

**МИНИСТЕРСТВО ВНУТРЕННИХ ДЕЛ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
СИБИРСКИЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**

УТВЕРЖДАЮ

Начальник кафедры

криминалистики,

полковник милиции

\_\_\_\_\_ В.В. Зырянов

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2007 г.

**СИМПТОМАТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**Фондовая лекция**

(для очной формы обучения по специальности  
03.05.01- юриспруденция)

Красноярск 2007

Симптоматика психических расстройств. Фондовая лекция по курсу “Судебная медицина и судебная психиатрия”. - Красноярск. Кафедра криминалистики СибЮИ МВД России, 2007

В лекции описаны основные признаки психических расстройств в каждой сфере человеческой психики. Материал проиллюстрирован клиническими примерами.

Лекцию подготовил доцент кафедры криминалистики СИБЮИ МВД России, кандидат медицинских наук Лисняк М.А.

Лекция предназначена для курсантов очной формы обучения по специальности 03.05.01- юриспруденция.

Рецензенты:

Доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии КрасГМА, к.м.н., Е.Ю.Петросян

Доцент кафедры криминалистики СибЮИ МВД РФ, к.х.н., доцент Е.Б. Мельников

Фондовая лекция обсуждена и одобрена на заседании кафедры криминалистики  
“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2007 г.

Протокол № \_\_\_\_\_

## ПЛАН ЛЕКЦИИ

Введение

1. Симптомы патологии чувственного познания
2. Патология памяти
3. Патология мышления
4. Патология эмоциональной сферы
5. Патология воли
6. Синдромы нарушенного сознания

Заключение

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бухановский, А.О., Общая психопатология/А.О.Бухановский, Ю.А.Кутявин, М.Е.Литвак.- Ростов-на-Дону, 1998.
2. Волков, В.Н. Судебная психиатрия/В.Н. Волков.- М., 2007
3. Жмуров, В.А. Психопатология, Части 1-2/В.А.Жмуров. - Иркутск: из-во Иркутского университета, 1994.
4. Лисняк, М.А. Симптоматика психических расстройств/М.А.Лисняк. – Красноярск, СибЮИ МВД РФ, 2000.
5. Попов, Ю.В., Современная клиническая психиатрия/Ю.В.Попов, В.Д.Вид. - М., 1997.
6. Психиатрия / под ред В.П. Самохвалова. – Ростов-на-Дону, 2002.
7. Руководство по психиатрии / под ред. Г.В. Морозова. - в 2-х т. Т1, -М.: Медицина, 1988. - 640 с.
8. Руководство по психиатрии /под ред. А.В. Снежневского - т.1, М., 1983
9. Старович З. Судебная сексология./З.Старович. - М., 1991.

## Введение

Психическое здоровье - одна из важнейших составляющих общего здоровья. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выделила следующие критерии психического здоровья:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего психического и физического “Я”;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;
- соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

В современном определении психического здоровья подчеркивается, что для него характерна индивидуальная динамическая совокупность психических свойств конкретного человека, которая позволяет последнему адекватно своему возрасту, полу, социальному положению познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнять свои биологические и социальные функции в соответствии с возникающими личными и общественными интересами, потребностями, общепринятой моралью.

Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10) заменяет понятие “психическая болезнь” более общим и аморфным понятием “психическое расстройство”. Последнее в МКБ-10 определяется как “болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья”. Как видно, здесь происходит некоторое смещение понятий “норма” и “патология”. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е.(1998) предложили рассматривать психическое расстройство, болезнь или аномалию как “сужение, исчезновение или извращение критериев психического здоровья”.

Нарушения психической деятельности проявляются в виде отдельных симптомов (признаков) и их сочетаний - синдромов. Отдельные симптомы сами по себе не обладают специфическими особенностями каких-либо болезней. Сочетание отдельных симптомов, т.е. синдромы, уже обладают специфичностью для того или иного заболевания.

Симптомы и синдромы психических заболеваний выделяются на основе описания характерной для них психической патологии (психопатологии). Психопатологический симптом и синдром обозначает определенные признаки психической патологии при данном заболевании. Психопатологические симптомы делятся на позитивные и негативные.

Позитивные обозначают признаки патологической продукции (вновь возникающие дезадаптивные признаки) психической деятельности (сенестопатии, галлюцинации, бред, тоска, страх, тревога, эйфория, психомоторное возбуждение и т.д.).

Негативные включают признаки обратимого или стойкого, прогрессирующего, стационарного или регрессирующего ущерба, выпадения, изъятия, дефекта того или иного психического процесса (гипомнезия, амнезия, гипобулия, абулия, апатия и т.п.).

Позитивные и негативные симптомы в клинической картине болезни выступают в единстве, сочетании и имеют, как правило, обратно пропорциональное соотношение: чем более выражены негативные симптомы, тем менее, беднее и фрагментарнее - позитивные.

В процессе развития какого-либо заболевания психопатологические синдромы, составляющие клиническую картину этого заболевания, могут меняться, но порядок их смены (динамика) также обладает определенной специфичностью. Это позволило психиатрам выделить и описать отдельные формы психических заболеваний, обозначив их по главным клиническим (психопатологическим) признакам, которые отражаются в диагнозе. Установление диагноза какого-либо психического заболевания возможно по сочетанию и динамике основных психопатологических симптомов и синдромов.

Заболевания, имеющие разные диагностические обозначения, составляют отдельные нозологические ( лат. *ī ī qīī* - болезнь ) формы психических болезней.

Таким образом, знание основных проявлений нарушения психической деятельности - залог правильного распознавания психического заболевания в целом и установления его нозологической формы в частности.

### **Симптомы патологии чувственного познания**

Ощущение - простейший психический процесс отражения отдельных чувственно конкретных свойств и качеств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на рецепторные зоны органов чувств. Ощущения элементарны и являются отдельными компонентами целостного восприятия

Восприятие - психический процесс отражения предметов и явлений в целом, в совокупности их чувственно конкретных свойств и составных частей при их непосредственном воздействии на рецепторные зоны анализаторов. Восприятия предметны. Их образ проецируется в так называемое объективное (реальное) пространство, что связано с полем действия анализатора (дистантный или контактный и т.д.), соотношением его с результатами деятельности других анализаторов и индивидуальным опытом восприятий.

### **Изменение интенсивности ощущений.**

*Анестезия* ( выпадение ), *гипестезия* ( понижение ) одного или нескольких видов чувствительности. Частным случаем анестезии в психиатрической практике является *аналгезия* - утрата болевой чувствительности. Она наблюдается, в частности, при острых психотических состояниях, сопровождающихся обманами восприятия, аффективными нарушениями, психомоторным возбуждением. Психотические пациенты, совершающие попытки самоубийства или членовредительства, в последующем сообщают, что совершенно не испытывали боли даже при обширных и глубоких самоповреждениях.

Болевая чувствительность затем восстанавливается по мере улучшения психического состояния. Снижение или утрата чувства боли возникает в гипнотическом трансе, в аффекте, в состояниях глубокой депрессии, при оглушении сознания, в опьянении, во время глубокой медитации, а также свойственна личностям обедненным эмоционально. Разнообразные явления анестезии и гипестезии могут быть выявлены у больных истерическим неврозом. В основе истерических выпадений чувствительности лежат психо-

логические механизмы избирательного внимания ( вытеснения ). Локализация, область распространения и вид анестезии соответствует житейским представлениям пациентов о проявлениях ожидаемой болезни и топографии зон чувствительности.

*Гиперестезия*,- субъективное усиление одного, либо нескольких видов элементарной чувствительности, повышение восприимчивости обычных внешних раздражений, нейтральных для обычного человека в нормальном состоянии. Обычный дневной свет ослепляет, окраска окружающих предметов становится необычно яркой, их форма - особенно отчетливой, светотень контрастной. Звуки оглушают, стук закрывающихся дверей звучит как выстрел, невыносим звон расставляемой посуды. Запахи воспринимаются остро, раздражают. Прикасающееся к телу белье, одежда кажутся шероховатыми, грубыми. На фоне гиперестезии часто отмечаются раздражительность, несдержанность, гневливость, душевный дискомфорт.

Подобные расстройства наблюдаются при астенических и депрессивных состояниях, встречаются на начальных этапах развития помрачения сознания (делирий, онейроид), острых психотических состояний (острые галлюцинозы, параноид и т.д.), в состоянии острой интоксикации некоторыми веществами (опиатами, гашишем, циклодолом и т.п.).

**Сенестопатии.** Разнообразные, крайне неприятные, мучительные, тягостные явления: стягивания, жжения, давление, переливание, переворачивания и т. д., исходящие из различных частей тела, отдельных внутренних органов и не имеющие констатируемых соматическими методами исследования причин. Часто жалобы весьма вычурны и носят упорный, назойливый характер. Пациенты указывают, что болезненные ощущения их "преследуют", "не дают возможности отвлечься на что-то другое".

Сенестопатии могут быть постоянными, эпизодическими, но иногда выступают и в виде приступов, острых атак. Приступы сенестопатий, обычно ярких, множественных и разнообразных, нередко сопровождаются паническими реакциями, вегетативными расстройствами, страхом сумасшествия, выразительными позами, особыми защитными действиями.

Сенестопатии встречаются при невротических синдромах, аффективно-бредовых, онейроидных и психоорганических синдромах.

**Иллюзии.** Термин переводится словами "обман, обманчивое представление"-ложное, с нарушением идентификации, восприятие реально существующих и актуальных в данный момент предметов и явлений. Существуют различные виды иллюзорного восприятия. При физических иллюзиях неправильное восприятие предмета обусловлено физическими свойствами среды, в которой он находится, например, ложка в стакане с водой на границе сред "вода-воздух" кажется переломившейся.

Появление ряда иллюзий связано с психологическими особенностями восприятия. После остановки поезда, например, некоторое время продолжает казаться, что он все еще движется.

Развитию иллюзий способствуют факторы, нарушающие четкость восприятия: цвет и освещенность объектов, особенности звучания, дефекты зрения и слуха.

Появление иллюзий зависит от ожиданий, аффективного состояния, установки. Боязливый человек, идя ночью по пустынной улице, может принять силуэт кустарника за фигуру притаившегося человека.

Упомянутые разновидности иллюзий не являются признаком психического расстройства. Патологические иллюзии имеют ряд важных особенностей. Это их психологическая непонятность, выпадение из смыслового контекста ситуации.

Наглядные образы целиком поглощаются, перекрываются мнимыми, подвергаются грубому искажению. В содержании патологических иллюзий выражаются идеи преследования, другие болезненные переживания. Критическая оценка иллюзорных образов отсутствует. Иногда трудно разграничить иллюзии и галлюцинаторные образы, а также уловить момент перехода первых во вторые. Иллюзии появляются на ранних этапах становления синдромов острого вербального галлюциноза, галлюцинаторно-параноидного.

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

*Аффективные иллюзии* чаще всего возникают при страхе или тревожно-подавленном настроении. Условиями их возникновения, помимо аффективного напряжения, обычно является слабость раздражителя (слабая освещенность, удаленность объекта, тихие звуки, невнятная речь ) и признаки астении. В этом состоянии висящий в углу халат воспринимается как притаившийся убийца, доносящийся из столовой звон ложек, стук тарелок - как бряцание оружием, приготовление к казни. В обычном уличном шуме слышится многоголосый говор народа, собирающегося для публичного осуждения больного. Подобные иллюзии встречаются на начальных этапах развития делирия, острых парафренных и параноидных синдромах.

*Вербальные иллюзии* заключаются в ложном восприятии содержания реального разговора окружающих. В замечаниях, вопросах и ответах на постороннюю, совершенно не относящуюся к больному тему он слышит обвинения в свой адрес, разоблачения, упреки, укоры, брань, угрозы. Подобные иллюзии, если они возникают в состоянии тревожной подозрительности, напряженного страха, по особенностям проявлений относятся к вербальному варианту аффективных иллюзий.

Вербальные иллюзии следует различать с бредовыми идеями отношения. При последних пациент слышит речь окружающих правильно, однако убежден в том что она содержит "намек" в его адрес.

Аффективные и вербальные иллюзии в психопатологическом плане неоднородны. Некоторые из них связаны с депрессией, другие отражают влияние бредового настроения, часть иллюзий созвучна отчетливым бредовым убеждениям.

*Парейдолические иллюзии (парейдолии)* возникают без существенных изменений аффекта, но при снижении тонуса психической деятельности, ее пассивности. Их содержание образно и фантастично. Вместо узоров на обоях, на ковре, трещин на стене, лепнины на потолке, игры светотени в листьях деревьев воспринимаются люди в необычной одежде, сказочные герои, фантастические чудища, необыкновенные растения, грандиозные здания, красочные панорамы. Больным кажется, что "оживают" портреты, изображенные там лица начинают двигаться, подмигивать, высовываться из рамок, строить гримасы. Парейдолии возникают спонтанно, приковывают к себе внимание пациентов, сопровождаются живыми эмоциональными реакциями. Отмечаются во второй стадии делирия, при некоторых состояниях наркотического опьянения (мескалин, марихуана, ЛСД-25 и т.п.)

**Галлюцинации.** Мнимое восприятие, возникает спонтанно, без сенсорной стимуляции (без реального объекта). Галлюцинации для людей, испытывающих, - истинное восприятие, а не нечто воображаемое. Галлюцинирующие действительно видят, слышат, обоняют, а не воображают. Для них субъективные чувственные ощущения являются такими же действительными, как и исходящие из объективного мира. Исключительная убедительность галлюцинаций (по В.Х. Кандинскому) обуславливается тем, что органы чувств являются источником не

посредственного познания истин. "Если кто видит или чувствует что либо, то не может не быть уверенным в том, что он это видит или чувствует... для этой части наших знаний логики не существует" ( Miil J., 1874 ).

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

Понимание болезненности галлюцинаций большей частью отсутствует. Под впечатлением от них пациент ведет себя точно также, как если бы кажущееся ему происходило на самом деле. Нередко галлюцинации, каким бы иррациональным ни было их содержание, для пациента более актуальны, чем реальность. Он оказывается в большом затруднении, если мнимые и реальные образы вступают в отношения антагонизма и обладают равной силой влияния на поведение.

Различают истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации.

Истинные галлюцинации имеют характер объективности и действительности, галлюцинаторные образы проецируются в физический материальный мир, в реальное пространство в пределах досягаемости анализатора.

Истинные галлюцинации разделяются на зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, общего чувства и комплексные (возникающие в нескольких анализаторах).

*Зрительные галлюцинации* (видения) могут быть бесформенными - пламя, дым, туман (фотопсии, фосфены); их форма может быть неотчетливой, неясной или, наоборот, очерченной во всех деталях, иногда даже более отчетливой, чем реальные предметы. Величина видений бывает натуральной, уменьшенной (микроскопические галлюцинации), увеличенной (макроскопические галлюцинации). Зрительные галлюцинации

могут быть бесцветными, нередко они окрашены в естественные тона, а иногда имеют одноцветную, крайне интенсивную окраску - ярко-красную или синюю, последняя часто наблюдается в галлюцинациях больных эпилепсией. Видения могут быть подвижными или неподвижными, неменяющегося содержания (стабильные галлюцинации) и постоянно меняющегося в виде разнообразных событий, разыгрывающихся как на сцене или кинотеатре (сценоподобные галлюцинации). Иногда возникают одиночные образы или части предмета, тела (один глаз, половина лица, ухо). В других случаях галлюцинации бывают множественными (толпы людей, стаи зверей, масса насекомых, фантастических существ). Содержание зрительных галлюцинаций может пугать, вызывать ужас или, напротив, интерес, любопытство, восхищение. Иногда содержание зрительных галлюцинаций подсказывает диагноз, например, для алкогольного делирия весьма характерны видения мышей, кошек, пауков, а также демономанические видения (чертики, русалки и т.д.).

*Слуховые галлюцинации* разделяются на акоазмы - слышание звона, гудков, шума, выстрелов и фонемы - слышание слов, разговоров (словесные, или вербальные, галлюцинации, "голоса"). По интенсивности слуховые галлюцинации могут быть тихими, обычной громкости, громкими, оглушающими. Они могут доноситься сверху, снизу, с той или иной стороны, в одних случаях издалека, в других -- вблизи. Содержание вербальных галлюцинаций может быть безразличным, угрожающим, зловещим, издевательским, предупреждающим, предсказывающим. "Голоса" бывают знакомыми, незнакомыми, безличными, мужскими, женскими, детскими. Выделяют по содержанию вербальные галлюцинации:

а) комментирующие или оценочные: в них отражается мнение "голосов" о поведении человека - доброжелательное, язвительное, ироническое, осуждающее, обвиняющее. "Голоса" могут говорить о теперешних и о прошлых поступках, а также оценивать то, что он намерен делать в будущем.

б) угрожающие: обычно на фоне страха, созвучны бредовым идеям преследования. Воспринимаются мнимые угрозы убийства, расправы, мести, зверских пыток, из-

насилования, дискредитации. Иногда "голоса" носят отчетливо выраженную садистическую окраску.

в) опасной для окружающих и самих больных разновидностью слуховых обманов являются императивные галлюцинации, содержащие приказы что-то делать или запреты на действия. Распоряжения голосов больные чаще относят на свой счет. Реже считают, что они относятся к окружающим. Так "голос" приказывает окружающим убить больного. "Голоса" могут требовать совершить поступки, прямо противоречащие сознательным направлениям - ударить кого-то, оскорбить, совершить кражу, осуществить попытку самоубийства или членовредительства, отказаться от приема пищи, лекарства или беседы с врачом, отвернуться от собеседника, закрыть глаза, стиснуть зубы, неподвижно стоять, ходить без всякой цели, переставлять предметы, переезжать из одного места в другое.

Иногда приказания бывают "разумными". Под влиянием галлюцинаций некоторые больные обращаются за помощью к психиатрам, сами не сознавая при этом факта психического расстройства.

Бывают императивные галлюцинации магического содержания. Так "голоса" заставляют пациентку протягивать в квартире веревки, нити, класть вещи на указываемые места, не дотрагиваться до некоторых предметов. "Голоса" утверждают, что существует таинственная связь между упомянутыми действиями и благополучием близких людей. В ответ на отказ выполнять приказы "голоса" предрекают неизбежную смерть.

В другом наблюдении "голоса" требовали мыть

руки строго определенное число раз - семь или двенадцать. Больная считала, что в числе "семь" скрывается намек на ее семью - "семь - семья". Помыть руки семь раз означает спасти семью от несчастья. Число "двенадцать" содержало намек на двенадцать апостолов. Если она мыла руки указанное число раз, то "очищалась" этим от всех грехов. Больному с алкогольным психозом "голоса" заявили: "Слышишь, мы пилим бревно. Как только перепилим, ты погибнешь". Или голос приказывает: "Возьми зеркало и уничтожь ведьму она вселилась в зеркало". Бывает, что голоса принадлежат "ведьмам", "бесам", "чертям".

Галлюцинаторные приказания реализуются не всегда иногда пациенты не придают им значения, или считают нелепыми, бессмысленными. Другие находят силы удержать себя или "назло голосам" делать обратное. Чаще все же императивные галлюцинации оказывают неодолимое влияние. Пациенты даже не пытаются противопоставить им себя, выполняя самые дикие распоряжения, в том числе общественно опасные деяния (ООД). По словам больных, они чувствуют в это время "паралич" своей воли, действуют подобно "автоматам, зомби, марионеткам".

г) слуховые галлюцинации с характером констатации - точной регистрации того, что воспринимают или делают сами пациенты: "Это вокзал... Милиционер идет... Это не тот автобус... Встал... Идет... Обувается... Спрятался под кровать... Топор взял...". Иногда голоса называют объекты, не замеченные пациентом. Так, он хочет и не может определить название улицы, по которой идет, а "более наблюдательный" голос правильно подсказывает ему это. Констатации касаются не только внешних проявлений и действий, но также побуждений, намерений: "Меня дублируют, повторяют. Еще только подумаю что-то сделать, а голос это скажет. Хочу выйти из дома и сразу же слышу, как об этом говорят...". Больные считают, что их "записывают, прослушивают, фотографируют, снимают на видеопленку".

*Обонятельные галлюцинации* выражаются в появлении разнообразных мнимых запахов - дыма, газа, нечистот, реже приятного содержания. Мнимые запахи бывают самой различной интенсивности - от слегка ощутимых до удушающих.. Очень часто обонятельные галлюцинации возникают у пожилых людей при развитии инволюционного психоза. В этих случаях обычно они связаны с бредом ущерба, например, старушка заявляет в милицию, что соседи травят ее удушающим газом с целью завладеть ее жилплощадью.

*Вкусовые галлюцинации* обычно не отделимы от обонятельных; они выражаются в виде ощущения вкуса, не присущего принимаемой пищи или питью, чаще неприятного, отвратительного. Часто сочетаются с бредом отравления, поэтому больные, испытывающие данные галлюцинации могут внешне немотивированно отказываться от пищи и питья.

*При тактильных (осязательных)* галлюцинациях появляются мнимые ощущения прикосновения, дотрагивания, ползания, давления, локализуемые на поверхности тела, внутри кожи, под нею. Больные утверждают, что чувствуют прикосновение рук, поглаживание, ощущают, как их обсыпают песком, пылью, колют иглой, царапают ногтями, обнимают, кусают, похлопывают, тянут за волосы, считают, что на коже или под ней находятся и перемещаются живые существа, чаще всего насекомые. Нередко тактильные галлюцинации локализуются в полости рта, где ощущается присутствие волос, проволочек, других посторонних предметов.

Интероцептивные (висцеральные галлюцинации, галлюцинации общего чувства)-- ложное ощущение явного присутствия внутри тела, в его полостях, инородных тел, живых существ: мышей, собак, змей, червей, чувство дополнительных внутренних органов, "вшитых приборов", других предметов. Отличаются от сенестопатий телесностью, предметностью. Иллюстрацией может служить следующее наблюдение. Больная утверждает, что в течении многих лет ее

"мучают глисты". Гельминты, ранее заполнявшие брюшную полость, проникли недавно в грудную клетку, голову.

Отчетливо ощущает, как "аскариды" шевелятся, свиваются в клубки, переползают с места на место, присасываются к внутренним органам, задевают сердце, передавливают сосуды, закрывают просвет бронхов, копошатся под черепом. Больная настаивает на немедленной операции, считая, что в противном случае ей грозит гибель.

*Сложные (комплексные) галлюцинации* заключаются в одновременном существовании разных видов галлюцинаций (зрительных и слуховых, зрительных и тактильных, зрительных и обонятельных и т. п.).

Предположить наличие галлюцинаций у больного, если он сам об этом не сообщает, можно на основании его внешнего вида и поведения. При зрительных галлюцинациях взгляд больного становится то сосредоточенным, то беспокойным, блуждающим, испуганным, восхищенным. При слуховых галлюцинациях больной прислушивается, поворачивает голову в сторону, внезапно прерывает речь, затыкает уши, прячется под одеяло. При обонятельных он зажимает нос, при вкусовых - отказывается от пищи, выплевывает ее, при тактильных - сбрасывает с себя мнимых насекомых.

Галлюцинации обычно не возникают изолированно, они представляют собой лишь одно из проявлений психоза. Зрительные, а часто и осязательные галлюцинации наступают чаще всего при помрачении сознания. Словесные галлюцинации развиваются преимущественно при ясном сознании и обычно сопровождаются бредом.

Псевдогаллюцинации, как и истинные галлюцинации, чувственно определены, конкретны, но, в отличие от истинных, псевдогаллюцинаторные образы не отождествляются с реальными предметами и явлениями. Больные в таких случаях говорят об особых, отличных от реальных "голосах", специальных видениях, психических образах. Однако это не свидетельствует о критическом отношении к неправдоподобности видения. "Больные могут признавать субъективное происхождение галлюцинаций и тем не менее верить в их действительность" (Griesinger W, 1896). Страдающие псевдогаллюцинациями не сомневаются в действительном существовании видений, голосов, но, в

отличии от больных с истинными галлюцинациями утверждают, что их голоса и видения - результат насильственного воздействия извне, что они им "сделаны". Псевдогаллюцинации, как правило, не проецируются вовне, в мир реальных вещей и явлений, а ограничиваются сферой представлений (возникают "внутри головы"). Псевдогаллюцинации встречаются гораздо чаще, чем истинные галлюцинации и также разделяются по органам чувств.

**Метаморфопсия.** Нарушение восприятия размеров и формы предметов и пространства в целом. Предметы кажутся увеличенными - макропсия, уменьшенными - микропсия, перекрученными вокруг оси, удлинненными, скошенными - дисмегалопсия. Вместо одного видится несколько одинаковых предметов - полиопсия. Искажение схемы воспринимаемых предметов обычно сопровождается изменением восприятия структуры пространства. Оно сокращается, удлиняется, предметы отдаляются, приближаются, улица кажется бесконечно длинной (порропсия), здания видятся более высокими, низкими, короткими, чем они есть на самом деле.

Метаморфопсии возникают вследствие органического повреждения теменно-височных отделов головного мозга, часто наблюдаются в клинической структуре парциальных эпилептических припадков.

**Аутометаморфопсия.(расстройство схемы тела).** Искажение формы или величины своего тела. При тотальной аутометаморфопсии тело воспринимается увеличенным - макропсия, уменьшенным - микропсия. При парциальной аутометаморфопсии увеличенными или уменьшенными воспринимаются отдельные части тела, иногда чувство увеличения одной части тела воспринимается одновременно с ощущением уменьшения другой. Тело какая-либо его часть может восприниматься изменившейся лишь в одном измерении - казаться удлиненной, вытянутой, укороченной. Изменения могут касаться объема, формы: утолщение, похудание. Голова, к примеру, кажется "квадратной". Указанные нарушения возникают чаще при закрытых глазах, под контролем зрения исчезают. Они могут быть постоянными, либо эпизодическими, появляющимися особенно часто при засыпании. При резко выраженных нарушениях тело воспринима-

ется искаженным до неузнаваемости, в виде бесформенной массы. Так, при закрытых глазах больная ощущает свое тело в виде лужицы, растекающейся по стулу, сбегаящей на пол и расплывающейся по его щелям и трещинам. При открытых глазах тело воспринимается нормально.

Может быть нарушено восприятие положения частей тела в пространстве: голова кажется повернутой затылком вперед, ноги и руки - вывернутыми, язык - свернувшимся в трубочку. У одной из больных появлялось ощущение, будто ноги подняты вверх, охватили шею и сплелись вокруг нее. Встречается нарушение восприятия единства тела, отдельные его части ощущаются в разобщении друг от друга. Голова воспринимается на некотором расстоянии от туловища, крышка черепа как приподнимается и висит в воздухе, глаза вышли из орбит и находятся впереди лица. При ходьбе кажется, будто нижняя часть тела идет впереди, а верхняя находится позади, ноги ощущаются где-то сбоку. Тело может восприниматься как механическое соединение отдельных частей, "рассыпавшимся, склеенным".

Явления аутометаморфопсии неоднородны. Часть их, несомненно, обусловлена локальными органическими поражениями головного мозга, в других случаях их следует рассматривать в контексте соматопсихической деперсонализации.

### **Патология памяти.**

Память - это психический процесс отражения и накопления непосредственного и прошлого индивидуального и общественного опыта. Основными ее функциями являются запоминание, сохранение и воспроизведение.

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

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

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

*Фиксационная амнезия:* утрата способности запоминать и воспроизводить новые сведения. Резко ослаблена или отсутствует память на текущие, недавние события при сохранении ее на приобретенные в прошлом знания. Ориентировка в обстановке, времени, окружающих лицах, в ситуации нарушена - амнестическая дезориентировка. Фиксационная амнезия является важнейшим признаком корсаковского синдрома, наблюдающегося при корсаковском психозе, черепно мозговых травмах, атеросклеротических, других органических психозах, интоксикациях (например, окись углерода), атрофических процессах (старческое слабоумие, болезнь Альцгеймера).

*Прогрессирующая амнезия:* постепенно нарастающее и далеко идущее опустошение памяти. Утрата запасов памяти происходит в определенной последовательности, подчиняющейся закону Рибо-Джексона; от частного - к более общему, от позднее приобретенного, менее прочно закрепленного и менее автоматизированного - к тому что было приобретено раньше, прочнее закреплено, более организованно и автоматизировано; от менее эмоционально насыщенного - к более эмоционально значимому. Дольше всех сохраняются следы двигательной и эмоциональной памяти - двигательные навыки (привычные движения и действия, походка, жесты), характер аффективных реакций на определенные ситуации. Различают несколько этапов развития прогрессирующей амнезии. На первом этапе наблюдается резкое снижение памяти на текущие события - фиксационная амнезия. Память на прошлое может быть удовлетворительной или даже несколько повышенной (иногда оживление памяти на прошлые события достигает степени гипермнезии). На втором этапе амнезии присоединяются порбелы памяти на события, предшествовавшие началу заболевания, а затем все более отдаленные - ретро-

градная амнезия. На третьем этапе сохраняются разрозненные и очень скудные воспоминания, относящиеся, в основном, к детским годам жизни. Путаются, события, факты, не узнаются родственники, теряются воспоминания о самых важных эпизодах жизни. Не узнаются свои фотографии. Собственное изображение в зеркале принимается за облик незнакомого человека - симптом зеркала. Нарушены все виды ориентировки. Воспоминания далекого прошлого могут переживаться как происходящее в данный момент - экамнезия.

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

*Ретроградная амнезия:* выпадение памяти на события, которые предшествовали состоянию измененного сознания, грубому органическому поражению головного мозга, гипоксии (например, повешению), развитию острого психотического синдрома. Амнезия может распространяться на различные по продолжительности отрезки времени - от нескольких минут, часов, дней до ряда месяцев и даже лет.

Пробел памяти может быть стойким, стационарным, но во многих случаях воспоминания частично или полностью позднее возвращаются. В последнем варианте речь идет, очевидно, о нарушениях репродуктивной функции памяти. Восстановление памяти, если оно происходит, начинается обычно появлением воспоминаний о более отдаленных событиях и совершается в направлении ко все более свежим. Реже последовательность восстановления следов памяти может быть иной.

*Антероградная амнезия* - утрата воспоминаний о событиях, непосредственно следующих за окончанием бессознательного состояния или другого явного расстройства психики. Амнезия может распространяться на значительные промежутки времени, достигающие нескольких дней, месяцев, возможно, лет. Соответствующее наблюдение может проиллюстрировать вышесказанное. Больной совершил попытку самоубийства и с этой целью выбросился из окна четвертого этажа. По выходе из комы в течении месяца находился в состоянии спутанного сознания. По окончании психоза правильно вел себя в отделении, сообщал о себе необходимые сведения, правильно ориентировался в

месте, времени, окружающих лицах, читал и рассказывал о прочитанном, не вдаваясь, правда, в детали. Из событий текущей жизни лучше помнил то, что время от времени повторялось. Наблюдалась ретроградная амнезия на промежуток времени в пределах 4-5 часов, а также амнезия на период нарушенного сознания. Затем больной был переведен из психиатрической клиники в соматический стационар. По возвращении обратно выяснилось: он забыл, что находился ранее в психиатрической клинике, не узнавал обстановки, врача, персонал, больных, считал, будто оказался здесь впервые. В данном случае наблюдалась антеретроградная амнезия, т. е. сочетание двух видов амнезии.

**Гипомнезия.** - ослабление памяти. Одним из ранних признаков является нарушение избирательной репродукции в виде невозможности вспомнить какой-либо факт, необходимый в данный момент, хотя позже этот факт всплывает в памяти сам по себе.

Наступающее ослабление памяти более заметно в отношении механической памяти, чем словесно-логической. Нарушается, прежде всего, запоминание и воспроизведение справочного материала - дат, имен, цифр, названий, терминов, лиц и т.п. Быстрее забываются также свежие и менее закрепленные впечатления.

Ухудшается ориентировка во времени, страдает хронологическая память, нарушается чувство времени. Вместе с тем никогда не наблюдается столь значительного опустошения памяти, как это бывает при прогрессирующей амнезии. Критическое отношение к ослаблению памяти обычно сохраняется, - это отражается в соответствующих жалобах, в попытках компенсировать возникшую несостоятельность (ведение записей, вязание узелков, использование мнемотехники и т.д.).

**Гипермнезия** - патологическое обострение памяти, проявляющееся чрезмерным обилием воспоминаний, которые носят яркий чувственно-образный характер, как всплывают с необычайной легкостью и охватывают как события в целом, так и мельчайшие его подробности. Гипермнезия встречается при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, в начальных стадиях опьянения, особенно наркотического, при шизофрении, в состоянии гипнотического сна.

Гипермнезия может быть при депрессии - отчетливо вспоминаются самые незначительные эпизоды прошлого, созвучные пониженной самооценке и идеям самообвинения.

**Псевдореминисценции** - своеобразное нарушение локализации событий во времени. То, что случилось давно, вспоминается как недавнее событие, и, напротив, происшедшее в последнее время расценивается как имевшее место в далеком прошлом. Содержанием псевдореминисценций являются, как правило, факты обыденной жизни.

**Конфабуляции** - патологические вымыслы, принимаемые больными за воспоминания о реальных событиях прошлого. Замещающие конфабуляции возникают на фоне грубых амнестических выпадений памяти. Пробелы воспоминаний заполняются рассказами о различных событиях, происходивших якобы, в то время. Характерны изменчивые вымыслы обыденного, правдоподобного содержания, как спонтанные, так и провоцируемые расспросами. Наблюдаются при корсаковском психозе, старческих и сосудистых психозах, при органических поражениях ЦНС. Фантастические конфабуляции представляют собой вымыслы о необыкновенных событиях, увлекательных приключениях, сенсационных происшествиях, героических подвигах, великих открытиях и изобретениях, встречах с выдающимися людьми, о занимаемых больными ранее высоких постах и т. д. Содержание фантастических конфабуляций изменчиво, при повторных рассказах сообщаются новые, столь же невероятные подробности. Вымыслы относятся к определенному периоду прошлой жизни, однако, содержание конфабуляций может не считаться с понятием о времени. Подобные расстройства типичны для шизофрении с парафренным синдромом, маниакально-депрессивного психоза. При интоксикационных, травматических психозах, старческом слабоумии фантастические конфабуляции сопровождаются обратимыми выпадениями памяти либо наблюдается нерезкое ее снижение.

При бредовых конфабуляциях возникающие бредовые идеи проецируются в прошлое и воспринимаются пациентом как яркое и достоверное воспоминание о том, чего на самом деле не было. Иллюстрацией бредовых конфабуляций может служить

следующее наблюдение. Девушка "вдруг вспомнила", как неделю назад, ночью, к ней в комнату в общежитии проник знакомый юноша и стал брить ей лобок безопасной бритвой. Она испугалась, прогнала его, сообщила о случившемся вахтеру и тот вызвал милицию. Юношу увезли в наручниках. Позже, встречаясь с ним на самом деле, она спрашивала его, зачем он делал все это, будучи абсолютно уверенной в реальности случившегося. Бредовые конфабуляции чаще наблюдаются при паранойальном и паранойальном синдроме параноидной шизофрении.

**Криптомнезии** - проявляются нарушением способности идентифицировать источник воспоминаний, что приводит к ослаблению различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими и лично пережитыми событиями и событиями, увиденными во сне, или о которых стало известно из книг, кинофильмов, рассказов окружающих.

Одно из проявлений криптомнезии состоит в том, что больные могут считать себя авторами творческих достижений, тогда как на самом деле последние были заимствованы ими. Утверждается собственный приоритет на открытие, изобретение, научную идею, присваивается честь создания художественного или музыкального произведения.

Криптомнезии встречаются при шизофрении, экзогенно-органических и сенильных психозах.

### **Патология мышления**

Мышление - это психический процесс опосредованного и обобщенного отражения существенных сторон предметов и явлений объективного мира и их внутренних взаимосвязей. Человеческое мышление невозможно без языка и имеет свои логические формы. Главными из них являются: понятия, суждения, умозаключения.

Понятие - форма мышления, отражающая существенные признаки предметов и явлений объективного мира.

Суждение - форма мышления, в которой высказывается мысль о предмете, отражаются отношения и связи между предметами и явлениями или между их свойствами и

признаками посредством утверждения или отрицания. Эта форма мышления существенно отличается от понятия. Последнее отражает совокупность существенных признаков предмета, а суждение отражает их связи и отношения.

Умозаключение - форма мышления, которая выводит из одного или нескольких суждений (посылок) новое (заключение).

При патологических состояниях ассоциативный процесс (течение представлений) может нарушаться или исчезают связи между отдельными мыслями, что свидетельствует о нарушении мышления по форме. У других больных нарушается процесс формирования умозаключений, страдает логика, в связи с чем констатируется нарушение мышления по содержанию.

### **Нарушение мышления по форме**

**Ускорение мышления** характеризуется повышением его темпа. В силу отвлекаемости и расстройств внимания мысли часто не закончены, суждения поверхностны, отмечается склонность к рифмованию. Крайняя степень ускорения

ассоциативной деятельности носит название скачки идей - *Fuga idearum*. Такое состояние проявляется речевым возбуждением, при крайней выраженности которого речь превращается в "словесную крошку". Появляется сходство с бессвязностью речи, хотя по существу эти феномены принципиально различаются между собой. При скачке идей связь между мыслями не теряется, но увлекаемый вихрем ассоциаций больной оказывается в состоянии воплотить в речевую продукцию лишь часть из них. Речь не успевает за мыслью. При таком обилии ассоциаций, начав фразу, больной не оканчивает ее, переходит к другой, произносит несколько слов, затем, пропуская слова и целые предложения, спешит высказать следующую мысль и т.д. Сопутствующие состоянию повышенный интерес к окружающему, чрезвычайная неустойчивость внимания создают условия для большого количества впечатлений, являющихся толчком к деятельности мысли.

Из записи речи больной с ускорением темпа мышления: "Я совсем здорова, у меня только маниакал. Как говорится: не важен метод, важен результат. Ваша нянечка пришла сегодня на работу, а у нее комбинация из-под платья выглядывает. Из под пятницы - суббота... Завтра суббота. Вы меня завтра выпишете. А у Вас тоже галстук не в порядке, дайте я Вам поправлю. Не думайте, что я подлизываюсь. Уж сколько раз твердили миру, что лезть гнусна, вредна. Я в Вас влюбилась - ну и что тут такого? Любовь не порок, а большое свинство. Я Вам письмо написала в стихах. Хотите прочитаю?" и т.д.

Ускорение мышления наблюдается при маниакальном состоянии в рамках маниакально-депрессивного психоза, шизофрении, экзогенных психозов.

**Замедление мышления** - заторможенность, падение темпа мышления. Проявляется затрудненным образованием мыслей, воспоминаний, представлений, уменьшением общего их числа, однообразием и скудностью содержания. Внешне выражается долгими паузами между вопросами врача и ответами пациента, причем последние обычно односложны и неполны. Сами пациенты не задают много

вопросов, инертны. Субъективно переживается "чувство оупения, торможения, неясности в голове, ощущения преграды, пустоты, обеднения мысли". Падает мыслительная инициатива, страдает воображение, планирование, снижается способность интегрировать разнообразные суждения, мысли выражаются с трудом, медленно подбираются нужные слова и выражения. Замедление мышления наблюдается при депрессиях, реактивных психозах.

**Патологическая обстоятельность** характеризуется затруднением перехода от одной мысли к другой, тугоподвижностью мышления. Больной в речи не может отделить главное от второстепенного, вязнет в деталях, в рассказе топчется на месте, уходит в сторону от основной темы, через некоторое время к ней возвращается и снова отвлекается побочными ассоциациями.

В ответ на вопрос, как случился первый судорожный припадок, больная эпилепсией стала рассказывать: " Дело было летом...Мы с девчонками договорились пойти в лес за грибами. Я с вечера начала готовиться, разволновалась и ночью почти не спала. Проснулась - еще темно. Лежу и думаю: "Вставать или еще не пора ?" Решила все-таки встать. Вышла за калитку, вижу, что вовремя: пастух Иван Васильевич уже коров собирает. У того пастуха прошлой осенью жена умерла от угара: все ушли из дома, а она прилегла на печку, да так и не встала. Остался Иван Васильевич один с дочкой Надей, моей подружкой. Как увидела его, так заболела у меня голова, да сильно - как от угара. "Что-то,-говорит,- ты так торопишься ? Моя Надежда еще в постели потягивается". Побежала я к ней - и правда: и не думает вставать, да еще ничего и не собрано, ищет сапоги, корзину...Я еще сильнее разволновалась. Подошли другие девчата, а она все возится. Пришли в лес, а грибы как будто попрятались: ничего нет. Шарю по земле, под каждый куст заглядываю, аж в глазах зарябило. Не заметила как вышла на Черную поляну. Раньше там хутор был, а во время войны сгорел. Так вокруг обгорелые деревья и стоят до сих пор. Потому и Черной поляна называется. Смотрю

и глазам не верю: по всем пням шапками опята разрослись. Я к пню побежала, наклонилась, а дальше все исчезло, ничего не помню. Пришла в себя на берегу речки. Девчонки вокруг стоят. Надя обнимает меня и плачет. А я вся мокрая: то ли они отливали меня, то ли обмочилась... С тех пор и болею приступами."

Патологическая обстоятельность мышления характерна для эпилептического слабоумия, наблюдается также в отдаленном периоде эпидемического энцефалита и при других органических заболеваниях ЦНС.

**Резонерство** - пустые бесплодные рассуждения, лишённые познавательного смысла. Основными признаками резонерства являются склонность к общим рассуждениям и неспособность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства. Пациент пассивно следует формальным аспектам значения слов, упуская из виду то важное обстоятельство, что размышления нужны не сами по себе, но что они - инструмент для достижения определенной цели, формирования конечного вывода, правильность которого может и должна быть доказана. В связи с этим рассуждения приобретают характер беспочвенных, беспредметных и не приводящих к определенному конкретному выводу словесных построений. Высказывания нередко многословны, высокопарны, витиеваты, многозначительны. В качестве примера приводится выдержка беседы с больным. На вопрос "Считаете ли Вы себя больным?" пациент отвечает: "Это зависит от того, как понимать состояние болезни. Ведь болезнь - это форма существования, а существовать - значит жить т. е. болезнь - это та же жизнь, одно из ее проявлений. Можно жить не болея, но болеть не живя нельзя. Чем больше в жизни страданий, тем острее ощущение жизни. Я никаких страданий не испытываю. Следовательно я не только не болен, но я почти не живу. Моя так называемая жизнь сводится лишь к физиологическим отправлениям организма, которые не нарушены".

К резонерству относится подчеркнутое стремление ряда больных к псевдонаучным настроениям, склонность к пустому, выхолощенному теоретизированию

нию, расплывчатым рассуждениям на отвлеченные темы, бесплодным размышлениям о сложных, неразрешимых проблемах. Заимствованные и большей частью плохо понятые общие представления нередко привлекаются к объяснению сугубо конкретных явлений либо к их обозначению. Речь богата научными терминами из различных областей знания - философии, социологии, техники, психологии и т. д. Так, вместо изложения конкретных жалоб на здоровье больной описывает свое состояние с помощью технических терминов и аналогий.

Резонерство наблюдается при шизофрении, часто является признаком значительной давности заболевания.

**Разорванность мышления** выражается отсутствием смысловой связи между понятиями при сохранности грамматического строя речи. Ниже приводится пример речи больного шизофренией: "Зная Вашу большую любознательность и полностью разделяя эту точку зрения, я мог бы спуститься до уровня близлежащего прилавка. И в том, и в другом случае это было бы правильно, так как нельзя попасть в небо только одним пальцем".

Разорванность мышления может проявляться монологом, когда больной наедине с собой или в присутствии кого-либо говорит безостановочно долго и бессмысленно. При этом не обращает внимания на реакцию собеседника, на то, понимает ли он сказанное, слушает ли вообще. В подобных случаях речь утрачивает свои коммуникационные свойства, перестает быть средством общения между людьми, сохраняя лишь внешнюю форму. Разорванность мышления типична для шизофрении.

**Бессвязность мышления** проявляется распадом логической структуры мышления и грамматического строя речи одновременно. Речь состоит из бессвязного набора отдельных слов, в основном имен существительных, которые могут рифмоваться. Например: "Доля, глаза, коза, пошел, чудо-юдо, пескарник,

очкарик, будьте здоровы..." Или отрывок речи другого больного "Пришил-остыл... Трах! Дцы... Рык.. Никогда, да, да, никому... Пряли нивы... О-о-о... А мама такая молодая, молоденькая, володенькая... Тибол и ниф... Пух и прах...".

Наличие бессвязности мышления свидетельствует о большой глубине психических расстройств, сопровождающих наиболее тяжело протекающие и истощающие общественные и психические заболевания. Наблюдается при состояниях распада сознания типа амнезии, а также спутанности сознания в острых психотических состояниях различного генеза.

**Наплывы мыслей (ментизм)** - непроизвольное, насильственное течение нецеленоправленного потока мыслей, воспоминаний, желаний, представлений различного, обычно плохо запоминающегося содержания - "Ералаш в голове, тысяча мыслей летит, не запоминается". Содержание мыслей может расцениваться больным как странное, нелепое, им обычно не свойственное. Часто сопровождается тягостным чувством сделанности мыслей, невозможности управлять ими. Пациент сообщает: "Мысли приходят самопроизвольно. Читаю, и - раз, ударит - погиб отец, кто-то расстрелял моих детей". Таким же образом возникают необычные желания: "Вдруг появляется импульс прыгнуть с лестницы, под машину - в этот момент ни о чем не думаешь, лишь бы прыгнуть." Ментизм проявляется вторжениями отдельных странных мыслей, непродолжительными эпизодами насильственного мышления, может длиться неопределенно долго.

У депрессивных больных могут возникать непрерывно наплывающие мысли, яркие образы, созвучные подавленному тону настроения: мысли о смерти, гибели близких, несчастиях, сценах самоубийства, собственных похорон.

Ментизм наблюдается при шизофрении в структуре галлюцинаторно-параноидного синдрома, при астенических состояниях у больных с последствиями травматического поражения головного мозга.

**Перерыв в мышлении (шперрунг)** - эпизодически возникающие состояния блокады мыслительной деятельности, полного ее прекращения. Больные во время беседы внезапно прерываются, умолкают, спустя некоторое время (обычно секунды, минуты) возобновляют рассказ, иногда с того же, на чем остановились. Субъективно ощущается "пустота в голове, провал, перерыв, закупорка мыслей".

Могут появляться отдельные мысли, которые тут же "тают", не складываясь во что-либо определенное. Перерыв в мышлении возникает на фоне ясного сознания и считается признаком шизофренического психоза.

### **Нарушение мышления по содержанию**

**Навязчивые явления (обсессии)** Суть явлений навязчивости заключается в принудительном, насильственном, неодолимом возникновении у больных мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, действий, движений при сознании их болезненности и критическом к ним отношении.

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

К отвлеченным навязчивостям относится бесплодное мудрствование (умственная жвачка), навязчивый счет, навязчивое воспроизведение в памяти, забыты имен, фамилий, терминов, определений, и т. д. Страдающие этим расстройством против своей воли думают, например, о том, почему Земля круглая, чтобы случилось с ней и всеми живущими, если бы она была цилиндрической формы; какова была бы Вселенная, если бы она имела границы и т. п. Навязчивый счет выражается в назойливом стремлении считать все ступени, окна, буквы на вывесках и т.д. Образные навязчивости проявляются в виде назойливого воспоминания какого-либо крайне неприятного, позорного события в прошлом, либо в виде возникающего по мимо воли и действительного отношения чувства ненависти и антипатии к близкому человеку. Могут быть навязчивые влечения (компульсии) - появление вопреки разуму, воле и чувствам стремления совершить ка-

кое-либо бессмысленное, часто опасное действие. Внезапно появляется желание ударить прохожего по лицу, сказать ему гадость, оскорбить его, цинично выругаться в общественном месте, выколоть соседу или близкому родственнику глаза, сбросить с крыши на голову прохожих тяжелый предмет и т. п. Навязчивые влечения, как правило, не выполняются, чем они отличаются от импульсивных действий.

Помимо вышеуказанных в клинике различных психических заболеваний встречаются многочисленные навязчивые страхи (фобии), навязчивые сомнения и опасения, навязчивые действия.

Навязчивости часто наблюдаются при неврозах, психопатиях тормозного круга, но могут быть и при эндогенных психозах.

**Сверхценные идеи** - представляют собой суждения или комплекс мыслей, односторонне отражающих реальные обстоятельства и доминирующих в сознании в силу их особой личностной значимости. Сверхценные идеи, как указывают В. А. Гиляровский (1954), А. А. Мирабян (1972) проявляются стойким убеждением в своем высоком призвании к различным видам деятельности, уверенности в своей исключительной одаренности, выдающихся способностях и вытекающем из этого стремления добиться от окружающих признания объективно сомнительных прав на особое положение в жизни.

Содержание сверхценных идей не бывает странным, нелепым, оно верно отражает реальные факты. Например, больной что-то изобрел, написал, создал, в этом, несомненно, есть нечто полезное, ценное. Но, затем он начинает считать себя талантливым писателем, ученым, изобретателем, высказывает убеждение в своем высоком призвании, в то время как объективно его вклад является не более чем скромным. Сверхценные идеи отличаются стойкостью, обнаруживают тенденцию застревать в сознании, им свойственна эмоциональная насыщенность. Они плохо поддаются разубеждению, оказывают значительное влияние на поведение и оценку происходящего, так или иначе связанного с содержанием сверхценных идей.

Сталкиваясь с неопровержимыми фактами, дискредитирующими сверхценные идеи, больные внешне некоторое время ведут себя правильно. Однако в новой ситуа-

ции, подкрепляющей уверенность в обоснованности своих амбиций, сверхценные идеи вспыхивают в сознании и обнаруживаются в поведении.

По содержанию сверхценные идеи чрезвычайно разнообразны. Это могут быть идеи, в основе которых лежит несоразмерно высокая оценка собственных творческих возможностей - больные считают себя значительными деятелями науки, политики, искусства, техники и ведут многолетнюю борьбу за признание себя в качестве таковых. Сверхценные идеи нередко проявляются в том, что больные считают себя ущемленными в правах, обойденными в справедливости, незаслуженно обиженными, оскорбленными, забытыми. Добиваясь восстановления своего имени, утраченных прав и привилегий, жестоко мстя обидчикам, пишут многочисленные жалобы, доносы, затевают один судебный процесс за другим. Часто встречаются сверхценные идеи ипохондрического содержания, в центре которых находятся опасения за состояние своего здоровья.

Нередко наблюдаются сверхценные идеи ревности в виде недоверчивости, готовности усматривать в поведении близкого человека признаки неверности. Сверхценными могут быть вероисповедные идеи. Больные становятся иногда основателями новых направлений религии, различных сект.

В пубертатном периоде могут формироваться сверхценные идеи, содержащие убеждение в физической неполноценности, уродстве или нарушении какой-либо функции.

Сверхценные идеи наблюдаются у психопатических личностей (при патологическом их развитии) и при психопатоподобных состояниях в рамках различных, в том числе эндогенных заболеваний.

**Бредовые идеи** - это возникающие на болезненной почве неверные, ложные мысли, не поддающиеся коррекции ни путем убеждения, ни другим каким-либо способом (Гиляровский, 1954). Совокупность бредовых идей называется бредом.

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

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

Уверенность больных в правильности бредовых утверждений, отличающая их от навязчивых идей, носит явно патологический характер. Не имея доказательств своей правоты и отчасти понимая это, больные тем не менее не отказываются от своих убеждений, так как "интуитивно, нутром, по наитию" чувствуют, что истина находится на их стороне. Заблуждаются не они, а те, кто думает иначе. Накапливая доказательства в пользу бреда, больные стремятся убедить на себя, они в этом не нуждаются, - а окружающих, которые не разделяют их мнения.

Недоступностью коррекции ни логическим, ни суггестивным путем бред отличается от заблуждений и ошибок, свойственных здоровым лицам.

Бредовые идеи многообразны. Существуют различные подходы к их классификации. Один из них основан на учете содержания бредовых идей. Изучение фабулы бреда имеет определенное практическое значение. Это может облегчить, во-первых, его выявление. Дело в том, что не все больные и не всегда сообщают об имеющихся у них бредовых утверждениях. О последних приходится нередко догадываться по отдельным замечаниям, намекам, излишне подробным описаниям некоторых ситуаций и особому значению, придаваемому малозначительным деталям, отрывочным записям или некоторым поступкам больных, что особенно часто бывает, когда они скрывают свои бредовые идеи. Во-вторых, анализ содержания бреда может иметь определенное диагностическое значение. Бредовые идеи ревности указывают на возможность злоупотребления алкоголем. Бредовые идеи с характером преследования чаще встречаются при шизофрении.

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

Содержанием персекуторных бредовых идей является уверенность больных в исходящей извне угрозе престижу, материальному, физическому благополучию и жизни, возникающая на фоне тревоги, страхов, аффективного напряжения. К персекуторным бредовым идеям относятся следующие.

*Бред преследования* - больные убеждены, что являются объектом постоянного наблюдения, слежки, ведущихся чаще всего с враждебными целями неизвестными лицами, организациями или людьми из непосредственного окружения. В начальной фазе бреда больные пытаются скрыться от преследователей - избегают контактов, меняют место жительства, пытаются изменить внешность, уезжают в отдаленные, безлюдные места. Спустя некоторое время они могут переходить к активным оборонительным действиям, начиная в свою очередь преследовать мнимых врагов. С этого момента они становятся опасны для окружающих.

*Бред физического воздействия* - убеждение в том, что преследователи, используя технические средства или другие способы воздействия, нарушают деятельность внутренних органов, расстраивают жизненно важные функции организма, вызывают разнообразные тягостные физические ощущения.

*Бред психического воздействия* - убеждение в том, что преследователи с помощью особой аппаратуры, гипноза, телепатии, биополей, посредством некоей ноосферы воздействуют на психику и поведение больных. В архаических бредовых идеях фигурирует воздействие посредством магии, колдовства, ворожбы, порчи и т.д.

*Бред отравления* - убеждение больных в том, что их пытаются отравить или отравили определенным или неизвестным ядом. Довольно часто сочетается с вкусовыми и обонятельными галлюцинациями. По бредовым мотивам больные люди могут отказываться от пищи и питья

*Бред ограбления* - больные считают, что лица, преследующие их, завладели квартирой, материальными ценностями, оставили их без средств к существованию. На этом основании они пишут заявления в правоохранительные органы, требуют защиты. В случае отказа в возбуждении уголовного дела могут считать, что милиция в сговоре с бандитами и жаловаться в вышестоящие инстанции.

*Бред ревности* - убеждение в том, что супруг(а) или любовник(ница) изменяли в прошлом и (или) изменяют в настоящее время. Постоянно ищут доказательства измены: следят за передвижением подозреваемого человека, подслушивают телефонные разговоры, читают их письма, обыскивают одежду и белье и т.д.

Содержанием экспансивных бредовых идей является переоценка своих возможностей, общественного положения, происхождения, здоровья, внешних данных.

Наблюдается несколько приподнятый фон настроения. Может быть повышена активность, как общая, так и связанная с реализацией бредовых идей.

*Бред величия* - убеждение в обладании огромной властью, распространяющейся на всю страну, планету и даже Вселенную.

*Бред могущества* - убеждение больных в том, что природные и общественные процессы протекают по их воле, их возможности воздействовать на окружающее неограниченны, беспредельны.

*Бред бессмертия* - больные утверждают, что жили или будут жить всегда. Руководствуясь этим ошибочным мнением, они теряют всякую осторожность, беспечно рискуют своей жизнью.

*Бред изобретательства* - больные считают себя гениальными изобретателями, авторами грандиозных научных открытий. На этом основании больные добиваются признания, считают, что их незаслуженно замалчивают, пытаются украсть их изобретение и т.д.

*Бред высокого происхождения* - больными владеет уверенность в том, что их родители - лица, занимающие высокое положение в обществе, однако, скрывающие родственные связи с ними.

Содержание депрессивных бредовых идей является пониженная оценка своих возможностей, состояния здоровья, общественного положения, внешности. Бред возникает на фоне подавленного настроения.

*Бред самоуничижения* - убеждение в собственной никчемности, бездарности, глупости, полной непригодности к какой-либо полезной деятельности и т. п. В этом случае возможны попытки суицида или даже законченный суицид.

*Бред самообвинения* - больные обвиняют себя в совершении различных неблагоприятных поступков, преступлений и выражают готовность понести за это справедливое наказание. Возможны самооговоры.

*Бред греховности* - убеждение больных в том, что они нарушили заповеди Бога, осквернили святыни, отступили от данных ранее обетов.

*Бред обнищания* - лишенная объективного основания уверенность в отсутствии материальных средств.

Смешанные формы бреда отличаются сочетанием в фабуле персекуторных идей с бредом экспансивным или депрессивным.

*Бред протекции* - больной уверен, что с целью подготовки его к исполнению особой или великой миссии, определенного предназначения над ним экспериментируют, пытаются, изолируют от общества и т.д.

*Бред инсценировки* - больной считает, что все вокруг него специально подстроено, разыгрывается по какому-то особому сценарию, в котором каждый из окружающих играет определенную роль, скрывая свои истинные намерения (благожелательные или недобрые).

*Бред кверулянтства (сутяжничества)* - болезненное присвоение миссии борьбы с преувеличенными несуществующими или мнимыми недостатками или же за свои или

чужие якобы попранные права и достоинство. Средствами здесь выступают жалобы, заявления, тяжбы и т.п.

*Бред интерметаморфозы (метаболический)* - убежденность в полном изменении окружающей обстановки, ее несоответствии реальности, превращении предметов, перевоплощении людей и т.д.

*Бред особого значения* - распознавание в окружающей среде, предметах, явлениях, поведении людей особых, понятных только больному знаков, тайного смысла, указаний и т.п.

### **Патология эмоциональной сферы**

Эмоции - это психический процесс, отражающий субъективное отношение человека к действительности и к самому себе. Они представляют собой интегративное выражение тонуса нервно-психических процессов, находящее отражение в изменении параметров нервно-психической деятельности и соматических проявлений.

Симптомы эмоциональных нарушений разнообразны и многочисленны. Они имеют большое диагностическое значение при определении патологии собственно эмоциональной сферы, а также остроты, выраженности психопатологических синдромов. Выделяется пять основных типов патологического эмоционального реагирования.

**Кататимный тип** возникает при определенных жизненных ситуациях, вызывающих эмоциональное напряжение (т.е. в стрессовых ситуациях). Эти реакции относительно кратковременны, лабильны, имеют психогенную обусловленность и содержание. По такому типу возникают и развиваются невроты и реактивные психозы.

**Голотимный тип** определяется наличием полярности психопатологических состояний, первичностью (эндогенной обусловленностью) их, относительной устойчивостью и периодичностью возникновения. Субъективное состояние и окружающая обстановка при этом подвергаются сверхценной или бредовой интерпретации, содержание которой совпадает с доминирующим эмоциональным состоянием. Такой тип эмоцио-

нальной патологии свойствен эндогенным психозам (маниакально-депрессивный психоз, некоторые инволюционные психозы, шизофрения).

**Паратимный тип** характеризуется диссоциацией, нарушением единства в эмоциональной сфере между эмоциональными проявлениями и другими компонентами психической деятельности. Он встречается при шизофрении.

**Эксплозивный тип** патологического эмоционального реагирования отличается сочетанием инертности, тугоподвижности эмоциональных проявлений с их взрывчатостью, импульсивностью. Эмоциональные реакции внезапно начинаются и быстро заканчиваются, носят признаки пароксизмальности. При этом доминируют злобно-тоскливое настроение, страх или восторженно-приподнятое состояние. Такой тип эмоциональной патологии свойственен эпилепсии, некоторым органическим заболеваниям головного мозга.

**Дементный тип** сочетается с нарастающими признаками слабоумия. Отмечается расторможенность низших, импульсивных влечений на фоне благодушия, эйфории или апатии, гипобулия, гиподинамия, аспонтанность с грубой не критичностью. Такой тип патологии свойствен прогрессирующим слабоумливающим заболеваниям (старческое слабоумие, атеросклероз сосудов головного мозга, пресенильные деменции, прогрессивный паралич и др.)

**Гипертимия** (маниакальный аффект) - повышенное, радостное настроение с усилением влечений к неутолимой деятельности, ускорением мышления и речи, веселостью, чувством превосходного здоровья, выносливости, силы, когда все воспринимается в розовом цвете; над всем господствует оптимизм. Для маниакального аффекта характерны изменчивость внимания, отвлекаемость, поверхностность суждений, многоречивость, гипермнезия. Больным свойственна переоценка собственной личности, нередко достигающая степени сверхценных или бредовых идей величия, могущества, бессмертия. Больные выглядят помолодевшими, у них учащается пульс, они буквально неистощимы, сон сокращается. Растормаживаются все влечения, больные очень подвижны. В связи с вышеперечисленным такие люди могут совершать различные право-

нарушения. Если интенсивность маниакального аффекта невелика, то говорят о гипомании.

**Эйфория** - повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью в сочетании с замедлением мышления и снижением двигательной активности. Характерно для некоторых форм токсикоманического и наркоманического опьянения, онейроидного синдрома и др.

**Гипотимия** (депрессивный аффект, депрессия) - угнетенное, меланхолическое настроение, глубокая печаль, уныние, тоска с неопределенным чувством грядущего несчастья и физически тягостными ощущениями в виде стеснения в груди, тяжести на сердце и во всем теле. Ничто не приносит радости, удовольствия, весь мир становится мрачным. Настоящее и будущее видятся безысходными и безрадостными. Прошлое рассматривается как цепь ошибок. Депрессивный аффект сопровождается замедлением и затруднением всех психических актов, снижением влечений, отсутствием аппетита, нарушением сна. Больные выглядят постаревшими, у них выпадают волосы, наблюдаются многочисленные вегетативные нарушения (колебания АД, запоры, импотенция и др.). Отмечаются явления моторной (двигательной) заторможенности, вплоть до ступора, когда больные застывают в однообразной позе со скорбным выражением на лице. При нерезко выраженном депрессивном аффекте говорят о субдепрессии.

Всякая депрессия чревата суицидом. По внешнему виду нельзя судить о глубине снижения настроения и суицидальных намерениях человека. Бывают атипичные депрессии, когда больной достаточно подвижен, может сохранять некоторую трудоспособность и даже иронизировать над своим состоянием. Однако в тайне от других людей, даже самых близких, может готовиться суицид. Замечено, что люди демонстративно заявляющие о своей готовности уйти из жизни, редко это проделывают. Поэтому при любой депрессии необходима консультация психиатра, для решения вопроса о госпитализации.

**Дисфория** - угрюмое, ворчливо-раздражительное, злобное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому, даже весьма незначительному, внешнему

раздражителю, жесточенностью, взрывчатостью. Наблюдается при органических заболеваниях ЦНС, в частности при эпилепсии. Имеет большое судебно-психиатрическое значение, так как эти больные могут совершать различные агрессивные действия. Например, больного случайно толкнули в автобусе. В ответ на это больной ударил обидчика.

**Апатия** - состояние безучастности, равнодушия, безразличия, полной индифферентности к происходящему, окружающим, своему положению, прошлой жизни, перспективам будущего. Такие пациенты перестают следить за своей внешностью, могут неделями не умываться и не расчесываться, перестают убираться в квартире, бросают работу или учебу. Внешне апатия проявляется в виде снижения мимических движений, вплоть до амимии, и маломодулированности голоса. Глубокая степень апатии обычно не осознается, не расценивается пациентами в качестве патологического явления, не тяготит их, не отражается в жалобах на самочувствие. Подобное расстройство характерно для шизофрении.

**Тревога**- неясное, недифференцированное чувство растущей опасности, предчувствие катастрофы, напряженное ожидание трагического исхода. Тревога иногда определяется как “свободно-плавающий страх”. Сопровождается своеобразными физическими ощущениями: “Внутри все сжалось в комок, напряглось, натянулось как струна, вот-вот порвется, лопнет...”, суетливостью, непоседливостью, беспокойством - “места не могу найти... не могу ни сидеть, ни лежать, ни чем-то заняться, все время куда-то гонит...”, двигательным возбуждением, стереотипными восклицаниями. Встречается при многих психических расстройствах, обычно присутствует при их манифестациях, часто предшествует очередному обострению заболевания.

**Страх**- разлитое, генерализованное, проецирующееся на все в окружающем, либо связанное с определенными ситуациями, объектами, лицами переживание опасности, непосредственной угрозы жизни, здоровью, благополучию, престижу. Может сопровождаться своеобразными физическими ощущениями: “внутри похолодело, оборвалось”, “шевелиются волосы” и т.д., обычно локализованными в груди и острыми вегета-

тивными расстройствами (побледнение кожи, колебания АД, потливость и др.). В психиатрической литературе описано более 500 видов различных страхов: клаустрофобия - боязнь закрытого помещения, агарофобия - боязнь открытых пространств, оксифобия - страх перед острыми предметами и т.п. Страхи встречаются в структуре многих психических заболеваний, начиная от невротических состояний и до эндогенных психозов и органических поражений ЦНС.

**Эмоциональная амбивалентность** - сосуществование разных чувств по отношению к одному и тому же объекту. Характеризует ценностный конфликт и типична для невротической личности. Крайние варианты амбивалентности проявляются неспособностью осознавать факт антагонизма возникающих в одно и то же время полярных эмоций, свидетельствуют о глубокой степени расщепления личности и встречаются при шизофрении.

**Патологический аффект** - кратковременное психическое расстройство в виде взрыва сильнейшего аффекта (обычно ярости, бешенства) в ответ на ключевую для личности травматическую ситуацию. Сопровождается помрачением (сужением) сознания, двигательным возбуждением с автоматизированными действиями и последующей амнезией. Патологическому аффекту сопутствуют резкие вегетативные сдвиги: побледнение или покраснение кожи, потливость, сухость во рту, дрожь в конечностях и др.

Развитие патологического аффекта принято разделять на три стадии: в первой (подготовительной) происходит нарастание аффекта и сужение сферы сознания на психотравмирующих переживаниях; во второй (стадии взрыва) наступает глубокое нарушение сознания с расстройством ориентировки, речевой бессвязностью, бурным двигательным возбуждением; в заключительной стадии выявляются признаки резкого психического и физического истощения, часто - глубокий сон. После пробуждения обнаруживается частичная или полная амнезия. Во время патологического аффекта люди могут совершать различные насильственные действия, например, наносить телесные повреждения, вплоть до смертельных.

### **Патология воли**

Воля- это психический процесс, заключающийся в сознательной, целенаправленной, мотивированной, активной психической деятельности, которая связана с преодолением внешних и внутренних препятствий и направлена на удовлетворение потребностей человека. Волевой акт состоит из этапов последовательных, спланированных действий.

Важнейшее значение в формировании волевого акта имеет мотивационная сфера человека. Она представляет совокупность желаний, побуждений, приобретающих характер мотивов действий, поступков и форм деятельности. Особенности данной сферы обуславливают направленность личности. Именно в них последняя проявляет свою сущность.

В самом начале волевого акта, как правило, имеет место одновременное возникновение нескольких мотивов деятельности, вступающих в конкуренцию между собой. Это приводит к следующему этапу волевого акта - "борьбе мотивов". Об окончании его свидетельствует выбор одного из мотивов - принимается решение, определяется цель последующей деятельности. Постановка цели приводит к необходимости планирования конкретных действий, которые и составляют волевое усилие. Их осуществление приводит к реализации задания, цели и удовлетворению возникшей в начале волевого акта потребности. При конкуренции сильных мотивов, наличии нескольких возможных исходов (альтернатив) будущего решения может возникнуть психологическое состояние беспокойства, напряженности, душевного дискомфорта, что сопровождается переживанием внутреннего конфликта. Вслед за принятием решения, даже при отрицательном для личности содержании, наступает облегчение.

На любом этапе волевого акта может возникнуть патология волевой сферы.

**Гипобулия** (понижение волевой активности) - бедность побуждений, вялость, бездеятельность, скудная, лишенная выразительности речь, ослабление внимания, обеднение мышления, снижение двигательной активности, ограничение общения

вследствии снижения интересов. Может наблюдаться при невротических расстройствах, при депрессиях, многих изнуряющих соматических заболеваниях.

**Абулия** - отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность, аспонтанность, адинамия. Больные бросают работу, суживается круг общения. Очень характерна для шизофрении, считается ядерной симптоматикой данной болезни.

**Гипербулия** - повышение волевой активности, усиление побуждений, повышенная деятельность, порывистость, инициативность, говорливость, подвижность. Наблюдается при маниакальных состояниях.

**Импульсивные действия** - совершаются без контроля сознания, возникают при глубоком нарушении психической деятельности. Они внезапны и стремительны, немотивированы и бессмысленны. Больные внезапно бросаются бежать, прыгают с поезда во время движения, нападают на первого встречного, избивают всех подряд, разрушают все, что попадет им под руку, неожиданно начинают петь, кричать, бросаются на пол, кувыркаются, вертятся, ударяются головой о стену, увечат себя, пытаются совершить суицид. Наблюдаются при кататонических синдромах.

**Импульсивные влечения** - остро, время от времени возникающие стремления, овладевающие рассудком, подчиняющие себе все поведение больного. В клинике психических болезней наблюдают :

*дипсоманию* - непреодолимое стремление к пьянству; проявляется периодически повторяющимися тяжелыми запоями. Запой начинается внезапно, с резкого изменения настроения, купируется самопроизвольно, сопровождаясь обширными провалами в памяти. Характерна для маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии.

*дромоманию* - периодически возникающее стремление к поездкам, к бродяжничеству. Встречается при шизофрении, эпилепсии, часто при психопатиях и нарушениях развития личности. В динамике указанного синдрома существует определенная этапность. Первый, реактивный этап выражается ситуационно обусловленными и психоло-

гически понятными уходами. Второй этап характеризуется привычными, фиксированными уходами; появление таких уходов объясняют также патологически повышенными влечениями. На третьем этапе ухода и бродяжничество становятся непреодолимыми, импульсивными.

*клеттоманию* - периодически и внезапно возникающая страсть к бесцельным кражам. Украденные вещи, обычно не имеющие большой ценности, затем выбрасываются, либо возвращаются владельцу. Кражи совершаются в открытую, без принятия типичных для банального воровства мер предосторожности, так что обнаруживаются почти сразу же, как и лица, их совершившие.

*пироманию* - стремление к поджогам. Больные стремятся поджигать все что может гореть, совершенно не думая о материальном ущербе или даже о возможности человеческих жертв. Например, один больной шизофренией поджег дом, в котором находилась его парализованная мать, и спокойно сел на лавочку, наблюдая за огнем.

*копролалию*- непреодолимое стремление употреблять в речи циничные ругательства. Встречается при синдроме Жиль де ля Туретта.

*нимфоманию (у женщин) и сатириазис (у мужчин)*- импульсивно возникающие эротические влечения. Сексуальная активность во время таких приступов может носить неукротимый и беспорядочный характер, сопровождаться насильственными действиями по отношению к партнеру. Половые контакты, однако, не снижают интенсивности влечения, не приносят удовлетворения. Более того, они могут ухудшить самочувствие, в связи с чем пациенты предпочитают их избегать.

**Извращение влечений и побуждений**- встречаются разные нарушения врожденных влечений: сексуального, пищевого, инстинкта самосохранения, родительского инстинкта.

*анорексия* - резкое угнетение пищевого инстинкта. Анорексию следует дифференцировать с отказом от приема пищи при наличии императивных галлюцинаций, бреда отравления, кататонического синдрома.

*булимия*- резкое усиление пищевого инстинкта, неумеренный аппетит, зачастую сочетается с неразборчивостью в еде. Встречается при некоторых видах слабоумия и наркоманического опьянения, при некоторых невротических нарушениях.

*копрофагия*- патологическое влечение к поеданию несъедобных вещей, в том числе и экскрементов.

*гомицидомания*- влечение к убийству людей без ситуационно-психологической обусловленности.

*суцидомания*- влечение к самоубийству.

*перверзии*- различные формы извращения полового влечения, так называемые сексуальные девиации. Основными разновидностями являются:

- \* фетишизм - объектом полового влечения является часть тела, одежда или какой-нибудь иной предмет, символизирующий сексуального партнера;
- \* пигмалионизм - разновидность фетишизма, при которой роль фетиша играют изображения человеческого тела (картины, статуи, статуэтки, фотографии);
- \* нарциссизм - объектом полового влечения является собственное тело;
- \* педофилия - половое влечение к детям;
- \* эфебофилия - половое влечение к мальчикам подросткам, юношам;
- \* нимфофилия - половое влечение к девочкам-подросткам, юным девушкам;
- \* геронтофилия - половое влечение к лицам пожилого возраста, старикам;
- \* зоофилия (скотоложество) - половое влечение к животным;
- \* некрофилия - половое влечение к трупам и совершение с ними сексуальных действий. Крайней формой некрофилии является некросадизм - стремление к осквернению трупа и надругательству над ним (чаще в форме отрезания молочных желез, вырезания половых органов) и некрофагия - поедание частей трупа (часто - половых органов). И некрофагия, и некросадизм иногда сочетаются с предварительным убийством

жертвы, либо получение сексуального удовлетворения сопряжено именно с самим процессом убийства;

- \* садизм - половое удовлетворение, получаемое путем причинения страданий или унижений половому партнеру;
- \* мазохизм - получение сексуального удовлетворения при унижениях и физических страданиях, причиняемых половым партнером;
- \* вуайеризм - влечение к подглядыванию за половым актом или обнаженными объектами сексуальных предпочтений.

**Патология на уровне реализации волевого усилия**- извращение двигательных актов (паракинезии), встречаются в структуре кататонических синдромов.

*эхопраксия* - нелепое, часто зеркальное повторение жестов, мимики, поз окружающих;

*эхолалия* - нелепое, часто дословное повторение отдельных слов, словосочетаний, фраз, услышанных больным от окружающих;

*речевые стереотипии*- однообразное, монотонное повторение одних и тех же слов или словосочетаний в спонтанной или ответной речи. Делится на следующие виды:

- персеверации - многократное повторение во время беседы ответа, данного больным на предыдущий предложенный ему вопрос;
- вербигерации - бессмысленное монотонное повторение слова, словосочетания или нанизывание сходных по звучанию слов.

*вычурность, манерность*- непонятность, необычность, нелепость отдельных действий и манеры поведения в целом со стереотипным их повторением;

*двигательные стереотипии*- однообразное, неадекватное повторение нелепых движений и поз;

*негативизм* - немотивированное отрицательное отношение больного, которое проявляется отказом, сопротивлением, противодействием всякому воздействию извне.

Имеет два варианта:

- активный - негативизм с сопротивлением или противодействием;
- пассивный - негативизм в виде невыполнения инструкций, заданий, просьб, без активного сопротивления.

*восковая гибкость* - длительное сохранение больным приданной ему позы, иногда неудобной и требующей значительного мышечного напряжения;

*пассивная подчиняемость* - патологическая готовность к выполнению любого указания, даже неприятного для больного, и его выполнение без предварительного осмысления.

### **Синдромы нарушенного сознания**

Сознание - высший интегративный психический процесс. Оно осуществляет в бодрствующем состоянии познавательное отражение объективного мира и самого себя, способствует адаптации субъекта в окружающей его природной и социальной среде и позволяет изменять ее в соответствии со своими потребностями.

Синдромы помрачения сознания различны по своим проявлениям. Однако они имеют и общие признаки:

- 1) отрешенность от реального мира, выражающаяся в неотчетливом восприятии окружающего, затруднение фиксации или полной невозможности восприятия;
- 2) более или менее выраженная дезориентировка во времени, месте, окружающих лицах, ситуации;
- 3) нарушение процесса мышления в виде бессвязности с ослаблением или полной невозможностью суждений;

4) затруднение запоминания происходящих событий и субъективных болезненных явлений (воспоминания о периоде помрачения сознания очень отрывочно или совсем отсутствуют).

**Оглушение** - выражается в резком повышении порога всех внешних раздражений, в затруднении и замедлении образования ассоциаций. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Вопросы воспринимаются не сразу, больной понимает их смысл с большим усилием, сложные вопросы не осмысливает. Ответы неполные, неточные. Все движения замедлены, мимика бедная, больной молчалив. Взгляд и выражение лица безразличные, тупые. Больной легко впадает в дремоту. Воспоминаний о периоде оглушения обычно не сохраняется.

**Делирий** - характерен наплыв ярких чувственно-пластических представлений, обилие образных, непрерывно всплывающих, наглядных воспоминаний. Возникает ложная ориентировка в окружающем. Характерны парейдолии и зрительные сценopodobные галлюцинации, истинные вербальные галлюцинации. Настроение очень изменчивое. Возникает то панический страх, то возбужденное любопытство, то плаксивость, то эйфория. Больной обычно беспокоен, пытается куда-то бежать, сопротивляется при удерживании.

Галлюцинации при делирии сценopodobные. Больные становятся как бы зрителями, живо и адекватно реагирующими на все призрачные события. Они в страхе убегают, защищаются, с любопытством рассматривают что-либо. Вместе с тем отмечается противопоставление себя своим видениям и сохранность ориентировки в собственной личности. Воспоминания о делирии отрывочны, часто бессвязные.

**Онейроид** (сновидное, фантастически-бредовое помрачение сознания) выражается в причудливой смеси фрагментов отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких, чувственных, фантастических представлений.

Больной полностью отрешен от окружающего, наблюдается изменения самознания (перевоплощение), а также диссоциация между последовательно развивающимися, как в сновидении, фантастическими событиями и внешней неподвижностью или

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

**Сумеречное помрачение сознания** -это расстройство наступает внезапно, обычно недолго и столь же внезапно кончается, вследствие чего его называют транзиторным. Типично сочетание глубокой дезориентировки в окружающем с развитием галлюциноза и острого образного бреда, аффектом тоски, злобы и страха, неистовым возбуждением или внешне упорядоченным поведением.

Под влиянием бреда, галлюцинаций и напряженного аффекта больной внезапно совершает чрезвычайно опасные поступки: зверски убивает или калечит принимаемых за врагов близких родственников, посторонних людей; в силу охватившей его ярости бессмысленно разрушает все, что попадает под руку, с одинаковой злобой и одушевленное и неодушевленное.

Приступ сумеречного помрачения сознания кончается критически, нередко с последующим глубоким сном. Воспоминания полностью отсутствуют. Сумеречное помрачение сознания может быть эквивалентом судорожных припадков при эпилепсии.

### **Заключение**

Знания симптоматики психических заболеваний способствует распознаванию психических неполноценных лиц, оказавшихся в сфере судебно-следственного разбирательства, и своевременному направлению их на СПЭ.

Важно помнить, что только разностороннее рассмотрение отдельных симптомов и определенных их групп или сочетаний, имеющих закономерные связи, может привести к распознаванию психической болезни. Симптомы и синдромы, взятые каждый в отдельности, изолированно, не обладают нозологической специфичностью и не могут служить целям установления диагноза, поскольку отличаются многозначностью.