значение приобретает наблюдение поведения.

#### *Диагностика.*

Диагноз ставится на основании того, что у пациента отмечают периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные предметы или поступки. При этом он или поступает так, как диктуют влечения, или в борьбе с ними испытывает значительный дистресс. Это предпочтение наблюдается минимум 6 месяцев. Возможны множественные расстройства сексуального предпочтения (F65.6), когда различные аномальные, сексуальные предпочтения сочетаются у одного индивидуума чаще, чем можно ожидать исходя из простой статистической вероятности. Наиболее частой является комбинация фетишизма, трансвестизма и садо-мазохизма, педофилии и садизма, мазохизма и вуайеризма.

#### *Фетишизм.*

##### *Этиология.*

Влечение к определенным предметам, связанное с наслаждением. Фетишами чаще становятся нижнее белье, обувь, носовые платки, игрушки. Отражает нарушение сексуальной коммуникации, личностные и эмоциональные расстройства. Связан с ассоциированием конкретного предмета и сексуального возбуждения в детском и подростковом возрасте. В дальнейшем для достижения сексуального возбуждения, оргазма, эрекции или либрикации важен образ фетиша, его запах или тактильные ощущения от соприкосновения с фетишем.

##### *Распространенность.*

Широко встречается как в норме, так и патологии, преимущественно у мужчин.

##### *Клиника.*

Фетиш обычно символизирует объект любви, он помогает усилить яркость фантазий и добиться максимального полового возбуждения. Может сопровождать как нормальную, так и патологиче-

скую сексуальность, преодоление трудностей в достижении фетиша также доставляет наслаждение. Часто сочетается с мастурбацией. Трансвестизм также может быть одним из вариантов фетишизма. Насильственное стремление к фетишу может быть мучительно для пациента и приводит его к нарушению социальных норм, например воровство фетиша. В таких случаях фетишист может похищать женское белье, обувь, потерянные предметы, они составляют набор его коллекции. Обычно для каждого фетишиста характерен свой набор символов.

Диагностика.

Расстройство полового предпочтения, которое связано с фетишом (какой-либо неживой предмет). Фетиш является самым важным источником сексуальной стимуляции или необходим для удовлетворительной сексуальной реакции, то есть эрекции и эякуляции.

*Фетишистский трансвестизм.*

Этиология.

Наряду с фетишистской фиксацией присутствуют элементы нарушений идентификации пола. Причины преимущественно находятся в стадиях развития психосексуальности. Например, в возрасте 3–5 лет не было контакта с представителями другого пола или они были опасны для пациента.

Клиника.

Ощущение принадлежности другому полу достигается контактом с одеждой другого пола, в результате переодевания. Акция по переодеванию способствует или является единственно возможным средством достижения оргазма. Если для возбуждения необходимо присутствие несколько представителей иного пола, которые наблюдают пациента, переодетого в фетиши противоположного пола, то это приводит к конфликту между поведением и моралью, а также к нарушению социальных контактов. Среди предпочитаемых фетишей преобладает нижнее белье, чулки, обувь противоположного пола, косметика.

Диагностика.

Расстройство полового предпочтения, которое заключается в том, что ношение предметов туалета противоположного пола или одежды воссоздает соответствующую этому полу внешность и ощущение принадлежности к нему. Переодевание в одежду противоположного пола связано с половым возбуждением. После достиже-

ния оргазма и снижения полового возбуждения возникает желание снять одежду противоположного пола.

### *Эксгибиционизм.*

Этиология.

В основе лежит биология доминирования, в которой демонстрация эрегированного полового члена связана со стремлением к самоутверждению, власти, гиперкомпенсации собственной ущербности. Часто встречается как симптом при гебефренической шизофрении, хорее Гентингтона, лобных атрофиях, а также у диссоциативных личностей.

Распространенность.

Встречается преимущественно у мужчин, однако существуют редкие описания у женщин.

Клиника.

Обычно в период эмоционального стресса возникает напряжение и компульсивное желание к демонстрации своих половых органов незнакомым людям, чаще противоположного пола. Обычно для этих целей выбираются скрытые места, из которых возможно бегство, иногда общественные места. Демонстрация часто сопровождается мастурбированием и эякуляцией. Возможны эротические фантазии, которые замещают демонстрацию половых органов.

Диагностика.

Расстройство полового предпочтения, которое заключается в периодически возникающей или постоянной тенденции неожиданно показывать свои половые органы незнакомым людям (обычно противоположного пола), что сопровождается половым возбуждением и мастурбацией, при этом намерении приглашение к половому акту «свидетелей» отсутствует.

### *Вуайеризм.*

Этиология.

В основе лежит биология имитативности. Какое-либо действие, в данном случае, сексуальное возбуждение, отмечается у индивида более ярко, если оно наблюдается у посторонних. Вуайеризм поэтому часто сочетается с импотенцией.

Клиника.

Основой является стремление к подглядыванию за половым актом, раздеванием, чаще лиц противоположного пола, физиологическими отправлениями у лиц противоположного пола. Наблюдение

сопровождается мастурбацией, однако мастурбация может быть и при воспоминании о наблюдаемых событиях.

*Диагностика.*

Расстройство полового предпочтения, которое заключается в периодически возникающей или постоянной тенденции подглядывать за людьми во время сексуальных или интимных занятий, таких как переодевание, что сочетается с половым возбуждением и мастурбацией. Вуайерист не проявляет желания обнаруживать свое присутствие и вступить в половую связь с объектом наблюдения.

*Педофилия.*

*Этиология.*

Сексуальное влечение к детям обусловлено фиксацией сексуального влечения в психическом онтогенезе. В дальнейшем влечение включает только или преимущественно на регрессивный объект или его инфантильные признаки. Влечение к подросткам характерно для гомосексуальной ориентации. Одна из наиболее частых причин сексуальных преступлений.

*Распространенность.*

Преимущественно отмечается у мужчин, объектами педофилии чаще являются мальчики, чем девочки. Нередко встречается сочетание других парафилий и педофилии, особенно педофилии, фетишизма и садизма.

*Клиника.*

Основной чертой является фиксация в эротических фантазиях и реализации сексуальности, фиксированной на детях и подростках. В скрытом виде это может быть влечение, которое активизируется символами инфантильности в манере поведения, одежде. Иногда влечение выражено импульсивно, пациенты могут обращаться к психиатрам в связи с жалобами на навязчивую сексуальную ориентацию на детей и подростков, которая особенно активизируется после наркотической и алкогольной интоксикации. Борьба против педофилической ориентации может проявляться симптомами депрессии.

*Садо-мазохизм.*

*Этиология.*

Причиной садизма и мазохизма является потребность в отреагировании стремления к доминированию, тревоги, чувства вины. Объект влечения может в некоторых чертах подвергаться агрессии

или считаться источником наказания, если он напоминает значимый образ в детстве, с которым связаны инцестуозные чувства. Агрессивность является биологической базой садизма (позиция хищника), а субмиссивность (подчинение, виктимность (позиция жертвы) — биологической базой мазохизма. Для развития садомазохизма имеют значения совпадения наказания и эротически значимого образа, а также образа доминантной фигуры (матери, отца).

Клиника.

При садизме пациент получает удовольствие и разрядку сексуальности в стремлении доставлять боль, унижать, ставить другого или других (гомо- или гетеросексуальный объект) в положение субмиссии (зависимости) от себя. При мазохизме пациент получает удовольствие и разрядку сексуальности, когда ему доставляют боль, унижают другой или другие (гомо- или гетеросексуальный объект), а также когда его ставят в положении жертвы и субмиссии (зависимости) от себя. Иногда поведение заключается в смене позиции хищника на позицию жертвы или в их совмещении на протяжении одного сексуального контакта.

Диагностика.

Садизм — это такая половая активность, которая предполагает в своем завершении по отношению к партнеру нанесение ему боли, унижений и установлений зависимости, мазохизм предполагает аналогичные действия, но направленные на самого индивидуума.

*Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией.*

Этот раздел предназначен для описания проблем, которые происходят из особенностей сексуального развития или ориентации, при этом половое предпочтение не обязательно является аномальным или приводящим к дезадаптации, как семейной, так и социальной. Между тем сама сексуальная ориентация, в частности гомосексуальность, не рассматривается как расстройство, если она гармонично вписывается в структуру личности и социальное окружение.

Видение в себе признаков иной сексуальной ориентации приводит часто к тревоге и депрессии, нарушениям самооценки и трудностям к установлению партнерских отношений. Именно в этих случаях применяется для диагностики данный раздел и указывается тип ориентации (гетеросексуальный, гомосексуальный, бисексуаль-

ный, который предполагает одинаковую сексуальную привлекательность обеих полов). Следует учитывать, что в пубертатном возрасте отмечается неустойчивость сексуальной ориентации и возможна ее смена.

### *Расстройство полового созревания.*

Этиология.

В пубертате и постпубертате возможны переживания амбивалентности при оценке своей половой конституции и половой принадлежности, обусловленные психоэндокринной инверсией или реальным становлением гомосексуальности (бисексуальности или гетеросексуальности). Это особая форма психологического кризиса при становлении сексуальности.

Распространенность.

Чаще отмечается при становлении гомосексуализма или бисексуальности у мужчин. Однако некоторые данные свидетельствуют о том, что до 10% мужчин и 10% женщин в постпубертате переживают кризис полового созревания.

Клиника.

Пациент страдает от неопределенности своей половой принадлежности или сексуальной ориентации, что приводит к тревоге или депрессии. Неопределенность связана с амбивалентными чувствами, испытываемыми пациентом к партнерам, особенностями эротического фантазирования, трудностями в отношениях с представителями своего или другого пола, например, трудностями в общении и понимании. Тревога или депрессия могут возникать как реакция на конфликт или эндогенно, в результате "вторжения" в фантазии иной ориентации. Задержка формирования или неустойчивость Эго приводит к постоянному чувству неуверенности в правильности своей ориентации.

Диагностика.

Эмоциональные реакции в связи со страданием осознания своей половой ориентации.

### *Эгодистоническая сексуальная ориентация.*

Этиология.

Задержка формирования или неустойчивость Эго приводит к постоянному желанию изменить свою ориентацию по личным или социальным причинам.

Клиника.

Пациент знает о своей гомо-, би- или гетеросексуальности, но ее отрицает, негативно на нее реагирует тревогой, депрессией, страхом. Иногда является следующей стадией развития после кризиса полового предпочтения. Пациент настаивает на изменении своей половой ориентации, например, осознавая гомосексуальность, он вынужден от нее отказаться в связи с планами службы в армии или по религиозным причинам, а также по экономическим или культуральным причинам.

Диагностика.

Половая идентификация или сексуальное предпочтение не вызывают сомнений, но индивидуум желает, чтобы они были иными.

*Расстройство сексуальной связи.*

Этиология.

Дисгармония сексуальных отношений, обусловленная скрытой аномалией половой идентификации.

Клиника.

У пациента (или пациентки) не устанавливается доверие к половому партнеру, часты конфликты с ним, часто меняются половые и семейные партнеры. Устойчива семейная дисгармония, часты случаи агрессии или неадекватности партнерских отношений в семье. [57; 87; 100]

### 3.10.1. Вопросы экспертиз.

#### ◆ *Судебная экспертиза.*

Наиболее часто к необходимости в проведении экспертизы приводят расстройства сексуального предпочтения (перверсии, парафилии). Подэкспертные признаются недееспособными, им назначается принудительное лечение.

#### ◆ *Трудовая экспертиза.*

Неактуальна.

#### ◆ *Военная экспертиза.*

Учитывая закрытость сексуальной жизни от общества, данные проблемы крайне редко становятся объектом военной экспертизы. Актуальной является проблема симуляции призывниками тех или иных видов сексуальных расстройств с целью уклонения от выполнения воинского долга. Данная ситуация предполагает привлечение к проведению комплексной экспертизы специалиста-сексопатолога.



♦ *Медико-психолого-педагогическая экспертиза.*

Большую роль приобретает ранее выявление расстройств половой идентификации, осуществление комплексных психогигиенических и просветительских программ по вопросам пола, сексуальности, укрепление традиционных семейных ценностей.

**РАЗДЕЛ IV**  
**КЛИНИЧЕСКАЯ ЛИНГВИСТИКА**  
**И ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ**  
**КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ**  
**РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЛЯ**  
**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ**  
**ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И**  
**ПРОВЕДЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЭКСПЕРТИЗ**

Диагностический процесс в психиатрии и клинике психосоматических расстройств базируется на выявлении, верификации и интерпретации расстройств, проявляемых в речи и поведении пациента. В связи с этим основную роль в диагностике играет изучение речевого поведения больного. Нами (Ганзин, 2002, 2011) [35; 36] разработана *концепция речевого поведения при психических расстройствах*. В соответствии с этой концепцией речевое поведение есть результат взаимодействия трёх *разномодальных семантик*, отражающих различные его аспекты: семантики вербального компонента высказывания, просодики (паралингвистики) — невербальных компонентов речевого сообщения и кинесики — невербального поведения (мимика, поза, жест), сопровождающего речь пациента.

#### **4.1. Кинесический аспект**

*Кинесический* аспект речевого поведения изучает клиническая этология. *Этология* — наука изучающая поведение человека. Её становление знаменует 1973, когда Лоренц, Тинберген и фон Фриш получили Нобелевскую премию за работы в области биологии поведения. В последующем Эйбл-Эйбесфельд основал этологию человека. В 80–90-х годах в работах кафедры психиатрии Крымского Медицинского Университета сформировалось направление психиатрической этологии.

В задачи этологии входит наблюдение и описание — феноменология поведения в норме и при патологии, выяснение причин конкретного поведения, изучение поведения в его онтогенезе, фило— и историогенезе. Основной метод этологии — наблюдение (неэкспериментальное) естественного поведения в естественных условиях.

Выделяют следующие *уровни поведения*:

1. Элементарные единицы поведения, единицы двигательных актов.

2. Простые комплексы поведения.

3. Сложные комплексы поведения.

Элементарные единицы поведения включают в себя особенности позы (в положении сидя и в положении стоя), элементарные единицы мимики и особенности жестов. В этологических руководствах детально описано типология указанных единиц поведения, их биологическое значение. Следует особо подчеркнуть, что этологические (кинесические) параметры речевой коммуникации в большей степени являются неосознаваемыми и поэтому служат важным индикатором переживаемых пациентом эмоциональных состояний и аффектов, отражают особенности соматического состояния, энергетики организма, его активности и направленности. Поэтому учёт этологических параметров речевого поведения важен для точной диагностики, выявления неискренности, точной верификации переживаний пациента. В клинической этологии описаны маркеры тех или иных психических расстройств по каналам «мимика-поза-жест». Кроме того, в концепции речевого поведения важным является не только описание единиц поведения, но и их динамика в единицу времени, что выделено в качестве дополнительных диагностических критериев основных психических расстройств.

Простые комплексы поведения исследуют индивидуальные состояния при общении (праксемика), особенности приветствия и коммуникации на расстоянии, ориентация пациента при контакте (кинезис — движение ориентации, смена поз, зависящие от интенсивности стимула и таксис — элементы ориентировочного поведения в зависимости от особенностей окружающих стимулов).

Сложные формы индивидуального поведения включают в себя следующие категории: сон, локомоция (особенности походки и передвижения), поведение поддержания чистоты тела и одежды, комфортное поведение, агонистическое поведение (аутогетероагрессия), имитационное, пищевое, поисковое (ориентиро-

вочное, исследовательское), демонстрация доверия и подчинения, поведение внимания и контакта, поведение доминирования и иерархии, территориальное поведение, поведение намерений (инициальное), амбивалентное, ритуализированное, сексуальное поведение, игра. [67;108;109]

В качестве примера приводим *кинестические (этологические) признаки поведения неискренности (лжи) и инициальные признаки агрессивного поведения*, как наиболее значимые в практике коммуникаций в процессе диагностики и терапии.

Субъект, сообщающий преднамеренно неправдивую информацию склонен к более высокой динамике смены поз (ёрзанье), характерны боковая ориентация к собеседнику или поворот туловища в сторону от него; жесты латентной тревоги (потирание кончиками пальцев боковой поверхности шеи), жесты, прикрывающие нижнюю половину лица; пристальный, немигающий взгляд в сторону собеседника, либо частое моргание, взгляд в сторону, в пол, более частое сглатывание слюны (ощущение сухости в полости рта как соматизированная тревога). Указанные вещи усиливаются просодически (смена интонации, громкости и темпа речи, внезапные паузы) и вербально (заверение в собственной честности, искренности, отсутствии обмана, корысти, чрезмерное выражения дружелюбия, беспочвенный альтруизм).

Инициальные признаки агрессивного поведения проявляются сменой позы на более открытую и статичную поворотом фронтально к собеседнику, тенденцией к сокращению индивидуальной дистанции при общении, увеличении плеча (движения руки, демонстрирующие бицепс), сжатие кистей в кулаки. Характерны постукивание руками, притопывания ногами, напряженное выражение лица, сжатые губы, оскал, напряжение скуловых областей, пристальный взгляд в глаза с расширением зрачков, напряжение мышц шеи, поза боксера. На просодическом уровне указанные паттерны поведения усиливаются жёсткой металлической интонацией, с интенсификацией согласных звуков, акцентированием ключевых фраз (слов), резкими возрастаниями интенсивности и скорости фонации, внезапными паузами. Вербальная семантика может отражать всего лишь мягкую конфронтацию, иронию, попытку смены темы, переход на личности.

## 4.2. Паралингвистический (просодический) аспект речевого поведения

Паралингвистический анализ речевого поведения рассматривает особенности просодии речи в ее динамике, изучает паралингвистические характеристики, их семантику и ее взаимоотношения с семантикой вербального сообщения. Исследование просодических особенностей сообщения включает в себя два момента:

1). субъективный — анализ аудиозаписи психодиагностического интервью с описанием и характеристикой просодических черт согласно матрицам и схеме, разработанных нами;

2). инструментальный — изучение динамических спектрограмм (аудиограмм), полученных при помощи программы **Sound Forge 4. Od (Build 173) for Windows NT & 95 PC Pentium-133**, позволяющий визуализировать и объективизировать динамику спектральных и амплитудно-временных показателей в тесной связи с семантикой сообщения.

Приводим характеристики изучаемых паралингвистических параметров [35; 36; 39; 64; 65; 66; 68; 94].

*Темп речи* определяет скорость протекания психических процессов и определяется количеством слов произнесенных исследуемым субъектом в единицу времени (в 1 минуту). В ходе исследования, параллельно с изучением речи больных с психической патологией, производилось изучение в контрольной группе (лица психически и соматически здоровые). Усредненные показатели просодических характеристик контрольной группы приняты нами за условную норму. Так, темп речи 60–100 слов/мин. определяется как нормальный, 100–120 и 40–60 слов/мин, — незначительно ускоренный и замедленный, более 120 и менее 40 слов/мин, значительно ускоренный и замедленный, соответственно; учитывался также и характер изменения темпа в ходе беседы.

*Основной тон или громкость речи* — восприятие разности в физической силе произносимых звуков, определяемой как субъективно (на слух), так и инструментально. За нормальную громкость речи, с учетом постоянного фонового шума (до 10 дБ), нами приняты показатели 30–50 дБ. Показатели 50–60 дБ — умеренное, 60–70 дБ — значительное повышение основного тона, более 70 дБ — крик. 20–30 дБ — умеренное, 10–20 дБ — выраженное снижение, менее 10 дБ — шепот. Также учитывался характер из-

менений громкости речи в ходе беседы в зависимости от контекста высказывания, что вместе с другими показателями, подчеркивает и уточняет семантические характеристики сообщения.

*Тембр* речи — динамика спектрального состава звуков высказывания во времени. В настоящем исследовании осуществлялось как субъективное определение тембра (низкий, высокий) по выделению основных формант, так и инструментальное определение, компьютерным сонографом, учитывающим изменения как частотных, так и временных характеристик. Дополнительно определялось наличие и выраженность обертонов — субъективно и объективно определяемые добавочные форманты.

Под *мелодичность* речи понималась плавность и гармоничность спектральной динамики звукового ряда, наличие согласованности амплитудно-частотных характеристик обертонов. Определялась степень выраженности мелодичности и характер ее изменений.

*Прерывистость* речи — наличие артикуляционных перерывов в подаче речи, без синтаксической обоснованности. Определялись наличие и степень выраженности прерывистости.

*Паузы* — наличие перерывов в ходе сообщения (как синтаксически обоснованных, так и без семантической наполненности). Важное значение в оценке пауз играют их продолжительность, частота и характер заполнения. По продолжительности мы рассматриваем следующую градацию пауз:

— короткие: до 1 сек, которые в свою очередь делятся на 3 группы:

- короткие I — до 0,2 сек. — обусловлены артикуляционными и физиологически обоснованными остановками в ходе фонации, отражают синтаксический строй высказывания (конец предложения);
- короткие II — от 0,3 до 0,5 сек. — отражают эмоциональную насыщенность сообщения, влияние выраженных аффектов на дыхательный ритм и согласованность работы фонационно-артикуляционного аппарата;
- короткие III — от 0,6 до 1,0 сек. — связаны с дыхательным циклом, несут значимую семантическую нагрузку;

— средние: от 1 до 2 сек. — обусловлены семантически значимыми и трудно осмысливаемыми переживаниями, астенизацией;

— длинные: от 2 до 4 сек. — обусловлены аффективной патологией — депрессивные расстройства, внезапные и выраженные аф-

фективные переживания; эмоционально-волевым снижением, глубокой астенией, активным болезненным продуцированием на момент интервьюирования, диссимуляцией болезненных переживаний;

— сверхдлинные — более 4 сек. — их семантика обусловлена теми же расстройствами, что и при длинных паузах, но выраженными в большей степени.

Особое значение придавалось изучению *характера заполнения пауз*:

— вдохи и выдохи, их продолжительность: короткие (до 1 сек), длинные (более 1 сек); характер: с глоточным сжатием — акт дыхания при сомкнутых в различной степени голосовых связках, сопровождаемый особым акустическим феноменом, что характеризует эмоциональный фон исследуемого;

— наличие покашливаний, нечленораздельных звуков, звуков без словесного оформления, назализации (Rhinolalia), междометий, смеха и плача (с учетом степени вокализации и адекватности контексту высказывания). Учитывался характер звучания речи: продолжительность, сдавленность в фонации, неразборчивость и слитность, наличие интенсификации отдельных звуков.

Изучался характер *дикции* — четкость и правильность артикулирования и синтагмирования (синтаксическая правильность речи). Выделялись следующие нарушения:

— дисфонемия — нарушение воспроизведения отдельных звуков (фонем);

— дисфразия — нарушение произношения отдельных слов или /и их частей;

— диспрозодия — расстройство сферы акцентов, неправильность ударений, синтаксическое несоответствие.

Интонация — характеристика речи, объединяющая в себе взаимосвязь особенности динамики спектральных (обертоновых) и амплитудно-временных показателей в тесной связи с семантикой высказывания. Изучался характер интонации, ее динамика в целом.

*Модальность* — семантическое выражение субъективного восприятия просодических характеристик высказывания в их единстве, определенное в форме эмоционального состояния.

Для количественного анализа динамики просодических характеристик нами изучались в 10-минутном фрагменте речи больного

такие показатели как темп, основной тон и паузы. Вычислялись показатели динамики темпа и основного тона в единицу времени (количество изменений значения показателя в 1 мин.) и количество пауз в 1 мин., с указанием их продолжительности.

Изучение интонации при помощи аудиограмм позволяет:

1) дополнять, конкретизировать вербальную семантику просодической посредством изучения акцентов как в слове, так и в фразе, уточнения модальности, тональной динамики;

2) учитывать уровень и характер эмоционального наполнения фразы, субъективное отношение говорящего к предмету сообщения — изучение интенсивности фонации, количества и артикуляции просодии, модальности;

3) косвенно оценивать физическое и психологическое состояние говорящего — изучение интонационного контура, пауз, динамики частотных и амплитудных характеристик, степени соответствия семантик: просодической и вербальной.

Установлены различия просодики мужчин и женщин, как в норме, так и при различных психических расстройствах:

— у женщин отмечается более выраженная динамика показателей темпа и основного тона речи;

— характерна различная динамика спектрального состава звуков во времени (тембра речи) в зависимости от пола;

— речь женщин более эмоциональна: ярче интонационные показатели, заполнение пауз включает широкий спектр характеристик.

В возрасте более 40 лет у всех пациентов отмечаются, в различной степени, признаки характерные для микроорганического поражения головного мозга, описание которых приводится нами далее.

Индивидуальные психологические характеристики проявляются в специфической динамике амплитудно-временных показателей, в характере звучания речи, спектре интонационных возможностей, манере и степени экспрессивности подачи информации.

Клинико-психопатологическими предпосылками, определяющими особенности просодии являются:

— ведущий психопатологический синдром;

— нозологическая принадлежность;

— особенности течения и этап психических расстройств;

— состояние сознания на момент интервьюирования (наличие качественных/ количественных его расстройств);



— характер терапии получаемой пациентом, ее интенсивность.

Приводим описание *совокупности просодических характеристик отдельных психопатологических синдромов*, встречающихся в клинике психосоматических расстройств.

### *Астенический синдром*

Астенический синдром наименее специфичен и встречается при различных заболеваниях как психических, так и соматических. Для него характерны утомляемость, слабость, вялость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, головные и сердечные боли, нарушения сна, сердцебиение, вегетативные нарушения (потливость, тошнота, спазмы и т.п.).

Астенический синдром определяется следующими просодическими чертами:

— Темп речи, как правило, незначительно замедленный, с постепенными изменениями в узком диапазоне. Характерно некоторое ускорение в инициальном периоде беседы с медленным снижением к концу обследования.

— Громкость речи всегда снижена, в степени, коррелирующей с глубиной и выраженностью астенических расстройств. Изменения ее в течение беседы постепенны и выражены незначительно, несколько нарастая первые минуты беседы, и, сохраняясь затем, практически без динамики.

— Тембр речи характеризуется примерно равным соотношением низких и высоких частот, незначительными изменениями в ходе беседы.

— Мелодичность речи сохранена.

— Прерывистость не выражена.

— Выражены короткие и средней продолжительности паузы, количество которых больше в инициальной части беседы и нарастает по мере утомления. Паузы при астеническом синдроме отличаются незначительной семантической насыщенностью. Особенности характера заполнения пауз определяется нозологической принадлежностью астенических расстройств: а) эндогенные психозы — семантическая выхолощенность; б) органическое поражение головного мозга — нечленораздельные звуки, звуки без словесного оформления, назализация; в) невротические и психосоматические — глубокие вдохи и выдохи, междометия.

— Звучание речи несколько сдавленное, временами неразборчивое, характерны умеренно выраженные нарушения дикции, в частности дисфонемия, при выраженном утомлении — дисфразия.

— Интонационные характеристики отличаются узким диапазоном используемых модальностей, низкой экспрессивностью, монотонностью.

— Преобладают модальности с семантикой усталости, неуверенности, беспомощности.

#### *Ананкастный (обсессивно-фобический) синдром*

Для данного синдрома характерно наличие постоянных навязчивых мыслей (обсессий), действий (компульсий) или / и страхов (фобий) доминирующих в сознании больного и определяющих его поведение при сохранной критике (одноименный невроз) или ее отсутствии (шизофрения).

Приводим просодические характеристики синдрома:

— Темп речи нормальный, с постепенными изменениями в узком диапазоне.

— Громкость также нормальная с резкими изменениями в узком диапазоне.

Тембр голоса, преимущественно, низкий, обертоны не выражены. Мелодичность речи выражена. Прерывистость умеренная.

— Преобладают короткие паузы, заполняемые непродолжительными вдохами и выдохами, в том числе, с глоточным сжатием, часто встречаются покашливания, нечленораздельные звуки стереотипного характера.

— Звучание речи продолжительное, на высоте аффекта возможны сдавленность, нарушения дикции. Интонации акцентные, экспрессивные, реже аффективные.

— Преобладающие модальности: напряжение, беспокойство, неуверенность, сомнения, тревожность, страх.

При эндогенных заболеваниях паралингвистические характеристики синдрома тяготеют к стереотипизации, узкому спектру изменений, меньшей выраженности просодической окраски высказываний.

Ананкастный синдром невротического генеза отличается более выраженной и резкой динамикой основных просодических показателей, более широким спектром интонационных характеристик,

ярким звучанием речи, что связано с большим динамизмом и широким спектром аффективных переживаний.

### *Депрессивный синдром*

Для депрессии характерны подавленное настроение, тоска, двигательная и когнитивная заторможенность, ангедонизм, наличие идей виновности и собственной неполноценности, суицидальные переживания, пессимизм и ряд соматических нарушений (снижение аппетита и веса, расстройство сна, нарушение пищеварения, снижение сексуального влечения, различные боли).

Депрессивному синдрому характерна следующая просодическая картина:

— Темп речи всегда снижен, степень снижения коррелирует с глубиной депрессии вплоть до мутизма при депрессивном ступоре. Изменения темпа медленные, в узком диапазоне, за исключением состояния ажитации (выраженном возбуждении), когда наблюдаются резкие и широкоамплитудные колебания.

— Громкость снижена, все ее характеристики и их динамика совпадают с изменениями темпа и согласованы с ним.

— Тембр голоса, преимущественно низкий, с незначительными изменениями, мелодичностью просодического профиля речи, невыраженной прерывистостью.

— Выражены паузы средней и длительной продолжительности, семантически насыщенные, заполняемые продолжительными вдохами и выдохами, в том числе и с глоточным сжатием, плачем с различной степенью вокализации (от беззвучного, без слез, до рыданий и стонов при *Raptus melancholicus* — внезапном возбуждении и интенсивной тревоге).

— Звучание речи продолжительное, с интенсификацией гласных звуков.

— Выражены экспрессивный и аффективный типы интонаций.

— Преобладающие модальности: подавленность, безнадежность, безысходность, боль, скорбь, отрешенность.

### *Ипохондрический синдром*

Ипохондрическому синдрому характерно повышенное внимание к собственному здоровью, страх заболеть, подозрения или различная степень уверенности в наличии какого-либо заболевания (или ряда болезней), что приводит к многочисленным консультациям и

обследованиям, подчинению жизни специальным режимам и диетам, самолечению, неоправданному увлечению и злоупотреблению различными медикаментами (фармакофилия).

При ипохондрическом синдроме наиболее типичны следующие изменения основных просодических свойств речи:

— Темп речи нормальный или несколько снижен. Колебания темпа плавные, в узком диапазоне. Характеристики громкости соответствуют таковым темпа речи.

Тембр низкий, практически не подвержен изменениям.

Мелодичность сохранена, прерывистость не выражена. Преобладают короткие паузы, заполняемые вдохами и выдохами различной продолжительности, в том числе, с глоточным сжатием.

— Звучание речи сдавленное, интенсификация гласных звуков.

— Интонации акцентные, интонационные, носят стереотипный характер.

— Ведущие модальности: поглощенность своими переживаниями, беспокойство, усталость, раздражение, опасение и страх.

Ипохондрический синдром эндогенного характера отличается большей стереотипностью просодики, меньшим динамизмом показателей, более узким спектром их изменений.

Конверсионные и диссоциативные расстройства.

Для данных синдромов типично преобладание эмоциональной регуляции поведения, демонстративность, выраженная аффективная насыщенность, высокий эгоцентризм, отражение эмоциональных проблем в обратимых физических расстройствах — конверсия или рассогласование деятельности когнитивных структур (амнезия, расстройства сознания) — диссоциация.

Темп и громкость речи в средних значениях, но подвержены резким изменениям в широком диапазоне. Преобладают высокочастотные форманты. Мелодичность речи подвержена резким изменениям, выражена прерывистость. Преобладают короткие паузы, реже средней продолжительности, заполняемые вдохами и выдохами различной продолжительности, часто с глоточным сжатием; часто отмечаются междометия, резкие переходы от смеха к плачу, с широким диапазоном вокализации, покашливаниями. Звучание речи может включать широкий спектр характеристик с выраженным динамизмом. Нарушение дикции только на высоте аффектов. Ярко выражены интонационные характеристики с преобладанием аффек-

тивных. Ведущие модальности: демонстративность, поглощенность своими переживаниями, волнение, недовольство, боль и т.п.

### *Неврозоподобный синдром*

Паралингвистика синдрома может включать в себя особенности, описанные при астеническом, ананкастном и конверсионном синдромах. Главным отличительным признаком является наличие стигм микроорганического поражения мозга.

К ним относятся:

- сужение диапазона изменений основных параметров;
- снижение мелодичности речи;
- более выраженная прерывистость;
- преобладание коротких пауз без семантической наполненности;
- заполнение пауз нечленораздельными звуками без словесного оформления;
- неразборчивость звучания, более частые нарушения дикции вне аффективных переживаний;
- интенсификация согласных звуков;
- бедность интонационных характеристик;
- преобладание модальностей, указывающих на усталость, непонимание, беспомощность.

Синдром личностных аномалий (психопатический, психопатоподобный).

Для синдрома типично наличие аномальных черт характера, отличающихся, постоянством, не поддающихся коррекции и грубо нарушающих социальную адаптацию. Данные черты возникают с детства (психопатические) или развиваются в результате заболеваний нервной системы (психопатоподобные). Наиболее часто встречаются эмоционально неустойчивые, тревожные, истерические и ананкастные расстройства. Паралингвистика синдрома определяется характером личностных расстройств и нозологической принадлежностью. Наиболее общими являются следующие признаки:

- несогласованность характера изменений темпа речи, тембра и громкости;
- дисгармоничность спектральных характеристик, нарушения мелодичности, выраженная прерывистость речи;
- преобладание коротких пауз, без семантического наполнения;
- узкий спектр интонаций, их стереотипность.

### *Тревожный синдром*

Для тревожного синдрома определяющими являются наличие выраженного беспокойства, неопределенного глобального страха витального характера, страха смерти или сумасшествия, внутреннее напряжение, возбуждение и широкий спектр вегетативных реакций (сердцебиение, озноб, мышечная дрожь, удушье, давление в груди, боль и жжение в животе и т.п.). Наиболее типичны для тревожного синдрома следующие характеристики:

— Темп речи и громкость в среднем незначительно повышены с резкими изменениями в широком диапазоне.

— Тембр голоса высокий с выраженными и резкими изменениями, большим количеством обертонов, нарушающих мелодичность. Выражена прерывистость.

— Паузы не выражены, преобладают короткие, заполняемые вдохами, в том числе, с глоточным сжатием, покашливаниями.

— Звучание речи сдавленное, с интенсификацией согласных, нарушениями дикции в виде дисфонемии, диспрозодии на высоте аффекта.

— Интонации акцентные и аффективные.

— Преобладающие модальности: напряженность, тревожность, опасение, беспокойство.

Особенности течения расстройства и его этап влияют при органических психических расстройствах на особенности просодии следующим образом:

— острое появление неврозоподобных и психотических расстройств способствует более яркой и полной картине паралингвистических характеристик за счет выраженных аффективных расстройств;

— полнота клинической картины того или иного синдрома, его завершенность, дают более яркую просодическую картину;

— давность заболевания коррелирует с выраженностью органического поражения и характеризуется большей представленностью органических стигм в просодии. Изучение компьютерных динамических спектрограмм (аудиограмм), проведенное для всех больных группы, позволяет подтвердить и уточнить вышеприведенную картину и, главным образом, дать более детальные характеристики интонации.

Приводим наиболее типичные для органических психических расстройств особенности аудиограмм:

— специфические интонационные характеристики, указывающие на органическое поражение, нарастают от неврозоподобных расстройств (минимальная выраженность или отсутствие признаков) к дементным;

— тенденция к рваному характеру интонационного контура, дисгармоничный характер динамики частотных и амплитудных показателей;

— интонационная выхолощенность — уменьшение количественно просодических признаков в динамике, обеднение качественно, за счет невыраженности ряда характеристик, монотонный характер, бедная акцентуация.

— увеличение количества обертонов (шумы, нечленораздельные звуки).

### **4.3. Вербальный аспект речевого поведения**

Вербальный компонент речевого поведения включает в себя клинико-психосемантический анализ, клинико-психолингвистический, клинико-синтаксический, клинико-прагматический подходы.

Целью *психосемантического анализа* является описание и анализ структуры основных психосемантических пространств сознания пациента: особенностей психопатологической симптоматики и ее влияния на изменения самосознания, субъективной картины мира и системы взаимосвязей с последним. Нам представляется чрезвычайно важным для оценки этапа расстройства, его степени тяжести и прогноза, терапевтической динамики, изучение во взаимосвязи следующих показателей: этап психопатологического расстройства, с указанием ведущего психопатологического синдрома, особенности самосознания больного, субъективная картина окружающего мира, особенности внутренней картины болезни и степень критического отношения к ней, ведущие механизмы психологической защиты. Структурное построение психодиагностического интервью позволяет получить презентацию отражения в сознании пациента различных аспектов его взаимоотношений с объективным миром, составить суждения о субъективных представлениях об этом мире, системе коммуникаций в нем, особенностях самосознания. При этом, в большинстве случаев удается определить динамику этих категорий в связи с фактом заболевания, т.к. последнее выступает в качестве своеобразного водораздела «до» и «после на-

чала болезни», особенно в случае острой патологии, относительной интактности личностных структур и сохранной когнитивной активности. [8; 11; 53; 110; 137; 139; 140; 142; 143].

Целью *психолингвистического анализа* в рамках настоящего исследования являлось изучение психолингвистических индексов и речевых ошибок при различных видах расстройств. Исследование психолингвистических индексов позволяет сопоставлять лексико-морфологические характеристики речи с психологическими и клиническими особенностями пациента. Анализ речевых ошибок позволяет составлять представления об особенностях функционирования системы речепорождения, выявлять уровень, с которым связаны ошибки. [15; 30; 31; 35; 51; 53; 54; 95]

Нами исследовались два коэффициента: коэффициент Трейгера (Шлиссмана) и индекс прегнантности (директивности) Эртеля. *Коэффициент Трейгера* представляет собой отношение глаголов к прилагательным в единице текста (подсчет количества указанных морфологических параметров в 10-минутном фрагменте речи больного). Значение коэффициента не является постоянной величиной у одного и того же исследуемого и служит косвенной характеристикой эмоциональной насыщенности и стабильности, отражает насыщенность действиями когнитивных структур. Поскольку прилагательные возникли на более позднем периоде становления речи, их снижение (и как следствие — увеличение коэффициента) отражает элементы регресса речи, эмоциональную нестабильность, напряженную когнитивную деятельность. Кроме того, низкий уровень прилагательных подчеркивает склонность к алекситимии, активность процессов осмысления болезненного состояния. У здоровых лиц коэффициент характеризует соотношение в когнитивных структурах рефлексивности и активности деятельности, эмоционального и рационального. Важна оценка данного коэффициента в совокупности с другими семантико-синтаксическими показателями.

*Индекс прегнантности (директивности)* — соотношение количество слов А-экспрессии к общему количеству слов в единице текста. Слова и выражения А-экспрессии характеризуют степень прегнантности (доминантности) когнитивных структур пациента.

Высокий индекс прегнантности подчеркивает выраженность таких индивидуально-психологических характеристик как доминантность, стеничность, авторитарность, бескомпромиссность, са-



мостоятельность в принятии решений, активность, склонность к действиям, а не размышлениям. Клинически данный коэффициент коррелирует с гипоманиакальным аффектом, экспансивностью переживаний, аффективной насыщенностью, активностью компенсаторно-защитных механизмов.

Охарактеризуем *типы речевых ошибок*, изучаемые в данном исследовании.

#### 1). Оговорки.

К ним относятся: подстановка, перестановка, опущение, добавление и замещение.

— Подстановка — речевая ошибка, при которой происходит дополнение слова звуком или слогом, присутствующим в нормальной структуре другого слова в том же предложении.

Например: «как в виртуальном ви[р]дении».

— Перестановка — замена местами звуков (слов) как в одном слове, так и в разных словах в рамках предложения.

Например: «глестящая, бладкая поверхность», вместо

«блестящая гладкая поверхность»;

«перемутомление» вместо «переутолнение».

— Опущение — выпадение из слова звука или слога. Сюда же относится «проглатывание» окончаний слов.

— Добавление — прибавление к слову звука или слова в любой части слова.

— Замещение — замена звука (слога) на другой в рамках одного слова.

Оговорки происходят, главным образом, на четвертом уровне системы речепорождения — уровне моторной программы синтагмы (моторно-кинетическое программирование и выбор артикулем) и могут быть связаны с первым — внутренней смысловой программой.

#### 2). Повторы.

В настоящем исследовании мы выделяли повторы:

а) звуков и слогов;

б) слов и словосочетаний.

Повтор звуков и слогов связан нарушениями на четвертом уровне системы речепорождения. Повтор слов и словосочетаний, на наш взгляд, может быть связан со всеми первыми тремя уровнями, в зависимости от характера повтора и контекста. В дальнейшем, мы проиллюстрируем данную гипотезу.

### 3). Исправления (коррекция).

Коррекция предполагает поправки, включаемые самим говорящим по ходу высказывания, с целью исправления, как структуры слов, так и порядка слов в рамках предложения. Коррекция связана с третьим уровнем речепорождения — уровнем лексико-грамматической структуры предложения, где происходит грамматическое структурирование и выбор слов по форме (лексем) и, в меньшей степени, с четвертым уровнем.

### 4). Фальстарт (колебания).

При данном типе речевой ошибки происходит обрыв предложения в самом его начале, поскольку оно порождено преждевременно и нет логических и смысловых обоснований данной информации. Как правило, оборванное предложение следует несколько позднее по ходу сообщения. Данная речевая ошибка связана с первым уровнем речепорождения — внутренней смысловой программой высказывания.

### 5). Паузы.

В контексте данного исследования мы рассматривали паузы, появление которых не было обусловлено ни синтаксически (конец предложения, фразы), ни семантически (астенизация, сокрытие переживаний, отреагирование эмоций и т.д.). Данный вид пауз связан с первым и вторым (семантическая структура предложения) уровнями речепорождения.

### 6). Нарушения дикции.

Связаны с четвертым уровнем речепорождения и включают в себя дисфонемия, дисфразию и диспрозодию.

Изучение речевых ошибок в сообщении пациента представляет значительный интерес, поскольку их анализ позволяет получить большое количество различной информации об особенностях речевого поведения.

Во-первых, речевые ошибки способствуют уточнению и дополнению вербальной семантики сообщения. Представим семантическую интерпретацию речевых ошибок. Оговорки могут толковаться: 1) как следствие значительного эмоционального напряжения пациента в силу аффективной насыщенности описываемых переживаний, их субъективной значимости; 2) как следствие астенизации пациента и ослабления речевого самоконтроля; 3) психоаналитически — как проявления вытесняемых и конкурирующих тенденций, в случае, если в результате оговорки получается совершенно другое слово

со своей семантикой, отличной от планируемого говорящим. Аналогичным образом интерпретируются коррекции. Фальстарт указывает на: 1) значительную скорость и эмоциональную насыщенность описываемых переживаний; 2) стремление диссимулировать эти переживания — в случае, если в дальнейшем пациент не возвращается к данной тематике, то есть создается впечатление, что пациент «проговорился», но вовремя себя остановил.

Повторы слов и словосочетаний, если они семантически обоснованы, указывают на подчеркивание важности и субъективной значимости данного элемента сообщения. Повторы звуков и слогов, как правило, семантически не обоснованы и указывают на определенные проблемы фонационно-артикуляционного уровня различного генеза (логоневроз, моторная афазия, различные органические поражения головного мозга).

Нарушения дикции указывают на: 1) аффективную насыщенность описываемых переживаний; 2) различные органические поражения головного мозга; 3) патологию фонационно-артикуляционного аппарата или органов слуха.

Паузы без семантико-синтаксического обоснования указывают на снижение когнитивной активности, ее дефицитарный характер по причине интеллектуально-мнестического снижения или патологии эмоционально-волевой сферы.

Во-вторых, речевые ошибки вносят свой вклад, как в просодическую картину высказывания, так и в просодическую семантику.

И, в третьих, изучение речевых ошибок позволяет соотносить их с тем уровнем в системе речепорождения, на котором они возникают при данной патологии, и таким образом, составлять представления об особенностях функционирования механизмов порождения речи и уровнях синтаксиса при данном психическом расстройстве.

Задачей *семантико-синтаксического анализа* является раскрытие взаимосвязей между формой и содержанием высказывания — синтаксической структурой и семантикой вербального сообщения. В нашем исследовании семантико-синтаксический анализ складывался из двух основных моментов: 1) изучение синтаксических характеристик речи больных; 2) изучение семантико-синтаксических показателей. [12; 35; 74; 76; 77]

Приводим краткое описание этих синтаксических характеристик.

К синтаксическим единицам относят: словосочетание, предложение, сложное синтаксическое целое. Наибольший интерес для целей нашего исследования представляет предложение — основная единица синтаксиса, в которой находят свое выражение наиболее существенные функции языка: познавательная, экспрессивная, коммуникативная.

Основные виды синтаксической связи, проявляющиеся в предложениях — сочинение и подчинение, выражают смысловые отношения между предметами и явлениями действительности. При сочинении объединятся синтаксически равноправные компоненты, при подчинении — неравноправные, один из которых главный, а другой — зависимый.

Синтаксические отношения определяются предикативностью — специфической характеристикой отношений между компонентами предложения, указывающей на степень соотношения содержания предложения к действительности. Выделяют предикативные отношения характерные для грамматической основы предложения (подлежащее и сказуемое) и непредикативные: сочинительные и подчинительные (атрибутивные, объективные и обстоятельственные).

Средства синтаксической связи служат для построения синтаксических единиц и оформления синтаксических связей и отношений (словоформы, служебные слова, типизированные лексические элементы, интонация, порядок слов). При анализе аудиозаписи психодиагностического интервью определялось качественное соотношение синтаксических единиц, преобладающие виды синтаксических связей и отношений.

Приводим описание исследуемых *семантико-синтаксических показателей*.

1) Информативная плотность текста — показатель, характеризующий величину соотношения общего количества предикатов к общему количеству предложений в единице текста. Предикаты — члены предложения, выступающие в роли сказуемого (чаще — глаголы) и характеризующие действия и события, описываемые в нем. Поэтому можно говорить, что информативная плотность — это насыщенность текста действиями и событиями, что отражает активность функционирования когнитивных структур.

2) Соотношение простых и сложных предложений в тексте, выраженное в процентах. Количество сложных предложений в тексте характеризует степень его синтаксической сложности, а, следова-

тельно, указывает на уровень дифференцированности и сложности когнитивной активности.

3) Предикативный состав текста:

а) соотношение простых и составных глагольных сказуемых, выраженное в процентах.

Простые предикаты — выраженные одним словом, *составные* — несколькими (чаще двумя). Например: пошел погулять, стал прислушиваться, захотел узнать и т.п. Выраженность составных предикатов коррелирует с синтаксической сложностью.

б) неполная реализация предиката — опущение фрагмента в целях упрощения текста, в тех случаях, когда он явно подразумевается, исходя из контекста. Например: «Все вышли на улицу, и я тоже». Неполная реализация предиката — свидетельство синтаксической неполноты, зачастую без ущерба полноте семантической. Признак характерный для разговорной речи.

4). Анализ субъектов (действующих лиц) текста, состоит из анализа общего количества и процентного в нем соотношения субъектов, выраженных именами существительными и местоимениями. Качественный состав субъектов характеризует уровень эгоцентричности речи (преобладание местоимений), степень определенности действующих лиц, индивидуальные особенности восприятия и т.п. Количественный анализ субъектов дает следующий коэффициент.

5). Соотношение общего количества субъектов к общему количеству предикатов в единице текста.

Данный показатель отображает одновременно как опредмеченность (привязку к конкретным действующим лицам) действия, так и активность субъектов данного сообщения. Для правильной интерпретации данного показателя его нужно оценивать в совокупности с информативной плотностью текста.

6) Новизна текста.

Данный показатель введен нами и представляет собой отношение суммы субъектов и предикатов ремы (новая для слушателя информация в данном фрагменте текста) к сумме субъектов и предикатов темы (информация известная собеседникам или слушателям из общего контекста). Новизна текста отражает уровень новой информации, что характеризует когнитивную активность, творчество (в т.ч. патологическое), оригинальность мышления и т.п. При тенденции к снижению показателя соответственно снижаются все указанные характеристики. Его значительное повышение в клинике

психических расстройств указывает на интенсивность болезненной продукции.

7) Разница: новизна — информативная плотность.

Данный показатель введен нами для оценки модального значения, характеризующего степень информационной избыточности текста, не несущей в себе нового и, обусловленную особенностями синтаксиса разговорной речи. Описанная разница возрастает при речевых повторах (различных вариантах стереотипий, обстоятельности).

8) Семантико-синтаксическая полнота текста.

Показатель введен нами и представляет собой половину суммы семантически и синтаксически неполных предложений (или их фрагментов) в единице текста, вычтенную из общего количества предложений, выраженную в процентах. Данный показатель характеризует полноценность функционирования когнитивных структур, качество и полноту отражения объективной реальности в мышлении субъекта.

9) Семантико-синтаксическая диссоциация — количество предложений в тексте с несоответствием семантики и синтаксиса (тематические соскальзывания, разорванность), выраженное в процентах. Данный показатель введен нами для оценки выраженности указанных расстройств мышления, специфичных для шизофрении и шизофреноподобных расстройств различной этиологии.

10) Синтаксический строй предложения.

Изучение синтаксического строя предложения предполагает определение процентного соотношения предложений с прямым и инверсированным строем. Прямой синтаксический строй предполагает определенный порядок: субъект — предикат — дополнение — обстоятельство. При инверсии данный порядок нарушается. Согласно нашей гипотезе, увеличение количества инверсированных предложений свидетельствует о регрессе мышления и речи (и соответственно, сознания), что наблюдается при органических поражениях головного мозга (в качестве постоянного и прогрессирующего признака) и в клинике острых психотических расстройств (как временная характеристика), при аффектах, а также, более часто, в диалогической речи.

Изучение *прагматики речевого поведения* предполагает определение особенностей отношения говорящего (пациента) к предме-

ту сообщения, выявление мотиваций и целей реализуемых в ходе коммуникаций. Семантико-прагматический анализ предполагает исследование соотношений прагматики и семантики текста, способы и характер реализации субъективных смыслов в речи больного, взаимомодифицирующее влияние собеседников на речевое поведение, взаимодействие семантик различных речевых коммуникативных стратегий. В настоящем исследовании мы изучали следующие семантико-прагматические особенности речи больных:

1) Тип речевых актов и их роль в выражении той или иной семантики речевых действий в исследуемом фрагменте речевого сообщения.

2) Перлокутивно-иллокутивные соотношения.

3) Характер модифицирующего действия исследователя на роль пациента в ходе коммуникации.

Модифицирующее воздействие речевого поведения врача на речевое поведение пациента в ходе психодиагностического интервью изучается в зависимости от коммуникативных стратегий врача и пациента, их соответствия, гибкости и динамичности, а также характера взаимоотношений в системе «врач-пациент», с учетом как объективных, так и субъективных факторов. Мы выделяем следующие коммуникативные стратегии врача:

- патерналистская — авторитарность и доминантность;
- экспертная;
- эмпатичное выслушивание;
- поддерживающе-помогающая;
- фасилитирующая (стимуляция более полного раскрытия пациентом своих переживаний);
- корригирующая (психокоррекция, психотерапевтическая интервенция, манипулирование).

Пациент, в ходе коммуникации, может проявлять себя в следующих стратегиях:

- уход в болезненные переживания;
- сокрытие болезненных переживаний (диссимуляция);
- апелляция к помощи, с раскрытием болезненных переживаний (в той или иной степени);
- неадекватность и непоследовательность;
- манипулирование и рентные установки;
- симуляция и сюрсимуляция. [24; 29; 35; 36; 40; 78; 92;

131]

#### **4.4. Разномодальные семантики**

Завершающим этапом анализа речевого поведения является изучение особенностей взаимодействия разномодальных семантик. При изучении особенностей взаимодействия разномодальных семантик, составляющих речевое поведение, нами выделены варианты типичные для здоровых лиц, а также, специфичные для тех или иных видов психической патологии. Представим их в обобщенном виде.

У здоровых разномодальные семантики взаимодействуют в рамках трех основных вариантов: 1) полного семантико-синтаксического и прагматического соответствия; 2) подчиненного дополнения; 3) конкурирующих тенденций. Преобладание того или иного варианта определяется контекстом сообщения: его сложностью, характером эмоционального фона, прагматическими переменными и т.п. При аффективных расстройствах сохраняются все нормальные варианты взаимодействия семантик, отмечаются лишь количественные изменения их соотношений в зависимости от polarity аффективной фазы и ведущего контекста сообщения. Невротические расстройства характеризуются количественными изменениями нормальных вариантов взаимоотношения разномодальных семантик, при которых преобладающую роль играют конкурирующие тенденции и полное семантико-синтаксическое соответствие. [35; 36]

#### **4.5. Дополнительные исследовательские и диагностические критерии органических психических расстройств (по данным комплексной диагностики речевого поведения)**

Для речевого поведения при органических психических расстройствах характерно нарастание признаков структурно-функционального упрощения и смыслового выхолощения разномодальных семантик, его составляющих, утрата специфичности взаимодействия и разрушение связей между отдельными каналами коммуникации, что ведет к постепенному распаду речевого поведения как функциональной системы.

Наиболее значимыми особенностями разномодальных семантик являются следующие:



- Кинесическая семантика:

значительное снижение ( $p \leq 0,01$ ) динамики кинесических показателей по всем трем каналам: мимики, жестов и поз;

уменьшение семантического разнообразия кинесических признаков в отражении вербальной информации, преобладание показателей, указывающих на субмиссию, уменьшение специфической энергии действия, регрессивное смещение активности на фоне значительного семантического обеднения;

наиболее выражены указанные изменения в мимическом, а, затем, в жестовом каналах, что неспецифически компенсируется позным каналом и отражает распад кинесической семантики в соответствии с этапами ее филогенетического развития.

- Просодическая семантика:

смысловое обеднение и функциональное упрощение динамики ( $p \leq 0,01$ ) основных просодических показателей, утрата связей просодики с особенностями ведущего психопатологического синдрома и эмоциональным контекстом сообщения;

преобладание признаков, указывающих на регресс просодики и органическое поражение головного мозга. К ним относятся следующие:

а) упрощение и обеднение интонационных характеристик, их стереотипный характер, монотонность речи;

б) увеличение количества ( $p \leq 0,05$ ) и продолжительности пауз, в т.ч. семантически и синтаксически не обоснованных;

в) нарастание фонационно-артикуляционной дисфункции: нарушения дикции, нечеткость и неразборчивость звучания речи, увеличение количества нечленораздельных звуков и звуков без словесного оформления, утрата мелодичности речи, прерывистость, интенсификация согласных звуков;

г) стереотипность и неспецифичность ведущих модальностей.

- Вербальная семантика.

— психосемантические особенности:

а) снижение речевой активности, утрата способности к монологической речи;

б) упрощение, обеднение, фрагментированный характер субъективной картины окружающего мира и самосознания;

в) выхолощенность основных психосемантических пространств, нарушение и отсутствие взаимодействий между ними;

г) преобладание регрессивных форм достижения компенсации состояния при тенденции к упрощению и неполноте внутренней картины болезни.

— психолингвистические особенности:

а) увеличение количества речевых ошибок ( $p \leq 0,01$ ), главным образом, повторов, пауз без семантико-синтаксического обоснования и нарушений дикции, что отражает утрату речевого самоконтроля, снижение когнитивной активности и необратимые нарушения всех уровней системы речепорождения;

б) изменения психолингвистических показателей указывают на обеднение лексико-семантической группы прилагательных, что является этапом распада речи и нарастающую дезадаптацию во всех сферах жизнедеятельности индивида.

— семантико-синтаксические особенности:

а) снижение показателей информативной плотности и новизны текста ( $p \leq 0,01$ );

б) структурно-функциональное упрощение текста, увеличение количества ( $p \leq 0,01$ ) регрессивных синтаксических форм.

— семантико-прагматические особенности:

а) нарастающий коммуникативный гипопрагматизм;

б) ослабление взаимосвязей между компонентами речевых актов, вплоть до полного разрушения структуры последних.

Указанные особенности речевого поведения нарастают по своей выраженности от непсихотических к органическим психотическим расстройствам и достигают максимума при дементных состояниях, отражая степень органического поражения головного мозга.

Таким образом, наиболее значимые характеристики речевого поведения при органических психических расстройствах сводятся к следующим особенностям:

По мере нарастания выраженности органического поражения головного мозга у больных отмечается тенденция к регрессу всех разномодальных семантик, составляющих речевое поведение. Регрессивный характер изменения семантик проявляется: уменьшением объема, дифференцированности и степени сложности передаваемой информации; структурно-функциональным упрощением; выпадением ряда составляющих семантик, значительным снижением динамики основных показателей в ходе сообщения; прогресси-

рующим нарастанием регрессивных черт семантик — появление онтогенетически и филогенетически более ранних форм и признаков; утратой коммуникативной функции речевого поведения.

Взаимодействия разномодальных семантик при органических психических расстройствах характеризуются дезинтегративными тенденциями, что ведет к структурно-функциональному распаду речевого поведения.

Помимо тенденции к поражению регрессивности и дезинтегрированности семантик, каждой из изучаемых подгрупп больных характерны свои особенности:

а) для непсихотических органических расстройств характерна относительно высокая семантическая насыщенность; взаимодополняющий характер семантик, передающих выраженные аффективные расстройства и сложные отношения личности с объективным миром;

б) при органических психотических расстройствах органические черты речевого поведения и признаки продуктивной психопатологической симптоматики выражены в равной степени, разномодальные семантики носят диссоциированный характер взаимодействия;

в) дементные расстройства воплощают в себе максимальную выраженность распада всех составляющих речевого поведения.

#### **4.6. Дополнительные исследовательские и диагностические критерии эндогенных психотических расстройств (по данным комплексной диагностики речевого поведения)**

Речевое поведение в данной группе характеризуется диссоциированным характером взаимоотношения разномодальных семантик, выраженность и обратимость которого определяется особенностями течения и давностью психического расстройства. Содержание разномодальных семантик определяется двумя компонентами: отражением психотических расстройств и специфическими чертами, характеризующими биологическую сущность болезненного процесса.

- **Кинесическая семантика:**

снижение динамики и уменьшение информативности кинесических показателей ( $p \leq 0,01$ ) по мере течения болезненного процесса и нарастания дефицитарных расстройств;

отражение, дополнение и уточнение болезненных переживаний и связанных с ними аффектов, в том числе диссимулируемых: агонистическое поведение, агрессивность, высокий уровень тревоги и неискренность;

признаки диссоциации как в рамках одного канала (мимические диссоциации), так и в структуре кинесики в целом (несогласованность семантик мимики, позы и жеста);

нарастание субмиссивно-статичных признаков, стереотипий, низкоспецифичных и семантически недифференцированных характеристик, указывающих на снижение специфической энергии действия и отдельные регрессивные черты.

- Просодическая семантика:

отражение, уточнение и дополнение болезненных переживаний и связанных с ними аффектов;

специфичность расстройств данной группы отражает микрокататонический просодический синдром, имеющий обратимый характер при острых расстройствах и нарастающий, по мере увеличения выраженности негативной психопатологической симптоматики. Он включает следующие просодические характеристики:

а) бедность, стереотипность, и семантическая выхолощенность интонации, дисгармоничный и несоответствующий характер ее динамики и изменений ведущих модальностей;

б) прерывистость и утрата мелодичности в силу выраженных нарушений дикции, главным образом, — диспрозодии, вычурный характер акцентирования и интонирования;

в) заполнение пауз нечленораздельными звуками и звуками без словесного оформления;

г) низкая динамика ( $p \leq 0,01$ ) основных паралингвистических характеристик в узком диапазоне;

по мере нарастания психического дефекта в просодике появляются органические стигмы и регрессивные признаки, усиливается диссоциация семантик.

- Вербальная семантика.

психосемантические особенности:

а) интравертированный характер коммуникативной активности;

б) диссоциация психосемантических пространств по функциональной сложности и наполненности;

в) сложный и динамичный характер субъективной картины

окружающего мира и самосознания, зависящий от клинических характеристик расстройства;

г) преобладание регрессивных механизмов психологической защиты;

д) наличие феномена вторичной прогрессирующей алекситимии.

— психолингвистические особенности:

а) при острых расстройствах достоверно ( $p \leq 0,01$ ) преобладают коррекции и фальстарты, при дефицитарных — речевые ошибки представлены повторами и нарушениями дикции. Речевые ошибки при острых расстройствах отражают насыщенность продуктивной психопатологической симптоматики, конкурирующие тенденции и высокий уровень диссимуляции; при хронических — семантическое обеднение и поражение подкорковых структур, находящих свое отражение на соответствующих уровнях системы речепорождения;

б) психолингвистические показатели характеризует экспансивность болезненных переживаний, уровень дезадаптации, наличие регрессивных семантических структур и определяются клиникой психического расстройства и этапом динамики.

— семантико-синтаксические особенности:

а) наличие семантико-синтаксической диссоциации и высокой новизны текста, ведущих, с одной стороны — к уменьшению семантической полноты и информативной плотности и, с другой, — к структурно-функциональному усложнению текста сообщения;

б) полипредикативность и увеличение предикативной сложности текста;

в) нарастание признаков семантико-синтаксического регресса по мере нарастания дефицитарных расстройств;

семантико-прагматические особенности:

а) широкий спектр проявлений коммуникативного прагматизма, включающий полипрагматизм, неадекватные коммуникативные модели и гипо- (а-) прагматизм;

б) наличие иллокутивно-перлокутивной диссоциации в структуре речевых актов, углубляющейся, по мере хронизации болезненного процесса, вплоть до дезинтеграции.

Резюмируя наиболее существенные особенности речевого поведения больных с эндогенными психотическими расстройствами следует остановиться на следующих основных моментах:

Наиболее специфичной особенностью речевого поведения больных данной группы является диссоциированный характер как содержания отдельных семантик, так и их взаимодействия между собой.

Разномодальные семантики отражают информацию двух видов: содержащую презентацию психопатологических переживаний и отношения к ним больного; представляющие специфические биологические особенности самого болезненного процесса.

По мере нарастания выраженности дефицитарных проявлений отмечается тенденция к увеличению влияния информации второго вида, взаимодействие разномодальных семантик приобретает дезинтегрированный характер, речевое поведение утрачивает прагматичность и коммуникативные функции, что диссоциирует с его относительной семантико-синтаксической сохранностью.

Специфичность семантики, отражающей болезненный процесс, заключается в сочетании ряда регрессивных черт и проявлений нарастающего, по мере длительности заболевания, микроорганического поражения мозга, преимущественно, подкорковых структур, что наиболее ярко отражается в просодической семантике.

Изучение особенностей отдельных разномодальных семантик в их взаимодействии позволяет приближаться к пониманию сущности болезненных переживаний больных, более тонкой диагностике и дифференциальной диагностике, выявлять диссимулятивные тенденции, составлять прогностические суждения и решать экспертные вопросы, разрабатывать индивидуализированные лечебно-реабилитационные программы.

Применение психофармакотерапии оказывает модифицирующее влияние на речевое поведение. Терапия нейролептиками способствует, с одной стороны, — более высокой дифференциации вербальной семантики редукции болезненной симптоматики, отражающейся в наполненности и взаимодействии психосемантических пространств; и с другой стороны, — длительное применение препаратов данной группы приносит микроорганические черты, наиболее ярко воплощающиеся в просодике сообщения. Таким образом, микроорганические стигмы в речевом поведении больных с выраженными дефицитарными расстройствами являются результатом как самого болезненного процесса, так и применяемой нейролептической терапии.

#### **4.7. Дополнительные исследовательские и диагностические критерии аффективных расстройств (по данным комплексной диагностики речевого поведения)**

Речевое поведение при аффективных расстройствах настроения характеризуется усилением или ослаблением нормальных взаимоотношений разномодальных семантик, полярность которых определяется аффективной фазой. Содержание семантик отражает характер изменений когнитивной активности и ведущий психопатологический синдром.

- **Кинесическая семантика:**

а) при депрессивных расстройствах динамика основных кинесических показателей снижается  $p \leq 0,01$ , при маниакальных — существенно возрастает, особенно по каналам мимики и жеста;

б) содержание семантик кинесики при депрессивных расстройствах определяется статично-субмиссивными характеристиками, при маниакальных — экспансивно-агонистическими. Помимо этого кинесическая семантика дополняет и уточняет содержание вербальной семантики.

- **Просодическая семантика.**

— динамика основных просодических характеристик согласована с полярностью аффективной фазы: усиливается при маниакальных и ослабевает при депрессивных расстройствах ( $p \leq 0,01$ );

— содержание семантики определяется сущностью болезненных переживаний, воплощенной в описанных основных просодических синдромах.

- **Вербальная семантика.**

— психосемантические особенности:

а) широкий спектр колебаний коммуникативной активности, в зависимости от полярности аффективной фазы;

б) деформация субъективными болезненными семантиками относительно сохранной субъективной картины окружающего мира и самосознания;

в) широкий спектр психологических защитных механизмов, зависящих от ведущего психопатологического синдрома и преморбидных личностных особенностей;

г) выраженность различных вариантов феномена алекситимии, отражающего особенности течения депрессивных расстройств;

— психолингвистические особенности:

а) невысокое количество речевых ошибок отражает сохранность системы речепорождения, а их равная выраженность указывает на функциональный характер изменений в условиях дисбаланса энергетического обеспечения;

б) преобладание оговорок указывает на важность учета значений субъективных семантик болезненных переживаний; и связанных с ними аффектов;

в) величина психолингвистических коэффициентов пропорциональна интенсивности аффектов, активности когнитивных структур и адаптивных механизмов;

— семантико-синтаксические особенности:

а) структурно-функциональная и смысловая сохранность текста;

б) выраженный субъектный состав предложения, с преобладанием местоимений.

— семантико-прагматические особенности:

а) прагматическая активность зависит от полярности ведущего аффекта;

б) структура речевых актов определяется усилением или ослаблением иллокутивно-перлокутивных взаимоотношений; на высоте аффектов возможен диссоциативный характер взаимоотношений, отражающий формальные расстройства мышления.

И, в заключение раздела, приводим наиболее общие и специфичные особенности речевого поведения у больных с аффективными расстройствами:

1) Речевое поведение при аффективной патологии характеризуется структурно-функциональной сохранностью как самих разномодальных семантик, так и системы взаимодействий их друг с другом.

2) Разномодальные семантики речевого поведения отражают сложную систему взаимодействия с объективным миром болезненно изменившегося самосознания, характер которых зависит от полярности аффектов, особенностей течения болезненного расстройства, наличия психотических расстройств и преморбидных личностных особенностей.

3) Аффективным расстройствам настроения характерны обратимые специфические расстройства когнитивной активности на



фоне дисбаланса энергетического обеспечения речевого поведения, что отражается во всех аспектах последнего и непосредственно зависит от полярности аффективной фазы и степени тяжести клинической симптоматики.

4) Изучение различных аспектов речевого поведения в их совокупности и взаимосвязи позволяет уточнять содержание субъективных семантик пациента, детализировать характеристики и сущность как отдельных клинических феноменов, так и индивидуально-психологические характеристики больных.

5) Особенности речевого поведения зависят от социальных факторов, в частности, от этнически-культуральных и языковых характеристик пациента.

#### **4.8. Дополнительные исследовательские и диагностические критерии невротических расстройств у детей и подростков (по данным комплексной диагностики речевого поведения)**

Речевое поведение при невротических расстройствах несет в себе признаки функционального усложнения разномодальных семантик и особенностей их взаимоотношений. Возрастные особенности проявляются появлением или усилением онтогенетически ранних признаков в речевом поведении.

- Кинесическая семантика:

- увеличение динамики ( $p \leq 0,001$ ) основных кинесических показателей, наиболее выраженное по каналам мимики и жеста;

- широкий спектр значений кинесических характеристик, отражающих и дополняющих вербальные сообщения и вытекающие из него аффективные реакции;

- функциональная незрелость кинесики и ее взаимосвязей с другими разномодальными семантиками проявляется в избыточности и низкой семантической дифференцированности кинесических показателей.

- Просодическая семантика:

- значительное увеличение динамики ( $p \leq 0,001$ ) и расширение спектра проявлений основных просодических параметров, большая роль интонационных характеристик в передаче болезненных переживаний и субъективного отношения к ним пациентов;

— признаки функциональной незрелости системы речепорождения и фонационно-артикуляционного аппарата, проявляющиеся регрессивными чертами и рядом патофизиологических характеристик:

а) регрессивные (более ранние онтогенетические) признаки:

— редуцированные элементы дислалии и дисфонемии;

— выраженная мелодичность (певучесть) речи, интенсификация и растягивание гласных, редукция («проглатывание») согласных и окончаний слов;

— яркое, выразительное интонирование и акцентирование субъективно значимых фрагментов текста;

— заполнение пауз нечленораздельными звуками и звуками без словесного оформления, носящее стереотипный характер.

У здоровых детей указанные особенности проявляются только в младшей возрастной группе (до 7-9 лет).

б) К патофизиологическим характеристикам относятся синдромы дыхательной дизритмии и глоточного сжатия.

• Вербальная семантика:

— психосемантические особенности:

а) неравномерное усложнение основных психосемантических пространств и субъективной картины мира;

б) склонность к соматизации внутренней картины болезни; эгоцентризм;

в) широкий спектр психологических защитных механизмов, напряженность адаптивно-компенсаторной деятельности;

г) высокая значимость субъективных семантик и болезненной символики;

— психолингвистические особенности:

а) высокое количество ( $p \leq 0,01$ ) речевых ошибок отражает функциональные перегрузки незрелой системы речепорождения;

б) большое число оговорок, фальстартов, коррекций и повторов указывает на сложность и аффективную неоднозначность болезненных переживаний, невротические конфликты, сохраненный речевой самоконтроль, незрелость фонационно-артикуляционного аппарата;

в) психолингвистические показатели отражают структурно-функциональную незрелость психосемантических пространств,

содержащих описание свойств и характеристики объектов и действий; насыщенность аффектами и напряженность адаптивно-компенсаторных механизмов;

— семантико-синтаксические особенности:

- а) структурно-функциональное и смысловое усложнение речи;
- б) высокие информативная плотность и новизна текста;
- в) незрелость предикативных функций;
- г) появление регрессивных синтаксических конструкций, в особенности, на высоте аффектов.

— семантико-прагматические особенности:

- а) высокий коммуникативный прагматизм, полипрагматичность;
- б) функциональная сложность структуры речевого акта, усиленный характер иллюкутивно-перлокутивных взаимоотношений.

Обобщая наиболее существенные особенности речевого поведения детей и подростков с невротическими расстройствами можно выделить следующие ключевые моменты:

1. Для детей и подростков с невротическими расстройствами характерно структурно-функциональное усложнение и согласованный характер взаимодействия разномодальных семантик, что отражает сложные интрапсихические конфликты, насыщенные аффективные и выраженные вегетативные соматические расстройства, а также менее выраженные, в сравнении со взрослыми больными, диссимулятивные тенденции.

2. Изменения семантик речевого поведения носят функциональный (полностью обратимый) характер.

3. Изучение особенностей речевого поведения позволяет проникать в сложный мир субъективных семантик больных, что имеет наиболее высокую, в сравнении с другими исследуемыми группами пациентов, диагностическую и лечебно-реабилитационную значимость.

4. Невротические расстройства у детей и подростков ведут к значительным функциональным перегрузкам системы речепорождения и речевого поведения в целом, что проявляется увеличением количества более ранних онтогенетических признаков по всем каналам коммуникации.

## РАЗДЕЛ V ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ

### 5.1. Общая психосоматика

**Глава I. Определение понятий и предмет исследования психосоматики. Краткая история. Основные психосоматические теории и модели.**

#### 1.1. Определение предмета.

Психосоматика (*греч. psyche — дух, душа; soma — тело*).

*Психосоматика* — раздел медицины, изучающий взаимоотношения психических и соматических процессов, тесно связывающих человека с окружающей социальной средой.

Психосоматический подход предполагает целостное рассмотрение болезней, не как поражения отдельного органа или системы, а как функциональные сдвиги во всём организме, опосредованные внутренней психодинамикой и социальными межличностными взаимодействиями.

Психосоматолога интересует история жизни пациента в разрезе становления его личности основных психодинамических конфликтов на фоне функционирования организма как полуоткрытой саморегулирующейся системы, подверженной, в равной степени, как внутренним (психологическим), так и внешним вредностям (физические, инфекционные, социально-психологические). Исходя из сказанного, развитию психосоматики могут способствовать только скоординированные и интегрированные междисциплинарные исследования в широком круге научных дисциплин: клинической медицины, психиатрии, психотерапии, широкого спектра психологических подходов и психоанализа, социологии [3; 23; 82; 83; 125].

#### 1.2. Краткий экскурс в историю психосоматики.

[1; 23; 47; 57; 82]

- Греческая философия (Платон, Аристотель) — идеи о влиянии души и духа на тело.

- Английский поэт Самюэл Колридж — 1798 г., 1811 г. — первое употребление термина «психосоматической» в современном смысле.
- Немецкий психиатр Иоганн Хайнрот — 1818 г. — впервые использовал понятие «психосоматическая медицина». Рассмотрение этиологии туберкулёза, эпилепсии и рака в психологическом, прежде всего, этиологическом аспекте (как результат злобы, стыда и сексуальных страданий).
- Немецкий психиатр М. Якоби — 1822 г. — понятие «сомато-психического».
- Врач Новалис — создание «психофизиологии» — рассмотрение болезни как взаимодействие тела, души и духа с максимально широкой концепцией психосоматики.
- Философ Фридрих Ницше — философия, которая «исходит из тела и нуждается в нём, как в путеводной нити», «разум-тело», «практическая мораль», как «часть искусства и науки исцеления».
- Лудольф Крель (Гельдейбергская терапевтическая школа ) — 20-е гг. XX века — психофизиологическое влияние аффектов на телесные функции и на соматические заболевания, учётом личности больного.
- Виктор Вайцеккер — новое понимание телеснодушевных соответствий, проработка жизненных ситуаций через особое внутреннее состояние, телесные установки — в специфическую реакцию субъекта.
- Берлинский терапевт Густав Бергманн — 1936 г.— учение о функциональной патологии. Открытие стадии «функционального нарушения побуждений» до появления органических изменений.
- Дрезденский врач и аналитики Штегманн — 1908 г. — впервые описал бронхиальную астму у детей.
- Психоналитик Федерн — 1913 г. — доклад на Венском психоаналитическом обществе случая больного с астмой.
- Г. Хейер., Э. Витковер — опыты с гипнозом, изучение влияния психических раздражителей и представлений на деятельность желудка и желчного пузыря.
- В. Вайцеккер — 1935 г. — «Изучение патогенеза» — психосоматические исследования тонзиллярной ангины, несахарного диабета, пароксизмальной тахикардии.

- Врач Г. Гродцен — с 1917 г. — психосоматическое лечение и интерпретация соматических болезней.
- 1928 г. — в Германии основан журнал «Невропатолог», где освещались вопросы психосоматических взаимосвязей.
- Венский психоаналитик Феликс Дойч — 1927 г. — основная концепция психосоматики; 1939 г. — в США основал журнал «Психосоматическая медицина» — органа американского психосоматического общества, образованного в 1904 году.
- Фландерс Данбер — 1935 г. — описание дифференцированных личностных профилей при различных соматических заболеваниях; 1948 г. — книга «Обзор психосоматической диагностики и лечения».
- Психоаналитические теории в психосоматике (З. Фрейд, О. Фенихель, М. Шур).
- Ф. Александер — исследование психодинамических конфликтов при различных соматических заболеваниях.
- 1950 г. — А. Мичерлих открыл в Гейдельберге первую психосоматическую клинику при университете. В последующем создаётся ряд психосоматических отделений, как в составе клиник, так и как самостоятельное учреждение.
- 1954 г. — первый немецкий «Журнал психосоматической медицины и психоанализа».
- 1956 г. — первый английский «Журнал психосоматических исследований».
- Э. Линдеманн., З. Липовский., Г. Энгель (США) — создание внутрибольничных амбулаторий, с психодинамически ориентированными, психотерапевтически подготовленными психиатрами. Исследование соматических связей в междисциплинарном взаимодействии (нейроэндокринология, биохимия, иммунология).
- Американский психосоматик Г. Вайнер «Психобиология и болезнь человека» — многофакторных анализ в психосоматике.
- 1988 г. — Т. Иксьюль, В. Везиак — «Теория гуманной медицины» — системная теория в психосоматике.
- Современность: акцент на терапевтические задачи, развитие бихевиоральных программ в психотерапии, интегративные тенденции медиков, аналитически ориентированных психиатров и психологов.

*Основные психосоматические теории и модели.*  
[1; 13; 61; 69; 82; 104; 120; 123; 136]

*I. Характерологически ориентированные направления и типологии личности.*

- Гиппократ, Галлен: соматопсихические конституции (сангвник, холерик, меланхолик, флегматик) и их связь со склонностью к определённым болезням.
- Эрнст Кречмер: психологическая теория конституции: лептосомы — склонность к туберкулёзу лёгких и гастритам, пикники — ревматизм, атеросклероз, болезни желчных путей, атлетики — эпилепсия, мигрень.
- Вильям Шелдон: связь конституции психических особенностей болезней.
- Фландерс Данбар — явление двух типов личности:  
— «личность, склонная к несчастьям» — импульсивность, авантюризм, низкий контроль агрессии, особенно к авторитетам, неосознаваемое чувство вины, тенденции к самонаказанию;  
— «личность, склонная к инфаркту миокарда» — выдержанность, самообладание, склонность к самопожертвованию.
- Р. Роземан, М. Фридман (1964, 1966 гг.) — проведение типа А — склонность к развитию инфаркта миокарда: стеничность, гиперответственность, авторитаризм, трудоголизм, подавление аффектов.

*II. Психоаналитические концепции (болезнь-конфликт)*

- Конверсивная модель (З. Фрейд, О. Фенихель)

Перевод неприятного представления в соматическую сферу. Симптом связывает психическую энергию и переводит её в бессознательное. Выбор симптома и органа имеет символическое значение, генетически обусловленную предрасположенность и связь с infantильным травматическим опытом.

- Теория Де-Ресоматизации М. Шура.

Психосоматическое симптомообразование — результат топической и временной регрессии. По мере развития ребёнка негативные эмоциональные переживания, вызывающие двигательные и соматовегетативные реакции заменяются осознанием и переработкой в ощущениях, представлениях, мыслях и речи. Это — эволюционный процесс — десоматизация. Ресоматизация — возврат к регрессив-

ным формам реагирования с развитием психосоматических проблем в ответ на определённые значимые и тяжёлые психотравмы.

- Концепция G. Engel, A.Schmale (1975).

Психологическая концепция конверсии проводит разделение между актом конверсии и вторичными последствиями (характером поражения). Орган поражения детерминирован символически. Нарушения являются соматопсихически-психосоматическими: в начале повреждения, затем вырабатывается психическое представительство с последующей вторичной символизацией. Предиспозиционные биологические факторы участвуют в онтогенезе психики. Авторы выделяют неспецифическую и специфическую готовность индивидуума к психосоматическим заболеваниям в связи со специфическими и неспецифическими конфликтами.

- Психосоматическая концепция А. Мичерлиха (1953 г.)

Концепция двухфазного вытеснения — динамического изменения неврозов и соматических заболеваний. На первой фазе происходит недостаточная борьба с невротическим комплексом путём его вытеснения. Во второй — сдвиг в динамике соматических защитных процессов в рамках регрессивной соматизации. Причина психосоматического заболевания — реальная или вымышленная утрата объекта и обеднение «Я».

- Теория специфического психодинамического конфликта Ф. Александра 1950 г.

Теория связывает дифференцированные психологические гипотезы с физиологическими и патологическими соматическими процессами. Александр изучал вегетативные неврозы — функциональные нарушения в различных системах без поражения внутренних органов и классические психосоматические заболевания (язвенную болезнь 12-перстной кишки, эссенциальную гипертензию, бронхиальную астму), чем заложил основы современной психосоматики. Он чётко разграничил психосоматические процессы от конверсии. Вегетативная симптоматика отражает те или иные эмоциональные состояния и связано с травматическим опытом индивида, а не с типологией личности. Повышенное возбуждение парасимпатической нервной системы — результат неудовлетворённого желания защиты и зависимости; симпатическое перевозбуждение и извращение вегетативных реакций — следствие подавленной агрессивности и конкурентности. Для каждого невроза Александр составлял динамическую основополагающую схему, объединяющую типологию



личности, типичные конфликтные ситуации, аффекты с конкретной патологией. Он выделял специфические психологические конфликты, предрасполагающие к определённым заболеваниям при наличии специфического комплекса генетических, биохимических и физиологических «Х-факторов». Эти конфликты реактивируются определёнными жизненными ситуациями, созвучными с различными травматическими переживаниями. Сильные эмоциональные переживания способствуют соматическим сдвигам в организме.

- Теория переживаний потери объекта и отказа от веры в будущее.

Freuberger (1976) описывает психосоматическую линию развития, обусловленную переживаниями потери объекта. Как следствие — развивается депрессия с чувствами отказа от борьбы и брошенности.

- Когнитивный поход и «схема тела» по П. Шильдеру.

Схема тела — сложная, исторически многослойная, комплексная (биологическая, психологическая, социальная) конструкция, изучение психодинамики которой позволяет объяснять развитие тех или иных психосоматических нарушений.

- Теория нарушения структуры Я.Г. Аммона.

Психосоматическая реакция в понимании автора — следствие нарушений взаимодействия с окружающим миром, которая формируется в раннем детстве, закрепляется в дефицитности личности и манифестирует под действием социальных стрессоров во взрослой жизни. Аммон выделяет две группы психосоматической симптоматики: первичную — генерализованную фиксированием, затрагивающим первичные функции «Я» (нарушение моторики, речи, зрения, пищевого поведения) и вторичную — динамическую, привязанную к ситуации с архаичным символообразованием органической симптоматики.

*III. Психосоматическая структура личности, особенности коммуникативных стилей и алекситимия.*

[19; 32; 35; 48; 82; 116; 119; 126; 136]

*Алекситимия*, согласно концепции Сифнеоса нарушения в когнитивно-аффективной сфере, снижающие способности к вербализации и осознанию эмоциональных переживаний, генез которых рассматривается в рамках психоаналитических концепций.

Четыре типичных признака алекситимии:

1. Ограниченная способность к фантазированию, механистичный утилитарный тип мышления.
2. Неспособность вызывать переживаемые чувства, как на вербальном, так и на невербальном уровне.
3. Приспособленность к товариществу при «пустоте отношений».
4. Неспособность к объектным отношениям и переносу, тотальная идентификация с объектом, зависимость от него.

Этиологические теории.

1. Гипотеза дефицита (J. Ruesh) «первичное застревание» на ранней фазе развития.
2. Гипотеза регресса вследствие психотравмы.
3. Гипотеза наследования.
4. Гипотеза нейроанатомического, нейрофизиологического нарушения.
5. Гипотеза социально-психологического формирования реакции: алекситимия — феномен типичного приспособления коммуникативного стиля к особенностям современного западного индустриального общества.

Типичные проявления алекситимии, исходя из указанных представлений, наглядно отражены в Торонтской алекситимической шкале (Taylor G.J., 1985). (таблица 1).

Нами разработаны представления об алекситимии в рамках *клинико-этогологическо-лингвистической модели* (Ганзин И.В., 2002 г.) [35; 36].

### «Торонтская алекситимическая шкала»

Бланк опросника.

*Инструкция.* Вам предложено некоторое количество вопросов; на них следует отвечать поочередно, не возвращаясь к предыдущим ответам. Не тратьте время на обдумывание. Пропускать вопросы нельзя. Давайте только один ответ на каждое утверждение.

Вопрос	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
1. Когда я плачу, я всегда знаю почему.					
2. Мечты — потеря времени.					
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым.					
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю.					
5. Я часто мечтаю о будущем.					
6. Мне кажется, я способен заводить друзей так же легко, как и другие.					
7. Знать как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений.					
8. Мне трудно находить правильные слова для моих чувств.					
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам.					

Вопрос	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятный даже докторам.					
11. Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит.					
12. Я способен с легкостью описать свои чувства.					
13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто описывать.					
14. Когда я расстроен, я не знаю, печален ли я, испуган или зол.					
15. Я часто даю волю воображению.					
16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим.					
17. Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моём теле.					
18. Я редко мечтаю.					
19. Я предпочитаю, чтобы всё шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так.					

Вопрос	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение.					
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях.					
22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям.					
23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства.					
24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему.					
25. Я не знаю, что происходит у меня внутри.					
26. Я часто не знаю, почему сержусь.					

### *Оценка результатов.*

Ответ «совершенно согласен» оценивается в 1 балл, «совершенно не согласен» — в 5 баллов. Оценка уровня алекситимии производится путём суммирования баллов, полученных за ответы на вопросы. При этом баллы, поставленные при ответе на вопросы, 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24 считаются со знаком минус.

Уровень алекситимии у здоровых людей — до 62 баллов. 63, 73 балла — зона риска, свыше 74 баллов — наличие алекситимии.

Ниже приведен средний уровень алекситимии у больных с психосоматическими расстройствами, больных неврозами и здоровых лиц ( $p < 0,01$ ):

психосоматические заболевания:

бронхиальная астма — 71,8+1,4;

гипертоническая болезнь — 72,6+1,4;

язвенная болезнь — 71,1+1,4.

Неврозы — 70,1+1,3.

Контрольная группа здоровых — 59,3+1,3.

*Алекситимия* — феномен, характеризующий и описывающий особый коммуникативный стиль, как в норме, так и при различных формах психических расстройств. Для алекситимии характерна сниженная способность к выражению и пониманию эмоциональных категорий, что проявляется во всех аспектах речевого поведения:

— вербальном — сниженное употребление эмоциональных категорий речи — существительных, обозначающих эмоциональное состояние, качественных прилагательных и определительных наречий; аморфность и нерасчлененность оценочных суждений, категоричность и полярность оценок, их детерминация внешними социальными нормами, замена эмоциональных категорий другими модальностями (например, соматическими).

— просодическом — сниженная способность к пониманию и узкий спектр использования в речи эмоциональных аспектов: интонации, тона, громкости, акцентуации слов и т.п.;

— мимическом — бедность мимики и пантомимики, сопровождающих речевое поведение, снижение импрессивной способности — оценки эмоционального состояния других людей по их невербальному поведению;

— коммуникативном — отсутствие нацеленности на открытое и конструктивное общение в микросоциуме, закрытость и отгороженность, сложность создания доверительных отношений, эгоцентризм, затруднения в формировании терапевтических отношений с врачом и медицинским персоналом.

Для выявления, изучения и оценки степени выраженности алекситимии нами разработан специальный глоссарий (таблица 2). Глоссарий разработан на основе изучения речевого поведения 300 больных различными психическими расстройствами с явными проявлениями алекситимии. В нем исследуются личностные и социально-психологические характеристики пациентов, особенности речевого поведения и коммуникации в микросоциуме.

Среди личностных и социально-психологических характеристик, предрасполагающими к развитию алекситимии являются следующие:

— воспитание в духе рационализма, терпимости и непопозвольности эмоций;

— большая зависимость от мнения родителей, симбиотическая связь с ними;

— наличие стереотипов в субъективной картине мира, упрощающих и примитивизирующих отношения между людьми, препятствующих гибкому и творческому подходу и решению проблем; слабый интерес и недоверие к людям, опора на авторитеты, отношения подчинение-субмиссия и т.п.;

— конкретное механистическое мышление;

— неадекватность эмоциональных действий в социальном плане, что приводит к конфликтам, социальной изоляции, углублению эгоцентризма, снижению уровня социальной поддержки и одобрения.

Из клинических характеристик значимыми являются недооценка роли психологических факторов и психических конфликтов, и их вклада в болезненную симптоматику; склонность к соматизации внутренней картины болезни, анозогностические тенденции.

Наличие или отсутствие того или иного признака оценивается в баллах, при суммации которых получается результат в рамках 4-х категорий, характеризующий степень выраженности алекситимии и обуславливающий необходимость проведения специальных мероприятий, так как наличие выраженной алекситимии является неблагоприятным прогностическим фактором.

Мы выделяем 2 вида алекситимии: первичную и вторичную. Первичная алекситимия обусловлена индивидуальными особенностями речевого поведения личности и наблюдается как у здоровых лиц, так и при патологии — главным образом, в клинике невротических, постстрессорных и соматоформных расстройств, в меньшей степени, при неврозоподобных расстройствах, соматогенных и в клинике органических поражений головного мозга, аффективных расстройствах настроения. Вторичная алекситимия связана с модифицирующим влиянием на речевое поведение самого болезненного процесса. В свою очередь вторичная алекситимия подразделяется нами на два варианта:

1) регрессирующую (обратимую) — вследствие купирования болезненного процесса и проведения специальных лечебно-реабилитационных мероприятий); и

2) прогрессирующую (необратимую).

Регрессирующая алекситимия встречается в клинике острых психотических расстройств неорганического генеза, при благопри-

ятном течении аффективных расстройств с полноценными и длительными интермиссиями. Прогрессирующая алекситимия связана с нарастанием эмоционально-волевых расстройств при длительном течении шизофрении (при простой форме — с инициального периода расстройства); усилении тяжести органического поражения головного мозга, неблагоприятном течении аффективных расстройств настроения.

Табл. 2

### Глоссарий для выявления и оценки выраженности алекситимии

№ п/п \_\_\_\_\_ Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_  
 Возраст \_\_\_\_\_ Ds. \_\_\_\_\_

№ п/п	Личностные, социально-психологические коммуникативные и лингвистические характеристики	Оценка признака		Баллы
		отсутствие	наличие	
1.	Воспитание в духе рационализма терпимости, непозволительности эмоций	-1	+1	
2.	Большая зависимость от мнения родителей, симбиотическая связь с ними	-0,5	+0,5	
3.	Стереотипы в субъективной картине мира а) рассмотрение отношений между людьми с позиции власти-подчинения	0	+0,5	
	б) примитивная картина окружающего мира, категоричность, ригидность суждений, упрощенность причинно-следственных связей, консерватизм	-1	+0,5	
	в) отсутствие гибкости и творческого подхода к решению проблем	-0,5	+0,5	
	г) слабый интерес и недоверие к людям	-0,5	+0,5	
	д) жесткое структурирование и ранжирование окружающего, тяготение к авторитетам	-0,5	+0,5	
4.	Конкретное механическое мышление	-1	+1	



5.	Затруднение осознания психических конфликтов как причины своего плохого самочувствия	-0,5	+1	
6.	Соматизация внутренней картины болезни	-1	+2	
7.	Неспособность осознания и вербализации собственных эмоций	-3	+3	
8.	Сниженное употребление эмоциональных категорий речи (существительных, обозначающих эмоциональное состояние, качественных прилагательных, определительных наречий)	-2	+2	
9.	Бедность и стереотипность невербальной экспрессии при описании своих проблем и самочувствия	-2	+2	
10.	Снижение импрессивной способности — неспособность судить об эмоциональном состоянии других по невербальному поведению, сниженная способность к эмпатии	-2	+2	
11.	Неадекватность эмоциональных действий в социальном плане, что приводит к конфликтам, социальной изоляции, углублению эгоцентризма, снижению уровня социальной поддержки и одобрения	-2,5	+2,5	
12.	Особое речевое поведение: а) детерминация извне внешними социальными нормами: употребление выражений: «должен», «обязан», «необходимо» вместо: «хочу», «чувствую», «стремлюсь»	-0,5	+0,5	
	б) аморфность и нерасчлененность оценочных суждений: «всегда», «как все», «никогда» и т.п.	-0,5	+0,5	
	в) полярность и категоричность оценок: «плохо», «хорошо», «правильно», «неправильно»	-0,5	+0,5	
	г) типичны высказывания по поводу своего самочувствия: «не могу сказать», «затрудняюсь ответить»	-1	+1	
	д) замена эмоциональных категорий соматическими: «устал», «перенервничал» и т.п.	-1	+1	
	е) употребление выражений, не позволяющих дифференцировать, эмоциональное состояние по паттернам и модальностям: «нормально», «плохо», «хорошо» и т.п.	-0,5	+0,5	

13.	Нацеленность на контакт с врачом, успешное и быстрое формирование терапевтического союза	+3	-3	
14.	Открытость и конструктивность в общении с персоналом и другими пациентами	+1	-1	

Подсчет баллов и оценка полученного результата:

- *менее 8 баллов:* Феномен алекситимии у данного пациента отсутствует;
- *от 8 до 15 баллов:* Алекситимия присутствует, но в незначительной степени, не оказывающей существенного влияния на течение, прогноз и проведение лечебно-реабилитационных мероприятий;
- *от 15 до 22 баллов:* Выраженная алекситимия;
- *более 22 баллов:* Алекситимия выражена в значительной степени, что сочетается с соматоцентрированной внутренней картиной болезни, выраженной социальной дезадаптацией. Проведение лечебно-реабилитационных мероприятий затруднено, прогноз ухудшается.

#### *IV. Психофизиологически ориентированные модели.*

- Теория стресса (Кэннон, Селье).

Психосоматические расстройства — болезни неотреагированных эмоций вследствие истощения ресурсов организма при длительных или массивных стрессах, несовершенство адаптивных способностей и приспособительных стратегий.

- Классическая условно-рефлекторная модель и кортико-висцеральная теория И.П. Павлова.

Психосоматическая патология — следствие срыва центральной регуляции процессов в организме с образованием патологических условных рефлексов.

- Синдром дефицита удовлетворённости К. Блюма.

Длительное пребывание в стрессе, нарушая биохимические механизмы, сигнализирующие об удовлетворённости отдельных функций, что ведёт к депрессии и тревоге, которые человек стремится компенсировать с помощью приёма психоактивных средств, поведения, связанного с риском, повышенной агрессивности.

#### *V. Интегративные модели*

- Модель здоровья болезни и болезненного состояния Вайнера.

Интегративный подход ориентирован на процесс, а не на структуру, пытается объяснить парадоксальный факт возникновения симптомов при отсутствии анатомических повреждений или нарушения физиологических функций, с учётом всего комплекса многочисленных факторов, ответственных за предрасположение, выявление, поддержание и течение болезни с их последствиями для больного и его социального окружения.

- Биопсихосоциальная модель Иксюля и Везиака.

В рамках теории систем и современной семиотики разработана модель, интегрирующая взаимодействие на социальном, биологическом и психологическом уровнях функционирования личности, как обмен знаками в динамическом временном аспекте.

- Медицинская антропология В. Вайцеккера

Теория предполагает осмысление болезни в контексте герменевтики истории жизни пациента, субъективности переживания им тех или иных событий, отношение к окружающему миру. Вайцеккер описал «круг образов» — непрерывную взаимообогащающуюся и законченную телесно-психическую круговую связь. Также им введено понятие «криза» — поворотного пункта при нарушении ритма жизни, переживаниях разлуки, сопровождающихся переворотом в соматических функциях. Психосоматическое учение Вайцеккера привело к новым идеям о структуре человеческого развития и определяющих его силах. Так им было введено понятие «патических категорий». Последние предполагают комплекс, описывающие жизнь как существование в рамках обязательств, терпения, необходимости принятия решений, накопления опыта. Из этого комплекса происходят события, имеющие непосредственное отношение к формированию психосоматических реакций и заблуждений.

### **1.4. Психосоматическая теория А. Менегетти. [88]**

Весьма интересным и ценным, на наш взгляд, является понимание психосоматических проблем в рамках онтопсихологии А. Менегетти. Указанный подход оригинально объединяет целый ряд научных парадигм (в первую очередь, психоаналитическую и гуманистическую), весьма прагматично для использования в целях

более глубокого понимания сущности психосоматической патологии и её психологической терапии.

Разработанная Менегетти теория онтопсихологии базируется на трёх основных принципах:

1. Знание базовой информации семантического поля.

Для анализа и изучения симптома необходимо располагать точной информацией о деталях формирования болезней в отношении обстоятельств её возникновений, субъективных и физиологических предпосылок.

2. Рациональные знания процессов, индуцированных монитором отношения — интегративной характеристикой процессов межличностной и интраперсональной коммуникации.

3. Знание онто Ин-се.

Онто ин-се — базовый критерий существования человека, специфицирующий природную, молекулярно-биологическую, историческую форму бытия. Указанный критерий позволяет исследовать глубинные сути реальности.

Основные постулаты психосоматики:

1. Здоровье — свободное течение энергии, интегрирующейся в единое целое.

2. Первичная энергия, одинаковая для мыслей и тела.

3. Экзистенциальная типология. Человек обусловлен тем типом жизненной индивидуации, которым констатирует или которым являются. Человек не может вступать в противоречие с тем, что он уже есть. Первичным является не развитие, а самосохранение.

4. Субъект в конфликтной ситуации не предпринимает никаких действий — на его защиту приходят органические изменения — включение вторичной энергии для сохранения первичной.

5. Индивидуация — силовая точка в средовом и языковом поле, в совокупности с подобными ей образует определённый вид магнитного поля, индивид — момент конденсации этой энергии. Данная позиция помогает понять специфику влияния на субъекта окружающей среды, времени, определённого типа семьи, различные виды реагирования в специфических ситуациях (например, почему в семье, когда выздоравливает один её член, другой — заболевает).

6. Ложь — защитный механизм первичной энергии, как закон приспособления.

7. Априорное «Я» — разумная форма сознания первична, бессознательное — производно.

8. Психосоматическое изменение.

Органическое изменение начинает действовать, когда основной энергии недостаточно для компенсации столкновения индивидуума с окружающей средой. Вытесненный комплекс всегда готов к фиктивной защите и начинает действовать при столкновении с опасностью, которая аккумулируется с первой, ставшей причиной вытеснения. Скрытые воспоминания всегда проецируют во внешний мир травматическое напряжение. По закону параллелизма период между конфликтом и его соматически преобразованием может составлять от нескольких дней до нескольких лет. Тяжесть происходящего определяется не объективными условиями, а субъективной оценкой. Соматический аспект всегда альтернативен психическому. Эмоции соматизируются при нерациональном разрешении конфликта.

#### 9. Историчность.

Первые признаки болезни проявляются в характере или соматизации в первые 6–7 лет. Любая болезнь — внутриспсихическая конфликтность невротического характера, связь с регрессом.

10. Болезнь — это всегда язык цельного человека. Нельзя вылечить болезнь, не понимая её этиологии и не учитывая психологических факторов. Болезнь — одна из реакций, которые представлены человеку в безвыходном, на его взгляд, положении. Психосоматическое и соматопсихическое — одно и то же.

11. Многие органические патологические процессы со временем превращаются в автономные системы вследствие вытеснения. В бессознательном вытесненный аффект остаётся постоянно действующим. Болезнь взлелеяна обществом, так как оправдывает слабости, обеспечивает прощение и защиту. Любая симптоматика порождается вытесненным содержимым. Патологический симптом — чрезвычайное частичное решение с целью ослабления напряжения. Другая функция — удержание запретного влечения и удовлетворение его на бессознательном уровне. Любая травма тем опаснее для субъекта, чем раньше она нанесена. Физическое заболевание предохраняет субъекта от ментального расщепления.

12. Патологические симптомы, как в психике, так и в соматике связаны с невротическим чувством тревоги.

13. Не существует никакого таинственного скачка от психики к телу — мы имеем дело с непрерывностью.

14. Формирование «Я» неизбежно понимается в связи с нарастающим развитием организма в среде.

15. Заболевание индивида всегда является следствием информационной ошибки.

16. Склонность субъекта к заболеванию отражает типологию, усвоенную им посредством прямой передачи информации в первые три года жизни. Болезнь есть поиск состояния гомеостаза в регрессивной ситуации. Все болезни — формы борьбы за приспособление внешней среды к собственным нарциссическим потребностям.

17. Психическое — есть биодинамическая интенциональность любой органической эволюции.

18. Организм находится в постоянном метаболизме со средой. Психосоматическую реальность следует соотносить с процессом символизации, через который проходит «Я», как тело, как свершение, как индивидуация с детских лет до нынешнего дня. Психической идентификации предшествует идентификация телесная, соматическая и именно в силу обращения к этому процессу первичного познания может произойти патологическое изменение.

19. Ощущение здоровья свидетельствует о порядке, согласии, аутентичности. В глубине любого психосоматического аспекта существует комплекс, понимаемый как энергия, органически фиксированный неким стилем поведения, в котором отпечатались первые поведенческие модели.

Этиология.

Выбор субъекта типа болезни не случаен и зависит от структурированной в нём с детства аффективной информации. Семья — первый момент, первичная структура, создающая базовую матрицу любой инволюции субъекта. Типичным является сокрытие семейного фактора, что создаёт затруднение для формирования этиологических представлений. Соккрытие семейного фактора объясняется цензурированием и вытеснением первопричины, верностью первым аффективным привязанностям, социально-юридическими теориями системы. Ведущим является опыт базовой матрицы диадических отношений «мать-ребёнок».

Психический онтогенез переходит в социальный филогенез.

Самореализация — задача исключительно личности, а не общества.

Психосоматический процесс.

Осуществляется в три стадии:

1. Попытка забыть — вытеснить экзистенциальную неразрешимую проблему.

2. Вытесненная психологическая проблема стремится к воплощению в зоне бессознательного.

3. Соматизация бессознательной проблемы. Болезнь приобретает форму, видится объективным злом, даёт освобождение от чувства вины, уклонения от ответственности, апелляцию к помощи.

Существуют три вида психосоматического смещения:

1. Смещение на собственное тело.

2. Смещение на тело пассивно зависимого, соматизация в другом человек, в котором установлена внутренняя связь, который находится в положении зависимости.

3. Смещение в личную экономическую или политическую сферу.

Уточнения по психосоматике.

Стресс не причина, а следствие психосоматического заболевания. Психосоматическое заболевание служит выражением обмана или ошибочного проекта, направленного против собственного естества или жизни.

Усиление заболевания обусловлено исключительно стремлением первичного инстинкта к самовосстановлению.

Любые формы психосоматических расстройств проявляются и закрепляются во взрослом возрасте (27–40 лет).

Психосоматика возникает и вызывает органические осложнения в зависимости от технической возрастной готовности органа к выполнению функции.

Для лечения психосоматической патологии необходимо изменение распознанного базового проекта заболевания.

## ГЛАВА II

### АДАПТАЦИЯ. КОПИНГ-СТРАТЕГИИ.

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ

#### 2.1. Адаптация. Стресс

Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения, *здоровье* — есть состояние полного психического и психологического благополучия, при успешной адаптации индивидуума в социальной среде.

*Адаптация* — комплекс приспособительных реакций организма, призванный поддерживать стабильность в условиях постоянного изменения внешних и внутренних стимулов. Адаптация — динамичный напряженный процесс, требующий затраты энергии, волевых усилий, гибкого использования наработанных стратегий по совладанию со стрессорными факторами.

Под *стрессами* понимаются различные раздражители, воздействующие на целостный организм (химические, физические, бактериологические, психологические). Для оценки и анализа стрессорных факторов нужно учитывать их единичность/множественность, массивность или интенсивность воздействия, длительность, знакомость/новизна и, в первую очередь, субъективная значимость семантики стресса для индивида, с учётом особенностей его психологических данных, событий жизненной истории, созвучных с переживаемой ситуацией. [2; 3; 57; 96; 113]

#### 2.2. Копинг-стратегии

Особенности взаимодействия личности со стрессами и трудными жизненными ситуациями описываются в рамках *копинг-стратегий* (англ. To cope — справиться, совладать). Термин впервые введен А. Маслоу и подразумевает совокупность изменяющихся когнитивных, эмоциональных и поведенческих паттернов, направленных на поддержание стабильности при возникновении различных внутренних и/или внешних ситуаций, вызывающих напряжение, неготовность или невозможность быстрого контроля и выравнивания ситуации.

- Выделяют следующие способы совладающего поведения:
- Разрешение проблем;



- Поиск социальной поддержки;
- Избегание.

При описании характеристик копинг-стратегии учитывают следующие факторы:

- Ориентация на урегулирование эмоциональных реакций либо направленность на разрешение проблемы и/или изменение ситуации;
- Скрытый внутренний копинг, направленный на когнитивное решение проблемы, являющийся причиной, либо открытый поведенческий копинг, направленный на оперирование с отдельными элементами ситуации.
- Конструктивные и успешные стратегии, либо неконструктивные.

Чрезвычайно важно подчеркнуть, что копинг-стратегии являются преимущественно осознаваемые, активными, в отличие от психологических защитных механизмов, регуляция которыми осуществляется на бессознательном уровне.

В клинике психосоматических расстройств чрезвычайно важно учитывать характер адаптивных реакций личности и копинг-стратегии при столкновении с болезненным расстройством на различных этапах её течения. Важно учитывать, что цели копинг-поведения у пациента, его окружения и медицинского персонала, лиц, участвующих в реабилитации, могут не совпадать. Пациент заинтересован в приобретении психического равновесия, эффективно приспособления к жизни при проявлениях болезней и её последствиях, оптимальной адаптации требованиям лечения. Основными целями использования врачом копинг-поведения пациента является развитие познавательного отношения и мотивацией больного к лечению, его активное сотрудничество в терапии, эмоциональная устойчивость и терпеливость в процессе лечения. Лица ближайшего окружения пациента ожидают от него сохранения прежнего статуса в семье и на работе, поддержание социальных контактов.

Для всестороннего анализа механизмов совладания необходимо исследовать их проявления в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личностей пациентов.

В когнитивной сфере могут наблюдаться следующие механизмы: отвлечение, переключение мыслей на другие темы, принятие болезни как неизбежности с философией стоицизма, игнорирование болезни, со склонностью к чёрному юмору, проблемный анализ

болезни и её последствия, активный всесторонний поиск информации, взвешенный подход и анализ, в том числе сравнительный, уход в религиозность, поиск особого смысла болезней.

Механизмы совладания в эмоциональной сфере могут проявляться следующими переживаниями: протест, активное противостояние, эмоциональная разрядка и отреагирование чувств, изоляция с подавленностью, запрет на проявление чувств, оптимизм и уверенность, доверие, возложение ответственности на чужие плечи, самообвинение, переживание злости, раздражения, зависти, сохранение равновесия и самоконтроля. В поведенческой сфере возможны следующие варианты копинг-стратегий: отвлечение с активным занятием какой-либо деятельностью, уход «с головой» в работу, альтруизм и забота о других, активное избегание процессов лечения, компенсаторное удовлетворение собственных желаний и потребностей, уединение, активное сотрудничество, поиск поддержки. [23; 61; 82; 103; 120]

### **2.3. Психологические защитные механизмы**

Представление о психологической защите первоначально формировались в рамках классического психоанализа в работах З.Фрейда и последователей. Детальная разработка концепций психологической защиты представлена А. Фрейд в её работе «Эго и механизм защиты» (1936). *Механизмы психологической защиты* направлены на уменьшение тревоги, вызванной интрапсихическим конфликтом, и представляют собой специфические бессознательные процесс с помощью которых «Я» пытается сохранить интегративность и адаптивность личности. В основе современных представлений о механизмах психологической защиты доминируют познавательные теории, рассматривающие эти механизмы как защитные реинтерпретации с изменением семантики дестабилизирующих факторов. В основе защит лежит неосознаваемое искажение процесса отбора и преобразование информации. Психологические защитные механизмы защищают личность от негативных чувств, тревоги, страха, гнева, стыда, психической боли, вызывая в личности адаптивные процессы переоценки значения ситуаций, отношений, собственных характеристик и представлений в целях ослабления психического дискомфорта, сохранения уровня самооценки и целостности я. В то же время, устойчивость, ригидность, частое использование, узкий арсенал защитных механизмов и их тесная связь с дезадаптивными

стереотипами мышления, делают такие защитные механизмы патологическими, способствующими к стойкой дезадаптации, невротизации и ухода в болезнь.

В научной литературе описано большое количество психологических защитных механизмов. Представляем основные из них, наиболее значимые в психосоматической клинике, в подразделении на 4 основные группы.

*Первая группа* защитных механизмов характеризуется отсутствием переработки содержания информации события, подвергаемого удалению из сознания.

- *Вытеснение* — недопущение в сферу сознания, устранение из неё болезненных и противоречивых чувств и воспоминаний, неприемлемых желаний и мыслей. Это наиболее примитивный, малоэффективный способ защиты, нередко связанный с действием других защитных механизмов. Вытесняется, как правило, информация, угрожающая чувству собственной ценности личности. Механизм чаще проявляется у инфантильных и истерических личностей, характерен для детей.
- *Механизм перцептивной защиты* — автоматические реакции невосприятия информации при наличии болезненного расхождения между желаемым и действительным, либо при несоответствии запросам, потребностям и ожиданиям.
- *Подавление*. Избегание тревожащей конфликтной информации, отвлечение внимания от частично осознаваемых аффектов и конфликтов.
- *Блокирование*. Торможение, задержка эмоций, мыслей или действия, вызывающих тревогу, имеющих, как правило, кратковременный характер.
- *Отрицание* — непризнание отрицания ситуации, конфликтов, игнорирование болезненной реакции фактов.

*Вторая группа* психологических защитных механизмов связана с преобразованием (искажением) значения содержания мыслей, чувств и поведения.

- *Рационализация* — псевдообъяснения собственных неприемлемых желаний, убеждений, поступков, их субъективная интерпретация с целью самооправдания.

- *Интеллектуализация* — попытка контроля над эмоциями и импульсами посредством преобладания размышления, рассуждения по их поводу вместо непосредственного переживания. При этом отмечается чрезмерный когнитивный способ разрешения конфликтов без ощущения связанных с ними аффектов.
- *Изоляция* — интеллектуальная эмоциональная диссоциация, при которой эмоции отделяются от конкретных ситуаций, в результате чего представление или эмоция вытесняется, или эмоция связывается с другим, менее значимым представлением, чем достигается снижение эмоционального напряжения.
- *Реактивные образования* — совладание с неприемлемыми импульсами, эмоциями, личностными качествами посредством замены их на противоположные (например, альтруизм, уступчивость и послушание при вытесняемых враждебности, тенденций к доминированию, неприемлемости авторитетов).
- *Смещение* — замена объекта, на которого могли быть направлены негативные чувства на более безопасный (например, семейная агрессия при ненависти к руководителю).
- *Проекция* — приписывание другим людям собственных непризнаваемых мыслей, чувств и мотивов.
- *Идентификация* — отождествление себя, своих психических процессов с другой личностью с имитацией паттернов поведения.
- *Проективная идентификация* (по М. Кляйн) предполагает проецирование на субъект определенных переживаний с целью контроля и управления им.

*Третья группа* — механизмы разрядки отрицательного эмоционального напряжения.

- *Реализация в действии* (acting-out) — осуществление аффективной разрядки посредством активации экспрессивного поведения (агрессия и аутоагрессия, склонность к психологической зависимости от психоактивных веществ, нарушение пищевого и полового поведения).
- *Соматизация* — процесс трансформации психоэмоционального напряжения в соматическую сферу в виде соматоформных вегетативных расстройств, многообразных функциональных

нарушений внутренних органов. От соматизации следует дифференцировать конверсию, типичную для истерии в классическом описании З. Фрейда. *Конверсия* предполагает трансформацию определённых вытесненных комплексов переживаний в те или иные физические (соматические) нарушения, воплощающие глубинную семантику стрессового фактора (например, конверсивная слепота при непереносимости объективных событий мира, уход от ответственности, самонаказание). Говоря о клинике истерии, следует выделить другой значимый механизм — *диссоциацию*. При диссоциации происходит разделение, расслоение аффективных от когнитивных переживаний, либо перенос неприемлемой информации в одну из субличностей с символическим отказом от неё (например, диссоциативная амнезия, особо болезненного или позорного события).

- *Сублимация* — преобразование энергии неприемлемых или неосуществимых инстинктивных влечений в социально поощряемую деятельность (творчество, спорт, хобби).

*Четвёртая группа* — защитные механизмы манипулятивного типа.

- *Регрессия* — возвращение к более ранним, инфантильным формам поведения, с демонстрацией беспомощности, зависимости и ухода от реальности.
- *Фантазирование* — манипулятивное приукрашивание себя и своей жизни с целью повышения чувства собственной значимости и контроля окружения.
- *Уход в болезнь* — погружение в болезненные переживания с отказом от ответственности и самостоятельности в решении проблем, оправдание болезни и вызванной ею несостоятельности с извлечением психологической выгоды.

Существует разделение механизмов психологической защиты на первичные, вторичные и патологические.

К первичным (архаическим) относятся: аутистическое фантазирование, отрицание, всемогущество, обесценивание, идеализация, проекция, интроекция, проективная идентификация, расщепление, диссоциация, юмор, альтруизм, пассивная агрессивность, смещение.

Вторичные психологические защитные механизмы включают: вытеснение, регрессию, изоляцию, интеллектуализацию, рационализацию, морализацию, антиципацию, аннулирование, поворот

против себя, смещение, реактивное образование, реверсию, идентификация, отреагирование, сексуализацию, подавление, недеяние (вакуум активности).

Патологические защитные механизмы встречаются в структуре психотических расстройств и включают в себя: психотическое отрицание, параноидную проекцию, психотическое искажение или избегание.

Знание и правильная интерпретация психологических защитных механизмов необходимы для проникновения в сущность индивидуальной семантики болезненных переживаний, без чего немислим успешный терапевтически — реабилитационный процесс.

Для эффективного осуществления психотерапевтических и психоаналитических интервенций необходимо преодоление защитных механизмов как комплексных образований, носящих дезадаптивный характер, включенных в психодинамику этиопатогенеза психосоматической патологии.

*Преодоление психологических защит осуществляется с помощью комплекса последовательно осуществляемых психотерапевтических интервенций: успокоения, присоединения, отвлечения, конфронтации, интерпретации и проработки.*

*Успокоение* предполагает директивное или косвенное внушение оптимизма благоприятного исхода в разрешении проблем как психологического, так и медицинского характера.

*Техника присоединения* демонстрирует вовлечение в переживания пациента с эмпатией, конгруэнтностью, опорой на профессиональную компетентность, с позиций эксперта.

*Техника отвлечения* предполагает переориентацию пациента на другие переживания, либо раскрывает другие аспекты актуальных проблем.

При *конфронтации* специалист акцентировано обращает внимание пациента на внутренние противоречия, алогичность, нестыковки во внутренних концепциях, отражающих проблемные переживания.

*Интерпретация* предполагает совместный поэтапный анализ проблемы с исследованием её в этиологическом и динамическом аспектах с поиском ключевых переживаний, субъективно значимых моментов.

*Проработка* — закрепление в повседневной практике знаний и навыков, полученных в ходе предшествующих техник. [41; 58; 81; 84; 93; 100; 103; 123; 126; 127; 130; 141]

## ГЛАВА III

### ХАРАКТЕР В ПСИХОСОМАТИКЕ

Обзор различных психосоматических концепций наглядно демонстрирует высокую значимость в прогнозировании развития психосоматических расстройств, учёта особенностей индивидуальных характерологических особенностей личности. Помимо этого, знание характерологических особенностей пациента, чрезвычайно важно для осуществления успешных терапевтически-реабилитационных мероприятий. Особенности характера являются не только этиологическими предпосылками того или расстройства, но и откладывают специфический отпечаток на клинические проявления болезненно-го расстройства, особенности адаптивных и защитных механизмов.

*Характер* — это совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности, складывающаяся и проявляющаяся в деятельности и общении, обуславливая типичные для неё способы поведения. Говоря о характере, как правило, указывают на его акцентуацию. *Акцентуация* характера — это чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющаяся в избирательной уязвимости личности по отношению к определённого рода психогенным воздействиям при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим. В клинической практике наиболее часто используют типологию акцентуаций характера по Личко и Леонгарду.

Типы акцентуации характера по Личко: гипертимный, циклоидный, лабильный, сенситивный, психастенический, астеноневротический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, нестойкий, конформный.

Акцентуации характера по Леонгарду: гипертимный, аффективно-лабильный, аффективно-экзальтированный, тревожный, эмотивный, педантичный, интровертированный, возбудимый, демонстративный, экстровеитированный, ригидный, дистимичный. [25; 28; 59; 103]

Нам представляется наиболее подходящей для рассмотрения психосоматических проблем *типология организации личности* по Нэнси Мак-Вильямс [81]. Данная типология предполагает комплексный учёт биологических факторов (наследственность, темперамент), социальных факторов, учёт особенностей раннего детства, периоды становления характера (объектные отношения, перенесенные психологические травмы, кризисные периоды). В своём описании типов личности Мак-Вильямс учитывает конституционные и ситуативные

факторы, ведущие влечения (драйвы), ведущие аффекты, защитные и адаптационные процессы, особенности объектных отношений, особенности самосознания. Типология организации личности по Нэнси Мак-Вильямс включает следующие типы: психопатически (антисоциальный), нарциссический, обсессивно-компульсивный, параноидный, истерический (театральный), шизоидный, депрессивный и маниакальный, диссоциативный, мазохистический (саморазрушительный). Представляем краткие характеристики указанных типов.

#### *Психопатический (антисоциальный) тип*

Для личности данного типа характерна потребность ощущать собственное влияние на других, манипулировать ими, «подняться над ними». Выражена врожденная тенденция к агрессивности, более высокий порог возбуждения для получения удовольствия. В психологических защитных механизмах преобладают всемогущий контроль, диссоциация, отыгрывание, проективная идентификация. Объектные отношения характеризуются нестабильностью, потворством, эмоциональным непониманием, склонностью к эксплуатации и жестокости. Собственное «Я» характеризуется грандиозным стремлением избежать переживания слабости и зависти.

Указанный тип имеет высокий риск травматизма, склонность к различным токсическим зависимостям, сексуальным эксцессам.

В качестве примера указанного типа можно представить братьев из фильма Роберта Родригеса «От заката до рассвета», героев фильма «Прирожденные убийцы», Свидригайлов из «Преступления и наказания» Ф.М. Достоевского.

#### *Нарциссический тип*

Для него свойственны отчужденность и эмоциональная недоступность, склонность к эскибиционистическому стилю поведения, переоценка собственных достоинств, фантазии о всемогуществе, тенденции к осуждению других при зависимости от их мнения, глубинные чувства недостаточности, нелюбимости и обманутости. Указанным личностям характерна чувствительность к невербальным эмоциональным сообщениям по поводу невыраженных аффектов отношений, ожиданий других людей, недостаточная способность переносить агрессивные импульсы. Главные эмоции — стыд и зависть. Психологические защиты: идеализация-обесценивание, перфекционизм. Объектные отношения проходят под лозунгом: «использовать и быть использованным», для уравновешивания са-



моуважения и возмещения причинённого ему ущерба. Собственное «Я» наполнено чувствами фальши, стыда, зависти, внутренней пустоты или неуравновешенности, уродства и неполноценности или их компенсаторными противоположностями— самоутверждением, чувством собственного достоинства, презрения, тщеславия и превосходства.

Учитывая, что данный тип личности связан с ретардацией развития на доэдипальном уровне, в психосоматическом плане ему свойственны системные заболевания, со склонностью к катастрофам, депрессивные расстройства.

В качестве примеров можно привести Казанову из одноименного фильма Феллини, Настасья Филипповна и Ганя Иволгин из «Идиота» Ф.М. Достоевского.

#### *Обсессивный-компульсивный тип*

Данному типу характерна методичность, дисциплинированность, скупость, упрямство, склонность к сдерживанию и утаиванию, перфекционизм, ритуализация поведения. Влечения определяются фиксацией на анальной стадии. Базовый аффективный конфликт — гнев, борющийся со страхом быть осужденным или наказанным. Подавляемое чувство стыда. Защитные механизмы: при обсессиях — изоляция; при компульсиях — уничтожение сделанного, а также реактивные образования и смещение аффектов. Объектные отношения характеризуются чрезмерным контролем или явным его недостатком (в прошлом), крайним формализмом и ритуализированностью. Самосознание наполнено определением нравственных принципов в терминах контроля, беспокойством и «замиранием» в моменты выбора. Типична саморегуляция — думание/делание, самокритика истинных или мнимых агрессивных проявлений. Предпочтения деталям, а не целому.

В психосоматическом плане высок риск развития патологии желудочно-кишечного тракта, новообразований.

В качестве литературных примеров можно привести «мелких людишек» из рассказов А.П. Чехова, в частности «Смерть чиновника», «Человек в футляре», Плюшкин из «Мёртвых душ» Гоголя.

#### *Параноидный тип*

Определяется подозрительностью, недоброжелательностью, мрачностью, отсутствием чувства юмора, склонностью к образова-

нию сверхценных идей. Личностям свойственны врожденные агрессивность или раздражительность, как следствие — подверженность чувства страха, стыда, зависти и вины. Защитные механизмы: проекция, проективная идентификация, реактивные формирования. Объектные отношения формируются в семейной системе переживания угрозы, унижения и механизма проекцию, содержат тревожные послания в коммуникации. Самосознание определяется сменой беспомощно уязвимых и всемогуще разрушительных тенденций с постоянной обеспокоенностью, вызванной хрупкостью идентичности и самоуважения.

В психосоматическом плане характерны заболевания сердечно-сосудистой системы.

В качестве примеров можно привести Ивана Карамазова из «Братьев Карамазовых» Ф.М. Достоевского, Голлума из «Властелина Колец» Дж. Р. Толкиена, капитан Барбосса из «Пиратов Карибского моря».

### *Истерический (театральный) тип*

Характеризуется общительностью, развитой интуицией, неустойчивостью эмоций, склонностью попадать в драматические ситуации. Характерен высокий уровень тревоги, напряженности, реактивности. Типично базовая гиперчувствительность, социофильность, двойная фиксированность на оральной и эдиповой ситуации, фрустрации связанные с полом (женщины), из психологических защит преобладают репрессия, сексуализация, регрессия, диссоциация, отреагирование (стремление к тому, что вызывает страх). Объектные отношения формируются через неадекватное воспитание родителями: нарциссические и соблазняющие послания, повторяющиеся в зрелой жизни и закрепленные вынужденными повторениями. Личностей характеризует представление о себе как о маленьком недоразвитом существе, которому грозит опасность, самооценка омрачена конфликтами относительно сексуализированных проявлений силы.

В психосоматическом плане характерен высокий риск полиморфной соматоформной симптоматики, как соматизация массивных тревожно-фобических расстройств; конверсивно-диссоциативные расстройства.

В качестве литературных примеров можно привести подавляющее большинство героинь романов Ф.М. Достоевского, глава се-

мейства Карамазовых, Мармеладов из «Преступления и наказания», Джек Воробей из «Пиратов Карибского Моря».

### *Шизоидный тип*

Характерны базальная тревога по поводу безопасности, избегание эмоционально насыщенных и интимных отношений с другими людьми, фантазии о поглощении, склонность к уходу мир воображения и символизма, игнорирование конвенциональных норм, жизненная позиция «наблюдателя». Личности гиперсенситивны, в связи, с чем избегают стимуляции. Типична фиксация на проблемах оральной стадии. Психологические защитные механизмы: примитивная изоляция, расщепление Эго, проекция, интроекция, проективная идентификация, идеализация и обесценивание. Для объектных отношений характерен паттерн «приближение-избегание», обусловленный дезадаптивным типом семейной классификации «двойного зажима» (**double bind**). **Самосознание описывается через оппозиционность**, несмотря на субъективно болезненное одиночество, стремление к самовыражению, поиск внутренних подтверждений собственной уникальности и оригинальности, самокритичность.

В качестве примеров: Дон Кихот Сервантеса, Родион Раскольников из «Преступления и наказания» Достоевского, Рассказчик из «Бойцовского клуба» Чака Паланика

### *Депрессивный и маниакальный типы*

Депрессии свойственны печаль, сниженная энергетика, ангедония, вегетативные расстройства; гипомании — подвижность, энергичность, высокая работоспособность, высокая социальность. Для депрессивного типа характерны переживания преждевременной потери, фиксация на оральной стадии, бессознательное чувство вины, чрезмерной печали. Для маниакального — возбужденность, мобильность, общительность, фиксация на оральной стадии, проблем с весом, склонность к внезапным неконтролируемым проявлениям ненависти. Психологические защиты: депрессивный тип — интроекция, обращение против себя, идеализация; маниакальный — отрицание, отреагирование (бегство), обесценивание, всемогущий контроль (при психозах). Объектные отношения определяются потерей на стадии сепарации, индивидуации, неадекватным оплакиванием, критицизмом, эмоциональным или физическим насилием и непониманием в семье. Самосознание депрессивных личностей наполнено

глубинных переживанием своей «плохости» и врождённой деструктивности, глобальной виновности, ранимости. Маниакальные личности определяются потребностью находится в движении, боязнью привязанностью к кому-либо, страхом дезинтеграции собственного «Я», стремлением к очаровыванию окружающих.

В психосоматическом плане высок риск развития биполярного аффективного расстройства, нарушений пищевого поведения, различных зависимостей.

В качестве примера полярности: Ослик Иа — Винни Пух, маниакальный тип Разумихин из «Преступления и наказания», депрессивный тип — Пьеро из итальянского фольклора.

#### *Диссоциативный тип*

Для типа характерна склонность к формированию множественных субличностей — диссоциированных частей собственного «Я». Личностям свойственен талант к самогипнозу, высокий интеллект, креативность, социофилия. Ведущий механизм психологической защиты — диссоциация. Объектные отношения укоренены в глубокой детской психотравме, прошедшей без эмоциональной переработки. Представление о собственном «Я» фрагментированы, пропитаны парализующими страхами и самообвинительными когнитивными структурами.

Пример: «Мистер Джекилл и доктор Хайд» Р.Л. Стивенсона.

#### *Мазохистический (саморазрушительный) тип*

Постоянное выражение жалоб, пребывание в жизненной ситуации страдания (зачастую добровольного), установка на самопожертвование, самоповреждение, самообесценивание. Скрытое желание мучить других своими страданиями — вот основные черты данного типа. Характерна полярность: садизм/мазохизм, обусловленная фиксацией на стадии оральной агрессии. Выражены чувства сознательной печали и бессознательной вины; гнев, обида, негодование — за незаслуженность страданий. Ведущие механизмы психологической защиты: интроекция, обращение против себя, идеализация, отреагирование, умиротворение, провокация, эксгибиционизм, избегание чувства вины, морализация. Ранний опыт с объектами, которые нерадиво воспитывали или жестоко обращались, изредка сочувствовали, если ребёнок страдал, определяют паттерны коммуникации с окружением. Самосознание — такое же, как у

депрессивных личностей, но без чувства обделённости. Регуляция самооценки — спокойное терпение плохого обращения.

Данная личность предполагает широкий спектр психосоматической патологии, в первую очередь депрессивного регистра; искусственно демонстрируемые, симулируемые расстройства, в частности синдром Мюнхгаузена.

Пример: Соня Мармеладова из «Преступления и наказания» Ф.М. Достоевского.

**ГЛАВА IV.**  
**ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОСОМАТИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ.**  
**ОСНОВЫ ТЕРМИНОЛОГИИ.**  
**СИМПТОМ-СИНДРОМ-РАССТРОЙСТВО.**  
**КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И**  
**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.**  
**ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ**

**4.1. Основы психиатрической пропедевтики**

Логика семиологии (науки об установлении медицинского диагноза) предполагает сбор, обработку и анализ данных о состоянии здоровья пациента по цепочке:

*Симптом-синдром-болезненное расстройство (нозологизация)*

*Симптом* — есть отдельный единичный признак заболевания. Как правило, он является низкоспецифичным, то есть может встречаться при самых различных болезненных расстройствах. Например, боль в животе. В то же время, крайне редко некоторые симптомы и, в особенности, синдромы, могут являться высокоспецифичными — патогномоничными. Например, кинжальная боль в животе — однозначный признак прободной язвы.

*Синдром* — специфический устойчивый комплекс взаимосвязанных симптомов. Носит более высокоспецифический характер. Например, астенический синдром — является постоянным спутником практически любого заболевания, как психического, так и соматического; синдром психического автоматизма — является патогномоничным для шизофрении.

Приводим краткую характеристику основных синдромов, встречаемых в психосоматической клинике.

*Астенический синдром* — вялость, слабость, утомляемость, раздражительность, колебания настроения, плаксивость, нарушения сна и аппетита, головная боль.

*Тревожный синдром* — беспокойство, волнения, напряжение, учащенное сердцебиение, повышение артериального давления,

бессонница, озноб, дрожь в теле, ожидание того, что что-то должно случиться, спазмы, головокружение, мышечные боли.

*Депрессивный синдром* — подавленность, уныние, печаль, снижение побуждений, отсутствие удовольствий от обычно приятной деятельности, пессимизм, заниженная самооценка, нарушение аппетита, бессонница, отсутствие либидо.

*Соматоформный синдром* предполагает комплекс вегетативных нарушений, болезненных и дискомфортных ощущений в рамках отдельно взятой системы органов. Например, для сердечно-сосудистой системы: сердцебиение, колебание АД, болезненность и дискомфорт в области сердца, ощущение перебоев, замираний, аритмии, пульсация в теле, головная боль, головокружение, шум в ушах и голове, озноб, жар, онемение.

*Болезненное расстройство (нозология)* — самостоятельная форма расстройства душевного или психического расстройства, являющееся устойчивой комбинацией болезненных синдромов. Каждая нозология имеет достоверно установленные, с позиции общепринятых научных подходов и методологий (научная парадигма), этиологию, патогенез, диагностические критерии клинического протекания (статистически подтверждённые), четкие критерии дифференциальной диагностики, разработанные методы терапии, реабилитации и профилактики. Указанные критерии нозологической формы обоснованы принципами доказательной медицины.

**Этиология** — наука о причинах болезненного расстройства.

**Патогенез** — наука, изучающая особенности развития, становления и протекания во времени болезни.

**Эпидемиология** — наука, изучающая распространённость болезненного расстройства, влияние на заболеваемость, социальных, экономических, культуральных, гендерных (пол) особенностей.

Диагностические и исследовательские критерии болезненных расстройств отражаются международной классификацией болезней, которые подразделяются на рубрики в зависимости от медицинского профиля (гастроэнтерология, педиатрия, неврология и т.д.). Учитывая, что психосоматическая патология (в свете современных представлений) относится к психической патологии, приводим краткие характеристики *основных диагностических рубрик психических и поведенческих расстройств в соответствии с международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10)*.

Рубрика F0 — органические психические расстройства (неврозоподобные, психотические, деменции).

Рубрика F1 — расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомании).

Рубрика F2 — шизофрения, острые и хронические эндогенные психотические расстройства.

Рубрика F3 — аффективные расстройства настроения.

Рубрика F4 — невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Рубрика F5 — расстройства, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.

Рубрика F6 — расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (психопатии).

Рубрика F7 — умственная отсталость.

Рубрика F8 — нарушения психического развития.

Рубрика F9 — расстройства детского и подросткового возраста.

Все расстройства в медицине, в том числе, в психиатрии, можно разделить на *функциональные и органические*. При функциональных расстройствах отмечается нарушения обмена веществ регуляции органов и систем организма без структурных изменений (обратимые). При органических нарушениях развиваются структурные нарушения (необратимые). Психосоматические расстройства изначально относятся к функциональной патологии. Однако, при длительном и неблагоприятном течении, отсутствии терапии, позитивных изменений в жизни больного, отмечается постепенная трансформация функциональных расстройств в структурные (*психосоматозы*). Так, например, при неблагоприятных условиях, дискомфорт, спазмы в желудке, отрыжка воздухом трансформируются в хронический гастрит, последний может перерасти в язвенную болезнь, которая, в свою очередь, может в значительной степени деформировать орган или приводить к малигнизации (перерождение в раковую опухоль).

Психиатрию условно подразделяют на пограничную (неврозы, неврозоподобные состояния, личностные расстройства, реакции на стресс), и большую (психозы, деменции).



**Невротическое расстройство** — функциональное нарушение, сопровождающееся большим количеством вегетативных и соматических симптомов, аффективными нарушениями с полной критикой и контролем поведения.

**Психотическое расстройство** — грубое, тяжелое нарушение с развитием бреда и галлюцинаций, грубым искажением отражения окружающей действительности, выраженными поведенческими нарушениями, утратой контроля над поведением и некритичностью.

**Деменция (слабоумие)** — необратимый процесс выраженного снижения интеллектуально-мнестических способностей, с полной потерей адаптации, функций критики и контроля поведения.

**Умственная отсталость (олигофрения)** — врожденное состояние различной этиологии, при котором в значительной степени снижены интеллектуально-мнестические функции.

Достаточно сложным и нерешённым однозначно до настоящего времени остаётся вопрос классификации психосоматических расстройств. В современной классификации МКБ-10 отсутствуют самое понятие «психосоматический». В то же время, данная концепция носит не только исторический характер, но и является интегративной для целого ряда заболеваний, рассматриваемых в психодинамическом аспекте их этиопатогенеза. Учитывая большое количество психосоматических теорий и моделей, классификации расстройств могут существенно отличаться. В то же время, практически любую соматическую (не говоря уже о психической) патологию (от инфекций до опухолей), психосоматологи рассматривают в рамках собственных теорий (и в большинстве случаев, они правы, по крайней мере, на начальных этапах болезненных расстройств). [3; 34; 42; 97; 100; 102; 124]

С нашей точки зрения, к психосоматическим целесообразно отнести следующие психические расстройства:

- соматоформные вегетативные дисфункции;
- соматизированное расстройство;
- тревожно-фобические невротические расстройства;
- хроническое соматизированное болевое расстройство;
- депрессивное расстройство;
- ипохондрическое расстройство;
- расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия);
- функциональные сексуальные расстройства;
- синдром «профессионального выгорания»;

Для установки диагноза психосоматического расстройства важен учёт критериев исключения: острых и хронических интоксикаций, медикаментозной и токсической зависимости, соматической патологии, органических поражений головного мозга.

## 4.2. Внутренняя картина болезни

*Внутренняя картина болезни* по А.Р. Лурии — это все то, что испытывает и переживает больной, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложного сочетания восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм. Современный подход учитывает психологию больного, отношение к болезни, тип переработки конфликтных ситуаций. [79]

Изучая внутреннюю картину болезни при неврозах, Ташлыков В.А. [92, 93] указывает, что она представляет систему психического приспособления личности к заболеванию, в основе которой лежит значимость невроза для больного («значимые» отношения по Мясичеву В.Н., «личностный смысл» по А.Н. Леонтьеву) и концептуализация им своих ощущений и переживаний в условиях взаимодействия осознаваемого и неосознаваемого уровней психики с учетом его жизненной ситуации. Им выделены депрессивный и фобический варианты, каждый из которых подразделяется на психоцентрический и соматоцентрический подтипы. В последние годы ряд авторов [62; 73; 114; 133] отмечают возрастание уровня соматизации внутренней картины болезни, что ухудшает прогноз и затрудняет реабилитацию больных.

Изучение внутренней картины болезни при психосоматической патологии перспективно с точки зрения системного подхода рассматривающего формирование тех или иных расстройств, отталкиваясь от соответствующих им типов личностно-средового взаимодействия и вытекающих из них типов взаимодействия с болезнью.

Наиболее подробная классификация отношения к болезни (Личко, Иванова, 1980) известна в связи с популярной методикой *диагностики типов отношения к болезни* — ТОБОЛ (Бурлачук, Коржова, 1998). Классификация выделяет 12 вариантов реагирования личности на болезнь:

- гармоничный — трезвая оценка, активное сотрудничество, отсутствие болезненного эгоизма, гибкость;

- эргопатический — уход от болезни в работу;
- анозогнозический — вытеснение информации о болезни и последствиях, пренебрежительное к ним отношение, нежелание лечиться;
- тревожный — беспокойство, мнительность, озабоченный поиск информации о болезни и лечении, угнетённое настроение;
- ипохондрический — уход в мир болезненных ощущений;
- неврастенический — раздражительность, нетерпеливость, нервозность;
- меланхолический — пессимизм, подавленность, безверие;
- апатические — безразличие, утрата интереса к жизни;
- сенситивный — озабоченность, чувствительность, ранимость, боязнь ухудшения отношений к окружающим;
- эгоцентрический — уход в страдание и их демонстрация с манипулятивными целями;
- паранойяльный — подозрительность, недоверчивость, обвинения;
- дисфорический — тоскливо-злое настроение, ненависть к здоровым, обвинение других в своей болезни, деспотизм к близким. [82; 84; 125]

## ГЛАВА V

### ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОТНОШЕНИЯ

*(на примере соматоформных вегетативных дисфункций)*

Проблема психосоматических взаимоотношений является центральной в психосоматике. Это обусловлено, с одной стороны, принципиально важным теоретическим значением проблемы, требующей мультидисциплинарного подхода, и, с другой стороны, — ведущим прагматическим аспектом в плане терапии и психологической реабилитации [23; 82; 97]. Психосоматические взаимоотношения — это подход позволяющий ответить на ряд взаимосвязанных вопросов: почему у данного пациента с его индивидуальными психологическими особенностями и психодинамическими проблемами в данный момент времени, на фоне специфических психотравмирующих моментов, развивается конкретный вид психосоматического расстройства [23; 61; 83; 96].

#### 5.1. Психосоматические взаимоотношения

В соответствии с нашей концепцией, для анализа и прогнозирования психосоматических соотношений необходим учет следующих факторов:

1. Психологическая типология личности.

Нами использовался подход Н.Мак-Вильямс [81].

2. Ведущие механизмы психологической защиты. Анализ применяемых защитных механизмов в зависимости от особенностей психогенных факторов.

3. Построение для каждого пациента градуированной типологической схемы психогений, с указанием наиболее субъективно значимых с минимально развитыми копинг-стратегиями к адаптации.

4. Изучение характера действующей психогении.

5. Выявление органа или системы с высокой предрасположенностью к психосоматическому реагированию. Последняя предполагает учет функционально слабой системы, изучение анамнеза на предмет выявления заболеваний, травм, а также психологической отягощенности по той или иной патологии в семейных мифах (например: смерть от инфаркта миокарда у мужчин после 40 лет; инсульт по женской линии после 50 лет; онкозаболевания).

6. Психоаналитический поиск жизненных событий пациента обусловленный: а) predisposition к психосоматическому реагированию того или иного органа (вытесненное переживание подвергшееся первичной (детской амнезии); б) высокую значимость той или иной психологической вредности.

7. Изучение глубинной семантики переживаний пациента посредством анализа психолингвистики речи и психосемантики языка тела. Выявление аффективного компонента переживаний, коммуникативного послания к окружению с помощью психосоматических симптомов.

Рассмотрим все указанные факторы в отдельных видах соматоформных вегетативных дисфункций.

## **5.2. Психосоматические корреляции соматоформных вегетативных дисфункций**

### *5.2.1. Сердце и сердечнососудистая система.*

Для пациентов данной подгруппы характерна напряженность и нагруженность объектных отношений аффектами, тревожность, гиперответственность, рассмотрение отношений с позиций власть/подчинение, высокие амбиции, гордыня, стенический характер эмоций, с культивированием решения межличностных, социальных и семейных проблем методом “наезда”. Для всех пациентов характерна алекситимия, на фоне достаточной коммуникативной компетентности, что обусловлено приматом интеллектуального над эмоциональным. Пациентам свойственны дистантные отношения с родителями, идентификация с отцом по причине отторжения эмоционально уплощенной или сверхзанятой, доминирующей в семье матери, наличие в семейном мифе отягощенности по заболеванию сердца и сосудов по мужской линии. И поэтому пусковым моментом являются болезнь или смерть значимых лиц с соответствующей патологией. Из защитных механизмов можно выделить рационализацию, интеллектуализацию, смещение аффекта, блокирование и изоляцию, что обуславливает высокий уровень коморбидности тревоги и obsesий. Для всех пациентов характерны эпизоды пубертатной вегето-сосудистой дистонии на фоне психологических проблем занятия должного места в иерархии микросоциальной группы, болезненное реагирование на проявление несправедливости в толпе. Из

ранних переживаний типичны воспоминания пережитых несчастных случаев (аварии, стихийные бедствия), несправедливого наказания, острого чувства вины. Ситуациями, запустившими настоящее невротическое заболевание, были: работа в режиме цейтнота, болезни близких, несоответствие возможностей и поставленных задач, болезненное столкновение с бездумной мощью государственной машины (комиссии, проверки, судебные тяжбы).

Глубинные переживания больных наполнены страхом недостаточного уровня компетентности/статусности, нетерпением, подавленной злостью и агрессией, острой потребностью взять паузу, при опасности потерять контроль над ситуацией, стать ненужным.

### 5.2.2. Желудочно-кишечный тракт.

Пациенты данной подгруппы характеризовались склонностью к блокированию и накоплению негативных эмоций, «проглатыванию» обид, высоким чувством тревожности, выраженным депрессивным радикалом, наличием в анамнезе субдепрессивных эпизодов с соматизированной желудочно-кишечной симптоматикой. Для больных характерно сочетание высококодифференцированных (сублимация, рационализация, сарказм, самоирония) и примитивных психологических защит (вытеснение, отрицание, проекция, интроекция), что обуславливает высокий процент коморбидных депрессивных расстройств и конверсивной симптоматики. Значимой психологической проблемой были соотношения брать/давать, что обусловлено острым ощущением недолюбленности в детстве (старшие дети в семье, «золушки», нарциссичность либо диссоциативность родителей). Для больных характерна заниженная самооценка, жесткая самокритика, при желании «делать добро» и быть благодаря этому в центре внимания. В то же время, им свойственна мелочность, обидчивость, фантазийная мстительность, что определяет в структуре личности наличие полярных тенденций и обуславливает соответствующие отражения в симптоматике (диарея/запор, анорексия/булимия, похудение/ожирение) без определенных закономерностей течения расстройства. Для семей больных характерны полярности: культ еды/полное игнорирование основ нормального питания. Частыми являются детские воспоминания страхов и борьбы с гельминтами, социальные фобии в связи с эпизодом поноса в ненужное время и в неудобном месте, унижение от клизм в связи с запорами, случаи эксцессов поедания чего-либо с угрозой наказания, чувства

вины или негативными физиологическими последствиями. Событиями, инициирующими соматоформное расстройство являются те, которые вызывают чувство страха (рискованный бизнес, угроза безработицы, ухудшение отношений с объектами зависимости) или агрессии, канализирующуюся преимущественно в аутоагрессивную соматизированную депрессию. Глубинная семантика болезненной симптоматики, носящая преимущественно приступообразный характер (спазмы, приступы боли, понос, тошнота, рвота, жжения) отражает крик отчаяния, потребность принятия с «кормлением» положительными эмоциями, угрозу дестабилизации и потери существующих источников энергии, душевную боль и усталость от биполярных метаний в канализации агрессии.

### 5.2.3. Дыхательная система.

В подгруппе преобладают пациенты с выраженными зависимыми, мазохистическими, нарциссическими чертами. Их объектные отношения наполнены симбиотической зависимостью от объекта, низкой самоидентичностью, астеничными эмоциями, элементами психофизического инфантилизма. Среди механизмов психологической защиты заметно выделяются проективные идентификации, диссоциация, конверсия, блокирование, фантазирование. Для пациентов характерно избегание ситуаций повышенного требования напряжения, где можно «выдохнуться», свойственна тенденция к бережному накоплению и лелеянию обид («дуться»), низкая толерантность к сильным эмоциональным переживаниям («задохнуться от»). В семейном анамнезе присутствует нередкие указания на бронхиальную астму, опыт утопления, тяжелая асфиксия в родах. Для раннего детства характерны воспоминания — фантазмы, что мать хотела задушить в объятиях, движимая неумелым желанием успокоить синюющего от крика ребёнка. Типичны детские страхи с экстрасенсорными воспоминаниями, от которых «захватывает дух», характерно болезненное осознание тяжести человеческого бытия, и, поэтому, провоцирующим настоящее невротическое состояние моментом, была неожиданная «застигающая врасплох» информация о давно очевидных тенденциях, которые не хотели видеть, или ситуации с малейшим намёком на опасность. Глубинная семантика переживаний представляет собой вопиющий крик о помощи, сдавленный по причине сложности принятия помощи, (чувство униженности, неумение и нежелание давать что-либо взамен, угроза собственно-

му статусу, бегство в болезнь от проблем). Наиболее часты коморбидные состояния — тревожные, конверсивно-диссоциативные.

#### 5.2.4. Урогенитальная система.

Для пациентов данной группы характерно наличие шизоидного, нарциссического, зависимого, психастенического радикала. Объектные отношения характеризуются двойственностью, обусловленной недоверием и неудовлетворённостью окружением по причине фрустрации завышенных амбиций и притязаний, наивных мечтаний и нерациональности желаний. Из механизмов психологической защиты можно выделить: проективную идентификацию, проекцию, интроекцию, идеализацию и обесценивание, реактивные образования и изоляция, чем обусловлен высокий уровень обсессивно-компульсивной, тревожной и депрессивной коморбидной патологии. Для пациентов характерны указания на частый энурез в детстве, отклонения в обе стороны от нормального полового созревания, что выступило в качестве психотравмы (ранние или слишком поздние первые поллюции, наступление первых *menses*, развитие вторичных половых признаков). Практически все пациенты подгруппы помнят ужасные истории воспитателей о фатальных последствиях мастурбации. Фигуры родителей характеризовались недостижимостью, эмоциональной холодностью, гиперрационализмом. Первым травматическим воспоминанием в связи с этим является чувство вины, стыд и брезгливость за невозможность полного контроля своих физиологических отправления, что вызовет разочарование родителей и окончательную потерю их любви. В настоящем моменте, способствующим манифестации невротического расстройства, являлись хронические фрустрации в сфере любовных отношений, чувство одиночества, заброшенности, собственной неудачливости, малоценности, производственные проблемы со снижением статуса, неудачные проекты. Глубинная семантика переживаний выражает боль и отчаянную надежду обрести понимание, поддержку, придти к самореализации во всех аспектах.

#### 5.2.5. Кожная и костно-суставная система.

Для пациентов с кожными расстройствами характерно высокая сенситивность, шизоидный и нарциссический радикал, депрессивность и мазохистичность; для больных с костно-суставными проблемами: параноидность, гиперчувствительность, маскирующая психа-



стеничность и зависимость. Объектные отношения характеризуются в первом случае: незрелостью, недоверием, стремлением удерживать дистанцию; во втором: амбивалентностью эмоций, стремлением к независимости при переоценке собственных возможностей. Для кожных расстройств характерен выраженный экссудативный диатез в детстве, для второй подгруппы — мочекислый диатез, частые травмы. Первая подгруппа — дети с холодными жестокими родителями, воспитывающиеся в запущенности, нередко с физическим насилием; вторая — дети, перегруженные амбициозными планами своих родителей, выполняющие их на пределе сил. Указанные моменты отражают специфику ранних травматических воспоминаний. Пусковым моментом для первой подгруппы служат ситуации повышенной эмоциональной нагрузки, в связи со значимыми изменениями в жизни; во втором — хронические истощающие психогении «несение непосильной ноши, которую нельзя бросить». Глубинная семантика переживаний отражает, в первом случае, потребность в эмоциональном принятии и комфорте, во втором — острую потребность в психологическом отдыхе, разгрузке, уменьшение обязанностей без угрозы лишиться признания и любви.

Таким образом, разработанная нами типология позволяет осуществлять многофакторный анализ психосоматических взаимоотношений при соматоформных вегетативных дисфункциях. Изучение психосемантических взаимоотношений позволяет прогнозировать развитие процесса соматизации по тому или иному пути, даёт ключевые моменты для успешного осуществления психодинамических аспектов реабилитационного процесса. Учитывая небольшую величину наблюдений, результаты настоящего исследования не претендуют на выделение в качестве частных критериев, а лишь обуславливают основные тенденции, нуждающиеся в дальнейшей проверке и разработке.

## РАЗДЕЛ 5.2. ЧАСТНАЯ ПСИХОСОМАТИКА

### ГЛАВА VI КРАТКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

#### 6.1. Основы эпидемиологии

Возраст — до 45 лет.

Пол — женщины болеют чаще, чем мужчины в 2–2,5 раза.

Таблица.

**Распространённость психосоматических расстройств**  
(по обобщённым и усреднённым данным многочисленных исследований)

Вид патологии	В популяции, %	На первичном поликлиниче- ском приёме, % от всех больных	В соматиче- ском стацио- наре, % от всех больных
Депрессии	6	10	12
Неврозы и соматоформ- ные расстройства	35–45 (40)	25	20
Соматогенные состояния	15	10	30
Всего	61	45	62

Таким образом, *каждый третий* пациент врача-интерниста является, на самом деле, клиентом для психиатра, и ещё одна *треть больных* нуждается в комплексном подходе, включающем

лечебно-реабилитационные мероприятия психиатрического и психотерапевтического плана.

## 6.2. Этиопатогенез психосоматических расстройств

Обобщённо многочисленные теории этиологии и развития психосоматической патологии можно представить в виде следующей *интегративной модели*.

Каждый индивид имеет свои характерологические особенности, предполагающие особую уязвимость к определённому роду эмоциональным переживаниям и специфическим ситуациями. Эта повышенная ранимость предопределена биографически и связана с ранними детскими (до 3-6 лет) психологическими травмами сложными событиями. Впечатления от этой травмы и связанные с ней негативные аффекты вытесняются (изгоняются) в бессознательное, «запираются» там, покидают сознание, но не исчезают, а находятся в режиме ожидания. Человек в ходе жизни, накопления опыта совершенствует свои неосознаваемые *механизмы психологической защиты* и осознаваемые *механизмы адаптации* и борьбы со стрессом, (включающие в себя когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии). В случае, если во взрослой жизни индивид сталкивается с мощным стрессом, с которым он не в силах совладать и который созвучен с ранними травмами, — наступает поломка внутри психического баланса, нарушаются установившиеся соотношения между сознанием и бессознательным. Ослабленное энергетически, сознательно «Я» не в силах удерживать вытесненные комплексы, и те стремятся в сознательную зону. «Я» реагирует на это интенсивной *тревогой* и включает *аварийные* защитные механизмы. К ним относятся: регрессия (возврат к более ранним формам поведения, с целью повторного вытеснения старой травмы и попытки аналогичным образом справиться с новой) и соматизация (перевод психологически неприемлемых и неприятных содержаний в соматические (физические) процессы). В результате — восстанавливается психологическое равновесие, ценой развития (как правило, постепенного требующего времени (дни-годы)) соматического страдания (как функционального, так и органического). Выбор органа (системы органов) и характера симптомов осуществляется неосознанно и воплощает индивидуальную символику, отражающую *субъективную* значимость травмирующего события. Важным явля-

ется не объективная тяжесть и опасность события, а субъективное восприятие непереносимости и угрозы каких-либо обстоятельств, ощущение бессилия в борьбе с ними.

### **6.3. Клиника и диагностика**

Общие принципы диагностики.

#### *1. Возраст.*

Молодой возраст (до 45 лет) пациентов предполагает большую вероятность функциональной патологии и пограничных психических расстройств.

#### *2. Психогении.*

Наличие в истории болезни указаний на предшествующие манифестации болезненного расстройства тяжёлые острые или хронические истощающие психотравмирующие переживания. Либо наличие выраженных и несоответствующих тяжести расстройства эмоциональных переживаний.

*3. Соответствие объективных данных субъективным переживаниям.*

При психосоматических расстройствах пациенты предъявляют массу жалоб, демонстрируют выраженные страдания, ярко окрашенные эмоциональными переживаниями. Объективно выявляются лёгкая функциональная патология, а, нередко, — патологических изменений нет.

#### *4. Коммуникативные особенности.*

Ряд больных (чаще, с невротическими расстройствами) предъявляют массу динамичных, ярких, подчас, необычных жалоб, широкий спектр изменчивых эмоций и аффектов, активно идут на контакт, ищут помощи, охотно сотрудничают и дают качественную обратную связь. Эти пациенты тревожны, являются ходячей энциклопедией страхов, традиционных и нетрадиционных (у многих есть персональный опыт) методов лечения, ночами просиживают в интернете в поисках ответы на свои вопросы.

Вторая категория больных (соматоформные расстройства и депрессии) невербально демонстрируют более тяжёлые страдания, но речь их скудна, монотонна, жалобы бедные, стереотипные, неполные, лишены эмоций. Такой коммуникативный стиль называется алекситимия. Он затрудняет понимание больного, контакт с ним и качественное сотрудничество. А учитывая, что многие пациенты

невербально выражают недовольство, недоверие, сомнения, раздражение и гнев — всё это может вызывать у врач негативный отклик в душе, что не лучшим образом.

#### *5. Время и терпение.*

Для понимания сути болезненного расстройства у психосоматических больных необходимо уделить внимание проникновению во внутренний мир пациента, понять его личностные особенности, внутренние психологические конфликты, типичные психологические защиты, стратегии совладания со стрессом. Всё это требует значительно большего, в сравнении с соматическими больными, времени и терпения.

#### *Депрессивные расстройства*

Типичными признаками депрессии являются следующие *клинические проявления*, непрерывно нарастающие на протяжении, как минимум, двух недель:

- Подавленное, угнетённое, мрачное, унылое, тоскливое настроение;
- Двигательная и интеллектуальная заторможенность;
- Нежелание и невозможность что-либо делать;
- Отсутствие удовольствия от обычно приятных занятий и вещей (ангедония);
- Различные виды нарушения сна, наиболее типичны ранние утренние пробуждения (4–5 часов) с тревогой;
- Широкий спектр вегетативных расстройств;
- Снижение /отсутствии либидо;
- Снижение или отсутствие аппетита, в редких случаях — повышение;
- Снижение массы тела (более чем на 5–10% от исходной), даже при нормальном аппетите и соблюдении режима питания.

Наиболее мучительны для больных *нарушения в когнитивной сфере*, временно меняющие самооценку и мировоззрение:

- Пессимизм, негативная переоценка жизненных событий;
- Заниженная самооценка;
- Чувство вины;
- Обесценивание жизни и мысли о смерти;
- Ощущение безысходности, вечности страданий;
- «чёрно-белое» восприятие мира, без вкусов и запахов, в тяжё-

лых случаях — мучительное ощущение утраты способности к каким-либо чувствам.

Для эндогенных депрессий характерна типичная *суточная ритмика*: самое тяжелое состояние — в утренние часы и в первой половине дня, к вечеру симптомы могут в значительной степени ослабляться или даже временно отступать. Поэтому осмотр такого больного во второй половине дня требует тщательного и целенаправленного опроса для выявления депрессивной симптоматики.

При соматизированной депрессии на первый план выступают различные системные вегетативные расстройства:

- Головные боли («мышечного напряжения»);
- Боль в области сердца, тяжесть в груди, сердцебиение, колебание АД;
- Стеснение в груди, неудовлетворённость вдохом;
- Тошнота, рвота, чаще по утрам, отвращение к пище, гиперэстезия к запахам пищи, запоры (реже — поносы по утрам);
- Жжение — локальное или во всём теле, озноб, потливость, сенестопатии;
- Субфебрилитет;
- Различной локализации болевой синдром;
- Сухость слизистых, гипо-, гиперэстезия.

В этих ситуациях больные нацелены на получение соматического диагноза и, как правило, проходят многих узких специалистов и широкий спектр диагностических процедур, что нередко даёт повод к новым исследованиям, новым тревогам и сомнениям.

Неврогическая депрессия отличается от эндогенной лишь количественной выраженностью симптомов, значительно меньшей тяжестью расстройств, отчётливой связью с психогенными факторами, большей длительностью (6 и более месяцев) и особенностями течения (волнообразность течения, спонтанные ремиссии).

*Ошибки диагностики  
(лирическое отступление).*

*В психологии современного человека (и общества) есть чёткая установка на соматический диагноз (определение физических аспектов страдания). Диагноз соматической болезни предпочтителен по следующим причинам:*

- *Всё понятно, хотя и больно и неприятно;*

- Можно рассчитывать на понимание и принятие окружающих;
- Извлечение вторичных выгод из болезни: вызывание сострадания, чувства вины позволяет манипулировать окружающими, избегать ответственности, уклоняться от обязанностей.

*При психиатрическом диагнозе картина обратная:*

- Есть опасность стигматизации — непонимания, отчуждённость людей, страх возможных социально-юридических ограничений (водительские права, охотничье оружие, работы в силовых структурах);
- Позорность такого диагноза, необходимость скрывать наличие расстройства и факт лечения;
- Необходимость принятия ответственности за свою болезнь, разбираться в её психологических коллизиях;
- Меньшая вероятность получения понимания, поддержки и помощи со стороны окружение.

*Исходя из этого, становится понятным «забывание» рядом терапевтов возможности развития у больного психического расстройства. Это первое основание для нераспознавания психосоматических заболеваний (на наш взгляд, главное).*

*Второе основание — недостаточная информированность по данному вопросу (автор очень надеется, что его скромный труд и внимание к проблеме со стороны коллег поможет в устранении указанной проблемы).*

### *Тревожные невротические расстройства*

Тревога — негативное ощущение смутной неопределённой угрозы, опасности, беспредметный страх, сопровождающийся комплексом вегетативных нарушений с акцентом на перевозбуждение (постоянное или пароксизмальное) симпатoadренальной системы.

- Генерализованное тревожное расстройство.
- Проявляется следующей симптоматикой:
- Тахикардия, сильная пульсация сердца;
- Потливость;
- Дрожь в теле, тремор;
- Чувство удушья, затруднённое дыхание;
- Боль или дискомфорт в груди;

- Тошнота, неприятные ощущения в желудке;
- Головокружение, неустойчивость и шаткость при ходьбе, «предобморочность» состояния, ощущение изменённости, нереальности, в собственном теле или окружающем мире;
- Страх потери контроля, сумасшествия;
- Страх наступающей смерти;
- Приливы или озноб;
- Онемение в теле, ощущение покалывания;
- Мышечное напряжение или боль;
- Беспокойство, невозможность расслабиться;
- Нервозность, напряжение;
- Ощущение комка в горле, затруднённое глотание;
- Усиленная реакция на внешние раздражители, испуг;
- Затруднение сосредоточения внимания;
- Раздражительность;
- Затруднённое засыпание.

При *панической атаке* многие из перечисленных симптомов разворачиваются внезапно и достигают значительной интенсивности, сопровождаются паническим «животным» страхом, психомоторным возбуждением пациента и, как правило, приводят к вызову бригады СМП. Интернисты диагностируют это состояние как диэнцефальный криз или симпатoadреналовый пароксизм, успешно купируют его, но, к сожалению, далеко не всегда направляют больных на лечение и реабилитацию к психиатрам (психотерапевтам). Излечение возможно только в этом случае, поскольку необходимы специализированные комплексные терапевтические реабилитационные программы, являющиеся сферой *компетенции психиатрии*.

#### *Соматоформные вегетативные дисфункции*

Ранее в психиатрии эти расстройства определяли как *органные неврозы*. Для них характерно:

- Наличие симптомов вегетативного возбуждения, имитирующих картину соматической болезни;
- Отсутствие объективных признаков расстройства структуры и функций в данном органе или системе;
- Длительность (как и для всех невротических расстройств) более 6 месяцев.



Выделяют *соматоформные вегетативные дисфункции*:

- *Сердца и сердечнососудистой системы;*
- *Верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок);*
- *Нижних отделов желудочно-кишечного тракта;*
- *Дыхательной системы;*
- *Урогенитальной системы.*

Соматоформные дисфункции проявляются многообразием вегетативных симптомов, приуроченных к *одной системе* или органу. Имеют массу параллелей в соматической медицине, нашедших своё отражение в классификациях и врачебном сленге, подразумеваемых как функциональные расстройства. Приведём некоторые из них: головные боли мышечного напряжения, невроз сердца, постстрессовый желудок, синдром раздражённого кишечника, нейрогенный мочевого пузырь, респираторный дистресс, патомимия (архаический дерматологический диагноз для психосоматики *кожной системы*: упорный зуд, неясного характера высыпания, на фоне странного поведения).

#### *Соматизированное расстройство*

Вариант патологии, при котором отмечается длительное (более 2-х лет) присутствие симптомов возбуждения вегетативной нервной системы, приуроченной к *двум и более органам и системам*. Является одним из трёх вариантов проявления истерии, наряду с конверсией (судороги, псевдопарезы и параличи, анестезия) и диссоциацией (диссоциативные амнезия, ступор, транс).

Излечение данного расстройства немыслимо без вмешательства психиатра и высокопрофессиональной упорной длительной психотерапевтической помощи.

#### *Хроническое соматоформное болевое расстройство*

Характеризуется наличием упорного, тяжелого и мучительного болевого синдрома различной локализации. Типична длительность, отсутствие объективных данных, объясняющих его генез. Внимание больных сфокусировано на боли и она является осевым феноменом в их жизни.

#### *Ипохондрическое расстройство*

Характеризуется:

- Непокончимой убеждёностью больного в наличии у него серьёзного физического заболевания;

- Озабоченность убеждением в болезни вызывает постоянные страдания больного, социальную дезадаптацию в повседневной жизни и вынуждает пациента постоянно искать медицинское обследование и лечение, обращаться за помощью к представителям нетрадиционной медицины и целителям;
- Образ жизни больного целиком сосредоточен на разработанной им программе по оздоровлению и лечению;
- Упорный отказ больного принять медицинские заверения в отсутствии физических причин симптомов.

### *Нарушения пищевого поведения*

Являются нередкими в психосоматике, поскольку пища является символом, играющим ключевую роль во многих психологических конфликтах: проблемы любви и утраты, недостаток принятия и заботы, агрессии и ненависти, дефицит самоуважения, протест и самонаказание. Клинически выделяют три основных формы: нервная анорексия, нервная булимия и ожирение, связанное с перееданием.

### *Нервная анорексия*

Неоднородное расстройство, которое по своей клинической типологии может быть разделено на проявления трёх типов:

- *Невротический уровень*;
- *Эндогенный уровень, близки к аффективной патологии* (депрессия);
- *Психотический уровень* (дисморфофобический и дисморфоманический бред).

Представляем основные признаки *анорексии невротического уровня*:

- Болеют только девушки в возрасте 12–25 лет (реже старше);
- Расстройство связано с психологическими проблемами пубертата (социализация, самоидентификация, коммуникативные сложности, семейные проблемы), но трансформируется на недовольство собственной внешностью, фигурой, особенно если есть намёки на избыточный вес;
- Основная поведенческая стратегия пациенток — достижение «идеального» веса;

Для достижения поставленных целей используются:

- Жесткие ограничения в объёме питания, полное исключение калорийной пищи, иногда голодание, изнуряющие физиче-

ские нагрузки — *рестриктивный (ограничительный) тип анорексии*,

- Снижение веса посредством вызывания рвоты после приёма пищи, приём мочегонных и слабительных средств. Учитывая, что на первой стадии болезни аппетит сохранён, иногда повышен (случаются переедания), иногда применяются всевозможные средства для снижения аппетита, часто — различные фармакологические препараты для похудения, — *очистительный тип анорексии*;
- Указанное поведение тщательно скрывается, отрицается, при его обнаружении родителями, последние встречают жёсткий отпор при попытке «накормить ребёнка», ограничения питания рационализируются больным (соблюдение Поста, здоровое питание, натуропатия, вегетарианство, раздельное питание).

На втором этапе расстройства, при прогрессирующем снижении массы тела (более чем 10–15% от исходного) у девушек прекращаются месячные, развиваются желудочно-кишечные расстройства и *астено-субдепрессивный синдром* (вялость, слабость, утомляемость, раздражительность, плаксивость, аффективная неустойчивость, нарушение сна, склонность к гипотонии, и синкопальным состояниям, тахикардия, подавленность, апатия). Вполне логично предположить, что родители после безуспешных семейных баталий насильно ведут ребёнка к: гастроэнтерологу, гинекологу, невропатологу, эндокринологу,.. но никак не к психотерапевту (психиатру). Для третьей стадии характерна нарастающая кахексия, безбелковые отёки, гиповолемический шок, дистрофические нарушения внутренних органов. Даже в такой стране, как Германия, где развита специализированная сеть учреждений по реабилитации больных с анорексией, 15% случаев заболевания заканчиваются летально. Поэтому своевременное направление таких больных к психиатру реально может спасти жизнь.

### *Нервная булимия*

По своим проявлениям полярна анорексии:

- Периодические (не менее 2 раз в неделю) эпизоды развития интенсивного неутолимого голода со значительным перееданием;
- Постоянная озабоченность приёмом пищи, сильное желание и навязчивое стремление к еде;

- Использование «очистительных» стратегий как при аналогичном варианте анорексии, что, в совокупности с навязчивым страхом расползнуться, приводит к снижению веса;
- Маятникообразные колебания массы тела, нередко смена клиники булимии на клинику анорексии (атипичные варианты расстройства).

### *Ожирение*

При ожирении, связанном с перееданием, проблема носит хронический характер, пациенты к ней лучше адаптированы, и обращаются к терапевтам в случаях сопутствующих и вытекающих из избыточного веса соматических проблем или за помощью в плане похудения. Психосоматические больные с ожирением не имеют нейроэндокринной патологии, могут быть хорошо информированы в вопросах здорового питания. Но они не могут решать свои психологические проблемы и бороться со стрессами иначе, как «баловать» себя чем-то «вкусеньким», а различные психотехнологии контроля массы тела, включая «кодирования», не решают глубинных проблем, дают кратковременный эффект и только увеличивают амплитуду маятника динамики веса.

### *Расстройства сна*

Могут быть единственным симптомом расстройства и не иметь никаких органических и соматических предпосылок, а лишь отражать напряжённые и несовершенные *механизмы адаптации* и глубинные психологические проблемы.

Бессонница, связанная с трудностями адаптации, может быть обусловленная следующими причинами:

- Сменный характер работы, работа в ночные часы;
- Смена часового пояса;
- Напряжённый график работы без чёткого регламента;
- Частые командировки, переезды;
- Семейные проблемы (тяжёлые болезни близких, маленький ребёнок, проблемные дети);
- Текущие неразрешимые психологические проблемы;
- Переживания возрастных и ситуационных экзистенциальных кризисов.

Расстройства сна могут сопровождаться такими клиническими проявлениями как *ночные ужасы, ночные кошмары, гиперсомния, нарушение режима сон-бодрствование.*

## *Сексуальные дисфункции*

Функциональные сексуальные дисфункции (*отсутствие или потеря сексуального влечения*), *сексуальное отвращение, отсутствие сексуального удовлетворения, отсутствие генитальной реакции (эректильная дисфункция мужчин), оргазмическая дисфункция, вагинизм, повышенное сексуальное влечение*, также могут выступать в качестве моносимптома, не иметь нейрофизиологических и соматических предпосылок. Все они требуют кропотливой совместной работы сексопатолога и психотерапевта.

*Психические расстройства пограничного уровня, обусловленные соматическими заболеваниями и органическими поражениями головного мозга (соматопсихические)*

Хронические соматические заболевания сопряжены со страданием, необходимостью выносить боль, физический дискомфорт, нарушения функций, затратой дополнительных сил и энергии для обеспечения стабильности и успешной социальной деятельности; наполнены тревожными ожиданиями, неуверенностью, иррациональными страхами, делают больных ранимыми, чувствительными, обидчивыми, злобными. Острые расстройства несут ощущения катастрофичности, паники, отчаяния и уныния, заставляют переосмысливать жизненные ценности. Всё это, в совокупности с нейрофизиологическими изменениями в организме, снижением церебральной энергетики, создаёт предпосылки к развитию неврозоподобных (органических непсихотических соматогенно обусловленных) расстройств.

Выделяют следующие варианты неврозоподобных расстройств, по *ведущему психопатологическому синдрому*:

- Астеническое;
- Тревожное;
- Депрессивное;
- Конверсивное.

Указанные синдромы описаны нами ранее при рассмотрении соответствующих расстройств. При неврозоподобных состояниях они имеют сходные клинические проявления и отличаются рядом *характеристик*:

- Тесная связь клинической динамики неврозоподобного состояния с соматическим расстройством;
- Протекание на фоне церебрастении: быстрая психическая ис-

тощаемость, эмоциональная лабильность, слезливость, снижение концентрации внимания, частые цефалгии, метеозависимость;

- Клиническая неполнота и незавершённость, стереотипность болезненной симптоматики;
- Сложное для диагностики сочетание функциональных и органических симптомов болезни.

Данная группа расстройств для успешной реабилитации нуждается в параллельной работе специалиста по основному заболеванию и врача-психиатра (психотерапевта).

### *Синдром профессионального выгорания*

Профессиональное выгорание — полисиндромное психическое расстройство пограничного уровня связанное с длительными истощающими психогениями производственного характера, перегрузками. Указанное расстройство не является диагностической рубрикой МКБ, однако, описано нами в силу его большой распространённости и высокой значимости в качестве отправной точки развития большинства психических и соматических расстройств.

В группу риска по данному синдрому входят профессии связанные со значительным (более 70% рабочего времени) общением с людьми, высокой ответственностью, значительным психоэмоциональным напряжением. Это медицинские работники, педагоги, психологи, социальные работники, руководители всех рангов, сотрудники правоохранительных органов, менеджеры, представители сферы услуг. Факторы риска определяются также особым психологическим профилем, включающим слабые границы собственного Я, способствующие «заражению» чужими проблемами; низкими коммуникативными способностями; ригидностью; моральным мазохизмом; трудоголизмом.

*Процесс* профессионального выгорания протекает по следующим этапам:

1. Предвестники начальной фазы: повышенная активность, ощущаемое утомление в конце рабочей недели, а затем к концу каждого рабочего дня.
2. Снижение активности.
3. Поиск виноватых: эмоциональные реакции — агрессия или депрессия.
4. Спад: снижение креативности, инертность, нарастающая пассивность.

5. Оскудение: уплощение эмоциональной, социальной и духовной жизни, изоляция.
6. Психосоматические реакции: невротические, депрессивные, инфекционные и соматические заболевания, алкоголизация и другие зависимости, психопатизация и нарастание профессионального дефекта.
7. Отчаяние: хроническое чувство безысходности, выраженный душевный кризис, хронические психические и соматические расстройства, высокий риск суицида.

*Основные симптомы* синдрома профессионального выгорания:

- Ухудшение отношений с коллегами и родственниками;
- Нарастающий негативизм по отношению к клиентам, к коллегам;
- Злоупотребление алкоголем, никотином, кофеином;
- Утрата чувства юмора, постоянное чувство неудачи и вины;
- Повышенная раздражительность и на работе, и дома;
- Упорное желание сменить род занятий;
- Рассеянность, утомляемость, слабость;
- Нарушения сна;
- Обостренная восприимчивость к инфекционным заболеваниям;
- Чувство хронической усталости.

### *Проблема коморбидности*

Трудно найти счастливого, в возрасте старше 35 лет, чьи записи в амбулаторной карте ограничиваются одним диагнозом. У пациентов старше 40 лет, как правило, имеются 3–4 соматических диагноза. Но могут быть и психиатрические, и не один. Например, пациент с хроническим невротическим состоянием систематически злоупотребляет алкоголем, с формирующейся зависимостью, и у него, после черепно-мозговой травмы, на *церебрастеническом фоне*, развивается депрессивное состояние. Целых три психиатрических диагноза, и это — суровая обыденность. Такие расстройства, протекающие параллельно и диагностируемые на момент обследования называются *коморбидными* (соболезненными). По статистике 35–65% всех психических расстройств являются коморбидными. Безусловно, это затрудняет диагностику и осложняет

терапевтически-реабилитационный процесс. А если этот набор психической патологии развивается на фоне соматических расстройств и при этом функциональные и органические расстройства имеют одну точку приложения и сходную по типологии симптоматику. Разобраться в таком букете одному узкому (пусть даже высококвалифицированному и продвинутому) специалисту крайне непросто и скорбная одиссея пациента ведёт его от одного специалиста к другому, до тех пор, пока его не направят к психиатру (или доктор знающий попался, или больной крайне «достал»).

Выход в этой ситуации только один. Увидеть больного целиком: в комплексе соматики и психики, их тесной взаимосвязи и с учётом влияний социума. Разбросать диагнозы по полкам, создать иерархию проблем, и организовать параллельные курсы терапии у профильных специалистов. [3; 4; 410; 34; 38; 87; 100; 124; 144]



**ГЛАВА VII**  
**ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ**  
**В СИСТЕМЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»**  
**В ХОДЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО И ЛЕЧЕБНО-**  
**РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА**  
**С ПОЗИЦИИ КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИ-**  
**ЛИНГВИСТИЧЕСКИ-ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО**  
**ПОДХОДА. ПРОБЛЕМА ТРАНСФЕРА**  
**И КОНТРТРАНСФЕРА**

**7.1. Обзор развития взглядов на проблему**

Проблема изучения *контрпереноса* как наиболее сложного и интимного проявления когнитивной активности терапевта в процессе аналитической диагностики и терапии привлекает внимание специалистов своей многоаспектностью, методологическими сложностями в её исследовании, высокой значимостью и актуальностью, как с теоретических позиций, так и в прикладном клиническом воплощении.

Современный взгляд на проблему контрпереноса предполагает следующие варианты:

Совокупность эмоциональных и когнитивных реакций психоаналитика на перенос пациента (то есть, сам контрперенос в узком смысле концепта).

Чувства аналитика, не имеющие непосредственного отношения к данному пациенту, но возникающие под влиянием последнего.

Первичный, бессознательный перенос аналитика на пациента, включающий в себя психоаналитическое мышление и имплицитный запрос аналитика, предшествующий возникновению переноса. [41; 44; 59; 71; 111; 123; 136; 142–144; 146–148].

Феноменология контртрансферентных отношений наиболее рельефно и ярко, на наш взгляд, отражена в работах М.М. Юзана [91]. Он описывает проявление контрпереноса как внезапно возникающие странные представления, фразы, неожиданные в грамматическом отношении, абстрактные формулы, красочные образы, более или менее оформленные фантазмы, не имеющие ясной связи с контекстом текущего сеанса. Данные явления могут возникать в любой момент сеанса, не вызывают аффективных состояний у аналитика, приводят к лёгкому волнообразному изменению

состояния сознания, сродни деперсонализации и парадоксальным образом, не сопровождаются снижением внимания, и соответствуют определённым психическим процессам, развёртывающимся у анализируемого, проистекающими непосредственно из речи или отношения пациента, и ещё не выявленные.

История развития аналитической мысли демонстрирует радикальные изменения взглядов на контрперенос от негативного феномена и основного препятствия терапии к самому мощному ресурсу лечения, способствующего глубинному пониманию психодинамических процессов аналитической терапии [130; 146]. Фрейд [146] рассматривал контрперенос как психодинамическое влияние пациента на бессознательное врача, вносящее деформирующее влияние на терапию, даже при обязательном обучающем анализе. Постепенное преодоление фобического избегания контртрансфера прослеживается в работах Ференци [147], описавшего три фазы овладения и контроля над контрпереносом; Фенихеля [148], признававшего, что страх перед контрпереносом деформирует представления о человечности аналитика; Дойч [149], проводивший связь между контрпереносом и эмпатией. Революционными стали работы Хайманн [150], разработавшей новую концепцию контрпереноса как феномена, охватывающего все чувства аналитика к пациенту, играющего существенную помощь в диагностике и являющегося важным техническим инструментом. Она приписывала создание контртрансфера пациенту, подчёркивала важность более полного открытия аналитика к этому феномену. В рамках теории Кляйн, Рэкер [151] различал реакции контрпереноса у аналитиков в соответствии с формами идентификации: конкордантную (соответствующую) и комплементарную (дополняющую). М.М. Юзан [91] предложил понимание контрпереноса с позиций парадоксальной системы — особого психического состояния аналитика, при котором его когнитивные процессы становятся во многом идентичными психическому состоянию анализируемого. Парадоксальное мышление возникает в зоне между бессознательным и предсознательным и развивается благодаря временному или частичному торможению функций, позволяющих признать другого и защититься, что может приводить к слиянию бессознательного терапевта и пациента.

Исследование контртрансфера немислимы без изучения внутреннего диалога аналитика, его внутренней речи в процессе диагностики и терапии. Данный вопрос представляет значительные сложности в силу невозможности объективизации процесса, необходимости са-

моанализа. Последний, помимо личностных предпосылок, предполагает немалый опыт и наличие определённых технологий. П.Куттер [71] описал семь ступеней понимания во внутреннем диалоге психоаналитика входе аналитического процесса. Автор подчёркивает условность ступеней, возможность одновременности протекания отдельных этапов и непоследовательности смен. Первая ступень — собственно восприятие слов пациента, процесс неполный, сильно зависящий от прагматических переменных (место, время, степень доверия). Вторая ступень — процесс переработки информации: герменевтический подходе использованием терапевтом личного опыта, приводящий к предпониманию пациента. Третья ступень требует учёта концепций «желания и сопротивления», изучения переноса и контрпереноса, с участием эмпатии. Четвёртая ступень — синтез трёх предшествующих этапов и создание предварительного «внутреннего образа» анализируемого. Носит субъективный характер, зависит от терапевтических ориентации аналитика. Пятая ступень — сличение «внутреннего образа пациента» с ранее известными аналитику примерами проявления стереотипных отношений; коррекция, конкретные определения аффектов. Шестая ступень — обращение к теоретическим конструкциям психоанализа, исследование пациента, анализ контрпереноса, проверка теории практикой, логический анализ, при необходимости — супервизия. Седьмая ступень - психоаналитическое толкование.

Интроспекция и самоанализ предполагают наличие у аналитика соответствующего практического опыта, специфической концентрации и дополнительных энергетических затрат. В первую очередь это касается более полного перевода содержания внутренней (предсознательной) речи во внешнюю (сознательную). Выготский [30; 31], характеризуя внутренний план речи, указывал, что в нём осуществляется переход от синтаксиса значений к словесному синтаксису, превращение грамматики мысли в грамматику слов, видоизменение смысловой структуры при её воплощении в словах (переход в развёрнутую фразовую речь или, в нашем случае, внутренний диалог). Внутренняя речь характеризуется особым синтаксисом: отрывочность, фрагментарность, сокращённость, господство чистой предикативности (слова с глагольной функцией); особым семантическим строем: преобладание смысла слова над его значением, объединение слов и агглютинация понятий, иные законы объединений и слияния слов [76; 77]. Происходящие при переходе от предсознательного к

осознанному мышлению процессы отражены в психолингвистических механизмах речепорождения [74]. В начале построения высказывания лежит мотив, аффективное состояние, порождающие речевую интенцию, с имеющимся образом результата. На следующем этапе внутреннего программирования происходит смыслообразование и формирование замысла посредством языка. На третьем этапе происходит лексико-грамматическая развёрстка, активизирующая артикуляционную программу. Обобщённый механизм речепорождения можно представить в виду поэтапного развёртывания следующих уровней [12]. Первый уровень — внутренняя смысловая программа высказывания, где осуществляется выбор смыслов во внутренней речи и смысловое синтаксирование. Следует подчеркнуть, что символы внутренней речи носят невербальный характер: образы, аффекты, смутные эмоциональные состояния, фантазмы, случайные ассоциации. На втором уровне формируется семантическая структура предложения, выбор языковых значений слов для соответствующих элементов предыдущего этапа. Особо отметим, что эти два этапа, в отличие от последующих максимально воплощают субъективность наполнения семантик и индивидуализм конкретного субъекта. На третьем этапе формируется лексико-грамматическая структура предложения, воплощаемая на четвёртом уровне — моторной программы синтагмы (кинетико-артикуляционная реализация высказывания или внутреннее проговаривание).

Приведенный обзор демонстрирует значимость, сложность и неоднозначность взглядов на проблему контртрансферентных отношений, недостаточную изученность когнитивных процессов аналитика (терапевта) в процессе диагностики и лечения, требующих самоанализа, глубокого самораскрытия, вызывающих сопротивление по целому ряду вполне понятных причин. Кроме того, на наш взгляд, большой интерес и немалую практическую значимость представляет исследование контртрансферентных отношений и психолингвистики мышления психиатра (психотерапевта) в контексте повседневной диагностической и психотерапевтической работы.

## **7.2. Дизайн исследования. [33]**

Материал исследования составили данные нашего самонаблюдения и самоанализа в ходе диагностической (300 пациентов, представляющих практически все основные диагностические рубрики,

в широком возрастном диапазоне, обоих полов) и психотерапевтической работы. Психотерапевтический процесс: три пациента с невротическими расстройствами, проходящими психоаналитическую терапию, длительность более тридцати пяти сеансов; 12 пациентов с невротическими и личностными расстройствами, проходящие психоаналитически ориентированную психотерапию, длительность более 20 сеансов; 45 пациентов различных диагностических категорий, проходящих различные виды краткосрочных психотерапевтических интервенций (лично-центрированная, когнитивно-поведенческая), длительность терапии — 4-8 сеансов.

В ходе исследования использовались клиничко-психопатологический, клиничко-феноменологический, аналитический методы диагностики, а также, разработанная нами [35] комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах, включающая психосемантический, психолингвистический, паралингвистический, синтаксический подходы. Для пациентов, проходящих психоанализ и психоаналитически ориентированную психотерапию, дополнительно использовалось структурное психоаналитическое интервью [25; 123].

### **7.3. Результаты исследования**

Представляем результаты наших исследований в следующей последовательности: вначале — когнитивная схема работы психиатра в ходе диагностической, а затем психотерапевтической деятельности и, в заключении описание анализа контртрансферентных отношений. Следует подчеркнуть два обстоятельства. Во-первых, разработанные когнитивные схемы ориентированы на универсального врача-психиатра, который основывает свою работу на приверженности строгим традиционным клиническим позициям, активно использует широкий арсенал психотерапевтических методик с первых минут психодиагностического интервью, в интерпретации символики психопатологических переживаний больного придерживается феноменологически-аналитической методологии. И, во-вторых, представленные когнитивные схемы не претендуют на завершенность и универсальность, отражают наши субъективные позиции и являются ещё одной попыткой углублённого изучения проблемы с акцентом на объективизацию интроспекции врача.

### 7.3.1. Схемы когнитивной активности психиатра в ходе диагностической и психотерапевтической работы

#### 1.1. Психодиагностическое интервью

В ходе первичного психодиагностического интервью психиатр должен успешно разрешить следующие задачи:

- Установление контакта с пациентом;
- Сбор и анализ широкого круга информации достаточной для: формулировки предварительного клинического психиатрического диагноза, ориентировки в соматическом состоянии больного, определение личностных психологических особенностей пациента, его ведущих психологических защитных механизмов, характера объектных отношений, уровня социального функционирования, актуальных стрессовых факторов, анализа типичных коммуникативных стратегий и основных психологических проблем;
- осуществление необходимых психотерапевтических интервенций, включающих поддерживающую, рациональную и, по необходимости, суггестивную терапию;
- составление плана дальнейшей работы с пациентом: дополнительные исследования, психофармакотерапия, психотерапия;
- доведение до пациента всей необходимой информации: диагноз, прогноз, характер и особенности терапии, длительность лечения;
- формирование комплайенса с пациентом, обсуждение регламента работы (режим терапии, график встреч, обратная связь, механизмы мониторинга терапевтической динамики);
- начало терапевтического процесса.

Когнитивную деятельность психиатра в ходе психодиагностического интервью схематично можно представить в виде следующих этапов.

#### *Первый этап — первое клиническое впечатление.*

На этом этапе, с первых секунд появления больного и первых произнесенных им слов, психиатр анализирует особенности невербального поведения (внешний вид пациента, особенности мимики, позы, жестов, локомоции, территориальное поведение) и согласованность компонентов речевого поведения между собой и с невербальным поведением (семантика, паралингвистика и прагматика речевого сообщения). Выявление ярких симптомов невербального поведения, общее впечатление от больного, сопоставляемые с базой данных,

накопленных специалистом в ходе практики, позволяют нередко высказывать предположительный диагноз, очерчивать круг дифференциальной диагностики, формировать гипотезы о типе личности пациента. На этом этапе психиатр выбирает коммуникативную стратегию, которая способна успешно подстроиться под особенности больного. Анализ обратной связи, попытка посмотреть на себя глазами больного или со стороны позволяет психиатру гибко подстраиваться под динамику интервью, изменения в паттернах поведения пациента. Уже на этом этапе возможны контртрансферентные проявления в самом широком смысле этого концепта. На наш взгляд, наиболее типичными проявлениями контртрансфера у врача являются следующие (при обязательных условиях, что пациент первичный, а терапевт находится в рабочем состоянии, относительно психологическом и физическом благополучии и не обременён шлейфом «предыстории» пациента, несущей субъективное эмоциональное наполнение других лиц):

- беспричинное возникновение различных по силе и полярностей эмоциональных реакций на больного;
- возникновение адекватных по контексту коммуникаций<sup>1</sup>, но не адекватных по силе или полярности эмоциональных реакций;
- кратковременные реакции эмоциональной отстранённости от интервью, пустота и безразличие у терапевта, как проявления сопротивления контртрансферу;
- возникновение «странных» фантазий и представлений в отношении пациента, далёких от обсуждаемого контекста и личности больного;
- развитие у терапевта состояний, напоминающих феномены "уже переживаемого раньше" (являются, на наш взгляд, частой причиной врачебных ошибок в диагностике, оценке тяжести состояния, прогноза и терапевтической тактики);
- ощущение врача, что он общается с совершенно другим пациентом, который отдалённо напоминает настоящего неуловимыми, неосознаваемыми и, как правило, мелкими и второстепенными деталями;
- резкие и внешне немотивированные перемены внутреннего эмоционального состояния врача;
- возникновение неприятных или амбивалентных для терапевта агрессивных или эротических мыслей и представлений в

- отношении пациента;
- внезапные, кратковременные провалы в синтонности и эмпатии: отказ терапевта понимать и принимать несложные фрагменты переживаний пациента;
  - проблемы в вербализации терапевта: сложность подбора точных понятий в определённых контекстах общения с больным, нарушения выбранной стратегии коммуникации, аналитически значимые оговорки, необоснованные иронии и критика, неудачный юмор, необъяснимые жёсткость и грубость;
  - тяжесть и невыносимость интервью для врача, желание поскорее избавиться от больного, ощущение, что с каждой минутой пациент «высасывает» энергию и силу;
  - неоправданное затягивание интервью в целом или отдельных его этапов с нарциссическим самолюбованием терапевта на фоне конкретной психологической проблемы пациента или его определённого психотипа, с ригидностью объектных отношений.

Мы умышленно даём подробное описание контртрансферентных реакций уже на первом этапе, так как самоанализ диагноста должен включаться с первых минут общения с больным для своевременного выявления трансферентно-контртрансферентных отношений и более полного их использования в процессе диагностики и терапии.

### *Второй этап — сбор и обработка информации.*

На этом этапе психиатр, продолжая исследование невербального и речевого поведения больного, получает необходимую информацию, позволяющую составить целостное представление о пациенте: история жизни и настоящего заболевания, соматическое здоровье, социальное окружение и уровень функционирования, значимые отношения и актуальные проблемы, психологические особенности. При этом врач более тонко подстраивает коммуникацию с учётом выявляемых особенностей пациента: психологический профиль, образовательный уровень, профессиональный статус, типичные коммуникативные стратегии и особенности лексики. Важным является поощрение монологической речи больного для детального изучения особенностей речевого поведения, психологических характеристик, ведущих механизмов психологической защиты.



*Третий этап — активный диалог с больным, элементы психотерапевтической интервенции, получение психодинамических представлений.*

Использование структурного психодиагностического интервью позволяет оценить психопатологическую симптоматику и личность больного с психодинамических позиций, а психотерапевтические интервенции формируют базис для терапевтических отношений и комплайенса, способствуют обратной связи. На этом этапе нередко выявляются трансферентные реакции пациента, следовательно, возрастает необходимость самонаблюдения диагноста.

*Четвёртый этап — анализ и интерпретация полученных данных, формулирование клинического диагноза, обобщение психодинамического подхода.*

Обобщение и анализ информации, полученной на предшествующих этапах, приводят к формированию чётких клинических представлений о данном случае с вытекающими терапевтическими стратегиями. Психодинамический подход даёт более глубокие представления о личности больного, наполняет продукцию пациента субъективными смыслами и, в конечном счёте, предопределяет перспективность применения той или иной психотерапевтической стратегии. Проводимый терапевтом самоанализ является залогом более объективной диагностики для успешной терапии.

*Пятый этап — доведение информации до пациента, формирование терапевтического союза, начало терапии.*

На этом этапе важно отслеживать эмоциональные реакции пациента на информацию предоставляемую терапевтом, степень, глубину и субъективный характер её понимания и интерпретации, анализировать отношение пациента, складывающееся входе интервью к терапевту, уровень доверия, наличие противоречий, мотивации и интерес к терапии. Грамотные терапевтические стратегии и анализ все приведенной выше информации способствует успешному формированию терапевтических отношений и, после обсуждения технических моментов, начало терапевтического процесса.

### *7.3.2. Психоанализ и психоаналитическая психотерапия*

Приводим наши представления об этапах и механизмах когнитивной деятельности терапевта в ходе психоанализа и психоана-

литической психотерапии на этапе сбора и обработки информации для последующего формулирования интерпретации. Следует отметить, что разделение когнитивных процессов на отдельные этапы является условным, многие из этапов могут осуществляться в сознании терапевта одновременно или в иной последовательности, прерываться или блокироваться сильными контртрансферентными реакциями, сопротивлением последним, деформироваться под влиянием различных объективных факторов.

• *Первый блок — базисный — общая оценка и контроль состояния пациента, отслеживание клинической, феноменологической и психодинамической составляющих, в их динамике.*

В первом блоке на фоне «свободноплавающего» и «равномерно распределённого внимания» аналитик выполняет следующие задачи.

**Уровень 1.** Отслеживание динамики невербального и речевого поведения пациента, внесение дополнений и уточнений в клиническую картину.

**Уровень 1.2.** Отслеживание семантики речевой продукции пациента, внесение дополнений и уточнений в представления о проблемах пациента с позиций психодинамики.

**Уровень 1.3.** Выявление субъективных семантик ключевых переживаний пациента.

**Уровень 1.4.** Самонаблюдение и самоанализ терапевта, в том числе, с позиций трансферентно-контртрансферентных отношений.

**Уровень 1.5.** Обобщение и анализ информации предыдущих уровней и последующая коррекция представлений о "внутреннем образе пациента".

• *Второй блок — блок решения технических аналитических задач.*

Как известно, аналитическая классическая техника представляет собой последовательное осуществление четырёх процедур: конфронтации, прояснения, интерпретации и проработки. Представляем развёртывание блока при решении самой трудоёмкой задачи — интерпретации

**Уровень 2.1.** Получение информации от пациента, выделение ключевых переживаний и наиболее значимых символов.

**Уровень 2.2.** Переработка и анализ информации с применением герменевтического подхода, поиск максимально возможных вариантов интерпретации значимых символов в переживаниях пациента.

**Уровень 2.3.** Поиск индивидуальных субъективных семантик значимых символов переживаний пациента.

**Уровень 2.4.** Самонаблюдение и самоанализ терапевта. Внесение дополнений и коррекций в трактовку переживаний больного с учётом трансферентно-контртрансферентных отношений.

**Уровень 2.5.** Синтез и анализ информации всех предшествующих уровней, в том числе, информации уровня 1.5. Создание предварительной модели представлений о психодинамике пациента и его «внутреннем образе».

**Уровень 2.6.** Обращение к аналитическим теоретическим концепциям, собственному практическому опыту, содержащему сходный материал и сопоставление с ними предварительной модели «внутреннего образа пациента».

**Уровень 2.7.** Коррекция представлений о больном, анализ контртрансферентных отношений, продолжение исследования пациента. Создание теоретической модели интерпретации.

**Уровень 2.8.** Проверка теоретической модели на практике, отработка гипотез в ходе аналитического процесса. Логический анализ. Использование теоретических аналитических концепций, В случае возникновения затруднений проблем — возвращение к уровню 2.5. или проведение супервизии.

**Уровень 2.9.** Осуществление психоаналитической интерпретации.

Когнитивная активность аналитика, направленная на самоанализ в процессе терапии требует «модификации нарциссической инвестиции» [91]. Чтобы аналитический процесс не сместился в сторону интеллектуального самолюбования и самоисследования как ведущих моментов, эти процессы нужно строго контролировать и постоянно помнить, что самоанализ является не целью процесса, а всего лишь дополнительным, пусть и очень важным, и ценным, инструментом. Аналитический процесс, в отличие от диагностического, предполагает целенаправленное и постоянное погружение на более глубокие уровни сознания, интимные контакты с бессознательным, как своим, так и пациента и, поэтому *проявления контртрансфера* дополняются, к уже описанным нами ранее феноменам явлениями вызывающими «состояние тревоги, направленное на объект и искажение чувства собственной идентичности» [91]:

- возникновение кратковременных ощущений провала, пустоты, эмоционально-волевого блокирования;

- крайне неприятные ощущения размытости границ собственного «Я», потери его вызывающие тревогу и страх;
- мистическое ощущение погружения в бездну, растворяющую и уравнивающую все психические феномены, вызывающее размытые и простые образы, фантазии, символы и ассоциации, несущее универсальную семантическую нагрузку;
- идентификация с психическими переживаниями пациентов с ощущением подмены собственного «Я» или единого психического пространства;
- возникновение по типу инсайта случайных образов, символов, ассоциаций с обсессивным ощущением их значимости и необходимости.

### *7.3.3. Контртрансферентные отношения.*

С позиций клинической классификации реакции контрпереноса, как и переноса, могут быть оценены как негативные и позитивные, могут рассматриваться с позиций объектных отношений (отцовский, материнский, сиблинговый), с точки зрения фаз либидинозного развития, с точки зрения структуры личности [41]. Помимо этого, на наш взгляд, в контртрансфере терапевта, с определённым практическим опытом, в первую очередь, следует поискать признаки, отражающие характеристики личности прошлых больных, особенности клинической картины, стереотипы развёртываний коммуникаций, запечатлённые в памяти как особо негативные. Это ситуации явных промахов и неудач, горький опыт, общения с «трудными больными» [32; 131], незаслуженные обиды, терапевтическая резистентность, подрывающая веру в свои силы, нагруженная чувством вины. Невыносимые родственники пациентов, жестокие попытки манипуляции терапевтом со стороны пациента или его окружения, ситуации, требующие максимальной собранности, устойчивости, соблюдения морально-этических ценностей (угрозы, провокации, шантаж и соблазнения со стороны пациента). Большинство практических специалистов имеют в своём архиве драматические и перечень типов ситуаций и особенностей больных, с которыми он бы предпочли «не иметь никаких дел, не при каких обстоятельствах». Данный вид негативного контртрансфера, при всё многообразии его проявлений и обуславливающих факторов, связан с профессиональной деятельностью терапевта, негативным опытом, который не был подвергнут анализу или сублимации.

Однако и позитивный контртрансфер может деформировать диагностический процесс. Например, пациент с первых минут общения вызывает расположение и симпатию: обаятельный, с чувством юмора, и цитирует постоянно Ильфа и Петрова, как лучший друг юности, и перенёс ту же соматическую операцию, что и твой близкий родственник... И поэтому, так неприятно выставлять ему диагноз эндогенной депрессии — кривая дифференцирования странным образом приводит к расстройству невротического уровня. Последствия очевидны.

Во всех перечисленных случаях реакций контрпереноса носят первичный характер, являясь переносом врача на пациента. Учитывая это обстоятельство, кратковременность протекания и быстроту развития контртрансферентных реакций их идентификация представляет определённые сложности, в отличие от трансферентно-контртрансферентных отношений в ходе аналитической терапии — аналитический сеттинг, время между сеансами для обдумывания и сама техническая нацеленность на выявление указанных феноменов позволяют их определять и использовать в процессе. В то же время, выявление, анализ и овладение контрпереносом на стадии диагностики не представляют, на наш взгляд, значительных трудностей при нацеленности и определённом опыте. Это скорее технический элемент технологического процесса. В отличие от искусства постижения указанного феномена в ходе психоанализа, требующего более глубокого проникновения в собственное "Я" и психику пациента, не имеющего чётких алгоритмов и, всякий раз, содержащего уникальные и неповторимые наполнения переживания.

Использование феноменологически-психоаналитически-психолингвистического подхода и интроспекции позволило объективизировать механизмы когнитивной активности психиатра в процессе диагностики и психоаналитической психотерапии. Описаны и проанализированы проявления контртрансферентных реакций терапевта на разных этапах работы с больными. Полученные результаты способствуют усовершенствованию и объективизации диагностического и терапевтического процессов, создают перспективы для нового видения и понимания, как прикладных клинических задач, так и для теоретических изысканий.

Перспективным и интересным нам представляется изучение указанных проблем с углублённым исследованием особенностей когнитивной деятельности терапевта в ходе аналитических сеансов, в том числе, с позиций трансферентно-контртрансферентных отношений.

## ГЛАВА VIII ПСИХОДИАГНОСТИКА В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Психодиагностика предполагает использование *психологических тестов* — стандартизированных психодиагностических методов, предназначенных для изучения и анализа разнообразных свойств личности в её переживаниях и поведении. Использование тестов в значительной мере дополняет традиционную клиническую диагностику, способствует повышению её объективизации и стандартизации.

Приводим краткую характеристику наиболее распространённых психологических тестов, опросников, шкал и методик, применяемых в психосоматике. [82]

- Торонтская алекситимическая шкала и «Глоссарий для выявления и оценки выраженности алекситимии» Ганзина И.В. приводились и описывались нами ранее.
- Опросник Бека предназначен для диагностики наиболее выраженных когнитивных нарушений при депрессивных расстройствах. Он содержит 13 групп из 4 утверждений, в которых ступенчато нарастает депрессивные нарушения.
- Гиссенский опросник соматических жалоб. Выявляет интенсивность эмоционально окрашенных жалоб, отражающих соматизированную депрессию. Содержит 5 шкал: истощение, желудочные жалобы, сердечные жалобы, ревматический фактор, общий балл.
- Тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН). Состоит из 30 полярных утверждений по 10 на характеристики самочувствия, активности и настроения.
- Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Хайна. Опросник состоит из 2 компонентов по 20 вопросов с градацией выраженности личностной и реактивной тревожности.
- Личностный опросник Айзенка. Позволяет выявлять особенности характера «экстраверсия», «интроверсия» и «нейротизм».
- Опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни. Содержит 10 утверждений с градацией вариантов ответов.

- Методика незаконченных предложений Сакса-Сиднея, модифицированное для психосоматических больных. Опросник содержит 64 незаконченных предложения со специфическим началом, детерминирующим определённые реакции. Инструкция предполагает завершение предложения первой ассоциацией.
- Методика определения психологической характеристики темперамента. Опросник содержит 48 ответов, позволяет определить: эктроверсию-интроверсию, ригидность-пластичность, эмоциональную возбудимость — уравновешенность, быстрый-медленный темп реакции, высокую-низкую активность, шкалу искренности.
- Опросник Шмишека. Содержит 97 вопросов, позволяющих определять тип акцентуаций (гипертимность, эмоциональность, тревожность, демонстративность, дистимичность, застревание, педантичность, циклотимность, возбудимость, экзальтированность, шкалу лжи).
- Тест Кейерси. Содержит 70 утверждений с полярными вариантами ответов. Позволяет определять различные варианты психологических типов, отражающих особенности характера, коммуникативные особенности, способности, склонности к определённым видам деятельности.
- Опросник УСК (уровень субъективного контроля) Роттера. Содержит 44 утверждения, позволяющих определять интернальный или экстернальный тип локуса контроля в различных аспектах жизнедеятельности личности.
- Опросник Келлермана-Плутчика. Содержит 92 утверждения, позволяющих выявлять характерные для испытуемого механизм психологической защиты (реактивные образования, отрицание реальности, замещение, регрессия, компенсация, проекция, вытеснение, рационализация).
- Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки. Содержит 75 утверждений с различными вариантами ответа, позволяющих определять различные варианты агрессивного поведения и степень их выраженности.
- Методика измерения уровня тревожности Тейлора. Содержит 60 утверждений, позволяющих определять уровень тревоги. Имеет шкалу лжи.
- Тест Томаса — типы поведения в конфликте. Содержит

тридцать вопросов с двумя полярными вариантами ответа. Позволяет выделять 5 основных способов регулирования конфликтов в соответствии с двумя основополагающими измерениями (кооперация и напористость): соревнование, приспособление, компромисс, избегание, сотрудничество.

- Опросник Гарбузова для выявления доминирующего инстинкта. Содержит 35 утверждений, позволяющих выявлять 7 вариантов доминирующих инстинктов и типовую принадлежность: эгофильный, генофильный, альтруистический, исследовательский, доминантный, либертофильный, дигнитофильный.
- Тест Кеттела. Опросник содержит вопросы позволяющие выявлять 17 основных полярных характеристик личности.
- Клинический опросник для выявления оценки невротических состояний. Содержит 68 вопросов, позволяющих определять уровень выраженности невротической симптоматики по 6 шкалам: тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений, вегетативных нарушений.
- Шкала депрессии Цунга. Содержит 20 вопросов с усиливающей градацией ответов для диагностики и дифференциальной диагностики депрессии.
- Опросник Мини-мульти (сокращенный вариант ММРІ). Содержит 71 вопрос, 11 шкал, 8 из которых оценивает свойство личности: ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, паранойяльность, психастения, шизоидность, гипомания. Шкалы лжи, достоверности и коррекции, носят технический вспомогательный характер.
- Опросник Реана — мотивация успеха и боязнь неудачи. Содержит 20 вопросов с полярными ответами.
- Методика «Цель-Средство-Результат» (ЦСР). Содержит 32 вопроса, позволяющих исследовать особенности структуры деятельности.
- Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Рея. Содержит перечень из 43 травматичных событий, каждый из которых характеризуется определённым баллом в зависимости от его вредности, опасности и вероятности развития какого-либо заболевания.



Учитываются все травматические за два последних года, где максимальный балл — 100 (смерть супруга), минимальный — 11 (незначительный проступки).

### *Инструкция к тесту*

**Кратко:** *постарайтесь вспомнить все события, случившиеся с Вами в течение последнего года, и подсчитайте общее число «заработанных» вами очков.*

*Подробно: внимательно прочтите весь перечень, чтобы иметь общее представление о том, какие ситуации, события и жизненные обстоятельства, вызывающие стресс, в нем представлены. Затем повторно прочтите каждый пункт, обращая внимание на количество баллов, которым оценивается каждая ситуация. Далее попробуйте вывести из тех событий и ситуаций, которые за последние два года происходили в вашей жизни, среднее арифметическое (посчитайте — среднее количество баллов в 1 год). Если какая-либо ситуация возникала у вас чаще одного раза, то полученный результат следует умножить на данное количество раз.*

### **Тестовый материал**

№	Жизненные события	Баллы
1.	Смерть супруга (супруги).	100
2.	Развод.	73
3.	Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером.	65
4.	Тюремное заключение.	63
5.	Смерть близкого члена семьи»	63
6.	Травма или болезнь.	53
7.	Женитьба, свадьба.	50
8.	Увольнение с работы.	47
9.	Примирение супругов.	45
10.	Уход на пенсию.	45
11.	Изменение в состоянии здоровья членов семьи.	44
12.	Беременность партнерши.	40
13.	Сексуальные проблемы.	39
14.	Появление нового члена семьи, рождение ребенка.	39
15.	Реорганизация на работе.	39
16.	Изменение финансового положения.	38

17.	<i>Смерть близкого друга.</i>	37
18.	<i>Изменение профессиональной ориентации, смена места работы.</i>	36
19.	<i>Усиление конфликтности отношений с супругом.</i>	35
20.	<i>Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома).</i>	31
21.	<i>Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги.</i>	30
22.	<i>Изменение должности, повышение служебной ответственности.</i>	29
23.	<i>Сын или дочь покидают дом.</i>	29
24.	<i>Проблемы с родственниками мужа (жены).</i>	29
25.	<i>Выдающееся личное достижение, успех.</i>	28
26.	<i>Супруг бросает работу (или приступает к работе).</i>	26
27.	<i>Начало или окончание обучения в учебном заведении.</i>	26
28.	<i>Изменение условий жизни.</i>	25
29.	<i>Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения.</i>	24
30.	<i>Проблемы с начальством, конфликты.</i>	23
31.	<i>Изменение условий или часов работы.</i>	20
32.	<i>Перемена места жительства.</i>	20
33.	<i>Смена места обучения.</i>	20
34.	<i>Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска.</i>	19
36.	<i>Изменение привычек, связанных с вероисповеданием.</i>	19
36.	<i>Изменение социальной активности.</i>	18
37.	<i>Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора).</i>	17
38.	<i>Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна.</i>	16
39.	<i>Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи.</i>	15
40.	<i>Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т. п.).</i>	15
41.	<i>Отпуск.</i>	13
42.	<i>Рождение, встреча Нового года, день рождения.</i>	12
43.	<i>Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил уличного движения).</i>	11

## Интерпретация результатов теста

150 баллов означают 50% вероятности возникновения какого-то заболевания, а при 300 баллах она увеличивается до 90%.

Итоговая сумма определяет одновременно степень вашей сопротивляемости стрессу. Большое количество баллов — это сигнал тревоги, предупреждающий вас об опасности. Следовательно, вам необходимо срочно что-либо предпринять, чтобы ликвидировать стресс. Подсчитанная сумма имеет еще одно важное значение — она выражает (в цифрах) вашу степень стрессовой нагрузки.

*Степень сопротивляемости стрессу*

150–199 баллов — высокая;

200–299 баллов — пороговая;

300 и более баллов — низкая (ранимость).

Если, к примеру, сумма баллов — свыше 300, это означает реальную опасность, т.е. вам грозит психосоматическое заболевание, поскольку вы близки к фазе нервного истощения.

- Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Вассермана. Позволяет определять выраженность неудовлетворённости социальными ситуациями в основных аспектах жизнедеятельности (20 позиций).

*Проективные тестовые методики:*

- Тест Роршаха. Содержит 10 стандартных таблиц с чёрно-белыми слабо структурированными изображениями. Используется редко в силу отсутствия строго однозначного психологического значения, сложности интерпретаций характеристик личностей.
- Тест Сонди состоит из 48 стандартных карточек с портретами психически больных людей с различными диагнозами. Выбор двух наиболее и наименее понравившихся интерпретируется аналитически с позиций позитивно и негативно окрашенных, удовлетворенных и неудовлетворенных.
- Тематической аперцепцией тест (ТАТ). Содержит стандартный набор из 31 таблицы, содержащих чёрно-белые картины, в которых рисунки обладают стимулирующим провоцирующим характером, способствующим выявлению основных стремле-

ний, потребностей, конфликтов в коммуникации, способом их разрешения, что осуществляется посредством анализа рассказов испытуемого к картине.

- Рисуночные проективные тесты: «Образ себя», и «Телесное состояние». Позволяют создать психофизический портрет индивидуальности испытуемого на основе впечатлений о собственном теле. Одновременно могут использоваться и как психокоррекционные методики.

## **ГЛАВА IX**

### **ПСИХОСОМАТИКА В КЛИНИКЕ СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К СОСТАВЛЕНИЮ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ- РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ.**

Традиционно, частная психосоматика подробно рассматривает этиопатогенез, клинику, диагностику и терапию тех видов соматической патологии, которые либо являются классическими психосоматическими, что закрепилось исторически и признаётся всеми специалистами (бронхиальная астма, эссенциальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, ожирение, тиреотоксикоз, нейродермит, ревматоидный артрит, мигрень), либо являются функциональными расстройствами (читай — соматоформными вегетативными дисфункциями той или иной системы) и традиционно диагностируются и лечатся соответствующими узкими специалистами (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженного кишечника, невроз желудка, невротическая дисфагия, кожный зуд, головная боль напряжения).

Рассматривая ту или иную соматическую патологию, психосоматологи традиционно выделяют predispositional психологические личностные характеристики, стараются выявить специфичность стрессорного характера, устанавливают психосоматические соотношения. Несмотря на большое количество существующих исследований, статистически достоверных корреляций между указанными факторами и отдельными видами нозологий не выявлено (то есть они не являются диагностическими критериями). В то же время, длительное течение любого хронического соматического заболевания откладывает специфический отпечаток на личностные характеристики пациента, особенности его копинг-стратегий, защитных механизмов, объектные отношения. Это обусловлено двумя факторами: биологическим (хроническая гипоксия мозга, влияние соматических заболеваний, патологической иррадиации, болевых синдромов, нарушением нейрогуморальной регуляции) и социально-психологическими (влияние болезни как длительного хронического источника стрессорного фактора, ведущего к дезадаптации). Следует также учитывать модифицирующие влияния того или иного психического или соматического заболевания на психологию лич-

ности, особенности звучания болезни и симптоматики в зависимости от личностной акцентуации. Так, например, легко представить, что реакция на болевой синдром у аутичного шизоида и экзальтированной истероидной личности будет существенно отличаться. [1; 3; 23; 27; 82]

Для адекватного осуществления лечебно-реабилитационных мероприятий специалисты, участвующие в нём (психотерапевты, психологи, социальные работники) должны, хотя бы в общих чертах, представлять себе особенности конкретного расстройства. Для этого необходимо ориентироваться в следующей информации о болезни:

- диагноз заболевания;
- острота возникновения расстройства (острое, подострое, хроническое);
- степень тяжести (легкая, умеренная, тяжелая);
- характер течения заболевания:
  - прогрессивное — неуклонное нарастание тяжести симптоматики,
  - приступообразное — течение с периодами обострения симптоматики и периодами практически полного отсутствия — ремиссиями,
  - регрессивное — убывание выраженности симптоматики (спонтанное или на фоне течения),
  - стационарное (непрерывное) — сохранение выраженности симптоматики на одном уровне в течении длительного времени.
- этап клинического течения заболевания, степень сохранности тех или иных психических или физических функций организма;
- особенности прогноза заболевания для жизни (возможность развития острых неотложных и опасных для жизни состояний) и для здоровья больного (возможность развития инвалидизации, вероятность выздоровления или развития существенного клинического улучшения);
- влияние заболевания на стойкость и выраженность нарушений жизнедеятельности больного. В случае выраженных стойких ограничений жизнедеятельности больному устанавливается группа инвалидности. *Жизнедеятельность* оценивается как способность полноценного и полного осуществления следующих функций:

- трудоспособности,
- способность к обучению,
- способность к общению,
- способность к самостоятельному перемещению,
- способность к самообслуживанию и уходу за собой,
- способность к ориентации в пространстве и времени,
- способность к самоконтролю, планированию и прогнозированию собственной деятельности.
- особенности применяемой терапии, влияние её на состояние пациента, возможность обычной повседневной деятельности. Так, например, больной сахарным диабетом первого типа нуждается в инъекциях инсулина два-три раза в сутки, что существенно модифицирует его образ жизни; а больной депрессией применяет антидепрессанты и анксиолитики, вызывающие заторможенность и замедление психических реакций, что существенно ограничивает виды возможной деятельности.
- Влияние заболевания на *качество жизни* больного. Качество жизни предполагает комфортное физическое и психологическое состояние, свободную адаптацию, возможность полной самореализации и удовлетворения своих физических и духовных потребностей.
- Влияние заболевания на отношения больного к собственной болезни, изменение отношений с окружением, склонность к сотрудничеству с персоналом, стремление организовывать и поддерживать терапевтический союз, соблюдать предписанные врачом рекомендации — способность больного к комплайенсу.

При составлении комплексных индивидуализированных лечебно-реабилитационных программ необходимо учитывать всю *информацию о пациенте*. В первую очередь, необходимо чётко определиться со следующими позициями:

1. Диагноз психического (психосоматического) заболевания.
2. Диагнозы сопутствующих соматических заболеваний.

При описании двух первых пунктов необходимо учитывать всю вышеизложенную информацию, детально характеризующую болезненное расстройство со всех сторон.

3. Особенности личностных характеристик больного (акцентуация, личностное расстройство). Учитываются ведущие механизмы психологических защит, копинг-стратегии, особенно-

- сти объектных отношений, тип отношения к болезни; влияние болезненных расстройств на все вышеуказанные параметры.
4. Выраженность стрессовых факторов у больного в течение предшествующего года (методика Рея и Холмса). Характеристика, выраженность, интенсивность, продолжительность стрессов, их субъективная значимость.
  5. Характер и степень нарушения больного адаптации, снижение качества жизни, особенности нарушений привычного функционирования.

*Комплексная реабилитационная программа* разрабатывается врачом-психиатром, предполагает этапность (стационар-полустационар — амбулаторный этап) и параллельность работы узких специалистов (клинические психологи, психотерапевты, реабилитологи, социальные работники), с чёткой постановкой задач каждому, с взаимосвязью и синергизмом проводимых мероприятий. Программа предполагает выполнение следующих пунктов:

1. Тщательное и всестороннее расследование пациента с назначением консультаций узких специалистов и дополнительных инструментальных и лабораторных методов исследований.
2. Назначение продуманной и комплексной фармакотерапии с учётом всех видов патологических расстройств, её гибкость, динамичность, индивидуализированность.
3. Назначение программы методов психотерапевтических интервенций с подбором методик соответствующих как виду патологического расстройства, так и особенностям личности больного.
4. Включение в лечебную программу других (помимо психотерапии) немедикаментозных методов лечения (физиотерапия, использование природных факторов, лечебная гимнастика, йога).
5. Подбор методик для психологически коррекционной работы с учётом психологических особенностей пациента, личностных проблем, особенностей взаимодействия с другими людьми, в том числе, с лечащим персоналом, типа взаимодействия с болезнью.
6. Осуществление социально-психологической и реабилитационной работы, что предполагает общение и терапевтическую работу с ближайшим окружением больного, разрешение про-



изводственных проблем, трудоустройство, решение других социальных вопросов.

*Психотерапевтический подход является ведущим, наиболее значимым в лечении и реабилитации психосоматических расстройств, поскольку психологические факторы являются ведущими в этиопатогенезе. [16; 56; 82; 89; 90; 102–106; 138]* Наиболее широко в современной психосоматической клинике применяются следующие виды психотерапевтических интервенций:

- когнитивно-поведенческая терапия,
- психоаналитически (психодинамически) ориентированные методы,
- клиент-центрированная (экзистенциальная) психотерапия,
- позитивная терапия,
- телесно-ориентированные подходы,
- методы арт-терапии,
- классические методы психотерапии, рассматриваемые в традиционной медицинской модели (рациональная, суггестивная, эмоционально-стрессовая, материально-опосредованная)

Учитывая, что последним в традиционной психологически ориентированной психосоматической литературе практически не уделяется внимания, — в последующей главе представляем их краткое рассмотрение.

## ГЛАВА X КЛАССИЧЕСКИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ МОДЕЛИ

### 10.1. Методы психотерапии

Указанные методы имеют длительную историю и традиционно применяются в психиатрической клинике в течении последнего столетия. В связи с этим накоплен большой позитивный опыт применения классических психотерапевтических методик в лечении пограничных психических расстройств, в том числе психосоматической патологии. Представляемые методики практически универсальны и могут использоваться при любых видах расстройств. Их неосознанно включают в свои коммуникативные стратегии в общении с пациентами врачи всех специальностей, поскольку контакт с больным предполагает успокоение, приободрение и внушение ему надежды на позитивные результаты терапии (суггестивная терапия); дачу информации о сущности болезни и особенностях, применяемых терапевтически-реабилитационных методов (рациональная психотерапия); использование факторов окружающей лечебной среды (мильё-терапия как вариант опосредованной терапии).

Представляем краткие характеристики классических психотерапевтических методов. [89]

#### *Суггестивные методы*

Суггестивная психотерапия использует информационное воздействие на психическую сферу пациента в виде внушения. Внушение (лат. *suggestio*) — восприятие субъектом поступающей извне информации, в полном объёме, некритически, без субъективно-личностной переработки. В качестве средств суггестивного воздействия используется как вербальные формулы, так и невербальные средства внушения (тактильное воздействие, воздействие с помощью невербальных средств).

Внушение подразделяют на: гетеро— и аутосуггестию (самовнушение); прямое (открытое) косвенное (закрытое); контактное и дистантное.

Методики суггестивной терапии:

- суггестия (внушение наяву),
- гипносуггестивная психотерапия,

- аутосуггестия,
- эмоционально-стрессовая терапия (императивная суггестия),
- материально-опосредованная суггестия (косвенное внушение, плацебо-терапия),
- наркосуггестия (внушение на фоне воздействия медикаментозных средств).

Методики суггестивной терапии осуществляют как в индивидуальном, так и в групповом вариантах.

### *Суггестия*

**Внушение (суггестия)** — информационное влияние, вызывающее ощущения, представления, эмоциональное состояние и волевые побуждения, оказывающее влияние на вегетативные функции вне активного участия пациента без критико-логической переработки.

**Внушаемость** — свойство психики, позволяющее воспринимать информацию без критической её оценки. В то же время существуют антисуггестивные барьеры, защищающие личность от различного вида информационных воздействий. Г.К. Лозанов (1970) выделяет три антисуггестивных барьера:

1. Критико-логический.
2. Интуитивно-аффективный.
3. Этический.

В гипнологии существует ряд специальных тестов и приёмов для исследования внушаемости.

Основным средством внушения является речь, невербальные компоненты усиливают воздействие. Перед проведением беседы, в которой осуществляется собственно внушение, проводится предварительная встреча, на которой уточняются особенности клинического случая личности пациента, врачом намечаются цели и задачи, реализуемые в ходе внушения.

Характеристики внушения:

- разноплановость — воздействие на восстановление нарушенных функций, устранение конкретных симптомов, коррекция различных психологических функций;
- конкретность;
- чёткая программа сеансов с подбором формул внушения;
- индивидуализированный характер.

Эффект суггестии коррелирует с авторитетом проводящего её специалиста. Элементы суггестии свойственны любому психотерапевтическому контакту. Показания: все виды патологии.

### *Гипносуггестивная психотерапия*

Предполагает использование гипнотического состояния в лечебных целях.

**Гипнабельность** — свойство центральной нервной системы, позволяющее достигать измененного состояния сознания в ответ на направленное психологическое воздействие.

**Гипноз** — особое состояние сознания, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия, отличающееся как от сна, так и от бодрствования и сопровождающееся повышением восприимчивости к специфически направленным психологическим факторам, при понижении чувствительности иных факторов окружающей среды. В основе психологического воздействия лежит внушение. Нейрофизиологическим обоснованием гипноза является процесс торможения в коре больших полушарий головного мозга. Лечебные эффекты гипнотического состояния включают в себя: отдых, эмоциональную абреакцию, воздействие на симптомы, доступ к ресурсам.

Показаниями к гипносуггестивной психотерапии служат психосоматические расстройства, неврозы, депрессивные состояния.

В последние два десятилетия особую популярность приобретают недирективные формы погружения в гипнотическое состояние, в первую очередь, эриксоновский гипноз.

Осуществление гипносуггестии, с правых позиций, возможно исключительно в условиях специализированных лечебных учреждений, врачами, прошедшими специальную подготовку с информированного согласия пациента.

### *Самовнушение*

**Самовнушение** — психотехника, посредством внушения каких-либо мыслей, желаний, образов, ощущений, эмоциональных состояний, соматических реакций самому себе. Использует вербальные формулы суггестии и вспомогательные невербальные приёмы. Самовнушение лежит в основе большинства методов психологической саморегуляции: различных вариантов аутогенной тренировки, релаксации, методов биологически обратной связи.

**Аутогенная тренировка** — активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленный на восстановление динамического равновесия в системе гомеостатических саморегулирующихся механизмов организма человека, нарушенных в результате стрессового воздействия.

Впервые методика самовнушения описана Эмилем Куэ в 1928 году. Из существующих десятков вариантов аутогенной тренировки, наиболее популярными являются следующие:

- методика Шульца (1932) — первая, базисная методика саморегуляции;
- модификация Клейнзорге и Клюбмиеса (1965);
- прогрессирующая мышечная релаксация Джейкобсона (1962) — базисная методика в различных вариантах когнитивно-поведенческой терапии;
- эмоционально-волевая тренировка Филатова (1973).

Основные элементы всех методик:

- тренировка мышечной релаксации,
- самовнушение,
- самовоспитание.

Одним из наиболее эффективных разработок последнего времени является метод психологической саморегуляции «Ключ», разработанный Хасаем Алиевым [5, 6, 22].

#### *Эмоционально-стрессовая психотерапия (императивная суггестия)*

Предполагает активное лечебное вмешательство: создание стресса (высокого эмоционального напряжения) с целью усиления суггестии для переоценки и преодоления болезненных отношений и установок.

Применяется в клинике зависимостей и аддикций, при нарушениях пищевого поведения.

#### *Материально-опосредованная психотерапия (плацебо-терапия)*

Плацебо (лат. *plaseo* — **нравится, угодно, кажется, представляется**). Суть метода — косвенное внушение, при котором суггестия реализуется, когда терапевтические возможности приписываются реальному, но не обладающему такими свойствами предмету и явлению (фармакологически инертное вещество, имитирующее ле-

карственное средство). Применяется как в лечебных, так и в диагностических целях.

### *Рациональная психотерапия*

В основе метода лежит использование логической способности пациента проводить сопоставления, делать выводы, доказывать их обоснованность (лат. *rationalis* — умозрительный, теоретический, разумный)

Метод разработан Дюбуа (1912 г.) и является продолжением давних традиций «психической терапии» — системы логико-критических, рассудочных воздействий на больного, информационного влияния. Вариант терапии — рационально-эмоциональная терапия Дежерина и Гокнера (1912).

В основе воздействия лежит убеждаемость — способность изменять суждение, представление и строить умозаключения под влиянием убеждения, которое является апелляцией к объективной информации и формально-логическому порядку рассуждений. Убеждение основано на смыслово-логической переработке информации в ряду «понятие-суждение-умозаключение», таким образом, воспринимаемая извне информация интерпретируется критично посредством субъективной, когнитивной и эмоциональной переработки. Убеждение противоположно суггестии.

Основные формы рациональной психотерапии:

1. Объяснение и разъяснение.
2. Убеждение.
3. Переориентация.
4. Психогогика (психологическое воздействие в воспитательных целях). [89]

Рациональная терапия, на наш взгляд, является начальным компонентом любой коммуникации в системе «врач-больной», осуществлении различных терапевтических интервенций.

## **10.2. Метод психофизиологической саморегуляции «Ключ».**

Метод «Ключ» основан на уникальном изобретении мирового уровня — *идео-рефлекторных приемах*, снимающих стресс автоматически и вызывающих согласование психических и физиологических процессов.

Ключевые приемы помогают лечению психосоматических болезней, снятию страхов и внутренних зажимов, повышению уверенности в себе в любых ситуациях, например, перед экзаменами, переговорами, соревнованиями, публичными выступлениями, боевыми действиями.

Метод «Ключ» также полезен для будущих мам при вынашивания и рождении ребенка.

*По скорости действия и эффективности альтернативы в мире нет.* Поэтому метод широко применялся для выведения из острого стресса детей и взрослых после терактов и чрезвычайных ситуаций, где традиционные психологические методы недоступны.

Метод «Ключ» избавляет от хронической усталости, позволяет легче и быстрее учиться, получать медитацию, в разы повышает эффективность любых упражнений, например, физкультуры, йоги, ци-гун.

*Метод «Ключ» основан на природной саморегуляции человека и отличается от всех существующих методов самосовершенствования тем, что включает этот механизм без длительных тренировок и специальных условий.* Кроме того, Метод «Ключ» позволяет использовать механизм саморегуляции организма в желаемом направлении, например, для решения интеллектуальных задач, освобождения от зависимостей, выработки навыков, раскрытия творческих способностей или развития желаемых качеств.

Человек, владеющий Методом «Ключ», легче и быстрее излечивается от бронхиальной астмы, остеохондрозов, вегетативно-сосудистой дистонии, панических страхов, нарушений сна, гипертонических и гипотонических состояний, стенокардии.

Синхрометод включает:

Новую модель работы мозга. Это о том, как устроена работа мозга, открытые новые закономерности — научные основы Метода «Ключ».

Метод «Ключ» — для самостоятельного управления психофизиологическим состоянием организма.

Синхрогимнастика по методу «Ключ» — новое слово в «физкультуре» — 5 минут с эффектом 40 минутной аэробики — для поддержания здоровья и высокой работоспособности в условиях напряженной деятельности.

Метод «Ключ» позволяет:

Быстро проверить себя на зажатость — «боеготовность». Ключевой Стресс-Тест, индикатор напряжения. Освободиться от нервно-мышечных зажимов и повысить степень успешности. Освободиться от стереотипов мышления и подсознательных барьеров. Открыть для себя новые способности, новую жизнь (Личный пример автора — проза, стихи, живопись). Снизить утомляемость при больших умственных и физических нагрузках. Быстро расслабиться и восстановиться в сложных условиях. Лучше и быстрее высыпаться.

Раньше метод использовался в основном для военных целей и анонимного обучения VIP-персон. С 1983 года метод применялся: для обучения членов «Клуба директоров промышленных предприятий СССР»; для снижения утомляемости у операторов микросборки оборонных предприятий МЭП СССР, обучения программистов; для обучения диспетчеров энергопредприятий РАО «ЕЭС России»; для Антистрессовой подготовки военного персонала перед входом в атомобус «Курск»; для экстренной реабилитации детей и взрослых после терактов в Кизляре, Каспийске, Ессентуках, Беслане, Москве; для подготовки спецназа и психологов МВД РФ и МО РФ, направляемых в зоны боевых действий; для обучения испытателей Международной космической программы «Марс-500». Для восстановления психоэмоционального состояния «погорельцев» Нижегородской области. Метод создан в 1981 году доктором Хасаем Алиевым в Центре подготовки космонавтов им. Ю.А. Гагарина для адаптации к невесомости, преодоления стресса и перегрузки.

*Метод утвержден Минздравом СССР в 1987 году.*

Метод рекомендован для снижения стресса и утомляемости у работающего человека, оптимизации процессов обучения и тренировки, а также для повышения эффективности лечения невротических нарушений и психосоматических заболеваний.

Метод получил мировое признание как способ быстрого снятия острого стресса и повышения эффективности обучения и тренировки (Медаль II Международного Симпозиума по проблемам обучения, информатике и кибернетике, Баден Баден, ФРГ, 1989 г.).

Автор синхрометода, Генеральный директор московского Центра защиты от стресса — Хасай Магомедович АЛИЕВ, к.мед.н., ведущий научный сотрудник ГНИИИ военной медицины МО РФ, профессор кафедры здоровья сбережения НИРО, Заслуженный врач



Республики Дагестан, член Совета по психологическому обеспечению МВД РФ, член межведомственного Совета по координации деятельности психологических служб г. Москвы.

*Метод «Ключ» состоит из трех основных частей.*

*1. Ключевой стресс-тест.*

Используется для определения выраженности уровня стресса, как способ снятия стресса и для достижения управляемого состояния — в нулевой точке.

*2. Короткие ключевые приемы для подбора индивидуального ключа и использования нулевого состояния в желаемом направлении.*

Ключевые приемы объединены комплексом «Звезда саморегуляции», состоящим из шести базовых ключевых приемов.

*3. Регулярная пятиминутная синхροгимнастика, состоящая из пяти простых упражнений для поддержания оптимальной творческой и физической работоспособности, в том числе, в экстремальных условиях.*

*Нулевое состояние* является особым состоянием сознания, в котором осуществляется разгрузка и очищение организма от вредных последствий стресса, перезагрузка нервной системы, глубокий отдых с активным самооздоровлением организма и возможностью самопрограммирования для решения широкого круга задач: боевая мобилизация, творческая активация, медитация, исцеление.

В методике «Ключ» используются *идеомоторные движения* — перемещения и колебания отдельных частей и тела в целом, вызываемые не мышечной произвольной активностью, а движениями на уровне воображения, фантазии, вызываемые силою мысли, духа, усилием воли.

*1. Ключевой стресс-тест.*

Основан на использовании *идеомоторных рефлексов*. Успешность его выполнения обратно пропорциональна выраженности стресса у данного индивида.

Вытяните перед собой на уровне плеч расслабленные руки. Закройте глаза, пожелайте, чтобы кисти рук начали расходиться в стороны или притягиваться друг к другу как магниты. Представьте себе эти движения. Спокойно подождите 5–10 секунд. В это время должны сработать идеомоторные рефлексy, что вызовет автоматическое схождение или расхождение рук по вашему желанию.

Если это получается, значит вы имеете низкий уровень стресса и высокую предрасположенность организма к успешному освоению метода «Ключ». Если результат отрицательный — это показатель выраженного стресса и, следовательно, высокая мотивация к его устранению. Переходите к комплексу «Звезда саморегуляции» и подбору персонального ключа.

На всех этапах метода вы можете ориентироваться на обычные условия и любую обстановку. Успешность освоения не зависит от уровня окружающего шума, вам не нужно специально расслабляться, выгонять все мысли из головы, добиваться какого-то особого состояния. Прислушивайтесь к своему организму, улавливайте мелкие вибрации, новые ощущения и постепенно выйдите на уровень автоколебаний тела.

## *2. Комплекс «Звезда саморегуляции».*

Состоит из 6 базовых ключевых приемов:

- расхождение рук;
- схождение рук;
- парение рук, левитация;
- покачивание;
- полет;
- движение головой.

*Ключевой прием 1 «Расхождение рук» и ключевой прием 2 «Схождение рук»* представляют из себя поэтапную и детальную проработку ключевого стресс-теста. В методе существуют правила перехода от одного ключевого приема к другому, до тех пор, пока организм не откликнется наиболее успешным и быстрым реагированием. Это и есть вас «Ключ».

## *Ключевой прием 3 «Парение рук, левитация».*

Необходимо представлять, что опущенные руки, становятся легче и поднимаются, «всплывают».

## *Ключевой прием 4 «Покачивание».*

В положении стоя попробуйте покачиваться в разные стороны в приятном для себя ритме.

## *Ключевой прием 5 «Полет».*

По мере выполнения ключевых приемов, организм раскрепощается, внутренние процессы гармонизируются и упражнения получаются быстрее и легче. Повторите первые три приема. При под-

нятии рук представляйте себе чувство полета, связывайте высоту поднятия рук со степенью расслабления организма.

*Ключевой прием 6 «Движения головой».*

В положении стоя, с закрытыми глазами, осуществляются медленные, низкоамплитудные, ритмичные движения, вращения головой до нахождения точки релаксации, в которой наступает чувство расслабления гармонии.

На основе принципа ключа можно создавать большое количество дополнительных индивидуальных приемов.

### *3. Синхрोगимнастика.*

#### *Синхрोगимнастика по методу «КЛЮЧ»*

Синхрोगимнастика отличается от обычной физкультуры тем, что проводится на основе и синхронизации движений с текущим состоянием человека. Поэтому она дает за несколько минут «взрывной» раскрепощающий эффект с резким повышением уверенности в себе.

Все пять упражнений синхрोगимнастики являются положительным условием для умственной работы над решением любых волнующих проблем. Вы делаете упражнение на автомате, а сами думаете о проблеме. При этом организм самонастраивает частоту движений под решение этой проблемы. Таким образом, с помощью синхрोगимнастики Вы превращаете себя в инструмент для решения проблемы.

Синхрोगимнастика состоит из пяти упражнений

*1. Хлест руками по спине.*

*2. Лыжник.*

*3. Крутиться.*

*4. Вис.*

*5. Легкий танец.*

Каждое из этих упражнений наряду с физической пользой имеет и свое психологическое назначение.

*Хлест* — для раскрепощения и мобилизации, для подъема сил и уверенности в себе перед любой ответственной ситуацией, например, перед серьезной встречей, переговорами, экзаменами.

*Лыжник* — для принятия взвешенных решений.

*Крутиться* — для успокоения, расслабления, разгрузки.

*Вис* — прием для повышения уверенности в себе, раскрепощения мышц и развития гибкости позвоночника.

*Легкий танец* — прием для развития координации, повышения психологической устойчивости и развития гибкости поясничного отдела позвоночника.

### *Хлест руками по спине*

Хлест руками по спине выполняется от 30 секунд до 1 минуты. Руки надо бросать на плечи свободно. Руки — как плети. Надо не двигать ими, а именно, бросать. Необходимо далеко закинуть руки за плечи так, чтобы ладошки свободно хлопали за плечами, издавая характерный звук шлепка. При этом голова свободно двигается на расслабленной шее по удобной для вас траектории с частотой, синхронной похлопываниям. При этом происходит интенсивное раскрепощение мышц шейно-грудной области, что обеспечивает улучшение кровотока мозга, в частности, венозного оттока.

### *Лыжник*

Исходное положение — простая стойка, тело расслаблено, ноги — как удобно, руки свободно висят вдоль туловища. Упражнение состоит из взмахов руками вверх-вниз, синхронным подъемом и опусканием ног с носок на пятку. Форма движений при этом может быть самой различной и подбирается индивидуально: можно производить махи руками вверх и вниз с ровной спиной, а если удобно иначе, то и полусогнувшись, или даже пригнувшись телом совсем низко к полу, как лыжник при спуске с горы.

Делаете махи руками вверх над собой и затем бросаете их вниз. Во время того, как руки резко возвращаются, пятки в этом же ритме синхронно с опусканием рук поднимаются и опускаются с небольшим стуком, слегка ударяясь об пол.

### *Крутиться*

Итак, ноги стоят как удобно, руки расслаблены — крутимся влево-вправо в расслабленном состоянии одну минуту в том ритме, из которого выходить не хочется

### *Вис*

Ноги — примерно на ширине плеч, делаем вис назад. Получается полунаклон типа полумостика. Но это только первая часть

упражнения — вис назад, а всего их четыре — вис назад, вис вперед, расслабление и наклон.

Сначала лучше не пытаться прогнуться назад слишком сильно. Это вы будете делать месяца через два.

При этом полупрогибе брюшной пресс становится напряженным, вы словно «качаете» его упражнениями на фитнесе. А теперь вы можете сделать это более естественным для себя образом — просто прогнитесь назад и стойте так. Делаете это упражнение без насилия над собой. Теперь начинайте освобождать шею естественным для вас раскрепощающими движениями, вытягивая, потягивая ее вправо или влево, делайте как удобно.

Вторая часть — «вис вперед».

Делаем полунаклон, вешаем руки расслабленные, пусть стекает напряжение — как фаза отдыха, покоя после сделанной работы. Просто опускаем себя.

Теперь направьте внимание на область поясницы и отпускаете мышцы поясницы, освободите их, разблокируйте.

Найдите резонанс с дыханием, как вам удобно — в момент выдоха или вдоха, — отпускайте мышцы поясницы. Вы снимаете барьер. И только тогда, когда вы почувствуете, что мышцы поддались, отпустили, только тогда, когда блок снят, свободно проходите в наклоне вниз, стараясь коснуться руками пола. Это третий этап упражнения «наклон вниз». Не стремитесь с первого раза достичь именно пола, соблюдайте принцип постепенности.

Затем возвращаетесь в исходное положение — обычную стойку.

В общем комплексе вы делаете это упражнение примерно одну минуту.

### *Легкий танец*

Пятое упражнение базируется на том, что есть связь между координацией и устойчивостью психики.

Исходное положение — ноги вместе, руки вдоль туловища.

Раз — это шаг правой ногой вперед.

Два — взмах левой ногой вправо, носочек вытягиваем, одновременно поворачиваем корпус влево с махом руками влево.

Три — левая нога, руки туловище в исходном положении.

Четыре — шаг правой ногой назад, в исходное положение, то есть, откуда начали первое движение.

Затем другой ногой зеркально.

Раз — шаг левой ногой вперед.

Два — взмах правой ногой влево, носочек вытянуть, одновременно поворот корпуса вправо с махом руками вправо.

Три — правая нога, руки, туловище в исходном положении.

Четыре — шаг правой ногой назад, в исходное положение.

Повторить три-четыре раза.

В целом, когда перестанешь путать, что влево, что вправо, выполнение этого упражнения займет 1 минуту.

Представленные материалы по методу «Ключ» служат информативным целям, дают целостное представление о принципах и сущности методик, однако, не являются полным руководством по его освоению.

*Несмотря на простоту, легкость, универсальность и безопасность метода эффективное и полное его освоение возможно только под руководством специалистов, прошедших специальное обучение и подготовку в сертифицированных центрах.*

### **10.3. Психогигиена и психопрофилактика**

Указанные подходы традиционно входят в медицинскую модель психологических методов воздействия на больных и здоровых лиц с целью создания наиболее благоприятных условий жизнедеятельности и предотвращения развития различных заболеваний. Психопрофилактические мероприятия являются одним из основных компонентов терапевтически-реабилитационного подхода. Они предполагают комплекс психологических рекомендаций и практических мероприятий, направленных на сохранение (первичная психопрофилактика) и достижение психического, физического и социального благополучия лиц с различными заболеваниями (вторичная психопрофилактика). Универсальность, простота, низкая затратность и высокая эффективность делают психопрофилактику одной из приоритетных направлений современной клинической медицины.

Представляем разработанный нами *комплекс психопрофилактических рекомендаций*, актуальных для клиники психосоматических и невротических расстройств. [7; 22; 63; 132]

Практические рекомендации и полезные советы.

*1. Неукоснительно соблюдайте все врачебные предписания.*

Это касается регулярности приема медикаментов и других немедикаментозных методов лечения, режима дня, особенностей питания, дозирование видов активности, общения.

*2. Формируйте и стабильно поддерживайте позитивное здоровое мышление.*

Прагматический оптимизм, опора на успешный прошлый опыт, вера в себя, поддержка близких, руководство «высшими» ценностями (любовь, дружба, ответственность, порядочность, долг, самоусовершенствование, развитие, созидание, вера).

*3. Избавляйтесь от автоматических негативных мыслей.*

Многие проблемы — результат негативного мышления, которое базируется на полуосознаваемых, мимолетных мыслях, искажающих реальность, дающих повод для заниженной самооценки, неуспешности, подавленности, тревоги. Негативные мысли не только портят настроение, но и дают негативные ощущения и физические симптомы, скрыто управляют поведением, ведут к физическим и психическим болезням.

Борьба с негативными мыслями: распознавание — конфронтация (внутренний диалог с опорой на реальность) — уничтожение — замена позитивом.

*Виды негативных мыслей:*

- 1) Абсолютные паттерны (всегда, никогда, все, никто, постоянно, без вариантов).
- 2) Сосредоточенность только на плохой информации.
- 3) Предвосхищение неудач и катастроф.
- 4) Убежденность, что другие люди думают о Вас плохо, критикуют, презирают.
- 5) Оценка реальности на базе своих отрицательных чувств.
- 6) Беспричинное чувство вины.
- 7) Стереотипное расклеивание ярлыков.
- 8) Эгоцентризм мышления (все имеет ко мне отношение, связано со мной).
- 9) Поиск виновного.

*4. Развивайте навыки общения, общайтесь с позитивными людьми.*

*5. Поступайте с другими людьми так же, как хотели бы, чтобы относились к Вам.*

*6. Окружайте себя приятными ароматами.*

Обоняние — древний и очень мощный орган чувств, помогающий программировать себя на хорошее настроение и успех.

*7. Создайте коллекцию хороших воспоминаний*

Обращение к счастливым моментам своей жизни — мощный антидепрессант и стимулятор.

*8. Регулярно занимайтесь физическими упражнениями.*

При физической активности стимулируется выработка нейропептидов и, как следствие, — улучшается настроение, активизируется интеллектуальная деятельность, повышается тонус организма.

*9. Освойте простые дыхательные упражнения, научитесь правильно дышать при стрессе.*

Дыхание с задержкой и медленным выдохом способствует повышению углекислого газа в крови, что снижает тревогу.

Диафрагмальное дыхание (животом) также обладает противострессовым эффектом, повышает выносливость.

*10. Освойте простые методы психической саморегуляции и ежедневно занимайтесь ими.*

*11. Учитесь эффективно разрешению конфликтных ситуаций.*

Не бойтесь конфликтов, так как неразрешенные проблемы — это источник негативной энергии. Стремитесь решать спорные ситуации корректно, прагматично, конструктивно.

*12. Определитесь с глобальными вопросами: смысл жизни, главные и текущие цели, задачи.*

*13. Чаще доставляйте себе радости, мелкие удовольствия, положительные эмоции.*

*14. Оптимизируйте свою деятельность, режим, уровень нагрузок.*

*15. Помните о том, что не существует нерешаемых проблем.*

*16. Ищите людей с которыми можно посоветоваться по специальным вопросам (экспертов) и поделиться личным (друзей).*



*17. Выработывайте философское отношение к жизни.*

Стремиться: к мужеству изменить, что могу, спокойствию — принять то, что не в силах изменить и к мудрости — отличить первое от второго.

*18. Стремитесь постоянно узнавать что-то новое, улучшать свою память, развиваться духовно и физически.*

*19. Слушайте хорошую музыку, пойте, двигайтесь ритмично (танцуйте).*

Музыка — мощный терапевтический фактор для многих болезненных состояний. Универсальный рецепт — классическая музыка (в особенности Моцарт).

*20. Уделяйте внимание близким, делайте им приятные вещи, прикасайтесь к ним.*

Количество прикосновений — индекс любви — повышает уровень эндорфинов (гормонов счастья).

*21. Постарайтесь отказаться от курения, максимально ограничьте употребление алкоголя и кофеина.*

*22. Не занимайтесь самолечением!*

*23. Не употребляйте ненужные медикаменты по привычке или на всякий случай.*

*24. При любых проблемах со здоровьем обращайтесь за обследованием и лечением только к специалистам.*

*25. Употребляйте полезную пищу, пейте очищенную воду, не злоупотребляйте солью, специями.*

## ГЛАВА XI

### ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОСОМАТИКЕ

В вышеприведенных главах нами представлен интегративный подход к рассмотрению психосоматических расстройств, основанный на методологии психобиосоциальной модели. Как нами уже указывалось, данная методология базируется на естественнонаучной биологической парадигме, которая является основой для любой медицинской науки. В то же время рассмотренная парадигма позволяет исследовать не только клинические проявления психосоматических расстройств, выраженные в речи и в поведении пациентов как центральном феномене, но и параллельно рассматривать указанные феномены с использованием методологии пограничных научных дисциплин: психологии, социологии, лингвистики. Результатом исследований психосоматической патологии в рамках интегративного подхода является получение комплекса информации о пациенте в единстве его биологических, медицинских, личностно-психологических, социально-психологических характеристик. Подобная информация является чрезвычайно важной, учитывая, что психосоматические расстройства являются вариантом медицинской патологии, в этиопатогенезе которых ведущую роль играют психологические факторы.

В ходе интегративного подхода к клинике психосоматических расстройств, исследователь, терапевт и реабилитолог получают полную информацию о сущности болезненных расстройств, закономерностях их протекания, особенности конкретных клинических форм, взаимодействии отдельных патологий, отражении болезненного процесса в сознании и в самосознании пациента, изменениях в его социальном функционировании. Все это позволяет получать целостные, полные и глубокие представления о сущности болезненного расстройства в единстве его индивидуальных биологических особенностей и психологических характеристик. Указанный подход является, на наш взгляд, наиболее оптимальным, позволяющим осуществлять надежную диагностику, высокоэффективную терапию и реабилитацию командой специалистов разного профиля.

Одним из явных преимуществ интегративной модели является успешное преодоление в её рамках противоречий между двумя главными моделями психотерапии: медицинской и психологической. Интегративная модель позволяет непротиворечиво объединить ука-

занные подходы, используя преимущества каждого из них и компенсируя слабые стороны.

Так, для медицинской модели характерна ориентация на выявление биологической сущности расстройства, опора на клинически значимые, диагностические признаки страдания (нозология, синдром, симптомы); приоритетность доказательного подхода к назначению того или иного вида терапии, использование традиционных классических методов. Преимуществом данного подхода является его научность, достоверность, доказательность, унифицированность, так как специалисты во всём мире используют единые классификаторы болезней и стандартизированные протоколы оказания специализированной помощи в зависимости от конкретного вида патологии. Недостатками модели являются недостаточная проработка психологических компонентов этиопатогенеза расстройств, что ограничивает возможность осознанного и целенаправленного применения широкого арсенала методик психологической модели.

Психологическая модель психотерапии ставит в центре внимания личность пациента с его внутренними психологическими конфликтами, жизненной историей, отношениями, особенностями реагирования. Учитывая, что наиболее весомый вклад в психосматику внёс психологический подход, разнообразные психоаналитические теории, — психологическая модель выглядит более приемлемой, как для понимания этиопатогенеза, так и для разработки терапевтических интервенций и программ реабилитации. В этом сильная сторона психологической модели. Слабая сторона заключается в том, что существует громадное количество психологических моделей в психосматике, но ни одна из них не имеет научной доказательности, подтверждённой более высокой эффективностью, связи с реальной биологической сущностью страдания.

Таким образом, интегральная модель создаёт предпосылки для дальнейшего развития психотерапии как науки и сближение научного опыта и терапевтического искусства; позволяет разрабатывать подходы к психосматике, которые были бы универсальными для специалистов различного профиля, делая их знания более многогранными.

## ГЛАВА XII НЕКОТОРЫЕ ВАЖНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЧАСТНОЙ ПСИХОСОМАТИКИ

### 12.1. Психофармакотерапия

Назначение медикаментозных средств комплексной терапии психосоматических расстройств занимает одну из важнейших позиций. Особенно значимо назначение психофармакотерапии в лечении острых расстройств, состояний с выраженными аффективными расстройствами (тревога, депрессия), протекающих с пароксизмами вегетативной симптоматики, выраженным болевым синдромом.

Представляем краткие *характеристики основных групп психофармпрепаратов.*

#### *Антидепрессанты (тимоаналептики)*

Назначение антидепрессантов в свете современных представлений о сущности психосоматических расстройств, носит этиопатогенетический характер. Антидепрессанты способствуют восстановлению нарушений нейромедиаторов, создавая предпосылки для устранения функциональной симптоматики, нормализации аффективной сферы. Антидепрессанты устраняют нарушения настроения, купируют тревогу, астению, способны влиять на фобические, obsессивные, ипохондрические и соматоформные расстройства. Антидепрессанты назначают в терапевтических дозах до наступления ремиссии в течение недель (месяцев), а затем — в поддерживающих дозах на 6 месяцев при лечении депрессивных расстройств, 2–4-х в остальных случаях. Современные антидепрессанты обладают минимумом побочных эффектов, отличаются хорошей переносимостью, высоким терапевтическим эффектом, не дают привыкания и зависимости, однако имеют синдром отмены (необходим постепенный уход от препарата со снижением доз). Большинство препаратов не влияют на повседневную активность, удобны в приёме (один раз в сутки). Наиболее широко применяемой группой являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, для которых справедливы все вышеуказанные характеристики (Флуоксетин, Флуоксамин, Пароксетин, Эсциталопрам, Сертралин).

### *Противотревожные (анксиолитики)*

Группа включает транквилизаторы (сибазон, фенозепам, клоназепам, гидазепам) и, собственно, противотревожные средства (атаракс, афобазол, стрезам, буспирон). Указанные препараты предназначены для активного купирования острых состояний с выраженной тревогой, бессонницей, пароксизмальными и интенсивными вегетативными расстройствами. Отличаются мощностью и быстротой действия. К недостаткам следует отнести возможность и развития синдрома зависимости (психологический компонент), седацию, что препятствует привычной повседневной активности, в силу чего назначение препаратов (особенно транквилизаторов) строго регламентировано и краткосрочно (до двух недель — транквилизаторы, до четырёх недель — противотревожные средства).

### *Антипсихотики (нейролептики)*

Препараты традиционно назначаются при психотических расстройствах (бред, галлюцинации, острое психомоторное возбуждение). В психосоматической клинике используется в малых дозах в качестве вспомогательного средства при наличии клинической структуры расстройства, выраженных личностных расстройств, ипохондрической, обсессивно-компульсивной симптоматике, тяжелых депрессивных расстройствах. В сравнении с предыдущими двумя группами, препараты имеют значительно большее количество побочных эффектов, требуют более тщательного наблюдения за пациентами. Группа включает в себя следующие препараты: рисперидон, кветиапин, оланзапин, соннапакс, тизерцин, труксал, аминазин.

### *Нормотимики (антиконвульсанты)*

Препараты данной группы применяются при лечении эпилепсии и других пароксизмальных расстройств, кроме того, обладают эффектом усиления антидепрессивного эффекта, стабилизируют настроение, устраняют тревогу и вегетативные расстройства (особенно пароксизмального характера). Группа включает в себя следующие препараты: карбамазепин, соли вальпроевой кислоты, топирамидин, ламотриджин.

### *Ноотропы (церебропротекторы, мозговые метаболиты)*

Препараты указанной группы способствуют активизации обмена веществ в центральной нервной системе с усилением когнитив-

ных функции, устранением астено-субдепрессивной симптоматики, повышением адаптогенных свойств организма. К группе относятся следующие препараты: ноотропил (пирацетам), фенотропил, пантогам, фенибут, мексидол, актовегин).

## 12.2. Кризисная психотерапия

Задачами кризисной психотерапии является психологическая поддержка и помощь пациентам в преодолении тяжелых жизненных ситуаций, а также ранняя диагностика, предотвращение и профилактика суицидального поведения. *Тяжелые жизненные ситуации* (состояние психологического кризиса) в психосоматической клинике, помимо традиционных (супружеская измена, смерть или тяжелая болезнь близкого человека, аварии, стихийные бедствия, тяжелые бытовые и финансовые проблемы) включают ситуации медицинского характера: впервые поставленный диагноз смертельно опасного неизлечимого заболевания, либо заболевания ведущего к значительному ограничению жизнедеятельности, требующему серьёзных и неоднозначных хирургических оперативных вмешательств; ситуации терапевтически резистентных заболеваний с плохо поддающимися терапии болевой, приступообразной симптоматикой. Все эти ситуации требуют психологического (психотерапевтического) сопровождения, которым специалист, его осуществляющий должен опираться на чёткие представления о сущности медицинской проблемы, вариантах её перспективного развития, перечне наиболее оптимальных технических методик для работы.

*Суицидальное поведение* — это целенаправленная активность субъекта на лишение себя жизни. С позиций современной клинической психиатрии суицид и психическое здоровье являются несовместимыми понятиями, то есть наличие в структуре психологических переживаний больного различных аспектов суицидального поведения является признаком психического расстройства, субъект признаётся больным и нуждается в медицинской помощи, в том числе принудительного порядка (что регламентируется юридически, трактуясь как социально опасное поведение). По типологии разделяют суицидальные попытки и завершённый суицид. Суицидальные попытки, в свою очередь, делят на истинные и демонстративно-шантажные. На каждый завершённый суицид приходится порядка

15-ти суицидальных попыток. Суицидальное поведение по этапам развития проходит следующие стадии:

— пассивные суицидальные мысли — высказывания о малоценности и бесперспективности жизни, желательности смерти как избавлении от трудностей и проблем;

— суицидальные намерения — сформированная идея о необходимости лишения себя жизни с обоснованием и разработкой технических моментов;

— суицидальные тенденции — косвенные признаки поведения, указывающие на активную подготовку и инициацию суицида;

— собственно суицидальная попытка.

Крайне важно отметить, что поэтапное проживание указанных стадий может занимать от нескольких месяцев до нескольких минут. Поэтому крайне важно серьезное отношение к любым проявлениям суицидального поведения, активные профилактические мероприятия, открытые и прямые разговоры на данную тематику, что требует создания доверительной атмосферы в общении с больным.

С гендерных позиций суицидальное поведение в равной степени выражено у обоих полов, однако у женщин преобладают демонстративные попытки, у мужчин большее количество совершенных суицидов, что связано с выбором более brutальных способов (повешение, нанесение огнестрельных и ножевых ранений). В психосоматической клинике следует учитывать, что наиболее «популярным» способом суицида является отравление с использованием высокотоксичных медикаментов, психотропных средств. Отсюда вытекает повышенная бдительность в отношении выписки, назначения, выдачи и приёма медикаментов.

При сборе анамнеза важно выявлять наличие суицидального поведения в семейной истории, предшествующих суицидальных попыток у больного, что на порядок повышает риск развития последующих. Факторами повышения риска суицидального поведения является одиночество, отсутствие занятости, атеизм, несформированная система жизненных ценностей, психологический инфантилизм, возбудимость, импульсивность, эксплозивность в чертах характера, наличие в клинической картине длительных стойких депрессивных расстройств, хронической боли, утраты жизненно важных функций, склонность к злоупотреблению психоактивными веществами, алкоголизации. Из диагностических рубрик наиболее значимой по суицидальному риску является депрессивное аффек-

тивное расстройство (эндогенная депрессия). В клинике данного расстройства все пациенты с умеренной и тяжелой депрессией имеют суицидальные переживания, а порядка 15% больных совершают суицидальные попытки.

Следует помнить, что наиболее надежным мощным средством профилактики и предотвращения суицида является хорошо организованная преемственная этапная лечебная реабилитационная программа, в центре которой стоит конкретный человек с его жизненными коллизиями, психологическими особенностями и медицинскими аспектами.

### **12.3. Терминальная психотерапия**

Данный вид психотерапии ориентируется на помощь пациентам, умирающим от тяжелых неизлечимых болезней и старости. Следует подчеркнуть, что большинство пациентов оказываются на данном этапе вне стационарной медицинской помощи и без какой-либо психологической поддержки. Последнее обстоятельство обусловлено значительной психологической тяжестью мыслей о смерти, что ведёт к избеганию, как специалистов, так и лиц из окружения больного, обсуждения и работы с указанной тематикой.

Тяжесть психологического состояния указанных больных определяется интенсивным страхом неотвратимости и стремительного наступления конца жизни, а также выраженностью болезненной симптоматики, приведшей к терминальному состоянию. Для специалиста, работающего с ситуациями терминальной психотерапии важна не только профессиональная подготовка, но и определённая личностная зрелость, собственная проработка вопросов жизни и смерти, умение преодолевать чувство вины, отстранённость, деловитую браваду, спасительный обман. На наш взгляд, существенным подспорьем в данной работе являются различные направления экзистенциальной философии, столетиями накопленная мудрость традиционных гуманистических религий. [21; 43; 102]

### **12.4. Психосоматика и альтернативная психотерапия**

Альтернативная психотерапия включает в себя нетрадиционные и народные методы лечебного воздействия, не являющиеся составляющими доказательной медицины, однако пользующиеся



популярностью и активным спросом у большей части населения (биоэнергетика, экстрасенсорика, целительство, прорицание). Это обусловлено, с одной стороны, системным кризисом общества (смена системы ценностей, финансово-экономический кризис, сложности и проблемы системы охраны здоровья). А с другой стороны — психологическими особенностями людей, усиливающимися на стыке эпох и в периоде кризисов (неизбывной верой в чудо, мифов о собственной исключительности, леностью и желанием быстрых результатов). Пациенты с психосоматическими и невротическими расстройствами являются главными потребителями услуг альтернативной медицины. В основе «терапевтических» эффектов последней лежат феномены суггестии и материально опосредованной терапии, основанные на биоэнергетической мифологеме. У «специалистов» данной системы гораздо меньше нагрузка, чем у традиционных врачей, их отличает пристальное внимание к персоне больного, подчеркнутый психологизм, — что является нередкой причиной временных улучшений в устранении функциональной симптоматики. В то же время, в рамках данной системы нередки случаи нанесения больным серьёзных психологических травм, чреватых развитием кризисных состояний (традиционные диагнозы: «порча», «сглаз», «сделано на смерть», «венец безбрачия», «родовое проклятие» — звучат весьма устрашающе). Другим негативным аспектом обращения больных к нетрадиционным специалистам является отсрочка в осуществлении диагностических мероприятий, несвоевременность назначения адекватной терапии, что ведёт к осложнениям и ухудшению течения расстройств.

Исходя из вышесказанного, все специалисты, осуществляющие реабилитационную работу с пациентами, должны проводить разъяснительные и информирующие мероприятия, верно ориентирующие в указанных вопросах. В то же время, наиболее эффективной контрпропагандой альтернативной медицины является повышение качества и эффективности оказываемых услуг традиционной медициной.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. — М.: — 2000 г.
2. Александровский Ю.А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация. — М.: Наука — 1976. — 272 с.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 1993.— 399 с.
4. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. — М., 1993. — 172 с.
5. Алиев Х.М. Метод «Ключ». Открой свой мир! Ключи внутренние резервы. М.: — СПб: Питер. — 2011. — 200 с.
6. Алиев Х.М., Бояринцев А.Г., Исаев М.Ю., Локотош А.И. Эффективная профилактика профессионального выгорания. Практическое руководство. — Красноярск — М.: — 2011. — 171 с.
7. Амен Д. Измените свой мозг — изменится и жизнь! — М.: Эксмо, 2012 — 445 с.
8. Анциферова Л.И. Общественно-исторический характер телесного бытия человека // Биология человека и социальный прогресс. — Пермь, 1982.— С. 89–96.
9. Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. М.: 1991. — С. 18–57.
10. Антропов. Ю.Ф. Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства у детей и подростков. — М.: Издательство Института Психотерапии, 1999. — 304 с.
11. Артемова Е.Ю. Психология субъективной семантики.— М.: Изд. Моск. ун-та, 1980.— 318 с.
12. Ахутина Т.В. Порождение речи. Нейролингвистический анализ синтаксиса. — М.: Изд. МГУ, 1989. — 215 с.
13. Базисное руководство по психотерапии. Ред. Хайгл-Эверс А, Хайгл Ф, Дитт Ю., Рюгер У. — СПб: Изд. «Речь», 2002. — 783 с.
14. Балабанова Л.М. Судебная патопсихология. Харьков: Сталкер, 1998. — 432.
15. Бассин Ф.В. Проблемы бессознательного.— М., 1968.— С. 43–108.
16. Бендлер Р., Гриндер Д., Сатир В. Семейная терапия. — Воронеж, 1993. — 128 с.

17. Берн Ш. Гендерная психология — СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. — 320 с.
18. Блейлер Э. Руководство по психиатрии — М.: Смысл, 1993. — 567 с.
19. Блейхер В.М., Боков С.Н., Стукалова Л.А. Про алексітімію у онкологічних хворих // Укр. вісник психоневрол.— 1996.— Т.4, вип. 5(12).— С. 266–268.
20. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология: руководство для врачей и медицинских психологов. Ростов-на-Дону, 1996.
21. Браун Дж. Психология Фрейда и постфрейдисты. — М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1997. — 304 с.
22. Бридко В.В., Ганзина В.В., Ганзин И.В., Черёмухин В.С. Первичная и вторичная психопрофилактика при невротических соматоформных и психосоматических расстройствах с применением метода психической саморегуляции «КЛЮЧ». Методические рекомендации. — Симферополь: 2012. — 28 с.
23. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНЫ — 1999 г. — 376 с.
24. Брушлинский А.В. Мышление и прогнозирование. — М., 1979. — С. 7–58.
25. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. Психотерапия. Психологические модели. — СПб «Питер», 2009. — 496 с.
26. Васильева Н.В. Горьковая И.А. Судебная экспертиза и её клинико-психологические основания.— Спб, 1997.
27. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней.— М.: Медицина, 1985.— 255 с.
28. Введение в психотерапию. / Под ред. Сиднея Блоха. — Амстердам-Киев: Сфера, 1997. — 280 с.
29. Винокур Т.Г. Говорящий и слушающий: Варианты речевого поведения.— М., 1999.— С. 16–121.
30. Выготский Л.С. Мышление и речь. — М., 1934. — С. 7–54.
31. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. — М.: Изд. АПН РСФСР. — 1956 — 376 с.
32. Ганзин И.В. Коммуникативные особенности диагностического и терапевтического процесса «трудных больных»././ Український вісник психоневрології. — Т.13., вип. 2(43). — 2005. — С. 89-9.
33. Ганзин И.В. Контртрансфер и особенности мышления

- психиатра в ходе диагностической и психотерапевтической работы. Феноменологически-психоаналитически-психолингвистический подход // Таврический журнал психиатрии. — Т. 12, № 3(44), — 2008 г.
34. Ганзин И.В. Психические расстройства в повседневной практике клиники внутренних болезней (основы психосоматики). Практическое руководство. — Симферополь. — 27 с.
  35. Ганзин И.В. Клиническая лингвистика. Комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах. — Симферополь, изд. ЧП «Феникс», 2011, 400 страниц.
  36. Ганзин И.В., Самохвалов В.П. Комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах. // Методические рекомендации. — Киев. — 2003. — 24 с.
  37. Ганзин И.В. Основы психосоматики. // Интегративное учебное пособие. Психобиосоциальная модель. — Симферополь: «Доля». — 2012. — 184 с.
  38. Гельдер М. Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии — Киев: изд-во «Сфера» — 1997 — в двух т.
  39. Горелов И.Н. Невербальные компоненты коммуникации.— М.: Наука, 1980.— 180с.
  40. Горностай П.П., Васьковская С.В. Теория и практика психологического консультирования: Проблемный подход. — К.: Наук. Думка, 1995. — 128 с.
  41. Гринсон Р.Р. Техника и практика психоанализа. — М.: «Когито-Центр». — 2003. — 477с
  42. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология). — М.: Медицина, 1962.— 120с.
  43. Диалог Карла Роджерса и Мартина Бубера / Московский Психотерапевтический Журнал, 1994, № 4. С. 67–94.
  44. Знаменитые случаи из практики психоанализа. М.: REFL-book, 1995. — 288 с.
  45. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчин и женщин — СПб.: Питер, 2002. — 544 с.
  46. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы.— СПб.: Питер, 2002. С. 365–366.
  47. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. — СПб «Питер», 2000.
  48. Исурина Г.Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции // Методы психологической диагностики и коррек-

- ции / М.М.Кабанов, А.Е.Личко, В.М.Смирнов.— Л.: Медицина, 1983.— С.231-254.
49. Зейгарник Б.В. Патопсихология. — М.: Изд-во МГУ, 1976. — 238 стр.
  50. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия. — М.: Медицина. — 2000. — 579 с.
  51. Жинкин Н.И. О кодовых переходах во внутренней речи // Вопросы языкознания. — 1964. — № 6. — С. 24–28.
  52. Жмуров В.А. Психические нарушения. М.: МЕДпрессинформ.-2008. — 1116 с.
  53. Залевская А.А. Вопросы организации лексикона человека в лингвистических и психологических исследованиях. — Калинин, 1978. — С. 24–71.
  54. Зимняя И.А. Функциональная психологическая схема формирования и формулирования мысли посредством языка//Исследования речевого мышления в психолингвистике. — М.: Изд. МГУ, 1986. — С. 35–41.
  55. Калашник Я.М. Патологический аффект//Проблемы судебной психиатрии. — М., 1941. — Вып. 3. С. 241–280.
  56. Калина Н.Ф. Основы психотерапии. — М.: Рефл-Бук; К.: Ва-клер, 1997. — 272 с.
  57. Каплан Г.И., Сэдок Б.Д. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1994. — в 2-х т.
  58. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного.— Л.: Медицина, 1980.— 180 с.
  59. Кернберг О. Тяжёлые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — С. 11–73.
  60. Клиническая психиатрия. Под ред. Н.Е. Бачерикова. — Киев: Здоровье, 1989. — 512 с.
  61. Клиническая психология. Под ред. Б.Д. Карвасарского СПб «Питер» 2006. — 960 стр.
  62. Ковалев В.В. Взаимодействие личности и болезни при психосоматической патологии // Психопатология, психология эмоций и патология сердца: Тез. докл.— М.: 1988. — С. 43–44.
  63. Ковпак Д.В. Как избавиться от тревоги и страха. — СПб. Изд-во «Наука и Техника», 2007. — 236 с.
  64. Колшанский Г.В. Паралингвистика.— М.: Наука, 1974.— 81 с.

65. Колшанский Г.В. Соотношение субъективных и объективных факторов в языке.— М.: Наука, 1975. — С. 24–36.
66. Колшанский Г.В. Контекстная семантика.— М.: Наука, 1980.— С. 76–84.
67. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А. Этология в психиатрии.— К.: Здоровья, 1990.— 214 с.
68. Крейдлин Г. Невербальная семиотика. Язык тела и естественный язык. М.: Новое лит. обозр., 2004. — 584 стр.
69. Кречмер Э. Строение тела и характер. — М., 1920.— С. 5–271.
70. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза — М., 1996. — С. 276.
71. Куттер П. Современный психоанализ. — СПб.: Б.С.К., 1997. — 351 с.
72. Кучеренко В.В., Петренко В.Ф., Россохин А.В. Измененные состояния сознания как психическая реальность //Журн. практикующ.врача.— 1998.— Вып. 4.— С. 81–99.
73. Лебедев Б.А., Крылов В.И., Незнамов И.Г. Значение биологических и психосоциальных факторов в формировании внутренней картины болезни при ИБС //Психопатология, психология эмоций и патология сердца: Тез. докл.— М., 1988.— С. 50.
74. Леонтьев А.А. Психолингвистические единицы и порождение речевого высказывания. — М.: Изд. МГУ. — 1969. — С. 7–104.
75. Леонтьев А.А. Речь в криминалистике и судебной психологии.— М.: Наука, 1977.— 62 с.
76. Леонтьев А.Н. Основы теории о речевой деятельности. — М.: Изд. МГУ. — 1974. — С. 3–202.
77. Леонтьев А.Н. Основы психолингвистики. — М.: «Смысл». — 1999. — 288 с.
78. Лэндрет Г. Игровая терапия: искусство отношений. — М.: Международная педагогическая академия, 1994. — 368 с.
79. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания.— М.: Медицина, 1977.— С. 37–68.
80. Лурия А.Р. Язык и сознание.— Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998.— 414 с.
81. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимания структуры личности в клиническом процессе. — М.: «НФ Класс» — 1998 — 480 с.

82. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Справочник практического психолога. — М.: «Эксмо» — 2005 — 992 с.
83. Манойлов А.Е. Соматоформные расстройства и основы психосоматики. — Челябинск, 2004. — 24 с.
84. Меграбян А.А. Личность и сознание (в норме и патологии).— М.: Медицина, 1978.— 176 с.
85. Медицинская и судебная психиатрия. Учебное пособие под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. М.: изд-во «Генезис» 2009. — 606 с.
86. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. М.: Медицина, 1997. — 484 с.
87. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб. — 1994. — 300 с.
88. Менегетти А. Психосоматика. М.: Б.Ф. «Онтопсихология», 2007. — 360 с.
89. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия. — Харьков—Око, 2002.— 767 с.
90. Московский психотерапевтический журнал. Спецвыпуск по когнитивной психотерапии / сост. А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян.— 1996, № 3. — 223 с.
91. М'Юзан М. Контртрансфер и парадоксальная система// Французская психоаналитическая школа. Под ред. А. Жибо, А.В. Россохина, — М.: СПб: «Питер», 2005 — С. 193–205.
92. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. — М., 1994. — 144 с.
93. Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. — Москва, 1995.
94. Носенко Э.Л. Особенности речи в состоянии эмоционального напряжения.— Днепропетровск, 1975.— 58 с.
95. Обучение, погруженное в общение. — М.: КСП, Институт психологии РАН, 1997, 224 с.
96. Овсянников С.А., Циганков Б.Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология. Клинико-практическое руководство. — М.: «Триада—Фарим», 2001. — 100 с.
97. Оклендер В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии. — М: Класс, 1997. — 336 с.
98. Основы медичного законодавства України. Коментарії під ред. Теліпко В.Є. — Київ, 2011. — 358 с.

99. Петренко В.Ф. Психосемантика сознания.— М.: Изд. Моск. ун-та, 1988.— С. 7–79.
100. Психиатрическая клиника. Учебное пособие под ред. В.П. Самохвалова. — Симферополь: изд-во КГМУ — 2003. — 608 с.
101. Психиатрия. Под ред. А.К. Напреенко. Киев. — Здоровье, 2001. — 563 с.
102. Психиатрия / Под ред. Р.Шейдера.— М.: Практика, 1998.— 485 с.
103. Психотерапия. Учебник под редакцией Б.Д. Карвасарского. — М.: СПб.— Питер, 2008. — 672 с.
104. Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб «Питер», 2002. — 1019 с.
105. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека.— М.: Прогресс–Универс, 1999. — 480 с.
106. Рудестам К. Групповая психотерапия. — СПб.: Питер Ком, 1999. — 384 с.
107. Рыбальский М.И. Иллюзии и галлюцинации. — М.: Медицина 1993. — 321 с.
108. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия.— Симферополь: ИМИС-НПФ Движение Лтд, 1993.— 286с.
109. Самохвалов В.П. Этология человека: некоторые последствия объективных исследований поведения для медицины и антропологии // Таврич. журн. психиатр.— 1997.— Т. 1, № 2.— С. 50–80.
110. Самохвалов В.П. Психоаналитический словарь и работа с символами сновидений и фантазий. — Симферополь: СО-НАТ, 1999. — 184 с.
111. Сандлер Дж., Дэр.К., Холдер А. Пациент и психоаналитик: основы психоаналитического процесса. — Воронеж: НПО Модек, 1993.
112. Сахнова Т.В. Основы судебно-психологической экспертизы по гражданским делам. М.: 1997.
113. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства.— Л.: Медицина, 1987.— 183 с.
114. Сердюк А.И., Михайлов Б.В., Короп А.Ф. Методика объективизации эффективности психотерапии соматических больных.— Харьков, 1998.— 28 с.
115. Соложенкин В.В., Нелюбова В.А. Системный подход при изучении психосоматической патологии // Акт. проблемы соматопсихиатрии и психосоматики.— М., 1990.— С. 248–249.



116. Соложенкин В.В., Гузова Е.С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Соц. и клин. психиатрия.— 1998.— № 2.— С. 18–25.
117. Спивак Д.Л. Лингвистика измененных состояний сознания.— Л.: Изд. ЛГУ, 1986.— 196 с.
118. Спивак Д.Л. Речь при измененных состояниях сознания.— Л.: Изд. ЛГУ, 1989.— С. 3–48.
119. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. — М.: изд-во института психотерапии, 2005. — 496 с.
120. Ташлыков В.А. Механизмы соматизации внутренней картины болезни при неврозах // Акт.пробл.соматопсихиатрии и психосоматики.— М., 1990.— С. 259–261.
121. Ташлыков В.А. Внутренняя картина болезни и ее значение для групповой психотерапии // Групповая психотерапия / Ред. Б.Д.Карвасарский, С.Ледер.— М.: Медицина, 1999.— С. 242–271.
122. Телешевская М.Э. Глазами больного.— К.: Здоровья, 1985.— 156 с.
123. Томэ Х., Кехеле Х. Современный психоанализ. М.: «Изд. Группа «Прогресс» — «Литера» — 1996, Т. 1. С. 131–153.
124. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина 1986 — 384 с.
125. Трегубов И.Б., Прусс Г.Б. Об исследовании уровня алекситимии у больных психосоматическими заболеваниями // Акт. пробл. сомато- психиатрии и психосоматики.— М., 1990.— С. 264–265.
126. Фрейд А. Эго и механизмы психологической защиты. — М.: АСТ — Астрель — 2008 — 160 с.
127. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — М.: Наука, 1991.
128. Фрейд З. Толкование сновидений. — Киев: Здоровье, 1991.
129. Фрейд З. Психология бессознательного. — М.: Просвещение, 1989.
130. Фрейд З. Психоаналитические этюды. — Минск: Беларусь, 1991.
131. Харди И. Врач, сестра, больной.— Будапешт: Изд. АН., 1982.— 196 с.
132. Хаури П., Линде Ш. Как победить бессонницу. — М.: «Альпина» — 2002. — 295 с.

133. Холмогорова А.Б., Гаранян И.Г. Групповая терапия неврозов с соматическими масками // Моск. психотерапевт. журн.— 1994.— № 2.— С. 29–50.
134. Хомская Е.Д. Нейропсихология. — М., СПб.: «Питер». — 2003.— 496 с.
135. Худик В.А. Детская патопсихология. — Киев, 1997.
136. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследование и применение). СПб.: Питер Пресс, 1997. — 606 с.
137. Чудновский В.С. Вопросы теории и практики изучения самосознания при психических заболеваниях // Клин. аспект самосознания при псих. заболеваниях в связи с вопр. диагностики, лечения и реабил.— Куйбышев: Изд. Куйбыш. мед. ин-т, 1982.— С. 3–18.
138. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 1999. — 656 с.
139. Юнг К.Г. Символ и архетип. — М., 1991.
140. Юнг К.Г. Психологические типы. — М., 192. — 104 с.
141. Юнг К.Г. Аналитическая психология (Тэвистокские лекции). — СПб., 1994.
142. Юнг К.Г. Воспоминания. Сновидения. Размышления. — Киев, 1994. — 406 с.
143. Юнг К.Г. и современный психоанализ. Хрестоматия по глубинной психологии. Вып.1. — М., 1996.— 248 с.
144. Якубик А. Истерия: Методология, теория, психопатология.— М.: Медицина, 1982.— 341 с.
145. Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997.— 1054.
146. Freud S. The future prospects of psycho-analytic therapy. SE. Vol XI, pp. 193–151.
147. Ferenczi S. The elasticity of psychoanalytic technique therapy. — London — 1995, p. 87–101.
148. Fenichel O. Problems of psychoanalytic technique//Psychoanal, Quart. Inc. — N.Y. — 1941. — 3–25 pp.
149. Deutsch H. Psychoanalysis of the neuroses. — London — 1932.— 145 p.
150. Heimann P.P. Counter-transference//Brit. J. Med. Psychol. — 1960, V33, p. 9-15.
151. Racker H. Meanings and uses of countertransference.//Psychoanalytic Quaterly, 1957, — № 26. P. 303.

## СОДЕРЖАНИЕ

### РАЗДЕЛ I.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ .....	3
1. Определения. Виды экспертиз .....	3
2. Психологическая экспертиза в судебно-психиатрической практике.....	4
2.1. Задачи экспериментально-патопсихологического исследования. ....	4
2.2. Принципы патопсихологического исследования.....	6
2.3. Организационно-правовые и методологические основы комп- лексной судебной психолого-психиатрической экспертизы....	8
3. Военная медико-психологическая экспертиза. ....	12
4. Трудовая психолого-психиатрическая экспертиза. ....	13
5. Медико-психолого-педагогическая экспертиза.....	15

### РАЗДЕЛ II.

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ.....	17
2.1. Первичное психодиагностическое интервью. Принципы психиатрической диагностики. ....	17
ПСИХОПАТОЛОГИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ.....	23
2.2. Расстройства восприятия .....	23
2.3. Расстройства мышления.....	46
2.4. Расстройства памяти и внимания. ....	55
2.5. Патология влечений (потребностей) и эффекторно- волевой сферы. ....	58
2.6. Расстройства эмоций.....	60
2.7. Расстройства сознания. ....	65
2.10. Основные психопатологические синдромы. ....	74
Астенический синдром .....	74
Обсессивный синдром .....	76
Истерические синдромы .....	76
Деперсонализационный синдром .....	79
Синдром психосенсорных расстройств .....	80
Синдром импульсивных влечений .....	80
Синдром сверхценных идей .....	82
Ипохондрический и сенестопатический синдромы .....	82
Аффективные синдромы .....	85

Паранойяльный синдром .....	94
Галлюцинаторно-параноидный синдром (синдром Кандинского–Клерамбо) .....	96
Галлюцинаторный синдром .....	99
Парафренный синдром .....	101
Кататонический синдром .....	104
Судорожные синдромы (припадки) .....	106
БЕССУДОРОЖНЫЕ (МАЛЫЕ) ПРИПАДКИ .....	110
Негативные психопатологические синдромы .....	115
2.11. Психопатологические симптомы .....	119

### РАЗДЕЛ III.

#### ЧАСТНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ С ВОПРОСАМИ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ. ....	132
3.1. Органические психические расстройства. ....	132
3.1.1. Клинические характеристики. ....	132
3.1.2. Вопросы экспертизы. ....	134
3.2. Шизофрения и другие острые и хронические психозы. ....	136
3.2.1. Шизофрения. ....	136
Параноидная шизофрения. ....	140
Кататоническая форма. ....	140
Гебефреническая форма. ....	140
Постшизофреническая депрессия. ....	141
Резидуальная шизофрения. ....	141
Простая форма. ....	141
3.2.2. Психологические экспертизы при шизофрении. ....	141
Патопсихологический комплекс при шизофрении: .....	141
3.2.3. Другие хронические и острые психотические расстрой-	
ства эндогенного регистра. ....	143
Шизотипическое расстройство. ....	143
Бредовое расстройство. ....	144
Индукцированное бредовое расстройство. ....	144
Шизоаффективные расстройства. ....	145
3.2.4. Вопросы экспертиз при острых и хронических психоти-	
ческих расстройствах. ....	145
3.3. Аффективные расстройства настроения. ....	146
Гипомания .....	146
Мания без психотических симптомов. ....	146
Мания с психотическими симптомами. ....	147

Биполярное аффективное расстройство. ....	147
Депрессивный эпизод. ....	147
Рекуррентное депрессивное расстройство. ....	150
Циклотимия.....	151
Дистимия.....	152
3.3.1. Вопросы экспертиз при аффективной патологии. ....	153
3.4. Невротические, соматоформные и связанные со стрессом расстройства. ....	154
Агорафобия.....	154
Социальные фобии. ....	155
Специфические (изолированные) фобии. ....	155
Паническое расстройство. ....	155
Генерализованное тревожное расстройство. ....	155
Обсессивно-компульсивное расстройство. ....	156
Острая реакция на стресс. ....	156
Посттравматическое стрессовое расстройство. ....	156
Расстройства адаптации. ....	156
Диссоциативные (конверсивные) расстройства. ....	156
Соматоформные вегетативные дисфункции.....	157
Хроническое соматоформное болевое расстройство. ....	157
Неврастения. ....	157
Синдром дереализации-деперсонализации. ....	158
3.4.1. Вопросы экспертизы. ....	158
3.5. Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых. Расстройства привычек и влечений. ....	159
Параноидное расстройство личности. ....	160
Шизоидное расстройство личности. ....	161
Диссоциальное расстройство личности.....	162
Эмоционально неустойчивое расстройство личности.....	162
Истерическое расстройство личности. ....	163
Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности. ....	164
Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности. ....	165
Зависимое расстройство личности. ....	165
Хроническое изменение личности после переживания катастрофы. ....	166
Хроническое изменение личности после психической болезни.....	166
Расстройства привычек и влечений. ....	167

Патологическая склонность к азартным играм (людомания). .....	168
Патологические поджоги (пиромания). .....	168
Патологическое воровство (клептомания). .....	168
Трихотилломания (склонность к вырыванию волос). .....	168
3.5.1. Вопросы экспертизы .....	169
3.6. Отклонения в психическом развитии детей. Умственная отсталость. ....	170
Задержка психического развития. ....	171
Легкая умственная отсталость. ....	173
Умеренная умственная отсталость. ....	173
Тяжелая умственная отсталость. ....	173
Глубокая умственная отсталость. ....	174
3.6.1. Вопросы экспертизы. ....	174
3.7. Специфические расстройства, характерные для детского возраста. ....	175
Специфические расстройства развития речи. ....	175
Специфическое расстройство артикуляции речи. ....	175
Расстройство экспрессивной речи. ....	176
Расстройство рецептивной речи. ....	176
Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау–Клеффнера). ....	176
Специфические расстройства развития школьных навыков. ....	176
Специфическое расстройство развития двигательных функций. ....	177
Общие расстройства развития. ....	177
Детский аутизм. ....	177
Синдром Ретта. ....	180
Синдром Аспергера (аутистическая психопатия, шизоидное расстройство детского возраста). ....	181
Нарушение активности и внимания (расстройство или синдром дефицита внимания с гиперактивностью, гиперактивное расстройство дефицита внимания). ....	182
Расстройства поведения. ....	183
Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста. ....	184
Фобическое тревожное расстройство детского возраста. ....	184
Социальное тревожное расстройство. ....	184
Расстройство сиблингового соперничества. ....	185

Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского и подросткового возраста. ....	185
Элективный мутизм.....	185
Тикозные расстройства. ....	185
Транзиторное тикозное расстройство. ....	186
Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство.....	186
Комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта). ....	186
Неорганический энурез. ....	186
Неорганический энкопрез. ....	187
Заикание. ....	187
3.7.1. Вопросы экспертизы. ....	189
3.8. Поведенческие расстройства, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами. ....	190
Нервная анорексия.....	190
Нервная булимия .....	191
Ожирение .....	192
Расстройства сна неорганической природы. ....	192
Бессонница неорганической природы. ....	192
Гиперсомния неорганической природы. ....	193
Снохождение (сомнамбулизм). ....	193
Ужасы во время сна (ночные ужасы).....	194
Кошмары.....	194
3.8.1. Вопросы экспертизы. ....	195
3.9. Психические и поведенческие расстройства, вследствие употребления психоактивных веществ. ....	196
Острая интоксикация. ....	196
Употребление с вредными последствиями. ....	197
Синдром зависимости.....	197
Состояние отмены. ....	199
Состояние отмены с делирием. ....	200
Психотическое расстройство. ....	200
Амнестический синдром.....	201
Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом.....	201
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. ....	202
3.9.1. Вопросы экспертизы. ....	207

3.10. Сексуальные расстройства. ....	208
Расстройства половой идентификации. ....	208
Транссексуализм. ....	208
Трансвестизм двойной роли. ....	209
Расстройства половой идентификации у детей. ....	209
Расстройства сексуального предпочтения. ....	209
Фетишизм. ....	210
Фетишистский трансвестизм. ....	211
Эксгибиционизм. ....	212
Вуайеризм. ....	212
Педофилия. ....	213
Садо-мазохизм. ....	213
Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией. ....	214
Расстройство полового созревания. ....	215
Эгодистоническая сексуальная ориентация. ....	215
Расстройство сексуальной связи. ....	216
3.10.1. Вопросы экспертиз. ....	216

#### РАЗДЕЛ IV.

#### КЛИНИЧЕСКАЯ ЛИНГВИСТИКА И ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ПРОВЕДЕНИЯ

РАЗЛИЧНЫХ ЭКСПЕРТИЗ. ....	218
4.1. Кинесический аспект. ....	218
4.2. Паралингвистический (просодический) аспект речевого поведения. ....	221
4.3. Вербальный аспект речевого поведения. ....	231
4.4. Разномодальные семантики. ....	240
4.5. Дополнительные исследовательские и диагностические критерии органических психических расстройств (по данным комплексной диагностики речевого поведения) ....	240
4.6. Дополнительные исследовательские и диагностические критерии эндогенных психотических расстройств (по данным комплексной диагностики речевого поведения) ....	243
4.7. Дополнительные исследовательские и диагностические критерии аффективных расстройств (по данным комплексной диагностики речевого поведения) ....	247



4.8. Дополнительные исследовательские и диагностические критерии невротических расстройств у детей и подростков (по данным комплексной диагностики речевого поведения)	249
РАЗДЕЛ V.	
ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ .....	252
РАЗДЕЛ 5.1.	
ОБЩАЯ ПСИХОСОМАТИКА. ....	252
ГЛАВА I. Определение понятий и предмет исследования психосоматики. Краткая история. Основные психосоматические теории и модели. ....	
1.1. Определение предмета.....	252
1.2. Краткий экскурс в историю психосоматики. ....	252
1.3. Основные психосоматические теории и модели. ....	266
1.4. Психосоматическая теория А. Менегетти. ....	267
ГЛАВА II. Адаптация. Копинг-стратегии. Психологические защитные механизмы. ....	
2.1. Адаптация. Стресс. ....	272
2.2. Копинг-стратегии. ....	272
2.3. Психологические защитные механизмы. ....	274
ГЛАВА III. Характер в психосоматике. ....	
ГЛАВА IV. Введение в психосоматическую клинику. Основы терминологии. Симптом-синдром-расстройство. Классификация психических и психосоматических расстройств. Внутренняя картина болезни. ....	
4.1. Основы психиатрической пропедевтики. ....	286
4.2. Внутренняя картина болезни. ....	290
ГЛАВА V. Психосоматические взаимоотношения (на примере соматоформных вегетативных дисфункций). ....	
5.1. Психосоматические взаимоотношения.....	292
5.2. Психосоматические корреляции соматоформных вегетативных дисфункций. ....	293
5.2.1. Сердце и сердечнососудистая система. ....	293
5.2.2. Желудочно-кишечный тракт. ....	294
5.2.3. Дыхательная система.....	295
5.2.4. Урогенитальная система. ....	296
5.2.5. Кожная и костно-суставная система. ....	296

РАЗДЕЛ 5.2. ЧАСТНАЯ ПСИХОСОМАТИКА.....	298
ГЛАВА VI. Краткие клинические характеристики основных психосоматических расстройств. ....	298
6.1. Основы эпидемиологии. ....	298
6.2. Этиопатогенез психосоматических расстройств. ....	299
6.3. Клиника и диагностика.....	300
ГЛАВА VII. Особенности коммуникации в системе «врач-пациент» в ходе диагностического и лечебно-реабилитационного процесса с позиции клинико-феноменологически- лингвистически-психоаналитического подхода. Проблема трансфера и контртрансфера.	
7.1. Обзор развития взглядов на проблему.....	313
7.2. Дизайн исследования. ....	316
7.3. Результаты исследования. ....	317
7.3.1. Схемы когнитивной активности психиатра в ходе диагностической и психотерапевтической работы .....	318
7.3.2. Психоанализ я психоаналитическая психотерапия.....	321
7.3.3. Контртрансферентные отношения. ....	324
ГЛАВА VIII. Психодиагностика в психосоматической практике. ....	326
ГЛАВА IX. Психосоматика в клинике соматических расстройств. Общие подходы к составлению терапевтически-реабилита- ционных программ.....	333
ГЛАВА X. Классические психотерапевтические методы медицинской модели. ....	338
10.1. Методы психотерапии.....	338
10.2. Метод психофизиологической саморегуляции «Ключ».....	342
10.3. Психогигиена и психопрофилактика. ....	350
ГЛАВА XI. Интегративный подход в психосоматике. ....	354
ГЛАВА XII. Некоторые важные проблемы частной психосоматики. ....	356
12.1. Психофармакотерапия. ....	356
12.2. Кризисная психотерапия. ....	358
12.3. Терминальная психотерапия.....	360
12.4 Психосоматика и альтернативная психотерапия .....	360
ЛИТЕРАТУРА .....	362
СОДЕРЖАНИЕ.....	371

**Для заметок**

*Науково-медичне видання*

**Ганзін Ігор Вікторович**

**ПСИХІАТРІЯ**

*Керівництво для студентів  
психологічних вузів*

**Монографія**  
*(російською мовою)*

Комп'ютерна верстка, технічна редакція —  
*Н.О. Бондякова*  
Дизайнер обкладинки —  
*М.В. Новікова*

Підписано до друку 10.10.2013 р.  
Формат 60x84 1/16. 380 с. Папір офсетний 70 г/м<sup>2</sup>. Друк офсетний  
School  
Фіз. друк. арк. 23,75. Ум. друк. арк. 22,09  
Тираж 300 прим. Зам. № 487ф

ТОВ «Український центр інформації  
та видавничої справи «Таврія»»  
e-mail: tavrjci@ukr.net

Віддруковано у ТОВ «Форма»  
Генеральний директор — В.М. Невзоров  
95000, м. Сімферополь, вул. Сергєєва-Щенського, 3, оф. 6.  
E-mail: FormaCrimea@gmail.com  
Тел.: (0652) 601-201