



РМАНПО

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХИАТРИЮ

Учебник для последипломного
образования

Под редакцией С.Н. Мосолова

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

ГОРГОДЕЦ

Коллектив авторов

**Введение в психиатрию. Учебник
для последипломного образования**

Издательский дом «Городец»

Коллектив авторов

Введение в психиатрию. Учебник для последипломного образования / Коллектив авторов — Издательский дом «Городец»,

ISBN 978-5-907982-47-5

Издание представляет собой учебник по пропедевтике психиатрии, в котором подробно изложены основы психиатрической семиотики, включая дефиниции и клиническое описание основных психопатологических симптомов и синдромов. Содержание учебника соответствует основной профессиональной образовательной программе высшего образования — программе ординатуры, программе подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре, дополнительным программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей по специальности «Психиатрия». Основное внимание уделено практическим аспектам клинической диагностики психических расстройств: феноменологической квалификации симптомов и синдромов, типичным вариантам синдромокинеза, последовательным этапам диагностического процесса, методам дифференциальной диагностики, особенностям психиатрического интервью, в том числе грамотному проведению беседы с пациентом и корректно сформулированным вопросам для выявления той или иной психической патологии. Затронуты также некоторые теоретические, философские и этические вопросы современной психиатрии. Предложен формализованный диагностический алгоритм, позволяющий с помощью ряда простых опросников, краткого структурированного нейропсихиатрического интервью и операциональных критериев МКБ-10 установить предварительный диагноз, что будет весьма актуально для начинающих врачей, сталкивающихся в своей практической деятельности с пациентами, у которых подозревается психическое расстройство. Настоящее издание подготовлено сотрудниками кафедры психиатрии в соответствии с системой стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу и утверждено решением Учебно-

методического совета ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России 03.07.2025. Учебник предназначен для углубленного изучения основ психиатрии ординаторами и врачами других специальностей, получающими первичную специализацию по психиатрии. Он также представляет интерес для терапевтов, семейных врачей, неврологов, клинических психологов и фармакологов, для научных сотрудников, преподавателей высших образовательных учреждений и медицинских работников, сталкивающихся в своей практике с психическими расстройствами.

ISBN 978-5-907982-47-5

© Коллектив авторов

© Издательский дом «Городец»

Содержание

Список сокращений	7
Предисловие	9
Глава 1. Основные положения общей психопатологии и теоретические вопросы клинической психиатрии	15
1.1. Психическое здоровье и основные философские вопросы психиатрии	15
1.2. Граница между нормой и патологией	17
1.3. Психическое расстройство	18
1.4. Психиатрический диагноз	22
1.5. Систематика психических расстройств	24
1.6. Диагностические методы	26
1.7. Общая психопатология, симптомы и синдромы	29
1.8. Концепция позитивных и негативных расстройств	32
1.9. Психопатологический процесс, развитие личности и регистры поражения психической деятельности	36
1.10. Этические вопросы психиатрии и проблема стигматизации	41
Глава 2. Психопатологические симптомы	44
2.1. Общие вопросы семиотики психических расстройств	44
2.2. Патология перцептивной сферы	49
2.3. Патология мышления	90
Конец ознакомительного фрагмента.	147

С.Н. Мосолов

Введение в психиатрию

© Мосолов С.Н., 2026

© ИД «Городец», оформление, 2026

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

@ Электронная версия книги подготовлена ИД «Городец» (<https://gorodets.ru/>)

Список сокращений

- ВИЧ** – вирус иммунодефицита человека
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВП – исследование вызванных потенциалов
ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота
КТ – краниография
КТ – компьютерная томография
МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МКБ-11 – Международная классификация болезней 11-го пересмотра
МРТ – магнитно-резонансная томография
МЭГ – магнитоэнцефалография
ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
ОФЭКТ – однофотонная эмиссионная компьютерная томография
ПАВ – психоактивные вещества
ПОС – психоорганический синдром
ПРЛ – пограничное расстройство личности
ПСГ – полисомнография
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство
ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография
РАС – расстройства аутистического спектра
РМАНПО – Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования
РНК – рибонуклеиновая кислота
РЭГ – реоэнцефалография
СДВГ – синдром дефицита внимания и гиперактивности
СПИД – синдром первичного иммунодефицита
УЗДГ – ультразвуковая доплерография
ФЗ – Федеральный закон
ФМРТ – функциональная магнитно-резонансная томография
ЦИУ – Центральный институт усовершенствования врачей
ЦНС – центральная нервная система
ШАС – шкала астенического состояния
ЭПИ – экспериментально-психологическое исследование
ЭхоЭГ – эхоэнцефалография
ЭЭГ – электроэнцефалография
CDR – Клиническая рейтинговая шкала деменции (Clinical Dementia Rating scale)
C-SSRS – Колумбийская шкала тяжести суицидальных намерений (Columbia-Suicide Severity Rating Scale)
DALY's – число потерянных лет жизни вследствие преждевременной смертности и нетрудоспособности (Disability Adjusted Life Years)
DIVA-5 – Диагностическое интервью на предмет СДВГ у взрослых (Diagnostic Interview for ADHD in Adults)
DSM-5 – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 5-е издание (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.)
EQ-5D-5L – Опросник качества жизни (European Quality of Life 5 Dimensions 5 Level Version)

GAD-7 – Опросник генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder 7)

HADS – Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The hospital anxiety and depression scale)

HiTOP – иерархическая таксономия психопатологических нарушений (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology)

IES-R – Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale-Revised)

IQ – коэффициент интеллекта (intelligence quotient, IQ)

ISI – Индекс тяжести бессонницы (Insomnia Severity Index)

MINI – Краткий международный нейропсихиатрический опросник (Mini International Neuropsychiatric Interview)

MMSE – Краткая шкала оценки тяжести деменции (Mini-mental state examination)

MoCA – Монреальская шкала когнитивной оценки (Montreal Cognitive Assessment)

NMDA-рецептор – глутаматный N-метил-D-аспартат рецептор

PHQ-15 – Опросник здоровья пациента, физические симптомы (Patient Health Questionnaire-15)

PHQ-9 – Опросник по оценке симптомов депрессии (Patient Health Questionnaire-9)

RDC – Исследовательские диагностические критерии (Research Diagnostic Criteria)

SAD PERSONS – Шкала экстренной оценки суицидального риска

Предисловие

Издание настоящего учебника обусловлено тремя обстоятельствами: во-первых, 90-летним юбилеем старейшей в России кафедры психиатрии постдипломного профессионального образования; во-вторых, академической необходимостью актуализации информации по общей психопатологии и психиатрической пропедевтике в рамках первичной специализации ординаторов; и, в-третьих, нетривиальной задачей руководства РМАНПО – в необходимости краткого изложения основных вопросов психиатрии и разработки простого формализованного алгоритма диагностики психических расстройств для общей практики. В начале работы над книгой последнее обстоятельство являлось приоритетным. Поэтому в отличие от обычных учебных пособий и руководств наша логика строилась от обратного, т. е. в порядке, противоположном классическому изложению материала в учебниках по психиатрии.

Сначала мы предложили упрощенный диагностический алгоритм с последовательным применением простых опросников и краткого структурированного нейропсихиатрического диагностического интервью с последующим автоматическим выходом на операциональные диагностические критерии того или иного психического расстройства в МКБ-10 и дальнейшим применением специализированных психометрических шкал для более тонкой оценки психопатологической симптоматики. При первой апробации такого алгоритма выяснилось, что этого недостаточно – врачи плохо понимали психиатрическую терминологию и суть стоящих за этими терминами психопатологических феноменов. Кроме того, необходимо было дополнительно объяснить, как правильно себя вести и как проводить беседу с пациентом, имеющим психические нарушения. Поэтому мы решили сделать краткий экскурс в общую психопатологию с изложением основных синдромов и составляющих их симптомов, а также правил и особенностей проведения психиатрического интервью.

Эти разделы постепенно разрастались и неожиданно оказались востребованными нашими ординаторами, а также врачами других специальностей, пришедшими на курс ускоренной профессиональной переподготовки. Наконец, приблизился юбилей кафедры, и все согласилось с тем, что нужно подготовить полноценное учебное пособие для первичной специализации в области психиатрии. К чисто практическим вопросам добавились главы по некоторым актуальным теоретическим и дискуссионным проблемам психиатрии. В результате этого длительного и трудоемкого процесса получился несколько странный, эклектический продукт, который Вы сейчас держите в руках, отчасти похожий на монстра Франкенштейна. В нем классическая психопатология и феноменологическая диагностика совмещены с упрощенной формализованной диагностикой на основе современных операциональных критериев и психометрических шкал, а также одновременно используются как некоторые почти забытые старые, но до сих пор актуальные, так и новые, пока не получившие у нас широкого распространения термины, понятия и диагностические подходы.

В итоге изложение материала приобрело более типичную для книг по *психиатрической пропедевтике* структуру, которая позволяет освоить навыки расспроса пациентов с психическими нарушениями, применение методов обследования, помогает научиться выявлять симптомы и синдромы, оценивать их динамику, устанавливать предварительный диагноз и проводить грамотную дифференциальную диагностику. Пропедевтика и общая психопатология безусловно являются фундаментом формирования клинического мышления врача-психиатра, которое служит залогом успеха его последующей клинической и терапевтической практики.

В *первой главе* кратко представлены основные положения общей психопатологии и некоторые теоретические вопросы клинической психиатрии, такие как понятия психического здоровья и нездоровья (психического расстройства); основные философские вопросы психиатрии; границы между нормой и патологией с определением переходных (предбо-

лезненных) конституциональных и клинических форм; обновленная биопсихосоциальная и другие парадигмы психических болезней; различные подходы к систематике и классификации психических расстройств, включая интегративную диагностическую модель К. Ясперса, основанную на феноменологическом разграничении психопатологического процесса и развития личности; системный подход, включая фенотипирование в континууме «здоровье – болезнь» и мультисистемный анализ динамики синдромов и течения заболевания, нарушения общей коннективности и взаимодействия нейросетей; новые концепции «точной психиатрии» и иерархической таксономии психопатологических нарушений (HiTOP); основные клинко-диагностические методы, включая клинко-психопатологический, феноменологический, операциональный, психометрический; основные положения общей психопатологии (симптом, симптомокомплекс, синдром, синдромокинез, патокинез и др.); концепция позитивных и негативных расстройств, в том числе когнитивного дефицита; стратификационная теория диссоциации нервной системы Д. Джексона; иерархические уровни психических нарушений или регистр-синдромы, включая позитивную, негативную и когнитивную дименсии; проблема стигматизации и этические вопросы в психиатрии.

Две последующие главы посвящены семиотике психических нарушений.

Во *второй главе* изложены основы психиатрической семиологии, понятие психопатологического симптома и симптомокомплекса, дана классификация симптомов на основе психологической таксономии с упорядочиванием по сферам психической деятельности и нарушениям отдельных психических функций. В частности, представлена патологическая симптоматика перцептивной сферы, мышления, эмоциональной сферы, волевой сферы, психомоторных функций, влечений, внимания, памяти, интеллекта, сознания, сна, сексуальной функции и половой идентификации, а также нарушений психического развития. Описание всех психопатологических симптомов приведено как по количественным, так и по качественным параметрам. Для удобства восприятия и усвоения информации глава насыщена большим наглядным иллюстративным материалом и короткими клиническими примерами в виде характерных для того или иного симптома речевых цитат и ответов пациентов на вопросы врача или описания специфических поведенческих реакций. Более того, в отношении каждой группы симптомов, отражающей общую модальность психической патологии, специально для начинающих психиатров введена рубрика «Помощь врачу», в которой даны инструкции для выявления тех или иных симптомов: в частности, какие задавать вопросы (приведен список уместных и корректно сформулированных вопросов), на что обращать внимание в поведении и реакциях пациента во время интервью, какие тесты желательно провести и нужно ли проводить дополнительный опрос родственников и медицинского персонала.

В *третьей главе* описаны психопатологические синдромы, которые составляют основу диагностического процесса в психиатрии. В разделе, посвященном общим вопросам психиатрической синдромологии, подробно раскрыты такие понятия, как «психопатологический синдром» и его структура; «ведущий, сквозной, этапный и транзиторный синдромы»; «простые и сложные синдромы», «синдромогенез» и «синдромотаксис»; «преформированные реакции»; «регистры психопатологических синдромов» (регистр-синдромы); «концепция позитивных и негативных синдромов» с приведением их новой иерархической систематики в соответствии с регистром тяжести психического поражения, а также их соотношения с определенными диагностическими категориями; «синдром эмоционально-волевого дефицита»; «первичные и вторичные негативные симптомы»; «синдром когнитивного дефицита» с иерархией его уровней тяжести; «первичный и вторичный когнитивный дефицит»; «уровни тяжести негативных изменений личности».

В следующих разделах третьей главы достаточно детально рассмотрены синдромы аномалий личности и основные психопатологические синдромы: астенический, диссомнический, тревожно-фобический, обсессивный и обсессивно-компульсивный, деперсонализационный,

импульсивных влечений, диссоциативный, ипохондрический и сенесто-ипохондрический, аффективные (депрессивный, маниакальный, смешанных состояний), сверхценных образований, интерпретативного бреда, паранойяльный, параноидный, парафренный, аффективно-бредовой, включая синдром инсценировки, галлюцинаторный и галлюцинаторно-бредовой, Кандинского – Клерамбо (психического автоматизма), кататонический, кататано-гебефренный, синдромы помрачения сознания (оглушение, делирий, аменция, онейроид, сумеречное состояние и аура сознания), психоорганический – острый (экзогенные типы реакций К. Бонгеффера), подострый («переходные» синдромы по Г. Вику), резидуальный и хронический, другие синдромы органического поражения ЦНС (психопатоподобный, амнестический, псевдопаралитический, лобный, психоэндокринный, эпилептиформный и дементный). Особое внимание уделено изложению наиболее типичной динамики синдрома (синдромогенезу) как в процессе его редукции, так и при прогрессивном его усложнении, т. е. при переходе в другой синдром более высокого регистра. Для наглядности эта синдромальная динамика представлена в виде схем. Отдельные разделы посвящены синдромам аутистического спектра, нарушениям нейроразвития, культурно-специфическим и этническим синдромам, а также этнокультурным особенностям традиционных психопатологических синдромов. Аналогично предыдущей главе, помимо устоявшихся дефиниций и критериев, мы старались дать максимум формальной описательной информации о клинических проявлениях синдрома и, где это возможно, приводили небольшие примеры из собственной практики или других литературных источников.

В *четвертой главе* рассмотрены преимущественно практические аспекты установления психиатрического диагноза, классификации и диагностики психических расстройств. В частности, обсуждаются ограничения операциональной диагностики, проблема коморбидности, преимущества и недостатки дименсионального и категориального подходов. Подробно изложены особенности и стадии диагностического процесса в психиатрии на основании использования клинико-феноменологического метода с обоснованием выделения двух типов диагноза: узкого категориального для обозначения той или иной диагностической категории и более широкого социально-клинического диагноза, ориентированного на индивидуальный прогноз и лечение конкретного пациента. Подчеркнута важность формирования у врача клинико-аналитического мышления с освоением постановки более быстрого интуитивного диагноза по аналогии. Кроме того, в главе более детально представлены новые диагностические возможности вспомогательных параклинических методов, включая психологические, лабораторные, в том числе фармакогенетические, и инструментальные. Отдельный раздел посвящен наиболее типичным диагностическим ошибкам в психиатрии, среди которых ошибочная диагностика психического расстройства у здорового человека и, наоборот, признание здорового человека психически больным.

Во второй части главы предложен *алгоритм формализованной диагностики* для установления предварительного диагноза психического расстройства. Первоначально этот алгоритм был разработан нами специально для врачей общей практики или других непрофильных специалистов, которые сталкиваются в своей работе с пациентами, имеющими психические нарушения. Алгоритм позволяет упростить и структурировать беседу с пациентом, помогает выявить наиболее характерные симптомы психических расстройств и состоит из нескольких последовательных этапов, в результате прохождения которых можно заподозрить наличие определенного психического расстройства по МКБ-10. Все русскоязычные версии упомянутых в алгоритме опросников, самоопросников, психометрических шкал и структурированных диагностических интервью для удобства приведены в приложении к настоящему изданию. Заметим, что разработанный алгоритм является лишь вспомогательным инструментом прежде всего для постановки предварительного диагноза в условиях дефицита времени у врача общей практики и, конечно, не может заменить полноценную клиническую диагностику опытного врача-психиатра. Важно не просто освоить различные виды опросников или структурирован-

ных интервью, а уметь адаптировать эти вопросы к каждому конкретному пациенту. Поверхностный формальный подход всегда упрощает диагностическое понимание индивидуальной ситуации пациента и повышает риск врачебных ошибок, прежде всего в отношении выбора неправильного лечения.

В *пятой главе* представлена схема обследования пациента с подозрением на наличие психического расстройства, рассмотрены основные принципы и порядок проведения осмотра, особенности ведения беседы, в том числе сбора анамнеза и квалификации психического статуса, вспомогательные техники психиатрического интервью, а также законы, регулирующие оказание психиатрической помощи. Детально описан процесс расспроса пациента для выявления психопатологических симптомов по различным сферам психического функционирования. Отдельный раздел посвящен особенностям общения с пациентом и алгоритмам действия врача при неотложных состояниях, например при острых психозах, психомоторном возбуждении, суицидальном или агрессивном поведении пациента. Так же как и во второй главе, для правильного выявления определенной симптоматики в процессе психиатрического интервью введена специальная рубрика «Помощь врачу», где выделены признаки, на которые следует обратить внимание, и предложены примеры корректно сформулированных вопросов. Как и К. Ясперс в начале прошлого века, мы полагаем, что и сегодня лучшим инструментом врача-психиатра является «умело проведенная беседа с удачно поставленными вопросами». Изложение материала ориентировано прежде всего на врача общего профиля или психиатра с недостаточным профессиональным опытом клинической работы.

Шестая глава посвящена этико-деонтологическим проблемам, возникающим в психиатрической практике. Этика в психиатрии представляет собой часть врачебной этики и определяет нормы поведения и нравственные правила в условиях использования медицинских методов лечения психически больных. К основополагающим этическим принципам относятся защита жизни, здоровья, защита тайны личной жизни и достоинства пациента. Все эти принципы являются универсальными и общемедицинскими, однако их роль приобретает особое значение в профессиональной деятельности психиатра, что обусловлено особым характером его взаимоотношений с пациентом, возможностью использования средств воздействия на психику и возникающими при этом нравственными проблемами.

В психиатрии, как в никакой другой специальности, важно соблюдать баланс между принципом автономии пациента (самоопределения, свободного волеизъявления и принятия решения), который иногда может оборачиваться его пассивностью и безучастностью, и принципом патернализма (ограничением свободы выбора, обусловленным прежде всего заботой врача о состоянии здоровья пациента), который в некоторых случаях может выражаться в необходимости принуждения в силу особенностей психического состояния пациента и пребывания в условиях психиатрической больницы с режимом закрытых дверей. Хотя наши врачи, опираясь на гуманистические традиции отечественной психиатрии и фундаментальные принципы защиты прав и свобод человека, в своей практике, безусловно, руководствуются чувством сострадания, доброжелательности и милосердия, необходимо также четко представлять себе и соблюдать общепринятые стандарты, юридические нормы и правила психиатрической этики, разработанные международным профессиональным сообществом, которые подробно изложены в этой главе. Кроме того, рассмотрены новые этические вызовы, появившиеся в последнее время в связи с внедрением современных технологий (цифровизация, трекеры здоровья, телемедицина, нейротехнологии), а также осмыслением опыта пандемии и необходимостью проведения онлайн-консультаций.

В *приложении* представлены все упомянутые в тексте книги и необходимые для выполнения предложенного диагностического алгоритма русскоязычные шкалы и опросники, включая Краткое структурированное международное нейропсихиатрическое интервью – *MINI*; опросники оценки качества жизни, общего состояния здоровья, физического и социального функ-

ционирования – *EQ-5D-5L*, для оценки депрессии – *PHQ-9*, генерализованного тревожного расстройства – *GAD-7*, соматических симптомов – *PHQ-15*, нарушений сна – *ISI*; Шкалу астенического состояния (ШАС); Госпитальную шкалу тревоги и депрессии – *HADS*, Шкалу оценки влияния травматических событий – *IES-R*, шкалы оценки тяжести деменции – *MMSE* и *MOCA*, а также операциональные критерии основных психических расстройств по МКБ-10. Кроме того, представлены такие важные для выявления суицидального риска и поведения шкалы, как Шкала экстренной оценки суицидального риска – *SAD PERSONS* и Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальных намерений – *C-SSRS*.

В конце издания даны основные библиографические ссылки и список рекомендованных для дополнительного освоения материала литературных источников. Сложный для восприятия материал специальным образом систематизирован и иллюстрирован большим количеством наглядных схем и рисунков.

В целом книга представляет собой академическое руководство по первичному освоению будущими врачами-психиатрами основных теоретических положений психиатрии как медицинской специальности, общей психопатологии, семиотики психических нарушений, а также методики проведения психиатрического интервью и этико-деонтологических правил взаимоотношений с пациентом, т. е. фактически является учебником по пропедевтике психиатрии. В отличие от других подобных руководств в книге достаточно полно представлены как классические, так и новые подходы к психиатрической семиологии, сложные для понимания термины и феномены сопровождаются короткими клиническими примерами.

Освоение учебного материала позволит сформировать у начинающего психиатра набор необходимых практических навыков и профессиональных компетенций. Кроме того, для врачей общей практики и других специалистов предложен простой алгоритм формализованной диагностики, с помощью простых опросников и структурированного интервью позволяющий заподозрить психическое расстройство и установить предварительный диагноз. Вместе с тем, используя подобный упрощенный вариант диагностики, нельзя забывать о комплексной оценке психического состояния и течения заболевания, а также об индивидуальных особенностях конкретного пациента.

Диагностика в психиатрии – сложный, многоступенчатый и интерактивный процесс, который не должен ограничиваться только вопросами по выявлению набора симптомов из операциональных диагностических критериев. Важно вникать в феноменологическую сущность переживаний пациента, их психологический и социальный генез, а также взаимоотношение с другими психопатологическими симптомами, образующими целостный синдром, проводить анализ динамики этого синдрома (синдромокинеза) в течение всей болезни и учитывать влияние психического расстройства на социальное и профессиональное функционирование пациента. Другими словами, врачу нужно стараться целиком охватить индивидуальное своеобразие пациента, включая особенности личности, образ жизни, способность к рефлексии и критической оценке, а также внутреннюю картину всех психопатологических переживаний в контексте конкретной ситуации.

Хочется надеяться, что выбранный нами формат изложения материала поможет начинающему врачу систематизировать свои знания в области психиатрии и быстрее сформировать крайне необходимое для нашей специальности клинко-аналитическое мышление, а также приобрести профессиональные навыки общения с психически больными людьми. Нужно согласиться с К. Ясперсом, который говорил, что врач не должен быть «машиной для штамповки диагнозов и выписки рецептов, а должен выступать в роли активного помощника пациента и деятельно управлять всем процессом его выздоровления».

При написании книги мы опирались на научное и педагогическое наследие наших учителей, прежде всего последнего заведующего нашей кафедрой Александра Сергеевича Тиганова, светлой памяти которого посвящен этот труд, и Григория Яковлевича Авруцкого. Кроме того,

мы активно использовали в своей работе труды классиков зарубежной и отечественной психиатрии – К. Ясперса, К. Шнайдер и П.Б. Ганнушкина, В.П. Осипова, а также руководивших в разные годы кафедрой психиатрии ЦИУ/РМАНПО М.Я. Серейского, А.В. Снежневского и В.М. Морозова, которые нас очень вдохновляли.

Мне также хотелось бы выразить искреннюю признательность моим соавторам и всем коллегам, причастным к созданию этой книги, спонсорам издания, а также моим близким, которые всячески поддерживали меня, но были лишены моего внимания и заботы.

Особая благодарность – президенту Союза охраны психического здоровья Наталье Валерьевне Треушниковой, которая сделала практически невозможное, чтобы наш учебник быстро увидел свет.

Профессор С.Н. Мосолов

В первую очередь психиатрам надо научиться думать.

К. Ясперс (1919)

Глава 1. Основные положения общей психопатологии и теоретические вопросы клинической психиатрии

1.1. Психическое здоровье и основные философские вопросы психиатрии

В соответствии с последним определением ВОЗ 2022 г., *психическое здоровье* – это состояние психического благополучия, которое позволяет людям справляться со стрессовыми ситуациями в жизни, реализовывать свой потенциал, успешно учиться и работать, а также вносить вклад в жизнь общества. Это неотъемлемый компонент общего здоровья и благополучия человека, который лежит в основе наших индивидуальных и коллективных способностей принимать решения, строить отношения и формировать мир, в котором мы живем. Психическое здоровье – это также одно из основных прав человека. Кроме того, оно имеет решающее значение для личного, общественного и социально-экономического развития.

Полноценное психическое здоровье возможно только в неразрывной связи с физическим и социальным здоровьем человека, т. е. существует одновременно с эффективным функционированием всех внутренних органов и систем организма и успешным общественным взаимодействием индивида на основе общепринятых нравственных ценностей и правил поведения в социуме. Среди важнейших факторов, определяющих вклад в общее здоровье человека, следует отметить окружающую среду и образ жизни (60 %), генетику (30 %) и систему здравоохранения (10 %). Эти данные позволяют понять важность социальной, психологической и личностной составляющих в сохранении здоровья людей и первичной профилактике хронических системных болезней. Врачи, ежедневно заботящиеся о своих пациентах, прекрасно знают, что легче предотвратить заболевание, чем потом его лечить.

Психическое здоровье не сводится к отсутствию психических расстройств и едва ли точно может быть определено понятием «психического благополучия», под которым обычно понимают состояние счастья и удовлетворенности жизнью (комфортный уровень качества жизни) с низким уровнем дистресса, хорошим общим физическим и душевным здоровьем. Скорее психическое здоровье представляет собой индивидуальный непрерывный континуум, в рамках которого человек сталкивается с комплексом факторов разнообразной степени сложности и испытывает стресс, что приводит к сильно различающимся для каждого индивида социальным и клиническим последствиям. При их оценке важно учитывать когнитивные функции (например, способность ставить и достигать определенные цели; хорошую память, т. е. способность воспроизводить информацию из прошлого и настоящего; осознавать и решать текущие проблемы и др.), социальное функционирование (способность выполнять определенные социальные роли и осуществлять взаимодействие с другими людьми), эмоциональную регуляцию (способность распознавать, выражать и регулировать свои эмоциональные реакции), гибкость функционирования (способность адаптироваться к меняющимся условиям и подстраиваться к решению новых ситуативных задач) и в целом гармонию между душой и телом (умственным и физическим самовосприятием). Кроме того, психическое здоровье всегда персонифицировано и существует только в контексте личностных и этнокультурных ценностей индивида.

ВОЗ выделяет следующие *критерии психического здоровья*.

1. Осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я».
2. Чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях.

3. Критичность к себе, своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам.

4. Соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.

5. Способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами.

6. Способность планировать и реализовывать собственную жизнедеятельность.

7. Способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Описывая психически здорового человека, мы имеем в виду субъекта с изначально достаточно сбалансированным складом личности, обладающего определенной физической и психической активностью, с адекватным восприятием себя и окружающего мира, резонансной эмоциональностью, продуктивным критическим мышлением, устойчивым вниманием, удержанием в памяти необходимой текущей информации и знаний. Другими словами, психическое здоровье – это определенная совокупность личностно-психических свойств человека, позволяющих ему в соответствии с возрастом и полом адекватно отражать окружающую действительность, безболезненно адаптироваться к ее изменениям и удовлетворять свои биологические и социальные потребности.

Несмотря на то что психическое здоровье в настоящее время рассматривается не столько как отсутствие психических отклонений (негативистский редукционистский подход), сколько как душевное благополучие (позитивистский холистический подход), т. е. скорее как ценностная общегуманистическая категория, оно традиционно изучается в рамках психиатрии, являющейся медицинской дисциплиной.

Многие проблемы клинической психиатрии как медицинской специальности имеют свои корни в онтологических, гносеологических, мировоззренческих и других общих философских противоречиях.

Основными *философскими вопросами психиатрии* являются:

- о природе психических заболеваний;
- об определении и взаимоотношении психического здоровья и психического расстройства;
- о взаимосвязи понятий предметности, формы, содержания, смысла, целостной сущности и осознания;
- о психопатологическом определении понятия сознания, критериях его нарушения и степени ясности;
- о соотношении понятий «психики» и «сознания» в норме и патологии;
- о связи биологического и психического («сомы» и «психики»), включая взаимоотношения между психическими и соматическими болезнями;
- о взаимодействии «психики» (разума) и мозга;
- о связи психических расстройств с социальными и психологическими факторами;
- о роли общественной и исторической детерминации в нарушениях самосознания и личностных отклонениях;
- о таксономии (систематике) психических расстройств;
- о психиатрическом диагнозе в целом и валидности дефиниций отдельных диагностических категорий;
- об этических основаниях и границах оказания специализированной медицинской (психиатрической) помощи.

1.2. Граница между нормой и патологией

Одним из основополагающих вопросов психиатрии является определение *границы между нормой и патологией* (психическим расстройством). В отличие от большинства других медицинских специальностей, в психиатрии в отсутствие биологических маркеров психических расстройств эта граница не является четкой как по набору признаков, входящих в диагностические критерии, так и по длительности существования этих признаков, а скорее представляет собой континуум переходных состояний. При этом необходимо помнить, что вариабельность нормы всегда шире патологической изменчивости. Фактически определение нормы в психиатрии является более гибким по сравнению с определением в общей медицине и предстает в виде широкого разнообразия переходных (предболезненных) конституциональных и клинических форм, которые могут быть объединены лишь общим критерием достаточности социальной адаптации. Это часто служит одним из аргументов критиков, выступающих с антипсихиатрических позиций и утверждающих, что диагноз в нашей специальности не отражает естественные патологические сущности, а носит чисто консенсусный характер и фактически представляет собой некий социальный ярлык для обозначения этих договоренностей между специалистами.

На самом деле такой нигилистический подход игнорирует сложную объективную реальность психопатологических феноменов (симптомов). Эти простые элементы невозможно упорядочить по типу четкой периодической таблицы Менделеева, поскольку психиатрические фенотипы представляют собой пересекающиеся множества симптомов (синдромы), образующих взаимодействующие дименсии (пересечение спектров), и, следовательно, диагностический порог может меняться в зависимости от медицинской и социальной необходимости. В последнее время, например, предпринимаются попытки оценки таких пороговых (предболезненных) вариантов в категориях вероятностной теории рисков с разработкой операциональных критериев состояний с высоким или ультравысоким риском развития психического расстройства или так называемых *мягких* или *ослабленных* форм. В известной мере это разрешает диалектическое противоречие между дискретностью и непрерывностью психопатологических проявлений, а также между нормой и психической патологией. На практике для определения психических отклонений зачастую используются формальные социально-поведенческие критерии непродуктивности или неадекватности психической деятельности, т. е. отсутствие ее смысловой направленности или несоразмерность поведенческих и эмоциональных реакций ситуации, в которой находится человек в данный момент, а также недостаточность критического отношения к подобным реакциям, высказываниям и поведению.

Другими словами, четкой границы между нормой и патологией в психиатрии не существует, она является предметом непрерывных споров, а также зависит от культурных, религиозных, исторических, социальных, этических, языковых, интеллектуальных и многих других факторов, в том числе определяется, например, принятыми социально-этическими нормами данного исторического периода развития общественных отношений.

1.3. Психическое расстройство

Определение психического расстройства или нарушения психического здоровья (психическое нездоровье) отягощено теми же общими методологическими проблемами медицинского диагноза и также является предметом столкновения различных позиций. Эти противоречия скорее носят диалектический взаимодополняющий характер. Крайне затруднительно дать такое операциональное определение, которое одновременно будет удовлетворять нуждам клинической практики и научных исследований, т. е. включать ключевые понятия дистресса, инвалидизации и дисфункции, а также объяснять в определенных рамках существование пограничных случаев.

В настоящее время под **психическим расстройством** (по МКБ-10) понимают клинически определенную группу симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и/или препятствуют личностному функционированию (дезадаптация). В МКБ-10 термины «болезнь», «заболевание», «нозологическая форма» не используются, поскольку «расстройства» лишь частично соответствуют систематическому медицинскому определению нозологической единицы. Кроме того, в отличие от соматического заболевания психические расстройства не всегда отвечают обязательному критерию наличия субъективного страдания или плохого самочувствия. Психически больные люди могут вообще не предъявлять никаких жалоб и нередко быть вполне удовлетворены своим состоянием, прежде всего в силу недостаточного осознания своего расстройства (*анозогнозии*).

В соответствии с дефиницией в новом пересмотре МКБ-11 *психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития* представляют собой синдромы, характеризующиеся клинически значимыми нарушениями в когнитивной сфере, эмоциональной регуляции или поведении человека, которые отражаются на психологических, биологических и связанных с развитием процессах, определяющих психическое и поведенческое функционирование. Эти отклонения обычно сопровождаются дистрессом или нарушениями в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной или других важных сферах функционирования.

Несмотря на отсутствие тождественности в определении психических и общемедицинских заболеваний, распространенность, тяжесть и бремя для общества психических расстройств достаточно велики и сопоставимы с основными соматическими нозологиями. Так, по данным ВОЗ, по такому показателю, как DALY's (англ. Disability Adjusted Life Years), т. е. числу потерянных лет жизни вследствие преждевременной смертности и нетрудоспособности, нейропсихиатрические расстройства суммарно составляют почти треть среди всех медицинских причин (28,5 %) и более чем в два раза опережают сердечно-сосудистые (13,9 %) или онкологические (12,6 %) заболевания, причем депрессия занимает второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. В молодой популяции (до 45 лет) первые пять мест по этому показателю среди всех причин уверенно принадлежат психическим расстройствам (рекуррентная депрессия, алкоголизм и другие химические зависимости, тревожные расстройства, биполярное расстройство и шизофрения).

По последним данным ВОЗ, около 350 млн человек в мире страдают от симптомов депрессии, число потерянных лет активной жизни составляет 1,4 млн, или 8 % от общего числа всех причин нетрудоспособности, а ежегодный мировой экономический ущерб составляет около 1 трлн долл. США. В России, по данным С.А. Шальной, депрессия в течение жизни встречается почти у 25 % населения, что выше, чем в любой другой стране мира. Помимо высокой распространенности (в среднем это каждый пятый человек в мире), психические расстройства, как правило, начинаются в подростковом (у 50 % – до 14 лет) или молодом возрасте (у 75 % – до 24 лет) и часто приводят к значительному снижению уровня соци-

альной адаптации (в среднем, у одного из 20 заболевших наступает инвалидизация). Другими словами, психические расстройства – это хронические заболевания молодых людей, что делает психиатрию важнейшей медико-социальной дисциплиной.

В настоящее время в психиатрии доминирует биопсихосоциальная парадигма развития психических расстройств с признанием головного мозга в качестве основного субстрата психической патологии. **Биопсихосоциальная модель** была предложена американским терапевтом, занимающимся психосоматическими расстройствами, Джорджем Энгелем в 1977 г. (рис. 1.1). В ее основе лежала стресс-диатезная гипотеза в сочетании с популярным в то время системным подходом, который постулировал, что целостная биологическая система представляет нечто больше, чем ее части, и ни одна из частей не может быть понята без ее отношения к целому. В психиатрии эта модель одновременно оппонировала двум доминирующим в середине XX в. парадигмам – как бурно развивающейся в связи с появлением психофармакологии – *биомедицинской*, так и в связи с не менее активно развивающейся психотерапией – *ортодоксальной психодинамической* концепциям, которые страдали явной однобокостью и редуционизмом. В этом смысле биопсихосоциальная модель безусловно явилась определенным прогрессом в целостном понимании этиопатогенеза психической патологии как мультикаузального расстройства со сложным взаимодействием биологических, психологических (прежде всего личностных) и социальных факторов, имеющих как рискованный, так и протективный характер. При этом взаимодействие всех компонентов порождает новые, качественно иные (эмерджентные) свойства целостного психического расстройства.

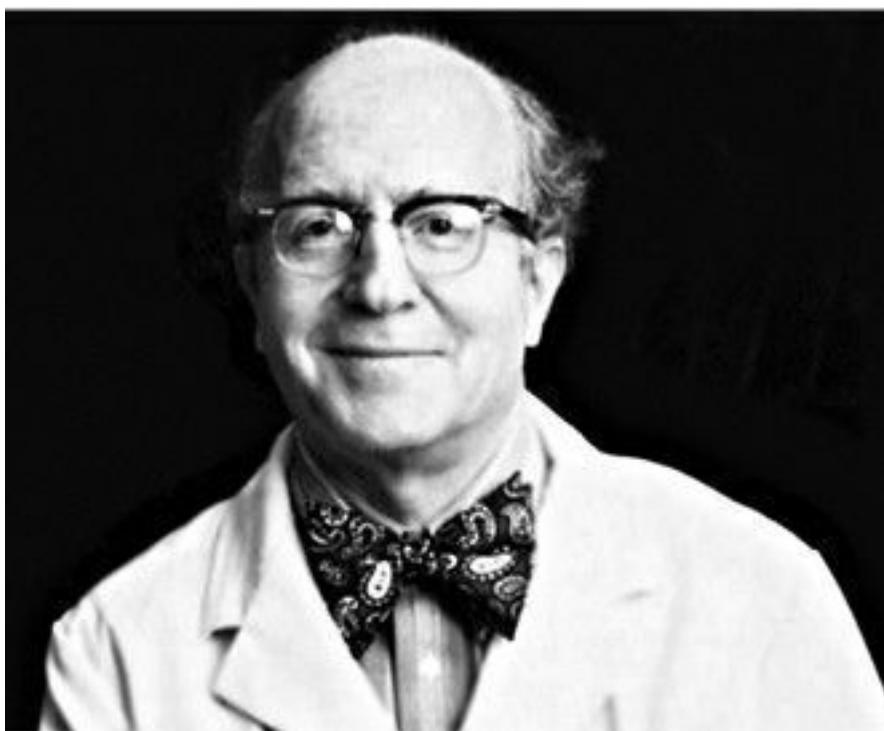


Рис. 1.1. Джордж Энгел (1913–1999)

Вместе с тем нельзя не признать известную эклектичность и условность этой модели для обобщенного объяснения развития всех психических нарушений, поскольку механистическая и точная оценка вклада этих факторов в развитие заболевания вряд ли возможна и конструктивна. Кроме того, модель страдает теоретическим релятивизмом, поскольку не может дать однозначных ответов на основные философские вопросы психиатрии и отнюдь не ограждает нас от преобладания в ее рамках влияния культурализма (социальных факторов) и психологи-

ческого или нейробиологического редукционизма. В последнее время мы нередко наблюдаем эти явления как в повседневной практике, так и при развитии отдельных научных направлений. Более того, модель не учитывает значимость в возможности формирования психических расстройств духовных факторов, таких как мировоззрение, вера, моральные ценности, этические принципы, нравственные убеждения, способность к любви, нормы счастья, достоинства, честности и личностной автономии (свободы выбора), т. е. гуманитарной сущности и «человеческой самости», по выражению К. Ясперса. Например, крушение коммунистических идеалов в период перестройки в 90-е годы прошлого века в СССР привело многих людей, особенно лиц пожилого возраста, к моральной растерянности, духовной опустошенности, потере нравственных ориентиров. Одни из них нашли альтернативу и утешение в религии, но у многих развились тяжелые психосоматические расстройства и депрессивные состояния, а некоторые погибли вследствие суицида (рис. 1.2).

С развитием новых технологий и системной медицины в последние годы значительно больше внимания стало уделяться проблемам течения заболеваний (длительное динамическое наблюдение), фенотипированию в континууме «здоровье – болезнь», тонким когнитивным нарушениям, изучению коннектома и функциональной связности отдельных нейрональных сетей (применение фМРТ и других методов нейровизуализации мозга), а также использованию системных стратегий, включая мультисистемный (полипрофессиональный) анализ, дименсиональный и интегративный подходы. Более того, по аналогии с точной медициной появилось понятие «**точной психиатрии**», под которым понимают новый подход к диагностике, лечению и профилактике психических расстройств, предусматривающий учет индивидуальной вариабельности генов, окружающей среды и образа жизни.

Результаты, полученные в рамках различных исследовательских направлений (геномика, нейровизуализация, нейропсихология, фундаментальная наука, электрофизиология, демография, клиника, травматические события, образ жизни, записи электронных историй болезней, данные мобильных устройств), накапливаются в базах больших данных и конвергируются в несколько доменов (паномика, включая омиксные биомаркеры, молекулярные и физиологические мишени, коннектомика, когнитивные функции, факторы окружающей среды, индивидуальные характеристики). Анализ этой информации с помощью вычислительной психиатрии формирует набор наиболее приемлемых биомаркеров (*биосигнатура*), использование которых в различных популяциях пациентов приводит к лучшей диагностике (выделению более гомогенных диагностических категорий и вероятных эндофенотипов, которые не выявляются в клинической практике), а следовательно, и к более дифференцированному прогнозу и лечению. Главная цель всех этих новых высокотехнологичных подходов – максимальная персонификация диагностики и терапии.



Рис. 1.2. Биопсихосоциальная модель психических расстройств с учетом духовной составляющей

По-видимому, ни одна из существующих теоретических парадигм не в состоянии пока объяснить все проблемы психиатрии. Прагматический плюрализм с гибким использованием различных или комбинированных подходов, наиболее эффективных для решения той или иной проблемы, так же как и эпоха К. Ясперса, остается пока единственным продуктивным подходом в психиатрии.

1.4. Психиатрический диагноз

Вопросы установления диагноза в психиатрии и диагностический процесс до сих пор являются предметом жарких научных споров сторон, часто выступающих с совершенно противоположных и порой непримиримых позиций не только в области самой психиатрии, но и в общей медицине, психологии и философии.

Гносеологически со времен древнегреческих философов Платона и Аристотеля проблема медицинского диагноза упирается в решение основного вопроса философии об отношении сознания и бытия и соответственно первичности материи или идеи. Платон доказывал, что идеи первичны и соответственно был выразителем нозологического диагноза и создания классификаций болезней по общим клиническим проявлениям. Аристотель утверждал, что материя и чувственное познание первичны, каждый больной индивидуален и соответственно классификация должна строиться по типу объединения сходных клинических случаев, т. е. имеет смысл только изучение «подобных друг другу случаев с точки зрения того, что в них есть общего». Главным последователем взглядов Аристотеля в медицине был Гиппократ, который считал, что проявления болезни и ее течение индивидуальны и систематика клинических картин бесполезна, а значение имеет только описание подобных больных.

Современная клиническая психиатрия как медицинская специальность сформировалась уже в начале XIX в. и всегда была ареной для столкновения различных медицинских, психологических и этико-философских концепций – от полного отрицания психических заболеваний в классическом медицинском понимании до декларирования биологического этиопатогенеза отдельных нозологических единиц. Яркими представителями классического нозологического подхода были немецкие психиатры Карл Кальбаум и Эмиль Крепелин, которые старались ставить диагноз психического заболевания на основании общности этиологии, сходства клинических проявлений, течения и исхода, подразумевая, что в будущем будут найдены точные причины той или болезни и одинаковые изменения в головном мозге. Приверженцы взглядов Аристотеля и Гиппократа немецкие ученые Вильгельм Гризингер и Альфред Гохе придерживались концепции «единого психоза», утверждая, что все психические проявления болезни – суть индивидуальные реакции ткани мозга на экзогенные и эндогенные вредности. Примирительную плюралистическую позицию занимал выдающийся немецкий психиатр и философ Карл Ясперс, который считал, что «выделение единиц болезни указывает направление плодотворного исследования, являясь подлинным ориентиром для эмпирического единичного изучения».

Долгое время доминирующий в мировой и отечественной психиатрии нозологический подход в XXI в. подвергся существенной критике и ревизии. Это частично отразилось в новых классификациях, но также явилось свидетельством того, что наша специальность как медицинская наука находится в известном кризисе и поиске новых парадигм для создания более надежных диагностических подходов. Очевидно, что по сравнению с другими медицинскими дисциплинами в психиатрии назревает разрыв между научными исследованиями и практикой, а также между актуальной диагностикой и лечением.

Наряду с традиционным нозологическим подходом в рамках классической медицинской парадигмы, были предложены и другие модели установления диагноза психических расстройств, учитывающие различные стороны их патогенеза. Наиболее известные из них, популярные в разные периоды развития психиатрии: психоаналитическая, стресс-диатезная, реактивно-личностная, конституционально-психогенная с выделением этиотропных причин воздействия различных факторов окружающей среды, спектральная (дименсиональная), социальная и др. Однако в настоящее время в психиатрии доминирует плюралистический или интегративный прагматический подход, предложенный К. Ясперсом. Его заслуга в том, что

он иерархически упорядочил психопатологические синдромы по тяжести поражения психической деятельности, предложил феноменологические критерии разграничения патологического процесса от развития личности и соотнес эти понятия с определенными нозологическими рамками.

Несмотря на все многообразие этих теорий психиатрического диагноза, с эпистемологической точки зрения их по-прежнему можно объединить в два основных направления: 1) классическое; 2) интегративное. Представители первого (Платон, Э. Крепелин, К. Гемпель, Р. Спитцер и другие современные последователи неокрепелиновского подхода) руководствуются принципом, что любой научный конструкт состоит из необходимых и достаточных характеристик (элементов), подчиняющихся определенным причинно-следственным закономерностям (классификация, опирающаяся на категориальный подход – нозологические единицы или операциональные критерии). Так же как в свое время Э. Крепелин, они постулируют, что бурно развивающиеся нейронауки обязательно обнаружат специфические для каждой нозологии патологические нарушения на уровне нейросетей или молекул (белков) и соответственно будут найдены специфические методы лечения.

Представители второго направления (Аристотель, Гиппократ, В. Гризингер, К. Ясперс, А. Франсес, Д. Филипс, Д. Стейн и др.) утверждают, что наука представляет собой часть социальной активности, опирающейся на временные теории, модели и нравственные ценности, но тем не менее отражающие объективную реальность и закономерности, т. е. вероятные естественные механизмы болезни. При этом четкой границы между нормой и патологией не существует, а диагностические категории не являются естественными сущностями и преследуют исключительно прагматические цели. Гены и среда взаимодействуют определенным образом, меняя риски и предрасположенности к развитию того или иного спектра психопатологических нарушений, поэтому для эффективной терапии одновременно важны клинический, биологический и социальный подходы.

Справедливости ради следует упомянуть еще третье, давнее критическое (антипсихиатрическое) направление, достаточно популярное в западной науке и в настоящее время. Его лидерами являются такие известные философы, как Людвиг Витгенштейн и Мишель Фуко. Их агностический подход заключается в представлении, что научные понятия и закономерности относительны и меняются с течением времени в зависимости от новых знаний и технологий, поэтому психика не может быть объектом естественно-научного подхода. Психические расстройства, по их мнению, – не более чем искусственные социальные и культурные конструкты (некие ярлыки для психосоциальных проблем), отражающие доминирующие общественные отношения и созданные для объяснения и контроля субъективного опыта. В своих рассуждениях они опираются на то, что нейровизуализационные и генетические исследования не обнаружили причин (биомаркеров) основных психических расстройств, а социальная их составляющая серьезно недооценивается, поэтому воздействие на социально-средовые факторы может существенно улучшить исходы заболевания.

1.5. Систематика психических расстройств

Традиционно все психические расстройства условно подразделяют по вероятной этиологической принадлежности на три большие группы.

1. Экзогенные психические расстройства, вызванные какой-либо соматоневрологической патологией или любыми внешними вредностями. Это, например, могут быть черепно-мозговые травмы, инфекции, интоксикации, опухоли, атеросклероз сосудов головного мозга, острые и хронические соматические заболевания. Клинически экзогенное поражение головного мозга может проявиться следующими синдромами: психоорганический синдром, синдром умственной отсталости, синдром деменции, делирий, аменция, некоторые варианты расстройств личности (например, эпилептоидный, астенический, эксплозивный синдромы).

2. Эндогенные психические расстройства развиваются только на конституциональной основе и связаны с наследственными (генетическими) факторами. Какие-либо внешние вредности (как экзогенные, так и психогенные) не могут служить причиной такого рода заболеваний, но могут провоцировать их манифестацию и обострения. К эндогенным болезням относятся, главным образом, шизофрению, аффективные расстройства и эпилептическую болезнь. В классификации МКБ-11 термин заменен на **первичные** (англ. *primary*) психотические расстройства, т. е. подразумевается, что экзогенные (как органические, так и психогенные) психические расстройства вторичны.

3. Психогенные психические расстройства, вызванные психотравмирующей ситуацией. В данном случае мы сталкиваемся с психическими нарушениями, появившимися из-за того, что личность человека не справляется с обрушившимся на нее бременем. Примерами психогенных психических нарушений служат стрессовые, невротические и тревожные расстройства, а также некоторые аномальные психогенные личностные реакции (патологические развития личности).

В последнее время такое деление представляется недостаточно оправданным, поскольку как при эндогенных, так и при психогенных расстройствах были обнаружены структурные изменения головного мозга и воспалительные процессы, а также связанные с ними когнитивные нарушения, больше характерные для экзогенно-органических нарушений. Многие психопатологические проявления и их выраженность зависят от степени (чисто количественных параметров) поражения мозговых структур и компенсаторных нейропластических возможностей ЦНС. Поэтому некоторые авторы не без основания предлагают делить психические расстройства на две большие группы: **функциональные** (полностью или частично обратимые) и **структурные** (органические), т. е. связанные с необратимыми морфологическими изменениями мозга. Функциональные расстройства имеют генетическую или (по несколько устаревшей терминологии) «эндогенную» основу, хотя в их провоцировании могут принимать участие различные внешние факторы, включая экзогенные, психогенные и социальные.

Современные классификации, в том числе принятая сейчас в России МКБ-10 и ее следующий (11-й) пересмотр, практически полностью отошли от медицинской нозологической модели и построены преимущественно по синдромальному принципу с использованием жестких и ограниченных операциональных критериев, состоящих из часто пересекающихся наборов симптомов. Они страдают эмпиризмом, эклектичностью, операциональным редуционизмом, определенной искусственностью (формализмом), сущностной инфляцией (обесцениванием психопатологической сути) ряда диагностических категорий со стиранием их границ, которые в основном были определены клинически в прошлом веке на основе тщательного феноменологического и динамического анализа. Операциональные критерии также не дают целостной оценки психического расстройства, поскольку не всегда учитывают анамнез, субъективную картину психических нарушений и влияние культурных и социальных факторов.

К сожалению, многие критерии преимущественно опираются на наблюдаемые внешне нарушения поведения. Это приводит к исчезновению некоторых концептуально важных, холистических понятий классической психиатрии, как, например, невроз или эндогенная депрессия, отграничение патологического процесса и развития личности, или к девальвации иерархического принципа диагностики на основе уровней (регистров) тяжести психического нарушения. По этой причине возникает необходимость установления нескольких параллельных диагнозов, что создает искусственную проблему коморбидности.

В погоне за терминологической унификацией и надежностью диагностических категорий современные классификации в известной мере принесли в жертву их специфичность и обоснованность. В них нарушены некоторые существенные общие принципы медицинской таксономии, снижается биологическая и прогностическая валидность некоторых диагнозов. Кроме того, существует опасность «овеществления» искусственно вербализованных (консенсусных) категорий, которые в реальности не являются естественными биологическими сущностями. Более детально проблемы классификации, в том числе достоинства и недостатки дименсионального и категориального подходов, и коморбидности психических расстройств изложены в главе 4, посвященной их диагностике.

Согласно биопсихосоциальному подходу, с учетом тяжести поражения психической деятельности и степени социальной дезадаптации принято также выделять психотические и непсихотические расстройства.

Психотические расстройства характеризуются:

- 1) грубой дезорганизацией психики с искажением картины мира или изменением ясности сознания;
- 2) нарушениями поведения, т. е. неполной способностью контролировать свои действия;
- 3) отсутствием критики к психическому расстройству (**анозогнозия**);
- 4) выраженным снижением социального и личностного функционирования.

При **непсихотических или пограничных психических расстройствах** сохраняется адекватность психических реакций по содержанию, но не по форме, сохраняются способность к реальному восприятию действительности, контроль над поведением, определенный уровень критичности и социального функционирования, имеется стремление к преодолению психических нарушений или их компенсации.

Такое деление носит довольно условный характер, поскольку большинство психических расстройств представлены в виде синдромального спектра типичных нарушений от легких до тяжелых вариантов. В рамках одной нозологии, например при аффективных расстройствах, могут наблюдаться как психотические, так непсихотические формы. Поэтому подобное разделение имеет смысл исключительно в социальном отношении и для организации психиатрической помощи.

1.6. Диагностические методы

Основной задачей психиатрии, как и в других медицинских специальностях, является диагностика и лечение психических расстройств. Однако диагностические методы, используемые психиатрами, за последние два века существенным образом не изменились. Именно этот факт обуславливал то, что длительное время психиатрию считали второстепенной специальностью. Для специалиста, который близко не знаком с психиатрией, может показаться, что диагностика психических расстройств осуществляется недостаточно точно. Действительно, до настоящего времени мы используем преимущественно клинические методы: расспрос, беседу, данные субъективного и объективного анамнеза, а также наблюдение за пациентом. Лабораторные и инструментальные методы играют только вспомогательную роль, которая, однако, неуклонно приобретает все большее значение. В адрес психиатрии звучит достаточно много критики, которая связана с субъективизмом постановки психиатрического диагноза. Но при более детальном рассмотрении становится понятным, что психиатрия не сильно отличается от других медицинских специальностей. Если врач старается оценить комплекс психических, социальных и соматических составляющих конкретного пациента, то патология и ее влияние на весь организм будет представляться более четко.

В клинической психиатрии *клинико-психопатологический метод* (клинико-описательный или клинико-феноменологический) является основным методом диагностики и оценки психического статуса пациента – от выявления психопатологических симптомов и синдромов до постановки психиатрического диагноза. Еще в 1845 г. выдающийся немецкий психиатр Вильгельм Гризингер называл психиатрию эмпирической наукой и считал, что психиатрия знает только совокупность симптомов (фактически индивидуальные реакции ткани мозга на экзогенные или эндогенные вредности), происхождение их знает только приблизительно, а механизма не знает совсем. К настоящему моменту развития нейропсихиатрии с отсутствием специфического нейробиологического субстрата ситуация почти не изменилась, и для большинства психических нарушений только клиническая и феноменологическая оценка психического состояния пациента применяются для диагностики психического расстройства. Наряду с ними в психиатрии важен еще межперсональный подход, позволяющий оценить реактивно-личностную и социальную составляющие в развитии клинического синдрома.

Наибольшее распространение в психиатрии в настоящее время получил *клинико-описательный метод*, основанный на наблюдении и стандартизованном описании психопатологических явлений с определением их совокупностей (синдромов или расстройств) в соответствии с заданными дифференцирующими правилами или критериями. Метод позволяет осуществлять категоризацию и типологизацию психических нарушений, а также при необходимости вводить детальную количественную (дименсиональную) оценку, например, выраженности признака или тяжести состояния. Частными и дополнительными вариантами развития этого подхода служат операциональный и психометрический методы.

Операциональный метод подразумевает разработку набора стандартизированных критериев (признаков) или диагностических правил (алгоритмов), обладающих наибольшей дифференцирующей способностью между отдельными клиническими категориями. Помимо коммуникативной ценности, обеспечивающей единство профессионального языка, терминологии и понимания, введение операциональной диагностики позволило существенно повысить надежность и воспроизводимость данных эпидемиологических и терапевтических исследований.

Психометрический метод дает количественную оценку выраженности психопатологических симптомов и синдромов с помощью специально разработанных и валидированных врачебных шкал или опросников для пациентов. Основными преимуществами метода являются его относительно более высокая объективность за счет опосредованного сравнения со стан-

дартом, повышения интеррейтинговой чувствительности, возможности применения слепой оценки и выявления скрытых связей между анализируемыми признаками с помощью современных методов многомерной статистики. Интересно, что даже короткие психометрические шкалы показали лучшую дифференцирующую способность, большую рейтинговую валидность и прогностическую ценность, чем классические описательные дефиниции психопатологических синдромов и различные категориальные систематики психических расстройств. Наряду с этим нельзя не отметить и отрицательные стороны обоих методов – очевидный «ползучий» эмпиризм, редукцию феноменологической сущности психопатологических симптомов и синдромов, чрезмерное упрощение клинической реальности, ограничение биопсихосоциального подхода и холистического понимания природы психического страдания.

Сегодня все реже используется популярный ранее и более субъективный *метод феноменологического анализа*, разработанный в рамках понимающей психологии (нем. *verstehende Psychologie*) и основанный на интуитивном понимании воспроизводимых феноменов в их целостности и взаимосвязи. Основные задачи феноменологического анализа в психиатрии К. Ясперс определял следующим образом: 1) *репрезентация* или *актуализация* (нем. *Vergewärtigung*), т. е. образное выявление с помощью эмпатического понимания («прочувствования») субъективного опыта пациента, который ранее не был доступен, с осознанием связей этого опыта во временном континууме прошлого и будущего; 2) *демаркация* или *разграничение* (нем. *Begrenzung*), т. е. дифференциация отдельных феноменов, их концептуализация и объяснение взаимосвязей между ними; 3) *описание* (нем. *Beschreibung*), т. е. установление принадлежности феноменов к другим подобным случаям (синдромам), их сравнение, выделение общих признаков и последующее распределение по систематически упорядоченным сериям случаев (диагностическим категориям).

Карл Ясперс (рис. 1.3) предлагал две основные техники изучения психопатологических феноменов – *казуальное объяснение* (нем. *Erklären*) и *осмысленное понимание* (нем. *Verstehen*). Первая относится больше к объективно-описательному подходу и направлена на обнаружение причинно-следственных связей, характерных для биологических процессов, вторая – к экзистенциальному (феноменологическому) и направлена на выявление смысловых психологических связей в переживаниях пациента. Последний подход опирается прежде всего на оценку психопатологических проявлений как компонентов восприятия личности пациента и подразумевает анализ его переживаний (т. е. всего того, что присутствует в данный момент в сознании пациента). Он основан на однократном «интуитивном схватывании» целостных клинических феноменов, а «объективация» происходит на основе многократного воспроизведения в клиническом опыте. Главной целью феноменологического анализа является вопрос о степени понятности психопатологического феномена (субъективный психопатологический подход). К. Ясперс выделял статическое (выражение непосредственных переживаний) и генетическое (динамика, переход от одного статического феномена к другому, выявление связей между переживанием и жизненным опытом) понимание. Соответственно, выстраивание последовательности и логики возникновения отдельных феноменов (симптомов) поддается *интерпретации* («объяснению»). Например, формирование паранойи можно вывести из характерологической подозрительности. При этом клинические феномены обычно рассматриваются в статике как отражение интрапсихических процессов (побуждений, переживаний, форм коммуникации, структурно-динамических изменений, личностного опосредования и т. д.), т. е. трактуются герменевтически.

Психопатологические феномены, выявленные через непосредственное восприятие врачом переживаний пациента (*эмпатическое вчувствование*, проникновение в суть, преломление через собственный жизненный опыт), посредством знаний и умений врача могут квалифицироваться как симптом, соответствующий описательному признаку или черте определенного синдрома. Поэтому *клинико-психопатологический метод может использовать феноменоло-*

гический анализ, но не должен им ограничиваться. Изучению подвергаются не только различные проявления психического состояния пациента, в том числе в виде его переживаний в текущий момент (статус), но и в течение жизни (анамнез), а также влияние различных факторов внешней среды, что дает целостную (*холистическую*) оценку с учетом ситуативных и индивидуальных особенностей. Феноменологический подход не претендует на поиск этиологии или создания классификаций психических расстройств, скорее он обеспечивает общий язык между другими теоретическими подходами, выделяя наиболее элементарные, но строго определенные и дифференцированные, субъективные феномены.

В условиях кризиса нозоцентрической парадигмы, который отчетливо обозначился в психиатрии в начале XXI в., выделение элементарных психопатологических феноменов вновь оказалось востребованным для поиска биомаркеров. Это обусловлено тем, что некоторые из таких феноменов (например, ангедония) стали претендовать на роль простых промежуточных эндофенотипов, с одной стороны, определяющих нарушения поведения (психопатологический синдром), а с другой, связанных с нарушением работы определенных мозговых структур, нейросетей и когнитивных функций. В этой связи новый интерес представляют изложенные здесь ниже интегративная диагностическая модель и систематика психических расстройств К. Ясперса.



Рис. 1.3. Карл Ясперс (1883–1969)

Другие методы, такие как экспериментально-психологический, биологический (параклинические, лабораторные, инструментальные, включая современные нейровизуализационные исследования), оценка соматического и неврологического статуса носят дополнительный характер, они более подробно описаны в главах 4 и 5.

1.7. Общая психопатология, симптомы и синдромы

Общая психопатология – это теоретический раздел психиатрии (психиатрическая онтология), который изучает общие закономерности психического расстройства, семантику терминов и понятий психиатрии, отдельные (симптомы) и типовые (синдромы) психо-патологические проявления, их систематику, свойства, становление, развитие, взаимосвязь, природу и происхождение. Основная задача общей психопатологии – изучение наиболее типичных (общих) проявлений нарушений психической деятельности, которые характерны для большинства патологических процессов, развивающихся в ЦНС.

Результаты научных исследований показывают, что ЦНС является основой сенсорных, моторных и психических функций человека, определяющих его когнитивные, эмоциональные и волевые процессы, обеспечивает самосознание, сон, восприятие болевых ощущений, а также получение и обработку информации и социокультурного взаимодействия. В этом смысле общая психопатология неразрывно связана с другими медицинскими дисциплинами и похожа на общую патофизиологию или даже является ее частью, поскольку позволяет выявить типичные варианты прогрессирования болезни (**патокинез**) и смены синдромов (**синдромокинез**).

Правильная психопатологическая оценка статуса (выявление ведущего клинического синдрома) уже во многом позволяет определить корни патологического процесса и его прогноз. Тем не менее, по мнению А.В. Снежневского, общая психопатология неотрывно связана с частной психиатрией, так как типовые психопатологические процессы не существуют вне отдельных болезней, они являются результатом обобщения изменений, которые возникают при отдельных психических расстройствах. Вместе с тем установление общих закономерностей развития нарушений психики позволяет лучше понять и проанализировать индивидуальные особенности течения того или иного расстройства. В отличие от **патопсихологии**, которая, по определению Б.В. Зейгарник, исследует структуру нарушений психической деятельности, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой и оперирует понятиями психологии, **общая психопатология** оперирует сугубо клиническими понятиями (симптом, синдром, продром, исход, этиология, патогенез и др.) и является разделом психиатрии как медицинской дисциплины, цель которой – установление диагноза и лечение пациента.

Синдром (от греч. *syn* – совместный; *drome* – бег; «совместный бег симптомов») – совокупность (общность) симптомов, объединенных общим механизмом развития (патогенеза или психогенеза), устойчиво наблюдающихся одновременно, имеющих закономерные внутренние связи, стойкие комбинации постоянно повторяющихся элементарных психических процессов, заложенных в ЦНС индивида (система различных предрасположенностей), которые обнаруживаются в виде типических реакций в ответ на воздействие различных внешних или внутренних факторов (вредностей).

К. Ясперс к критериям психопатологического синдрома относил сцепленность и повторяемость (частое одновременное возникновение) выраженных объективных и субъективных феноменов с объединением «первичных» и «вторичных» симптомов. При этом последние связаны с личностной переработкой «первичных» симптомов или влиянием факторов внешней среды. Он считал, что сами по себе синдромы диагностически (нозологически) неспецифичны, но представляют собой единые и относительно устойчивые клинические сущности, которые в отсутствие другой биологической основы заслуживают самого пристального рассмотрения при создании новой таксономии в психиатрии.

С учетом превалирующего синдромологического принципа построения современной классификации психических и поведенческих расстройств, правильная квалификация психопатологического синдрома и его динамики (синдромокинеза) является краеугольным камнем постановки клинического диагноза. Кроме того, именно синдром служит главной мишенью

выбора метода терапевтического вмешательства, а **синдромокинез** определяет терапевтическую динамику, а также прогредиентность (прогрессирование) или регредиентность (обратное развитие) психопатологического процесса в целом. При этом следует учитывать, что развитие психических расстройств часто сопровождается увеличением числа симптомов, изменением их взаимодействия, усложнением или расщеплением (например, под воздействием той или терапии) и трансформацией синдромов. Смена синдромов, их движение отражают специфический для отдельного расстройства механизм (**патокинез**), вероятно, связанный с определенными звеньями биологического патогенеза заболевания, например, с патологической активностью нейросетей, нейромедиаторными и нейроиммунными нарушениями.

Новые данные с применением сетевого анализа показывают, что симптомы могут взаимодействовать между собой с установлением устойчивых связей, образуя синдром. На нейрофизиологическом уровне это может быть объяснено образованием местных нейронных петель обратной связи, причем в отсутствие какого-либо общего центрального механизма. При этом эти связи достаточно динамичны и могут меняться под влиянием различных факторов (например, вследствие терапевтического воздействия), приводя к образованию новых связей и новых синдромов. По сути, многие психопатологические синдромы могут быть интерпретированы как **коннектопатии**, т. е. связаны с нарушением слаженной интегративной активности коннектома в целом или с искажением взаимодействия отдельных функциональных нейросетей (например, при депрессивном синдроме).

Кроме того, следует учитывать не только качество (особенности) клинического синдрома, но и регистр (тяжесть) поражения психической деятельности, в рамках которого он развивается (например, личностный, психогенный или невротический, аффективный, психотический или органический), обозначаемые как **регистр-синдромы**.

Синдром также следует отличать от **симптомокомплекса**, который, по выражению В.Х. Василенко, представляет собой «неопределенный конгломерат явлений, не объединенных какой-либо общей связью или происхождением». В психиатрии термин «симптомокомплекс» был введен К. Кальбаумом и часто в практике используется как эквивалент синдрома, что неверно. **Симптомокомплекс** – это понятие статическое и определяется суммой всех симптомов, выявляемых у конкретного пациента на момент исследования, в том числе тех, которые могут быть не связаны общим патогенезом.

Одной из последних попыток объективизации таксономической систематики психопатологических симптомов и синдромов с помощью психометрического метода, получившей широкий резонанс в современных научных публикациях, является проект HiTOP (англ. *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*). Психометрия, как указывалось выше, позволяет строить математические модели с выявлением латентных связей и скрытых признаков, которые не могут быть наблюдаемы прямым образом в беседе с пациентом, но могут быть обнаружены с помощью новых методов многомерной статистики, включая сетевой анализ. Идея научного консорциума заключалась в том, чтобы обнаружить наиболее гомогенные и сходные признаки (типические черты или симптомы), которые иерархически объединяются в эмпирические синдромы, а затем в более крупные категории дименсиональных спектров.

В результате проведенного таксономического анализа различных психопатологических симптомов, клинических признаков, дезадаптивных личностных черт и отклонений в поведении они сначала были сгруппированы в гомогенные компоненты тесно связанных симптомов. Совокупности компонентов составили многомерные синдромы, кластеры тесно связанных синдромов образовали субфакторы (например, субфактор страха, состоящий из социальной тревожности, агорафобии и изолированных фобий), а затем эти субфакторы (большие синдромы) были распределены в шесть основных спектров (континуумов) психических нарушений:

1) *спектр нарушений мышления* (особенности мыслительной деятельности, необычные убеждения, фантазии, элементы дезорганизации мышления, искажение представлений о реальности, а также некоторые идеаторные аспекты диссоциации и мании);

2) *спектр отстраненности* (эмоциональная отстраненность, ангедония, социальная отгороженность, незаинтересованность в половых отношениях, некоторые проявления алчности и недостаточной экспрессивности);

3) *антагонистический экстернализирующий спектр* (склонность к манипулятивному, агрессивному и другому антисоциальному поведению, включая воровство и мошенничество, лживость, бессердечие, властность, подозрительность);

4) *расторможенный экстернализирующий спектр* (импульсивность, отвлекаемость, безответственность, дезорганизация поведения, склонность к риску и антиобщественным поступкам, гиперактивность, злоупотребление психоактивными веществами);

5) *спектр интернализации* (эмоциональная неустойчивость, тревожность, покорность, недостаточная настойчивость, боязнь одиночества, сексуальные и пищевые нарушения, синдромы страха и дистресса);

6) *соматоформный спектр* (конверсия, соматизация, общее недомогание, головная боль, желудочно-кишечные расстройства и некоторые когнитивные нарушения).

Помимо общего для всех спектров *фактора психопатологии (р-фактор)* эти спектры по критерию силы связности и пересечению симптоматики объединяются в три *суперспектра*: *экстернализирующий* (антагонистический + расторможенный), *эмоциональной дисфункции* (соматоформный + интернализирующий) и *психотический* (нарушения мышления + спектр отчуждения). *Психотический суперспектр* наиболее характерен для шизофрении, поскольку включает дезорганизацию мышления и негативные симптомы, *суперспектр эмоциональной дисфункции* – для аффективных, тревожных, в том числе соматоформных и диссоциативных расстройств, а *экстернализирующий суперспектр* – преимущественно для личностной патологии.

Авторы предлагают проводить психопатологическую диагностику индивидуального пациента на различных уровнях этой иерархической системы с оценкой выраженности того или иного измерения признака, что, по их мнению, позволит дать более точную описательную характеристику психического состояния. Нельзя не заметить, что такой подход может представлять определенный теоретический интерес для будущих классификаций, так как определяет психопатологию по непрерывным спектральным параметрам, а не по дискретным категориям. Однако, на наш взгляд, он имеет низкую практическую ценность, поскольку включает симптомы, совершенно различные по своей феноменологической сущности, психогенезу, течению и прогнозу психопатологических состояний, требующих применения разных терапевтических стратегий. Не учитываются также другие факторы биопсихосоциальной модели, анамнез и течение психических расстройств с возможностью эквифинального исхода. Кроме того, выделение спектров, построенных пусть на иерархически упорядоченных, но все же описательных признаках, вряд ли может способствовать более эффективному поиску этиологии и биологических маркеров для создания истинной медицинской классификации.

1.8. Концепция позитивных и негативных расстройств

С точки зрения общей нейропатологии и прогноза течения заболевания, психопатологические симптомы и синдромы в психиатрии принято делить на **позитивные (продуктивные)** и **негативные (дефицитарные)**. Впервые такое деление было предложено британским неврологом Джоном Расселом Рейнолдсом в 1896 г. при изучении эпилепсии в рамках «виталистической теории». Он выделял **плюс-симптомы**, связанные с искажением или избыточностью естественных функций (бред, галлюцинации, судороги, патологические движения и др.), или новые признаки, не встречающиеся в норме, и **минус-симптомы**, или симптомы, связанные с выпадением или недостатком (дефицитом) естественных функций либо поведения прежде всего в отношении мотивации и интереса, хотя указывалась возможность выпадения любых функций (памяти, чувствительности, моторики при параличах и др.), так называемое *отрицание витальных свойств*. При этом позитивные и негативные симптомы не противопоставлялись и не исключали друг друга, т. е. считались функционально независимыми категориями.

Другой британский невролог Джон Хьюлингс Джексон (рис. 1.4) существенно развил этот подход, предложив стратификационную (послойную) концепцию диссолюции психической деятельности в соответствии с эволюционной теорией Чарльза Дарвина.

При возникновении психических расстройств наблюдается распад или диссолюция интегративной деятельности ЦНС с переходом ее на более примитивный уровень. Психопатологические проявления и темп этой диссолюции могут быть весьма разнообразны. Клиническим выражением первичного выпадения высших корковых функций является негативная симптоматика, соответственно позитивные симптомы развиваются вторично и обусловлены расторможением активности филогенетически более древних и примитивных подкорковых структур (низших уровней), проявляющейся в патологических формах реагирования (позитивные, прежде всего аффективные и психотические симптомы), которые фактически являются компенсаторными эпифеноменами (рис. 1.5). Каждому уровню диссолюции (поражению) психической деятельности соответствуют определенные психические нарушения, которые включают предшествующие.

Наращение выраженности как негативной, так и позитивной симптоматики обычно происходит постепенно и отражает последовательное поражение (стирание) слоев психической активности от более развитых и хрупких (филогенетически более поздних) к более примитивным и устойчивым (филогенетически более ранним). Это отражает движение (прогрессивность) патологического мозгового процесса, а клинически обнаруживается в патокинезе психопатологических синдромов с их переходом в более тяжелый регистр. При этом прежняя симптоматика как бы «смывается» и включается в новый уровень психического поражения.

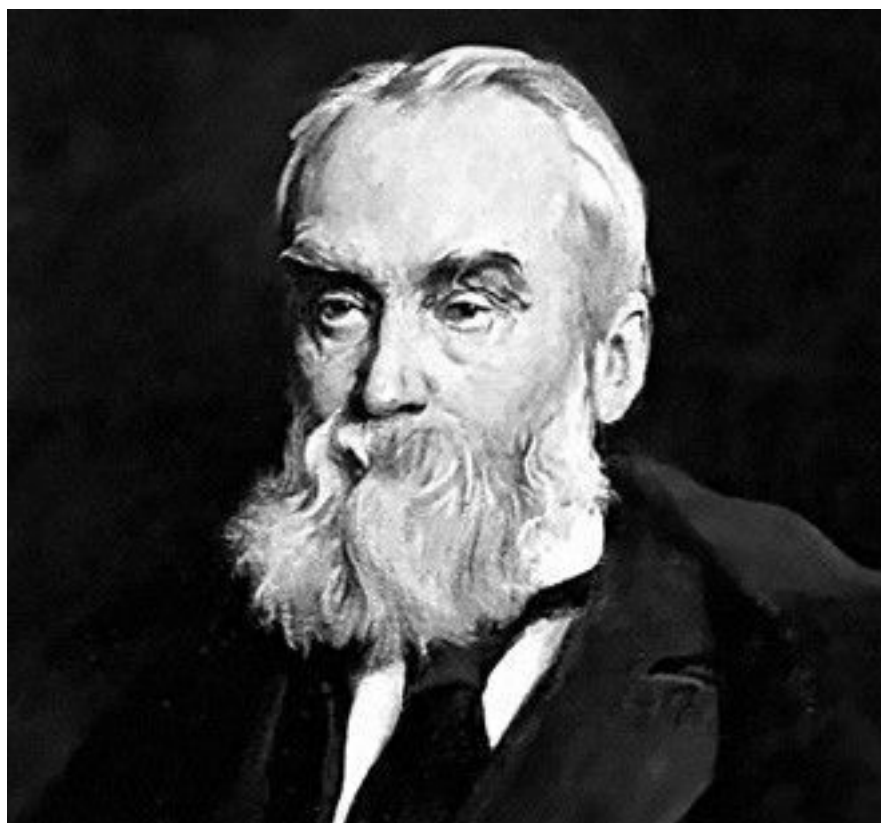


Рис. 1.4. Джон Хьюлингс Джексон (1835–1911)



Рис. 1.5. Взаимоотношение негативной и позитивной симптоматики в рамках стратификационной теории «диссоциации нервной системы» Д.Х. Джексона

Позитивная симптоматика (продуктивная симптоматика, плюс-симптомы) — это новые болезненные феномены, некая новая форма, появившаяся в результате болезни, отсутствующая у здоровых людей. Примерами продуктивной симптоматики служат онейроид,

делирий, бред и галлюцинации, кататония, эпилептиформные пароксизмы, навязчивые идеи, сенестопатии, явления деперсонализации и дереализации, патологические аффекты, включая манию, депрессию, тревогу, витальную тоску, фобии, панические атаки и другие психопатологические симптомы. Считается, что позитивная симптоматика вторична, т. е. развивается как некий компенсаторный феномен в ответ на симптомы негативного и когнитивного дефицита. Она недостаточно специфична и очень подвижна, т. е. может остро возникать и полностью редуцироваться. В силу своей яркости и очевидности в клинической картине позитивные (продуктивные) симптомы часто занимают доминирующее положение, затушевывая выраженность негативных.

Негативная симптоматика (дефицитарная симптоматика, минус-симптомы) – это некий дефицит естественных функций организма или исчезновение какой-либо способности, т. е. выпадение или ослабление нормальной психической функции, принесенные заболеванием. Примерами негативной симптоматики являются снижение или утрата памяти (амнезия), снижение интеллекта (слабоумие), эмоциональная нивелировка (уплощение эмоций и их экспрессии, снижение или утрата эмоционального отклика) или полная неспособность испытывать эмоциональные переживания (апатия), обеднение речевой продукции (алогия), падение энергетического потенциала (снижение жизненного тонуса, стойкая астения, сужение объема психической и физической активности вплоть до аспонтанности), недостаточность побуждений, мотивационной и волевой активности (гипобулия или абулия) и др.

Негативная симптоматика, как правило, менее обратима, очень плохо поддается терапии и в значительной мере определяет социальную дезадаптацию пациентов. По выраженности негативных симптомов в ряде случаев можно сделать вывод о длительности заболевания и глубине поражения психики. Однако в клинической практике наблюдаются и редкие случаи обратного развития некоторых негативных симптомов. Например, такую тенденцию имеет утрата способности к запоминанию при корсаковском синдроме. Это может объясняться тем, что утрата функции не обязательно происходит из-за гибели мозговых структур, в некоторых случаях дефект обусловлен их временной блокадой. Так, при острых психозах пациенты теряют способность правильно считать и решать логические задачи, однако позже эта способность восстанавливается. Поэтому глубину и тяжесть первичной негативной симптоматики следует оценивать только по минованию острого приступа болезни.

Тем не менее в большинстве случаев негативные симптомы являются стойкими и малообратимыми. Причем характер негативной симптоматики достаточно специфичен и играет существенную роль в диагностике ряда психических расстройств, прежде всего шизофрении, эпилепсии и атрофических процессов. Кроме того, ряд негативных феноменов тесно связан с развитием определенной позитивной симптоматики. Например, выпадение некоторых периодов жизни из памяти при корсаковском синдроме замещается вымыслами или фантастическими историями (конфабуляции). Дефицитарные симптомы могут также в существенной степени видоизменять клинические проявления позитивных синдромов в сторону их упрощения – чем более выражена негативная симптоматика, тем менее полиморфна продуктивная симптоматика.

Наряду с негативной симптоматикой в последние годы в качестве первичных признаков психопатологического процесса, возникающих на ранних (доманифестных) этапах, выдвигаются когнитивные нарушения (когнитивный дефицит). **Когнитивный дефицит** – стойкое нарушение познавательных (информационных) процессов, частичное или полное выпадение различных когнитивных функций, включая память, внимание, планирование, логическое мышление, исполнительную дисциплину, зрительно-пространственную и вербальную (речевую) координацию, вербальное обучение, замедление процесса обработки информации и социальные когниции. В отличие от преходящих острых когнитивных нарушений когнитивный дефицит является стойким, с трудом поддающимся компенсации или практически необрати-

мым явлением, существенно ухудшающим социальное функционирование психически больных и приводящим к их инвалидизации. Когнитивный дефицит частично пересекается с негативными симптомами, например речевыми и мнестическими нарушениями, однако в последнее время ему отводится важная самостоятельная эндофенотипическая роль. В связи с тем что профиль когнитивных нарушений является наследуемой характеристикой, компенсированные явления когнитивного дефицита могут присутствовать в детско-подростковом возрасте и их нарастание часто предшествует развитию как негативной, так и позитивной симптоматики.

1.9. Психопатологический процесс, развитие личности и регистры поражения психической деятельности

Позднее в работах К. Ясперса стратификационная концепция Д.Х. Джексона получила дополнительное развитие с введением понятий **болезненного психопатологического процесса** и регистров его тяжести. При этом под процессом понималось прогрессирование психического заболевания с прогрессивным течением синдрома, т. е. его качественным и количественным (возрастанием тяжести) усложнением, и развитием необратимой негативной (дефицитарной) симптоматики. Это психиатрическое понятие в целом близко к определению типического патологического процесса И.И. Мечникова и И.В. Давыдовского при соматических заболеваниях как закономерной последовательности комплексных реакций (как патологических, так и защитно-приспособительных), возникающих в организме при воздействии патогенного фактора и вызывающих нарушения нормальной жизнедеятельности.

При психических расстройствах основным субстратом для воздействия патогенного фактора является мозг, хотя цепь патофизиологических реакций может включать различные органы и системы организма. **Патологический процесс** отражает биологическую сущность заболевания и характеризуется стереотипностью (разные патогенные факторы вызывают одни и те же реакции или синдромы, число которых ограничено), универсальностью (относительной нозологической неспецифичностью), аутохтонностью (патогенный фактор может выступать только в роли триггера, запускающего эндогенный патологический процесс) и эквивалентностью (ограниченностью типовых исходов). Если попытаться распространить эти общие патофизиологические критерии на психические расстройства, то все они без труда могут служить в качестве характеристик психопатологического процесса.

Действительно, несмотря на большое разнообразие экзогенных вредностей, число психопатологических реакций (синдромов) экзогенного типа, определенных К. Бонгеффером, ограничено. Большинство психопатологических синдромов неспецифично, и они могут наблюдаться при различных психических заболеваниях. Психотравма или другая вредность часто провоцируют развитие аутохтонного (эндогенного) процесса, особенно при наличии соответствующей предрасположенности. И, наконец, различные по происхождению хронические прогрессирующие психические расстройства рано или поздно приводят к слабоумию с малоспецифичной дементной симптоматикой. Для процесса характерно присутствие определенных психопатологических синдромов (нарушений сознания, психоорганического синдрома, бреда и галлюцинаций, а также аутохтонных аффективных нарушений). Классическими примерами патологического процесса служат органические психические расстройства, в том числе симптоматические психозы, вызванные соматическими заболеваниями, инфекциями или интоксикациями. Важнейшими условиями и факторами, модифицирующими клиническую картину и течение патологического процесса, являются наследственная предрасположенность (генетическая уязвимость) и возраст начала процесса, что определяет психический *дизонтогенез* и патофизиологические механизмы последующей *нейропрогрессии*.

Понятию «**психопатологического процесса**» (нем. *Prozeß*) К. Ясперс противопоставлял понятие «**развития**» (нем. *Entwicklung*). Если процесс – это биологическое явление, связанное с повреждением мозгового субстрата, то развитие – это явление психологическое, связанное с психогенными и личностными механизмами. Другими словами, *развитие не захватывает биологический субстрат*, т. е. *принципиально обратимо*. К развитию личности, по Ясперсу, относятся все стойкие психогенные и психологически понятные патологические реакции, невротические расстройства, аномалии личности и их динамика.

По мнению К. Ясперса, развитие – крайний вариант нормальной психики, не укладываемый в медицинскую модель, поскольку вся патологическая симптоматика может быть

объяснена психологическими механизмами, т. е. выводима из установок, конституциональных характерологических свойств и стойких реакций личности. Этим самым развитие личности ограничивается от изменений личности, вызванных болезненным патологическим процессом, который приносит новые (качественно иные) нарушения целостности и непрерывности личности и приводит к ее «разрыву» и последующему распаду (дефекту).

Причины психопатологического развития весьма разнообразны, например, это может быть длительное или повторное психотравматическое воздействие, в том числе травмы, перенесенные в детском возрасте (например, детское насилие, разрыв с матерью и др.). Чаще всего речь идет об устойчивом реактивном развитии личности в ответ на внешние или внутренние факторы. Причинами психопатологического процесса служат биологические нарушения мозгового субстрата: явные («физико-психотический» процесс, по выражению Ясперса), как при органических заболеваниях с более или менее известным этиопатогенезом, или предполагаемые (гипотетические «психические» процессы по определению К. Ясперса), как при функциональных (эндогенных) расстройствах.

В условиях кризиса нозологической модели психических расстройств и политемичности операциональных диагностических критериев современных классификаций феноменологический метод К. Ясперса по-прежнему играет основную роль в разграничении между психопатологическим процессом и развитием. Метод отражает комплексный холистический подход и позволяет избежать эклектичности нейробиологического или психологического редукционизма. В этой связи новый интерес представляют интегративная диагностическая модель и систематика психических расстройств, предложенные еще в начале прошлого века К. Ясперсом (рис. 1.6). На схеме суммированы его основные теоретические положения по диагностике и систематике психических расстройств.

К. Ясперс выделял три больших группы психических расстройств: 1) органические заболевания (травматические или инфекционные поражения головного мозга, симптоматические психозы и интоксикации), при которых имеется четкая связь психического нарушения с воздействием экзогенной вредности; 2) основные (первичные) функциональные психозы (эпилепсия, шизофрения, аффективные расстройства), при которых имеется предполагаемый аутохтонный (эндогенный) патологический мозговой процесс; 3) расстройства личности – патологические реакции, возникающие не на фоне заболеваний первых двух групп, к ним относятся невротические расстройства, аномалии личности и их развитие. Эта систематика коррелирует с тяжестью психического расстройства и выраженностью болезненного патологического процесса, а также достаточно жестко привязана к определенным регистр-синдромам.

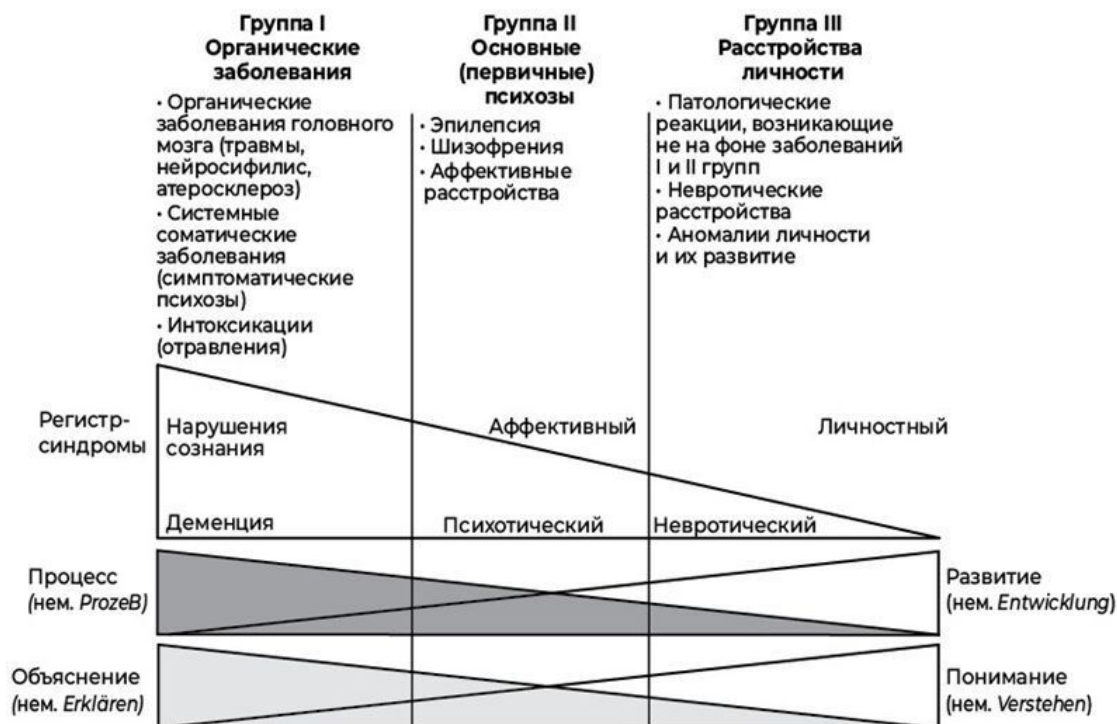


Рис. 1.6. Интегративная континуальная модель систематики психических расстройств К. Ясперса и роль феноменологического метода

К. Ясперс выделял следующие регистры (уровни) психических нарушений: личностный, невротический (психогенные и стрессовые состояния), аффективный, психотический и нарушения сознания. При этом, так же как Д.Х. Джексон и Э. Крепелин, он считал, что синдромы, относящиеся к более высокому (тяжелому) регистру, включают в себя симптоматику более легких синдромов, и соответственно, *все проявления одного заболевания должны укладываться в один диагноз*. Подробнее основные современные и исторические положения о регистрах тяжести психических нарушений, в том числе позитивной и негативной симптоматики, изложены во введении к третьей главе, посвященной синдромологии.

Предложенный К. Ясперсом феноменологический анализ позволяет дифференцировать патологический процесс и развитие личности. В своей статье, посвященной феноменологическому исследованию бреда ревности, К. Ясперс пишет: «Когда мы рассматриваем жизнь души, у нас есть два пути: 1) мы представляем себя на месте другого, проникаем в его внутренний мир, “понимаем” переживания больного; 2) мы рассматриваем отдельные элементы явлений в их связи и последовательности как данные, без того, чтобы понимать эту связь как внутреннюю через представление себя на месте пациента, т. е. мы “объясняем” связи физического мира так, как представляем себе объективный, лежащий в основе процесс, физический или неосознанный, потому что мы не можем представить себя на месте другого».

Первый подход, по мнению автора, дает понятие *развития личности*, второй – понятие *патологического* (органического с известной причиной) или *психопатологического* (эндогенного, функционального с предполагаемой причиной) *процесса*. Для процесса наибольшее значение имеет критерий «объяснения» (нем. *Erklären*), т. е. выстраивание логических (причинных) связей и временных (диахронических) последовательностей между отдельными феноменами и явлениями, наблюдаемыми у конкретного пациента (индивидуальный синдромокинез), а также влиянием внешних психогенных и социальных факторов (фактически объективированный соматический подход К. Вернике). Исследование психопатологических фено-

менов с помощью «понимания» (нем. *Verstehen*) и преломление их через жизненный опыт врача здесь практически невозможны, поскольку переживания пациента совершенно непонятны, их нельзя прочувствовать, их происхождение совершенно непроницаемо для врача. При развитии, напротив, *значимость критерия психологического понимания и эмпатического вчувствования возрастает и приобретает решающую роль*, поскольку позволяет определить связь переживаний пациента с психогенией и личностными аномалиями (рис. 1.6). Если для процесса характерно психологическое и эмпатическое «непонимание», т. е. невыводимость бредовой идеи из особенностей личности (ее установок, свойств и ценностей), то для развития обязательно наличие внутренней логики, единства целей, побуждений и содержания, т. е. переживания пациента эмпатически и психологически понятны.

По выражению К. Ясперса, *объективированные психические связи (при патологическом процессе) мы «объясняем», но не «понимаем», а другие (при развитии) можем только «понимать», а «объяснять» (подвергать интерпретации) можем в лучшем случае в существовании их общей связи с другими явлениями*. В этой системе координат, например, сверхценные бредоподобные образования (бред притязания, бред ревности, сенситивный бред отношения, сутяжный бред и др.) могут быть интерпретированы как развитие личности, поскольку имеется постепенно формирующаяся, четкая сверхценная или паранойяльная идея, психологически выводимая из характерологических особенностей. Это коренным образом отличается от истинного (первичного) бреда, кристаллизация которого происходит внезапно через короткий промежуток бредового настроения с изменением смысла (общепринятого значения) окружающих явлений («**трансцендентность**»), не подвергается логическому анализу и малейшему сомнению, характеризуется полной «**непроницаемостью**», ощущением чуждости и нарушением непрерывности («разрывом») сознания и самосознания. Феноменологически это обнаруживается в утрате целостного восприятия развития личности и появлении в ней неких новых, гетерогенных качеств, не свойственных ей ранее.

Имеются и другие важные дифференцирующие клинические признаки процесса и развития. Прежде всего процесс характеризуется прогрессивностью течения с тенденцией к формированию необратимых изменений личности, первичных негативных симптомов и когнитивных нарушений, что укладывается в понятие «дефекта». Правда, темп прогрессивности патологического процесса может быть весьма различным, и для некоторых форм он может оказаться крайне медленным, что внешне сближает их с постепенным нарастанием симптомов при развитии личности. Однако в последнем случае эти изменения принципиально обратимы и речь не идет о формировании стойкого дефекта. Кроме того, при патологическом процессе возникновение психопатологической симптоматики большей частью неожиданно для пациента, происходит как «скачок» в переживаниях (например, появление галлюцинаций) и воспринимается им как чуждое новое и пугающее явление, в то время как при развитии личности психопатологические переживания всегда интегрированы в «Я», конгруэнтны личностным установкам и их появление подчинено своей внутренней логике и вытекает из системы убеждений.

Все эти различия между процессом и развитием наиболее ярко обнаруживаются при сравнении первой и третьей групп психических расстройств, а во второй группе при основных функциональных (первичных) психозах могут наблюдаться их различные сочетания, требующие для разграничения достаточно тонкого феноменологического анализа (рис. 1.6). Например, это касается реактивных депрессий, острых параноидов, «сверхценного бреда», паранойяльных бредовых состояний типа сенситивного бреда отношения Э. Кречмера, бреда притязаний, бреда сутяжничества или случаев бреда ревности, описанных К. Ясперсом, а также развитий личности с качественным ее надломом и изменением ее жизненной сущности. Во всех этих состояниях обнаруживается отчасти понимаемая психологически, определенная рациональность возникновения и течения симптомов, а психогенный фактор играет важную, если не ведущую, роль. Это происходит до тех пор, пока не начинает вмешиваться

патологический процесс, клинически проявляющийся гетерогенной симптоматикой (например, первичным бредом, галлюцинозом или циркулярным аффектом), которая оказывает разрушающее воздействие на психическую жизнь и несет угрозу ядру личности. При этом если процесс протекает периодическими обострениями и не приводит быстро к грубым стойким личностным изменениям, то элементы развития личности в психопатологической структуре переживаний пациента могут присутствовать. Острые процессы (например, психозы), с точки зрения Ясперса, должны приводить к устойчивым (необратимым) гетерогенным изменениям личности, в противном случае их следует рассматривать как психотические реакции в рамках развития или как затухающий периодический процесс, что встречается крайне редко. Значительные гетерогенные преобразования личности могут служить основой для формирования фактически «новой личности», которая также может подвергаться развитию, в том числе аналогичному первоначальной.

В ряде случаев с психологических позиций четких разграничительных линий между процессом и развитием провести не представляется возможным из-за ограниченности набора, неспецифичности и плюрипотентности большинства психопатологических синдромов. Вместе с тем следует отметить, что К. Ясперс не допускал возможность естественного перехода в случае прогрессирования развития личности в патологический процесс, например плавного перерастания сверхценных или паранойяльных идей в паранойяльный интерпретативный бред.

Таким образом, феноменологический анализ К. Ясперса по-прежнему остается актуальным в современной психиатрии, поскольку позволяет разграничить ключевые для диагностики и выбора основной терапевтической стратегии (биологическая терапия или психотерапия) клинические понятия болезненного психопатологического процесса и психопатологического развития личности.

1.10. Этические вопросы психиатрии и проблема стигматизации

Еще одной важной философской проблемой психиатрии являются этические вопросы обоснования диагноза и границы оказания медико-психологической помощи. Психиатрия сегодня является ареной постоянных этических коллизий между: патернализмом и автономией – ответственностью врача и ответственностью пациента; опасностью злоупотребления психиатрией и опасностью неоказания помощи по формальным правовым критериям; конфиденциальностью и открытостью; благом для пациента и благом для его родственников и ближайшего социального окружения; поиском научной истины и соблюдением интересов пациента; информированным согласием и проблематичностью объяснения механизмов терапевтического действия некоторых методов лечения; между свободой выражения своих мыслей и «когнитивной несвободой» при искусственной регуляции высших когнитивных функций, включая восприятие и речь, с использованием методов новых нейротехнологий, нейроинтерфейсов с искусственным интеллектом, виртуальной реальности, нанотехнологий и др.

В последние десятилетия этика психиатрии оказалась сферой интенсивных поисков и пересмотра устоявшихся положений. Общемедицинские деонтологические нормы сохраняют здесь свое значение, но не исчерпывают многообразия этических проблем психиатрической науки и практики. Этика выбора того или иного решения или действия становится неотъемлемой стороной нашей профессиональной деятельности. Казалось бы, все более определенные и подробно изложенные законодательные положения и инструкции должны снять многие этические вопросы. На самом деле этого не происходит, поскольку психиатрия тесно и многообразно связана с доминирующим в данный момент общественным мировоззрением, социальной средой и развитием общества.

Почувствительным примером является этико-правовая ситуация в отечественной психиатрии. В Советском Союзе, как известно, отсутствовал законодательный документ, регламентирующий правовые нормы и процедуру оказания помощи пациентам с психическими расстройствами. При этом в 70–80-е годы XX в. выявились получившие широкую известность во всем мире случаи злоупотребления психиатрией в политических целях. Такого рода практика ряда советских психиатрических учреждений подверглась справедливой критике и, как констатировала Всемирная психиатрическая ассоциация, в целом была прекращена к началу 1990-х годов. Вместе с тем рассмотрение этих фактов с очевидностью показало, сколь легко в отсутствие строгих правовых положений психиатрия может быть втянута в **медиализацию культуры** и оказаться вовлеченной в немедицинскую сферу деятельности. Стремление предотвратить такую возможность выразилось в интенсивной законодательной работе врачей и юристов и воплотилось в Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который вступил в действие с 1 января 1993 г. Он существенно расширил права пациентов и ограничил возможность неправомерных действий при оказании психиатрической помощи.

В конце XX в. были разработаны основополагающие документы, которые определяют этические принципы деятельности психиатра. Таковыми являются Гавайская декларация, одобренная Всемирной психиатрической ассоциацией в 1977 г., и Мадридская декларация, принятая на X Всемирном конгрессе психиатров в 1996 г., а также Кодекс профессиональной этики, предложенный Российским обществом психиатров в 1994 г. Эти документы отражают современные представления о правах и свободах граждан и вместе с тем содержат указания на особые ситуации и отношения, которые могут складываться в психиатрической практике. Разумеется, они не могут регламентировать каждый шаг врача в его работе, но определяют

нравственные ориентиры деятельности в современных условиях развития психиатрии и общества в целом.

Острота и специфика этических проблем в нашей специальности определена рядом особенностей психических расстройств. Во-первых, пациенты с психическими нарушениями – это одна из наиболее уязвимых категорий в силу характера своего заболевания, при котором нарушены привычные нормы взаимодействия с социальным окружением. Наши пациенты часто не обладают достаточной компетентностью и не способны к защите своих собственных интересов, и, следовательно, велик риск нанесения им вреда со стороны тех, кто может злоупотребить властью над ними. Именно поэтому в центре многих этических проблем психиатрии лежит конфликт между моральным принципом уважения автономии пациента и спецификой заболевания, ограничивающего эту автономию. Отсюда возникает необходимость учитывать деформированные социальные отношения пациента, его восприятие и осмысление сложных социальных ситуаций. Во-вторых, сам по себе диагноз психического расстройства несет в себе негативную морально-психологическую нагрузку, не свойственную никакому другому клиническому термину, что обуславливает особую значимость проблемы стигматизации и самостигматизации психиатрических пациентов. В-третьих, существенная особенность, отличающая психиатрию от других медицинских дисциплин, – применение к некоторым категориям пациентов недобровольных мер и даже физического ограничения или мер стеснения. И, наконец, это особый характер взаимоотношений врача с пациентом, возможность использования средств воздействия на психику с необходимостью решения возникающих при этом нравственных проблем.

Стигматизация является одной из основных причин, препятствующих диагностике и лечению психических расстройств и повышению качества жизни наших пациентов. Установление диагноза в психиатрии часто несет в себе достаточно серьезные социальные риски, которые могут отражаться на общественном статусе пациента и ограничивать его личностную активность. Помимо стигматизации пациентов, которые уже имеют установленный диагноз психического расстройства, существует стигматизация самой специальности. Часто жалобы пациентов могут игнорироваться и обесцениваться их окружением. Все это приводит к тому, что пациент попросту не получает надлежащей медицинской помощи. Более того, ряд пациентов может прерывать уже проводимое лечение у психиатра, которое дает положительные результаты, по причине давления со стороны родных и/или самостоятельно по разнообразным личным соображениям (**самостигматизация**). Причина стигматизации – недостаточная осведомленность в области психиатрии. К большому сожалению, стигматизация наших пациентов связана не только с мнением случайных людей или некоторых низкопробных средств массовой информации, она также нередко поддерживается ближайшими родственниками, а иногда и врачами непсихиатрического профиля и медицинским персоналом психиатрических больниц и амбулаторий. Одной из целей этого руководства является снижение уровня стигматизации психиатрии и наших пациентов за счет повышения осведомленности врачей общего профиля в отношении психических расстройств.

Главным этическим ориентиром для психиатра при решении всех этих деонтологических проблем во время оказания помощи служит получение информированного добровольного согласия, которое в настоящее время является основополагающим принципом биомедицинской этики и определяет взаимоотношения врача и пациента. Информированное согласие включает три главных критерия: добровольность, компетентность и осознанность свободного волеизъявления о предполагаемом медицинском вмешательстве. В психиатрии корректное соблюдение всех трех критериев особенно важно и требует высокого уровня профессионализма и ответственности врача. В автономной модели взаимоотношений «врач – пациент» принцип информированного добровольного согласия – это коммуникативный диалог врача-психиатра и пациента, не допускающий приоритета патерналистского подхода. Получение

согласия не служит проявлением доброй воли или желанием врача, а выступает как его прямая обязанность. Врач обязан предоставить всю имеющуюся информацию о предполагаемом вмешательстве в доступном для понимания виде и оценить степень осознания этой информации пациентом.

Основная задача врача-психиатра при этом – максимально точно определить способность пациента принимать решения. Многие психические расстройства непосредственным образом влияют на когнитивные функции, отвечающие за принятие решений, что потенциально способно снизить уровень автономии человека. К сожалению, универсального инструмента для оценки компетентности пациента и его способности к принятию решения до сих пор не создано, поэтому при наличии определенных сомнений необходимо тесное взаимодействие врача и этического комитета для согласования позиции. При этом задача врача заключается в максимальном обеспечении принципа автономии пациента вне зависимости от психиатрического диагноза. Недопустимо рассматривать пациентов с психическими нарушениями как заранее неспособных принять решение. Многие факторы, влияющие на способность к принятию решений пациентами, остаются до сих пор неизученными.

Новые реалии, связанные с особенностью диагностики и терапевтических вмешательств у психически больных в условиях эпидемий или чрезвычайных ситуаций, привели к развитию и более широкому применению телепсихиатрии. Это обусловило необходимость уточнения этических подходов и дальнейшего совершенствования нормативно-правовой базы, в том числе более широкого внедрения юридически значимой электронной подписи и возможности получения информированного добровольного согласия в онлайн-режиме. Еще более серьезные этические проблемы возникают в связи с развитием новых нейротехнологий, позволяющих регулировать некоторые высшие когнитивные функции, включая речь, и потенциально ограничивать свободное волеизъявление.

Подробнее актуальные этико-деонтологические аспекты оказания психиатрической помощи изложены в главе 6 настоящего издания.

Глава 2. Психопатологические симптомы

2.1. Общие вопросы семиотики психических расстройств

Вявление и квалификация симптомов представляют собой начальный этап диагностики и относятся к разделу *психиатрической пропедевтики*. В психиатрии этот процесс существенно отличается от общей медицины, поскольку большинство симптомов не могут быть обнаружены непосредственно объективным осмотром (т. е. какими-либо инструментальными или другими методами обследования), а представляют собой феноменологический анализ психологических переживаний пациента, т. е. определяются на основании квалифицированного расспроса, наблюдения и эмпатического взаимодействия с пациентом. Другими словами, квалификация психопатологического симптома – сложный субъективный процесс как со стороны врача, так и стороны пациента с тщательной оценкой его переживаний в контексте континуума между психологической, возрастной и социокультурной нормами и патологическим отклонением от нее.

Симптом (от греч. *symptōta* – совпадение, признак) – объективно или субъективно выявляемый отдельный признак психического расстройства. По мнению К. Ясперса, *психопатологический симптом* – это типичный повторно возникающий признак, идентифицирующийся у многих пациентов. Описанием клинической картины заболевания или патологического состояния с помощью отдельных симптомов (признаков) или симптомокомплексов занимается *семиотика* или *семиология*. *Симптом* является первичным и элементарным, т. е. самым простым, психопатологическим феноменом и сам по себе неспецифичен, и приобретает диагностическое значение только в совокупности и взаимосвязи с другими симптомами. Нет психопатологических симптомов, абсолютно специфичных для того или иного психического расстройства, как нет и психопатологических симптомов, абсолютно специфичных для поражения той или иной мозговой структуры. Вместе с тем любой психо-патологический симптом априорно связан с той или иной структурной или функциональной патологией ЦНС. Симптомы могут различаться и меняться по интенсивности (тяжести), по устойчивости, по времени появления в различные периоды заболевания (например, возникающие на ранних этапах болезни продромальные или «форпост» симптомы – сигнальные, предварительные, настоящие) и другим внешним параметрам. Однако феноменологическая сущность симптома при этом остается неизменной. Симптом редко существует в изолированном виде и, как правило, выявляется вместе с другими симптомами в структуре синдрома, который может в известной степени модифицировать проявления симптома, придавая ему тот или иной характерный оттенок.

Способность врача выявить весь набор имеющихся психопатологических симптомов (*симптомокомплекс*) и их взаимосвязи в статусе пациента определяет правильную квалификацию синдрома и алгоритм дальнейших действий. При этом важно уметь выделять *облигатные* или синдром образующие симптомы и *факультативные*, которые могут отражать нюансы диагностической принадлежности, дополнительного воздействия экзогенных вредностей или другие особенности состояния пациента. На рис. 2.1 схематически показана логика симптомо-патологической оценки статуса пациента. Например, на первом шаге квалифицируют симптом как навязчивость и затем дифференцируют их со сверхценными идеями и бредом.

Своевременно проведенная дифференцировка симптомов способна устранить первоначальную, неверно сделанную их оценку. Так, нарушение памяти, квалифицированное сначала как нарушение мнестических функций, может на самом деле таковым не оказаться, а быть обусловленным наличием других продуктивных расстройств, например депрессии и сопутству-

ющего ей идеаторного торможения. После дифференцирования уточняют связь симптомов между собой. В случае принадлежности нескольких симптомов к одному синдрому говорят о *мономорфных* симптомах, а если симптомы относятся к разным синдромам или регистрам – о *полиморфных* симптомах (*полиморфизме симптомов*), что является предварительным показателем степени генерализации психических нарушений.

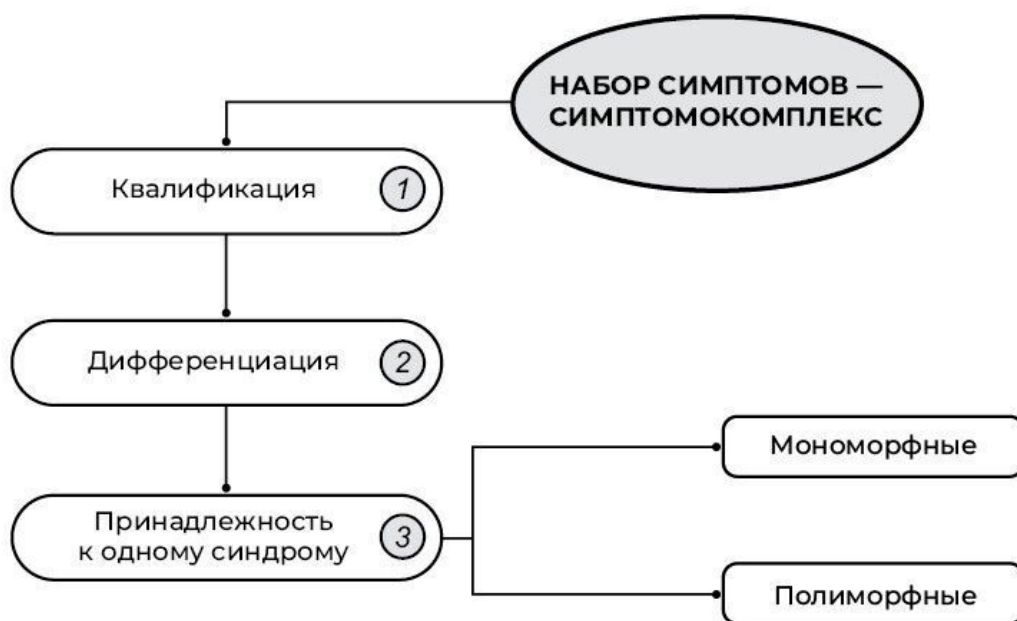


Рис. 2.1. Три шага симптоматологической оценки статуса и выделение ведущего синдрома – первый этап диагностического процесса

Различают также *первичные симптомы*, непосредственно связанные с болезненным процессом, и *вторичные (нозогенные)*, развивающиеся вследствие личностной переработки первичных симптомов и отражающие, например, приспособительные реакции личности или влияние факторов внешней среды. С нейрофизиологических позиций в соответствии с теорией нарушения баланса процессов коркового возбуждения и торможения и стадиями реакции нервной системы при воздействии стресса или патологического процесса И.П. Павлов выделял *симптомы раздражения* (гиперстеническая стадия), *выпадения* (гипостеническая стадия) и *функциональной компенсации* (восстановление).

В психиатрии большинство симптомов определяются на основании переживаний, присутствующих в определенный период времени в сознании пациента и имеющих свою структуру, включая *содержание, витальное (соматическое) сопровождение, эмоциональную окраску и личностное преломление*. Переживания пациента – это субъективный психологический феномен, для объективизации которого от врача требуется достаточно высокий уровень эмпатии. Поэтому квалификация психопатологического симптома часто представляет собой нетривиальную задачу для неопытного врача. Врач со стажем обычно адресует к своему опыту и выявляет симптом по аналогии, т. е. соотносит его проявления с виденным им ранее у других пациентов. Кроме того, психологические феномены, похожие на психопатологические симптомы, являются частью континуума от относительно нормальной индивидуальной реакции в рамках определенного возраста (например, эхолалии у детей) или социокультурной среды (например, экзотические идеи колдовства в примитивных религиях) до развития уже собственно болезненных проявлений. Для патологического симптома характерны внезапное появление, произвольность, спонтанность, невозможность самокоррекции, инвазив-

ность и стойкость переживаний, их личностное неприятие (идиосинкразическая реакция) или наоборот «захват» личности с изменением поведения и социальной активности.

Выделяют *гомономные симптомы*, которые имеют психологические аналоги в норме, и *гетерономные*, которые являются совершенно чуждыми для личности пациента. При диагностике симптомов и их отграничении от нормы важно обращать внимание не на содержание, а на форму проявления, например не на фабулу бреда, а на его происхождение, т. е. чем бред вызван – обманом восприятия или ошибкой суждения, связанной с нарушением мышления. Другой пример: «плохое настроение» (внутреннее субъективное переживание), которое неадекватно социальной ситуации и не реагирует на положительные стимулы (внешняя форма проявления симптома). Вместе с этим К. Ясперс подчеркивал также необходимость учета не только субъективной повествовательной (т. е. подчиняющейся внутренней логике), но и более широкой контекстуальной трактовки симптома, связанной с психосоциальными особенностями его развития, например социальными, психологическими и культурно-историческими.

Традиционно существует несколько подходов к систематике и изложению психопатологической симптоматики. В философском понимании симптомы группируются в соответствии с эпистемологическими понятиями уровней отражательной деятельности и определения сознания. При нейрофизиологическом подходе используется концепция *рефлекторной дуги* с выделением *рецепторных*, *эффекторных* (моторных) и *ассоциативных* (интрапсихических) нарушений. Наконец, более традиционная психологическая таксономия описывает симптомы в соответствии с изменением отдельных психических функций (восприятия, мышления, эмоций, памяти и интеллекта, внимания, сознания и самосознания, воли, моторики, влечений и др.) и выделением следующих обобщенных категорий – *когнитивные*, *эмоционально-волевые*, *психомоторные*, *поведенческие* и *личностные нарушения*. Этот подход к изложению психопатологической семиотики оказался наиболее удобным как в академических целях при освоении общей психопатологии ординаторами, так и в практической психиатрии для выделения клинических синдромов и постановки диагноза, и именно поэтому используется нами в этом издании.

Психические функции *тесно и неразрывно связаны между собой*. Отнесение их к различным, строго определенным психическим сферам (мышлению, воли, эмоциям и т. д.) нередко бывает затруднительным, самое же деление содержания душевной жизни на определенные и самостоятельные сферы представляется искусственным. Правильнее говорить об отдельных психических процессах и их взаимоотношениях, но для упрощения усвоения материала, практического удобства и систематизации изложения психиатрическая семиология обычно упорядочивается по нарушению отдельных сфер психической деятельности, которые представлены на рис. 2.2.



Рис. 2.2. Основные сферы психической деятельности и ее патологии

Психическая деятельность человека представляет собой сложный, интегрированный процесс, в котором различные психические функции находятся в неразрывной связи и взаимодействии. Возбуждение, возникающее в результате воздействия внешних или внутренних раздражителей на периферические рецепторы нервной системы, передается в кору головного мозга, где формируется элементарный психический процесс – ощущение. Ощущения, являясь первичным звеном познавательной деятельности, отражают отдельные свойства предметов и явлений окружающего мира, а также процессы, происходящие в самом организме. Восприятие, как следующая ступень познавательного процесса, позволяет человеку отражать не только отдельные свойства, но и целостные образы предметов и явлений. Мышление как высший познавательный процесс позволяет человеку выходить за пределы непосредственного восприятия, отражая взаимосвязи, закономерности и сущность явлений. Оно формирует представления – психические образы, возникающие в результате синтеза комплексов ощущений, объединенных принадлежностью к одному объекту. Представления, в свою очередь, служат основой для развития памяти, которая обеспечивает сохранение и воспроизведение ранее воспринятого опыта. Кроме того, представления участвуют в формировании понятий – высших форм обобщения, отражающих существенные свойства и связи предметов и явлений. Мышление способствует созданию фантазий – образов, не имеющих прямого аналога в реальности. Все это происходит в тесной связи с эмоциональной сферой, где проявляется субъективное отношение человека к отражаемому миру. Чувства, будучи интегративной реакцией на внешние и внутренние стимулы, не только окрашивают познавательные процессы, но и мотивируют деятельность, направленную на преобразование окружающей действительности.

Важнейшим компонентом психической деятельности является внимание, которое обеспечивает избирательную направленность восприятия и сосредоточенность на значимых объектах или процессах. Внимание выступает как механизм регуляции, позволяющий выделять наиболее актуальные стимулы и игнорировать второстепенные, что способствует эффективности познавательной и практической деятельности. Все вышеперечисленные психические функции формируют сознание (субъективное отражение реальности). Сознание определяет способность осмысленно воспринимать действительность во всей целостности событий, ориен-

тироваться в окружающей обстановке, времени и собственной личности, а также обеспечивать связность, организованность, преемственность и последовательность психической деятельности. Другими словами, сознание – это высшая интегрирующая психическая деятельность человека, обеспечивающая единство и целостность психики. В то же время сознание само служит предпосылкой психических функций. Сознание регулирует поведение человека, которое также регулируется волей – сознательным стремлением к достижению поставленных целей для удовлетворения необходимых потребностей и желаний. Воля обеспечивает целенаправленность и осознанность действий, связывая познавательные и эмоциональные процессы с практической деятельностью (рис. 2.3).

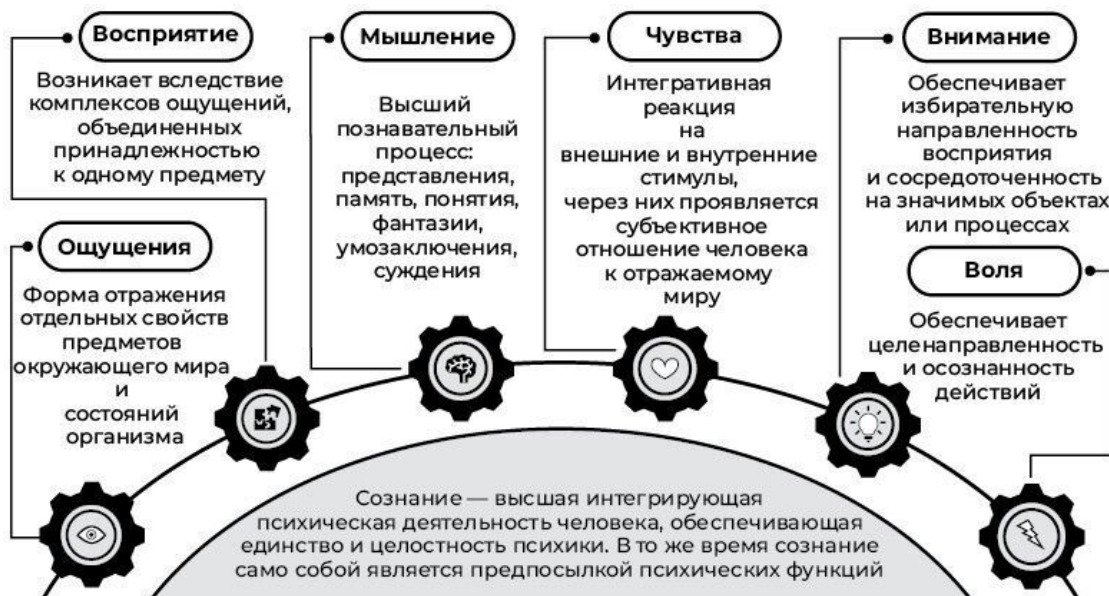


Рис. 2.3. Неразрывная связь различных психических процессов

Психические расстройства характеризуются изменением как *количественных* (сила, напряженность, продолжительность, скорость и др.), так и *качественных* (характер, содержание, эмоциональная окраска, продукция различных органов чувств, пространственная локализация и др.) *параметров психических процессов* (рис. 2.4).



Рис. 2.4. Количественное и качественное описание психических процессов

2.2. Патология перцептивной сферы

К сфере чувственного познания традиционно относят ощущения и восприятия. Их патологические искажения весьма разнообразны (рис. 2.5–2.12) и очень часто наблюдаются в психиатрической практике.

1. **Ощущение** – элементарная и филогенетически самая древняя (первичная) форма чувственного познания, проявляющаяся в отражении сознанием отдельных изолированных свойств и качеств предметов, явлений внешней среды и состояний, процессов собственного организма при их воздействии на органы чувств (анализаторы) (например, красный, зеленый; квадратный, круглый; теплый, горячий и т. д.) (рис. 2.5).

1. Ощущения различаются по **модальности**: **зрительные**, **слуховые**, **обонятельные**, **вкусовые**, **тактильные** (в том числе **вибрационные** как особый тип механорецепции), **температурные**, **висцеральные**, **болевые**.

2. Ощущения различаются также по **функциональности**: **интероцептивные** – информация о внутренних органах, системах и процессах организма (чувство голода, жажды, боли, общего самочувствия комфорта и т. п.), отражающие влечения и потребности; **экстероцептивные** – информация о предметах, а также явлениях внешней среды; **проприоцептивные** – информация о положении тела и его перемещении в пространстве, включают **кинестетические**, **статические** и **вибрационные** (*паллестезия* – вибрационная чувствительность).

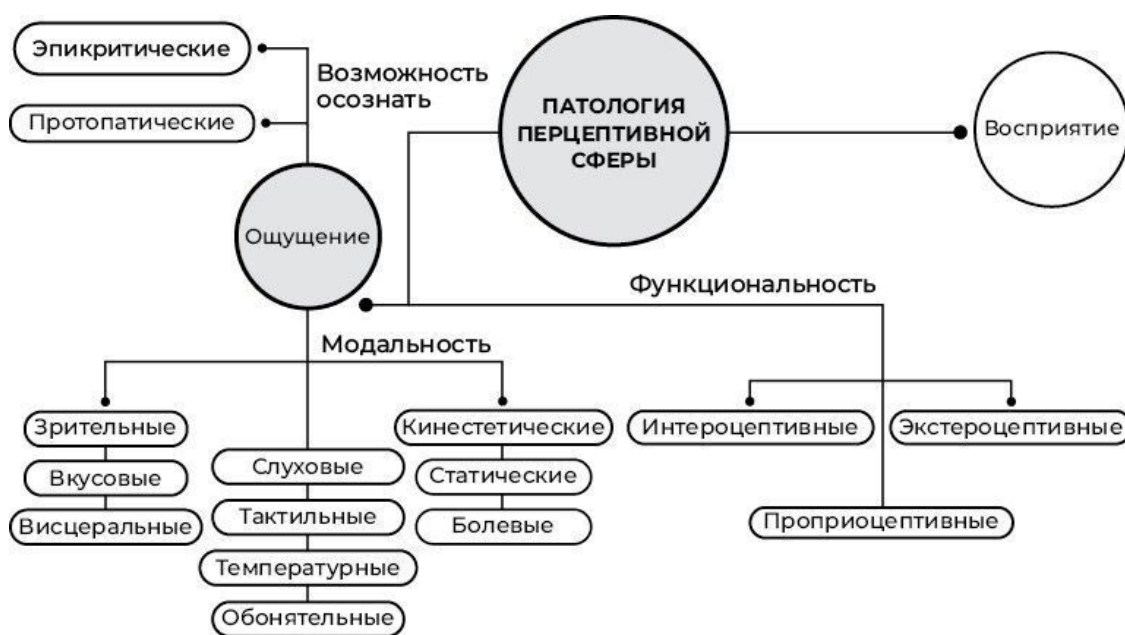


Рис. 2.5. Патология перцептивной сферы (нарушения ощущения)

3. Ощущения различаются также по **степени их осознанности**: **эпикритические** – дифференцированные, связанные с процессами мышления, памяти, внимания, обычно очень конкретные (тепло, боль), хорошо вербализуемые и доступные для интерпретации и анализа; это – эволюционно «более молодые» ощущения, филогенетически связанные с развитием коры больших полушарий головного мозга; и **протопатические** – малодифференцированные, связанные с общими витальными процессами и эмоциональными переживаниями, субъективно трудно описуемые и недоступные для интерпретации и анализа; это – эволюционно «более древние» ощущения, филогенетически связанные с функционированием глубоких (подкорковых) структур головного мозга. Согласно воззрениям М.И. Аствацатурова (1925), *прото-*

патическая чувствительность или «телесность» отражается в сознании в виде *ценестезий* («темных чувств»), на основании которых формируется общее представление о внутреннем соматическом благополучии («витальной норме»). Нарушение протопатической чувствительности происходит в виде *кайнестопатий*, проявляющихся как в виде общих явлений сомато-психической деперсонализации, так и в местных проявлениях в виде телесных сенсаций, синестезий или сенестопатий.

Нарушения ощущений можно разделить на две основные группы расстройств:

- 1) **количественные;**
- 2) **качественные.**

1. К **количественным нарушениям** ощущений относят: *гипестезию, гиперестезию, анестезию* (рис. 2.6).



Рис. 2.6. Количественные нарушения ощущения

Помощь врачу!

Количественные нарушения ощущений оцениваются на основании содержания мыслей пациента, высказанных в процессе осмотра, а также исследования чувствительности анализаторов.

Пациенты нередко используют иносказательные или образные выражения для описания сенсорных нарушений, например: «будто меня облили кипятком», «пальцы как ватные», «чувствую дуновение ветра, как укол иглой» и т. д. Чтобы правильно интерпретировать такие жалобы, врачу важно уточнить, идет ли речь об искажении ощущений или о количественном изменении чувствительности. Например, уместно спросить: «Вы имеете в виду, что стала выше болевая чувствительность?»

Для выявления количественных нарушений чувствительности могут быть полезны и общие уточняющие вопросы:

- Замечаете ли Вы, что зрительные/слуховые/обонятельные/вкусовые/тактильные/вибрационные/температурные/висцеральные/болевые стимулы стали ощущаться иначе?
- Замечаете ли Вы, что Ваши ощущения различных стимулов отличны от ощущений других людей?

- Есть ли у Вас ощущение, что кожа стала слишком чувствительной даже к легкому прикосновению?

- Кажется ли Вам, что Вы не чувствуете чего-то, например температуры, прикосновения, давления и т. д.?

- Бывают ли ситуации, когда обычные ощущения кажутся чересчур сильными или болезненными?

- Хорошо ли Вы видите, слышите, ощущаете вкусы?

Можно провести тестирование различных видов чувствительности с использованием простых доступных методов:

- тактильная чувствительность – с помощью легкого прикосновения (например, ватой или кисточкой);

- температурная чувствительность – с помощью пробирок с холодной и теплой водой;

- болевая чувствительность – с помощью аккуратного укола (например, иглой или зубочисткой);

- вибрационная чувствительность (паллестезия) – с помощью камертона;

- глубокая чувствительность / проприоцепция – при помощи теста на распознавание положения и движения пальцев с закрытыми глазами.

Все методы исследования чувствительности проводятся на симметричных участках тела с учетом особенностей жалоб пациента.

- **Гипестезия** – снижение интенсивности одного или нескольких видов ощущений при повышении порога восприятия.

- Разновидностями гипестезии являются также **гипальгезия** – понижение болевой чувствительности и **амблиопия** – снижение остроты зрения.

- В период пандемии COVID-19, например, довольно часто встречались снижение или потеря обоняния (**гипосмия и аносмия**), снижение или потеря вкуса (**гипогевзия и агевзия**).

- **Гиперестезия** – усиление интенсивности одного или нескольких видов ощущений при понижении порога восприятия, может сопровождаться также усилением чувственного тона (зачастую неприятного характера). Фактически речь идет о повышенной чувствительности к обычным раздражителям, чаще всего связанных со зрением или слухом. Например, обычный по силе свет режет глаза пациенту, рядовые звуки оглушают, кажутся невыносимо громкими, легкое прикосновение воспринимается болезненным, постельное белье или одежда кажутся грубыми и т. д.

Вариантами гиперестезии являются:

- **гипералгезия** – повышение болевой чувствительности;

- **бати́гиперестезия** – повышение проприоцептивной чувствительности;

- **гиперосмия** – повышенная чувствительность к запахам;

- **гиперакузия** – повышенная чувствительность к звукам;

- **акростезия** – повышенная чувствительность кожи конечностей, при которой воспринимаются даже незначительные раздражения (частный пример гиперестезии);

- **таламический болевой синдром (синдром Дежерина – Руси)** – ощущение боли от раздражителей или ощущений, которые в норме не вызывают боли (частный пример гиперестезии). Клинические проявления характеризуются спонтанными жгучими или стреляющими болями в контралатеральной половине тела, сопровождающимися избыточной болевой реакцией на раздражители, сохраняющейся даже после прекращения их действия. При этом даже не болевые стимулы, такие как дуновение ветра, могут восприниматься как болезненные. Причиной является повреждение вентрального постеролатерального ядра таламуса;

– **аллодиния** представляет собой более широкий феномен, развивающийся как при периферических (постгерпетическая невралгия, нейропатии), так и при центральных (поражения спинного или головного мозга) патологических процессах. Проявляется возникновением боли в ответ на действие обычных (не болевых) раздражителей – легкое прикосновение одежды, поглаживание кисточкой или температурные воздействия, не вызывающие боли в норме. Если таламический синдром всегда связан с конкретным анатомическим повреждением таламуса и сопровождается характерными спонтанными болями и дизестезиями, то **аллодиния** может наблюдаться при различных болевых синдромах, включая фибромиалгию и комплексный регионарный болевой синдром, и чаще сочетается с гипералгезией;

– **синпсихалгия** – возникновение эпизода болевых ощущений, вызванного эмоциональным переживанием, возникающим при наблюдении болезненных процедур или медицинских исследований;

– **галеропия (оптическая гиперестезия)** – усиление яркости воспринимаемых предметов. Обычное по интенсивности освещение воспринимается как чрезмерно яркое: оно ослепляет, вызывает резь в глазах, раздражает и быстро утомляет зрение; печатный шрифт может казаться выпуклым, граненым, будто выполненным в готическом стиле; контуры предметов воспринимаются избыточно четкими, а цвета – чрезмерно насыщенными и яркими; полутона и оттенки также приобретают ненормально рельефную, подчеркнутую выраженность;

– **гипергевзия** – усиление вкусовых ощущений (частный случай гиперестезии).

Помощь врачу!

Гиперестезия проявляется через реакции на раздражители, помимо жалоб пациента, их можно обнаружить с помощью простого наблюдения за его поведением. Например: пациент предпочитает сидеть у окна спиной, просит, чтобы речь врача была тихой, сам старается произносить слова шепотом и выражает дискомфорт при громких звуках, ярком свете и т. д. (звуке скрипа или хлопка двери).

• **Анестезия** – частичное или полное выпадение одного или нескольких видов ощущений. **Тотальная анестезия** – потеря всех видов чувствительности, **парциальная анестезия** – потеря отдельных видов чувствительности. Частным примером является **паранестезия** – нарушение чувствительности, характеризующееся ее утратой в симметричных зонах тела, преимущественно в области рук и ног.

– Вариантом анестезии является **анальгезия (индоленция)** – потеря болевой чувствительности. Сюда условно можно отнести и **симптом Бумке** – зрачки пациента не реагируют (не расширяются) в ответ на болевые и эмоциональные раздражители, что говорит о потере чувствительности на эти триггеры. Примером анестезии может служить также **акроанестезия** – потеря чувствительности в дистальных отделах конечностей.

– При повреждении или отсутствии органа чувств, афферентного нерва, при очаговом поражении головного мозга возникает выпадение пострадавшей функции восприятия. Например, слепота (**амавроз**), глухота, отсутствие обонятельной чувствительности (**аносмия**), отсутствие вкуса (**агевзия**), отсутствие проприоцептивной чувствительности (**батианестезия**).

2. К **качественным нарушениям ощущений** (изменения их характера, появления необычных и зачастую непонятных ощущений) относят: **парестезии, сенестопатии, синестезии, аллоестезию, полиестезию, гетеростезию, пикрогевзию, аллохейрию, дизестезию, топанестезию, гиперпатию, синхирию, фантомную конечность, псевдомелию, синдром Шильдера — Штенгеля, паросмию, какосмию, паражевзию, паллестезию, парамузию, полиакузию, функциональные соматоформные, вегетативные или болевые симптомы, симптом кувады, соматосенсорную амплификацию** (рис. 2.7).

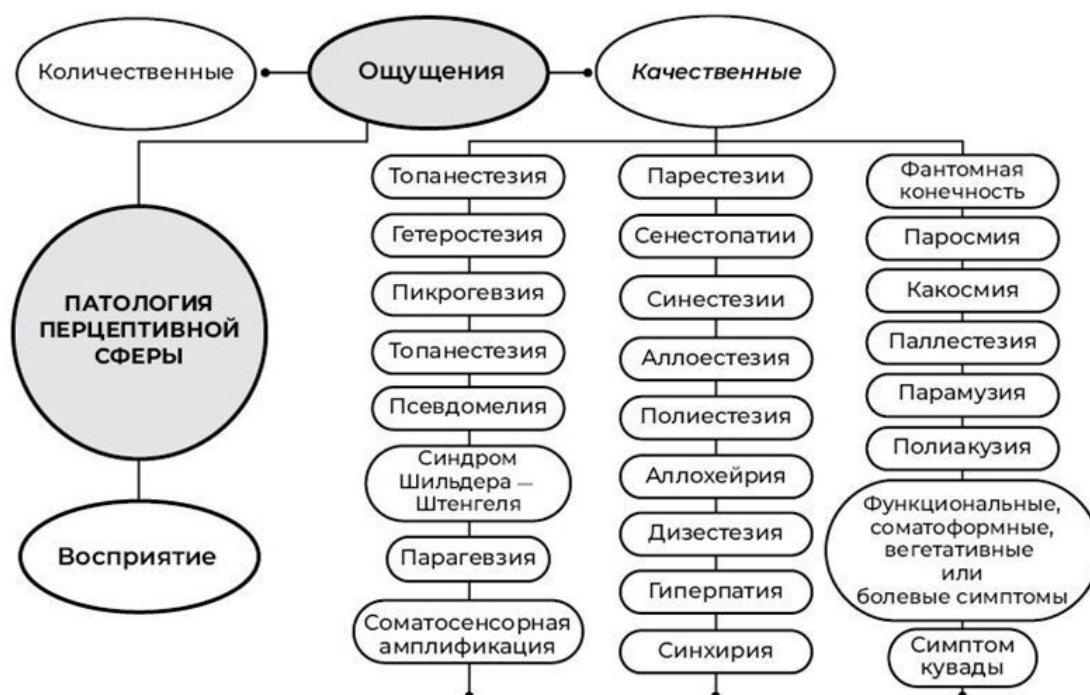


Рис. 2.7. Качественные нарушения ощущения

Помощь врачу!

Качественные нарушения ощущений оцениваются на основании описания своих ощущений пациентом, при этом описание может включать иносказания или образные выражения (например, «как если бы меня облили кипятком» или «пальцы ватные»). Важно уточнить, какие именно изменения в ощущениях он испытывает. Необходимо обратить внимание на поведенческие проявления пациента: есть ли у него признаки дискомфорта, тревожности. Важно учитывать содержание мыслей пациента и его попытки объяснить свои ощущения. Опрос членов семьи или работников медицинской помощи может быть полезен для уточнения изменений в повседневном поведении пациента.

Пациенту можно задать следующие общие вопросы:

- Вы замечали, что Ваши ощущения изменились?
- Вы замечали, что Ваше восприятие стимулов (болевых, тактильных, температурных и т. д.) изменилось?
 - Есть ли у Вас ощущение, что один участок тела чувствует по-иному, чем другие?
 - Кажется ли Вам, что прикосновение, запах, вкус и т. д. стали необычными?
 - Чувствуете ли Вы какие-либо ощущения (например, болевые), которых не было раньше?
 - Кажется ли Вам, что Вы воспринимаете запахи или вкус как-то иначе?
 - Появляются ли у Вас ощущения, которые не имеют видимого раздражителя, например вкус металла или запах чего-то неприятно-го?
 - Есть ли у Вас ощущение покалывания или онемения на коже?
 - Возникает ли, и если да, то как часто, ощущение жжения или дискомфорта, которое не связано с внешними раздражителями?
 - Есть ли у Вас ощущения давления или боли в области внутренних органов, которые появляются без видимой на то причины?

- Есть ли у Вас ощущение, что одно прикосновение вызывает несколько разных ощущений?
- Кажется ли Вам, что одно и то же воздействие на разные части тела вызывает разную степень чувствительности?
- Чувствуете ли Вы, что Ваши ощущения от внешних воздействий сохраняются дольше, чем обычно?
- Кажется ли Вам, что обычные запахи стали неприятными или искаженными?

Можно провести следующие диагностические пробы:

- проба на температурную чувствительность: использование теплого и холодного предмета на коже пациента в разных участках, в том числе в симметричных точках, для оценки изменения температурной чувствительности;
- тест на тактильную чувствительность: легкое прикосновение различными материалами (например, ватой, кисточкой).

• **Парестезии** – спонтанные, не обусловленные внешним стимулом ощущения онемения, покалывания, мурашек, жжения, зуда, влажности и т. д. Парестезии вызваны раздражением/поражением различных отделов нервной системы и имеют определенную локализацию по ходу периферического нерва, либо в области корешковой иннервации, либо в проекции зон Захарьина – Геда. Например, пациент ощущает покалывание и жжение в области мизинца и латеральной части безымянного пальца на тыльной или внутренней сторонах руки (по ходу локтевого нерва), неприятное ощущение увлажнения кожи (**гигропарестезия**) – ощущения жжения, пощипывания, зуда в языке (**глоссалгия**), ощущения сухости во рту (**ксеростомия**) или пронизывающее ощущение, напоминающее ползание по коже мурашек (**формикация**).

• **Сенестопатии** – неприятные, необычные, тягостные (иногда чрезвычайно мучительные) ощущения, которые не имеют для своего возникновения объективных причин. Могут локализоваться во внутренних органах, на и под кожей, имеют тенденцию к генерализации и различную степень интенсивности. Для сенестопатий характерны необычность (субъективная новизна), странность, искусственность, сложность, причудливость, диффузность, неопределенность и мигрирующий характер ощущений (сенсорная недифференцированность), и то же время их реальность (ощущения стягивания, жжения, жара, давления, бурления, переливания, кипения и т. п.). Например, пациент ощущает «потoki воздуха в груди» или «взрывы, бульканье и натяжение» в голове, кручение, раздувание и переворачивания в органах. Пациенту сложно подобрать слова для описания своих ощущений (трудности вербализации), но он отмечает, что они тягостные и приносят выраженный дискомфорт (высокая степень чувственной насыщенности). Сенестопатии представляют собой, как правило, локализованные ощущения с тенденцией к генерализации: например, с головы они распространяются на грудь, живот и т. д. В этих случаях они нередко приобретают протопатический характер и сопровождаются явлениями соматопсихической деперсонализации с чувством измененности всего тела. Они могут носить острый, транзиторный или хронический характер. Отсутствие предметности в переживаниях пациента отличает сенестопатии от тактильных и висцеральных галлюцинаций. Пациенты поддаются разубеждению о своих толкованиях относительно локализации, причин возникновения и взаимосвязи ощущений, и это важное отличие от бреда. В отличие от парестезий сенестопатии не сопровождаются неврологической симптоматикой и не имеют соматической основы. Сенестопатии наиболее часто наблюдаются у лиц пожилого и старческого возраста, как правило, в области живота. У пациентов с шизофренией сенестопатии отличаются крайней необычностью (вычурностью) или фантастичностью и нередко сопровождаются чувством чужеродности или «сделанности», иногда достигая уровня сенсорного

психического автоматизма. Когда сенестопатии проявляются болевыми ощущениями разнообразного характера (сверлящие, ноющие, выворачивающие, жгучие, колющие и т. д.) говорят о наличии **сенесталгий**, которые часто встречаются при фибромиалгии, нейропатической боли и функциональных нарушениях.

- **Синестезии** – впечатление, соответствующее данному раздражителю и специфичное для данного органа чувств, сопровождается другим, дополнительным ощущением или образом, которое характерно для другой модальности. Например, **синопсия** – возникновение определенных цветовых ощущений при прослушивании определенных звуков, чаще музыки, или **вербохромия** – состояние, при котором отдельные слова вызывают ощущение цвета.

- **Аллоестезия** – расстройство чувствительности, при котором нанесенное раздражение ощущается в другой области тела.

- **Полиестезия** – расстройство чувствительности, при котором одиночное раздражение воспринимается как множественное.

- **Гетеростезия** – нарушение чувствительности, при котором интенсивность восприятия тактильных, температурных или болевых стимулов варьируется на разных участках тела. Например, легкое прикосновение к руке может ощущаться как сильное давление, в то время как аналогичное воздействие на спину – как едва заметное.

- **Пикрогевзия** – извращение вкусовой чувствительности, при котором пациент чувствует горький вкус во рту при отсутствии соответствующего раздражителя.

- **Аллохейрия** – расстройство чувствительности, при котором наносимое на определенном участке конечности раздражение ощущается в симметричном участке противоположной конечности.

- **Дизестезия** – извращенное восприятие «рецепторной принадлежности» раздражителя. Например, тепло воспринимается как холод, укол – как прикосновение горячего и т. п.

- **Топанестезия** – потеря чувства локализации прикосновения к коже.

- **Гиперпатия** – ощущение, восприятие внешних раздражителей, сопровождаемое неприятным, иногда мучительным чувственным тоном, склонностью к иррадиации. Как правило, длительно сохраняется и возникает при неполном разрыве смешанных и чувствительных нервов, при их восстановлении после перерезки, при поражении таламуса или задних столбов спинного мозга.

- **Синхирия** – состояние, при котором раздражитель, приложенный к одной стороне тела, ощущается с обеих сторон.

- **Фантомная конечность** – субъективное ощущение существования конечности после ее ампутации. Часто сопровождается болевыми ощущениями (фантомно-болевым синдромом – **аллогаллюциноз**).

- **Псевдомелия** – возникновение ложного ощущения наличия лишней конечности на противоположной стороне тела от поврежденного полушария мозга (проявление соматоагнозии). Псевдомелия может сопровождаться ощущением движения парализованной конечности, несмотря на ее фактическую неподвижность. Также псевдомелия может быть парестетической, когда пациент вдобавок ощущает парестезии (онемение, покалывание).

- **Синдром Шильдера — Штенгеля** – состояние, при котором пациент не может точно локализовать болевые ощущения и не проявляет обычных рефлекторных реакций на них, по причине чего не реагирует на болевое раздражение, несмотря на сохранение болевой чувствительности. Определяется при поражении участков теменной доли мозга.

- **Паросмия** – неверное восприятие запаха, характеризующееся неспособностью правильно идентифицировать запахи. Например, нейтральный запах ощущается как неприятный или «горелый», «гниющий» и т. д.

- **Какосмия** – состояние, при котором человек постоянно ощущает плохие запахи.

- **Парагевзия** – нарушение вкусовой чувствительности, при котором возникают искаженные или несоответствующие реальности вкусовые ощущения. Это состояние может проявляться как восприятие неприятного, измененного или чуждого вкуса при употреблении обычной пищи, а также как появление вкусовых ощущений без какого-либо раздражителя.

- **Паллестезия** – возникновение слухового ощущения при воздействии вибрации.

- **Парамузия** – утрата пациентом способности к определению высоты музыкальных тонов, интервалов между ними или характера звуко сочетаний.

- **Полиакузия** – нарушение слухового восприятия, заключающееся в том, что воздействующий одиночный звук воспринимается как многократно повторяющийся через короткие промежутки времени.

- **Функциональные соматоформные, вегетативные или болевые симптомы** – множественные, повторно возникающие, часто видоизменяющиеся и сопровождающиеся тревогой или эмоциональным напряжением соматические, вегетативные или болевые симптомы, которые невозможно объяснить какой-либо органической причиной. Симптомы могут относиться к любой части тела или системе, но наиболее часто встречаются желудочно-кишечные ощущения (боль, отрыжка, регургитация, рвота, тошнота и т. д.), аномальные кожные ощущения (зуд, жжение, покалывание, онемение, болезненность и т. д.), а также жалобы, связанные с мочеполовой системой (дискомфорт, боли, жжение при мочеиспускании, менструациях и т. д.).

- **Симптом кувады (симпатическая беременность)** – психогенные нарушения в виде симптомов, напоминающих беременность, включая вздутие живота, спазмы, тошноту и рвоту, беспокойство и ноющие боли, которые испытывает близкий к беременной женщине человек (чаще всего – муж, реже – отец или другой близкий родственник будущей роженицы).

- **Соматосенсорная амплификация** – это феномен, при котором человек склонен воспринимать нормальные или незначительные телесные ощущения как чрезмерно выраженные, болезненные или потенциально опасные. Усиление восприятия связано с фокусом внимания на соматических симптомах, что приводит к субъективному увеличению их интенсивности и значимости. Соматосенсорная амплификация нередко становится элементом порочного круга, при котором возникающее физиологическое ощущение усиливает тревогу, а тревога, в свою очередь, усиливает восприятие и фиксацию на этом ощущении. Например, при ипохондрическом расстройстве даже незначительная боль в груди может быть воспринята пациентом как свидетельство серьезной соматической патологии (например, инфаркта), что приводит к повышенной тревожности и усиленному мониторингу телесных ощущений.

Помощь врачу!

Сенестопатии, синестезии и соматоформные нарушения можно заподозрить на основании настойчивых обращений за помощью к специалистам соматического профиля, а также нередко к экстрасенсам и колдунам.

Вспомогательными вопросами могут быть:

- Где именно Вы ощущаете дискомфорт или боль?
- Есть ли какие-то особенности у этих болей / неприятных ощущений?
- Меняется ли местоположение или интенсивность этих ощущений со временем?
- Являются ли они исключительно физическими по характеру?
- Есть ли какие-то факторы, которые могут спровоцировать или усилить их, такие как прием пищи, физическая активность или погодные условия?
- Проходят ли эти ощущения при приеме обезболивающих либо успокаивающих средств?

II. **Восприятие** – сложная познавательная активность, отражение (идентификация) сознанием всего предмета или явления в целом вследствие совокупности многих психических процессов (ощущения, мышления, памяти, внимания, воли и т. д.). В отличие от простого ощущения восприятие путем сенсорного отражения и когнитивной переработки информации (понимания) формирует целостный образ. В отличие от *представления*, которое является только образом предмета в сознании, извлеченным из памяти на основе прошлых впечатлений, восприятие характеризуется телесностью, проекцией во вне и не зависит от воли. Нужно, однако, отметить, что четких граней между этими понятиями не существует, поскольку все они находятся в постоянном взаимодействии и отражают единый континуум интегративного психического процесса чувственного познания (ощущения – восприятия – представления), в котором задействованы как все сенсорные и когнитивные функции психики, так и эмоциональное подкрепление.

Нарушения восприятия разделяются на четыре группы (рис. 2.8):

- 1) **выпадение восприятия**;
- 2) **искажения восприятия**;
- 3) **нарушения качества восприятия**;
- 4) **обманы восприятия**.

1. **Выпадение восприятия – агнозия** или неспособность воспринимать, узнавать и понимать значение сенсорных впечатлений на фоне ясного сознания и сохранности функций органов чувств. Иногда при этом сохраняется правильное восприятие отдельных элементов опознаваемого объекта. Агнозия (**зрительная, слуховая, обонятельная, пространственная, тактильная**) может быть полной и частичной. Выделяют несколько десятков видов агнозий, что связано с разными вариантами локализации поражения в коре головного мозга (детально варианты агнозий изучаются в курсе неврологии, в нашем издании некоторые виды агнозий освещаются в разделе *нарушений интеллекта*). Например, пациент при виде определенного предмета может описать отдельные признаки предмета, но не может сказать, что же это такое в целом (при *предметной зрительной агнозии*). При соматогностических расстройствах пациенты могут не узнавать части своего тела (**аутотопагнозия**).

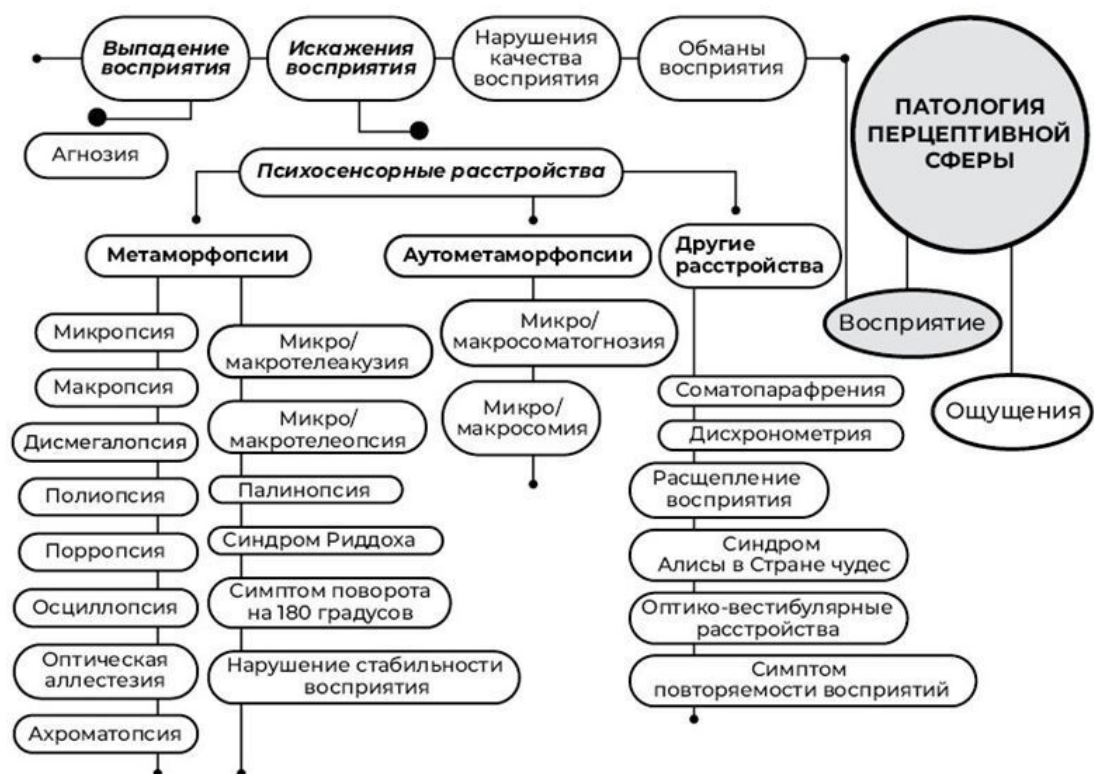


Рис. 2.8. Симптомы выпадения и искажения восприятия

Помощь врачу!

Агнозия оценивается на основании вербально-когнитивных процессов пациента, поведенческих проявлений во время осмотра и отчетов работников медицинской и социальной помощи или членов семьи.

Можно провести следующие диагностические пробы:

- проба на идентификацию объектов: показывать пациенту различные предметы (например, часы, нож, игрушку) и просить назвать их. Также можно попросить пациента определить, что изображено на картинке;
- тест на узнавание лиц: показать фотографии известных людей или членов семьи и спросить, кто изображен на фотографии;
- тест на восприятие форм: предложить пациенту нарисовать предметы, которые он видит, или собрать сложную картинку из частей (например, пазл);
- тест на распознавание звуков: проигрывать пациенту различные звуки (например, звонок, шум дождя, шум машины) и просить его описать услышанное;
- проба на идентификацию предметов на ощупь: пациенту дают предметы (например, ключи, монеты, карандаш) для того, чтобы он, не видя, распознал их на ощупь;
- тест на двустороннюю дискриминацию: прикосновение к одной руке пациента с обеих сторон тела, чтобы проверить, насколько он может локализовать ощущение;
- тест на распознавание запахов: пациенту предлагают различные запахи (например, кофе, ваниль, цитрус) и просят его их идентифицировать;

– тест на различение вкусов: предложить пациенту различные продукты с характерными вкусами (сладкий, кислый, соленый) и попросить его определить вкус.

Для диагностики агнозий пациенту можно задать следующие вопросы:

- Когда Вы видите знакомые предметы, можете ли Вы точно сказать, что это?
- Вы часто путаете предметы или не узнаете их, даже если они Вам знакомы?
- Бывают ли ситуации, когда Вы не узнаете знакомые объекты или лица?
- Легко ли Вам распознавать предметы на ощупь?
- Когда Вы смотрите на вещи, можете ли Вы точно сказать, что это за предмет?
- Вы когда-нибудь испытываете трудности с узнаванием людей или вещей по внешнему виду?
- Когда Вы слышите знакомые звуки, можете ли Вы понять, что это за звук?
- Сложно ли Вам определить, откуда идет звук или что это за звук?
- Можете ли Вы сказать, что находится справа/слева от Вас?
- Покажите, где находится объект, если он за Вами.
- Где находится окно относительно двери в этой комнате?
- Можете ли Вы описать, как добраться от дома до ближайшего магазина?
- Бывает ли, что Вы путаетесь в знакомых маршрутах или теряетесь в помещении?

2. Искажения восприятия представлены **психосенсорными расстройствами**. При них наблюдается искаженное восприятие физических параметров окружающих предметов и собственного тела, таких как размер, форма, положение в пространстве, при этом реальный объект восприятия узнается верно. Это довольно разнородная группа расстройств, которая может быть связана как с нарушением восприятия (в том числе по механизму иллюзорного восприятия) и самосознания, так и с локальными органическими поражениями головного мозга, в том числе связанными, например, с инфекционными и вирусными энцефалитами.

К наиболее часто встречающимся в психиатрической практике **психосенсорным расстройствам** относят: **метаморфопсии, аутометаморфопсии, синдром Алисы в Стране чудес, соматопарафрению, расщепление восприятия, симптом повторяемости восприятий, оптико-вестибулярные расстройства и дисхронометрию** (рис. 2.8).

Помощь врачу!

Психосенсорные расстройства оцениваются на основании описания своего состояния пациентом, содержания его мыслей и поведенческих проявлений во время осмотра, а также отчетов работников медицинской и социальной помощи или членов семьи.

Психосенсорные расстройства часто описываются необычно и метафорически, поэтому необходимо уточнять конкретику: «Что именно Вы видите/ощущаете/слышите?», «Когда это началось?», «Меняется ли это в течение дня?»

Сравнивайте восприятие пациента с реальностью: предложить пациенту продемонстрировать (показать), что именно ему кажется искаженным.

Можно провести следующие диагностические пробы:

- попросите нарисовать свою руку или фигуру человека;

- попросите оценить направление и расстояние до источника звука (например, щелчок пальцами);
- предложите назвать цвет различных предметов в комнате, нарисовать цветное изображение;
- покажите пациенту карточку на несколько секунд, затем уберите и спросите: «Видите ли Вы ее сейчас?»;
- попросите закрыть глаза и сказать, когда, по его мнению, пройдет 30 секунд – сравните с реальным временем;
- попросите описать лицо или фигуру человека в комнате.

Для диагностики психосенсорных расстройств пациенту можно задать следующие вопросы:

- Как Вы сейчас видите окружающее? Все ли выглядит обычным по размеру и форме?
- Видятся ли Вам предметы искаженными, слишком большими или маленькими?
- Когда Вы смотрите на свое тело или отдельные части, они кажутся Вам нормальными по размеру?
- Когда Вы идете, кажется ли Вам, что земля двигается? Что происходит с предметами вокруг?
- Если Вы поворачиваете голову – что происходит с изображением?
- Кажется ли Вам, что предметы приближаются или удаляются, хотя Вы стоите на месте?
- Все ли Вы видите в обычных цветах? Не кажутся ли предметы необычно окрашенными?
- Остается ли у Вас образ предмета, когда он исчезает? Видите ли Вы дубликаты предметов?
- Не кажется ли Вам, что предмет повторяется или виден несколько раз?
- Как Вы ощущаете течение времени? Все идет как обычно или кажется ускоренным/замедленным?
- Не было ли у Вас ощущения, что время остановилось или идет как-то по-другому?
- Вы ощущаете все части тела как свои собственные?
- Бывает ли, что какая-то часть тела кажется Вам чужой или странной?
- Воспринимаете ли Вы людей целиком или по частям?
- Не кажется ли Вам, что части лица или тела других людей выглядят отдельно, как будто не соединены?
- Бывает ли у Вас чувство, что события происходят по кругу, повторяются снова и снова?
- Ощущали ли Вы, что «застряли» в одном моменте?
- Бывает ли у Вас ощущение, что окружающие предметы или стены двигаются, наклоняются, падают или смещаются, хотя сами Вы стоите на месте?

• **Метаморфопсии** – искаженное восприятие размеров, формы, количества, взаимного расположения предметов в пространстве и самого пространства (искажение перспективы, объема, формы).

Выделяют следующие клинические варианты метаморфопсий:

– **макропсия** – искаженное восприятие, при котором предметы кажутся увеличенными в размерах: например, пациент сообщает, что люди вокруг увеличились, стали большими;

– **микropsия** – искаженное восприятие, при котором предметы кажутся уменьшенными в размерах: например, пациент отмечает, что мебель в комнате стала крошечной;

– **дисмегалопсия** – нарушение восприятия пропорций предметов и их формы; предметы кажутся перекрученными или скошенными. Например, пациент удивлен, что здание стоит под острым углом и скрученной формы;

– **полиопсия (полиопия)** – количество воспринимаемых объектов больше, чем есть на самом деле (множественные образы одного предмета). Например, вместо одной руки пациент видит три, вместо пяти пальцев – шесть или семь. Часто встречается при поражении затылочной, теменной и височной долей головного мозга, в том числе при эпилепсии и интоксикациях, а также при нарушениях периферического отдела зрительного анализатора;

– **порропсия** – искаженное восприятие расстояния до предметов (их приближенность, отдаленность). Например, пациенту кажется, что расстояние между ним и врачом намного больше фактического. Проявлением порропсии является **телеопсия** – нарушение восприятия, при котором ощущение глубины пространства усиливается таким образом, что объекты воспринимаются на большем отдалении, чем они находятся на самом деле, а также **пелопсия** – восприятие, при котором объекты воспринимаются на меньшем отдалении, чем они находятся на самом деле;

– при **микротелеопсии** предметы не только уменьшены в размерах (**микropsия**), но и воспринимаются отдаленными (например, пациент, пытаясь поставить книгу на полку, промахивается, так как полка кажется ему значительно дальше, а сама книга – маленькой, как спичечный коробок);

– при **макротелеопсии** предметы, напротив, кажутся большими, но также воспринимаются отдаленными (например, пациент, пытаясь взять пульт с тумбочки, широко расставляет пальцы, так как пульт кажется ему огромным, но при этом лежащим где-то на метр дальше от реального своего положения);

– **микротелеакузия** – состояние, при котором звуки воспринимаются приглушенными, как бы издавна;

– **макротелеакузия** – звуки воспринимаются громкими, будто источник звука находится рядом;

– **оптическая аллестезия** – нарушение восприятия, при котором пациенту кажется, что предметы не на том месте, где они находятся в действительности. Например, телефон ему видится справа, но на самом деле он лежит слева, а в зеркале ему может видаться затылок вместо лица. Симптом относится к центральным метаморфозам, связанным с нарушением мозговых структур, ответственных за обработку зрительной информации;

– **симптом поворота на 180 градусов** – расстройство восприятия пространства, при котором пациент испытывает дезориентацию, создающую иллюзию поворота всех окружающих объектов на 180 градусов. В результате, объекты и предметы кажутся расположенными в противоположной стороне. Обычно появление симптома связано с поражением участков лобной и теменной коры;

– **осциллопсия** – нарушение восприятия, связанное с иллюзией движения неподвижных объектов в пространстве;

– **палинопсия (персеверация предварительно увиденного изображения)** – это нарушение зрительного восприятия в виде сохранения или повторного возникновения зрительного образа предмета после его исчезновения из поля зрения;

– **синдром Риддоха** – состояние, при котором пациент практически слеп, но способен видеть отдельные объекты в движении, наблюдается при поражении затылочной доли мозга;

– **нарушение стабильности восприятия** проявляется в искажении образов объектов в зависимости от изменения условий восприятия. Например, при ходьбе пациент может ощущать, что поверхность земли «подпрыгивает», «качается», «поднимается» или «опускается».

Деревья и здания кажутся «шаткими» и перемещаются вместе с ним. При повороте головы объекты, как будто, тоже «поворачиваются», и возникает ощущение поворота тела в противоположную сторону. Пациент может воспринимать объекты, как если бы они отдалялись или приближались, а не, как если бы он сам двигался к ним или от них;

– **ахроматопсия (цветовая агнозия)** – искаженное восприятие цвета объектов, они воспринимаются в другом цвете. Пациенты не могут соотнести цвет с определенным предметом: например, они все видят в желтом цвете (**ксантопсия**) или в красном цвете (**эритропсия**) и т. д.

• **Аутометаморфопсия или расстройство схемы тела** – искаженное восприятие собственного тела (формы, объема, местоположения его отдельных частей), которое обычно возникает при закрытых глазах, а при зрительном контроле исчезает. При **тотальной аутометаморфопсии** нарушается восприятие всего тела, при **парциальной** – его отдельные части. Например, **макросомия (макросоматогнозия)** – восприятие своего тела увеличенным, **микросомия (микросоматогнозия)** – уменьшенным. Например, пациенту может казаться, что его вес сильно увеличился, или, что он, наоборот, резко похудел. В отличие от соматопсихической деперсонализации при аутометаморфопсии нарушается восприятие физических свойств и параметров собственного тела при сохранении телесных ощущений, витальных и физиологических функций.

• Более сложным феноменом, включающим в себя как метаморфопсии, так и аутометаморфопсии, является **синдром Алисы в Стране чудес** – нарушенное визуальное восприятие человеком своего тела или отдельных его частей, ощущение тела как более крупного или меньшего размера, искажения восприятия других частей тела и сенсорных модальностей, такие как *микропсия, макропсия, пелопсия* или *телеопсия*. Например, пациентка, смотря на свои руки, ощущает, что они становятся большими, а потом маленькими. Иногда ей кажется, что ее тело сжимается или расширяется. Она может даже воспринимать окружающие объекты и людей как маленьких или гигантских в зависимости от ее состояния. Например, она может видеть, как мебель в комнате внезапно увеличивается в размере, или, наоборот, ей кажется, что деревья на улице стали крошечными.

• **Соматопарафрения** – расстройство восприятия тела вследствие поражения одной или обеих теменных долей мозга. Пациент перестает ощущать свою руку и/или ногу как часть себя. Ему может казаться, что его собственными конечностями управляет кто-то другой (следует отличать от *синдрома психического автоматизма*). Пациенты могут сообщать самые невероятные истории о том, кому принадлежит данная часть тела, и почему она «присоединена» к ним (например, что рука, присоединенная к ним, принадлежит другому человеку – ребенку, супругу или врачу). При этом никаких других психопатологических проявлений не отмечается, интеллект сохранен и поведение адекватное. Хороший пример описания соматопарафрении дан Оливером Саксом в книге «Человек, который принял жену за шляпу». В ней пациент постоянно падал с больничной койки по ночам. Сидя на полу, он давал объяснения, что нашел у себя на койке неизвестно кому принадлежащую отрезанную человеческую ногу, и решил выбросить ее, но по неизвестной ему причине за ним последовало его собственное тело, и он упал с кровати. Он предположил, что одна из медсестер подшутила над ним: пробралась в прозекторскую, выкрала оттуда отрезанную ногу и подложила ее в кровать. А на вопросы о том, где его собственная нога, он в отчаянии ответил, что она просто исчезла.

• **Расщепление (раздвоение) восприятия (нарушение сенсорного синтеза)** – искажение восприятия, при котором окружающее воспринимается не в виде целостного образа, а по частям в виде разрозненных деталей, которые кажутся самостоятельными и не связанными между собой. Например, пациент воспринимает голову другого человека и части его лица, нос, глаза, рот раздельно, части тела не соединены для пациента в единое целое. Обычно симптом воспринимается как тягостное болезненное явление с критическим отноше-

нием. Пациент говорит: «Во мне большая неразбериха... где мой нос, что с моим ртом... моя правая рука, я не знаю больше, что слева, что справа, где моя левая нога».

- **Симптом повторяемости восприятий** – нарушение восприятия, при котором все происходящее вокруг пациента кажется бесконечно повторяющимся. Это состояние возникает приступообразно, обычно в результате острых интоксикаций, например акрихином. Феномен можно отнести к параделириозным расстройствам, когда пациент переживает искаженное восприятие реальности, ощущая ее повторяющейся или цикличной.

- **Оптико-вестибулярные расстройства** – искаженное восприятие устойчивости и местоположения окружающих предметов: например, может казаться, что шатается пол, падают или смещаются стены, потолок обрушивается или смещается то вниз, то вверх.

- При **искажении восприятия времени (дисхронометрия)** нарушается восприятие скорости, темпа и плавности течения времени. К ним относятся:

- **цайттрафтер** – реальность воспринимается в ускоренном темпе. Например, пациент сообщает, что «время летит, торопится»;

- **цепиплюпен** – реальность воспринимается в замедленном темпе. Например, пациент говорит, что он будто в «замедленной съемке»;

- **переживание остановившегося времени** – ощущение остановки течения времени. Например, пациентка говорит: «Я внезапно ощутила нечто странное: мои руки и ноги словно разбухли. Голову пронзила страшная боль, и время остановилось. Потом время вновь потекло, как обычно, но остановившееся время продолжало стоять как ворота»;

- **феномен прерывности времени** – ощущение потери непрерывности течения времени. Например, пациент рассказывает: «Мне казалось, что я нахожусь в одном моменте, а потом – что прошли целые часы, хотя я не двигался, ничего не делал, и окружающая обстановка оставалась неизменной. Это ощущение длилось как вечность, но когда припадок прошел, я осознал, что на самом деле прошло всего несколько секунд»;

- **феномен сжатия прошлого** – нарушение восприятия времени (хронометрии) на прошлые события. Например, пациенту кажется, что прошедшие 40 лет жизни длились на самом деле три года. Симптом нередко наблюдается при дисмнестических нарушениях;

- **феномениного (инакого) времени** – восприятие времени иным от общепринятого образом. Например, пациент считает, что у него в неделе девять дней, а не семь. Другой пациент заявляет, что «возраст и время – независимые друг от друга явления», «ему может быть 39 лет, но прожил он на самом деле 46 лет, потому что для него время течет по-другому, нелинейно, а параллельно».

В современной англоязычной литературе психосенсорные расстройства часто рассматриваются как диссоциативные нарушения, возникающие, например, при применении ПАВ. Это не совсем верно, и у отечественных психиатров вызывает путаницу с диссоциативными нарушениями поведения при тревожных (невротических) расстройствах. Психосенсорные расстройства нужно отличать от галлюцинаций, при которых нет реального объекта, и от иллюзий, при которых происходит транзитный, обычно кратковременный, обман, ложное узнавание предмета. При психосенсорных нарушениях узнавание объекта не нарушено, а его искаженное восприятие часто не поддается исправлению. Например, возникновение метаморфозов не зависит от перемены условий восприятия.

3. К нарушениям качества восприятия относят *деперсонализацию* и *дереализацию*, при которых нарушается целостное восприятие себя как личности, поэтому их часто рассматривают как **патологию самосознания**. Сюда также можно отнести **диссоциативные расстройства** такие как *диссоциативная амнезия, диссоциативная фуга, диссоциативный ступор, диссоциативные двигательные расстройства, диссоциативные судороги, диссоциативная анестезия* или *потеря чувственного восприятия, расстройство множественной личности, транс* и *одержимость, синдром Ганзера, диссоциативная псевдо-деменция*,

«**прекрасноравнодушие**», важными критериями которых являются отсутствие физических расстройств, которые могли бы объяснить этот симптом, а также наличие убедительной связи во времени между появлением симптоматики расстройства и стрессовыми событиями, проблемами или потребностями (рис. 2.9).



Рис. 2.9. Нарушения качества восприятия

• **Деперсонализация** – суммарное обозначение нарушения самосознания (подробнее о самосознании см. также раздел 2.11 «Патология сознания») с отчуждением, чувством измененности или утраты восприятия собственных психических и/или физиологических процессов и окружающего мира (чувств, мыслей, представлений, воспоминаний, отношения к окружающему, моторной активности и др.).

В соответствии с дифференциацией ориентировки в различных сферах психики, предложенной К. Вернике, выделяют три основных клинических варианта деперсонализации: аллопсихическую, соматопсихическую и аутопсихическую:

– **аллопсихическая форма (дереализация)** – изменение внутренней картины восприятия окружающего мира (предметов, обстановки, природы), утрата чувства его реальности, переживание его чуждости, измененности, безжизненности, нечеткости, бесцветности, бледности, расплывчатости обычных проявлений окружающей действительности (яркости красок, насыщенности запахов, вкусовых ощущений, неясность, отдаленность звуков и т. д.). При этом образуется «пропасть» между объектом восприятия и воспринимающим. Например, пациент говорит, что «мир стал нереальным, тусклым, серым, как будто через мутное стекло или пелену, будто ненастоящий», «нахожусь под стеклянным колпаком». В других случаях окружающий мир воспринимается как декорации, люди кажутся неживыми, манекенами, куклами. Восприятие пространства и пространственных соотношений между предметами тоже может меняться вплоть до развития частичной дезориентировки в пространстве. Акустические явления искажаются: голоса и звуки кажутся удаленными, глухими и неясными. Цвета окружающих объектов становятся тусклыми, серыми. При дереализации часто нарушается восприятие времени: время замедляется, останавливается (**цепиплюпен**) или вовсе исчезает

– «его больше нет». К отдельным феноменам дереализации относят также состояния «уже виденного» (франц. *déjà vu*), «уже испытанного» (франц. *deja éprouvé*), «уже пережитого» (франц. *deja vécu*), «уже прочувствованного» (франц. *deja ressenti*) и «ужеслышанного» (франц. *deja entendu*), при которых вся или часть окружающей обстановки воспринимается знакомой или возникает ощущение, что события уже происходили когда-то. Феномены «никогда не виденного» (франц. *jamais vu*), «никогда не слышанного» (франц. *jamais entendu*), «никогда не пережитого» (франц. *jamais vécu*) и др. – состояния, когда пациент воспринимает хорошо знакомую обстановку и привычные ситуации как новые, впервые увиденные, никогда не переживавшиеся ранее. Иногда пациенты ощущают непредсказуемость событий, невозможность предугадать, что произойдет в следующий момент – «**отсутствия-предвидения**» (франц. *jamais prévu*). В отличие от воспоминаний эти феномены всегда неожиданны и фрагментарны. От иллюзий и галлюцинаций дереализацию отличает правильное восприятие предметности окружающего, поскольку речь идет о нарушении самосознания, а от психических автоматизмов – отсутствие чувства сделанности;

Помощь врачу!

Для выявления феноменов «уже виденного» (франц. *déjà vu*) и «уже слышанного» (франц. *deja entendu*), а также «никогда не виденного» (франц. *jamais vu*), «никогда не слышанного» (франц. *jamais entendu*), «никогда не пережитого» (франц. *jamais vécu*) вспомогательными вопросами могут быть:

- Не казалось ли Вам когда-нибудь, что Вам уже приходила в голову какая-либо мысль раньше, при этом Вы точно знаете, что думаете об этом впервые?
- Не испытывали ли Вы чувства, что Вы уже слышали когда-то то, что Вы слышите теперь впервые?
- Не было ли ощущения, что читаемый текст Вам знаком, притом что Вы его читаете впервые?
- Не приходилось ли Вам, увидев что-то впервые, чувствовать, что Вы уже видели это раньше?
- Не было ли у Вас ощущения, что привычная обстановка видится Вами в первый раз?
- Чувствовали ли Вы когда-нибудь, что Вы слышите что-то впервые, при этом Вы уверены, что раньше уже слышали это?

– **соматопсихическая форма** – изменения восприятия собственного тела с чувством отчуждения физиологических процессов, их чужеродности, искусственности, утраты телесных ощущений, витальных и физиологических функций (например, чувства голода). Изменяется зрительное, слуховое, вкусовое, обонятельное и осязательное восприятие. Например, пациент жалуется, что «лицо измененное, не свое», «голос не мой», «тело – чужое, ненастоящее, не чувствую его» или «дыхание стало странным, я не чувствую, что это я дышу», «не ощущаю своего веса». Реже может возникать тягостное чувство полного исчезновения своего тела, сопровождающееся **десоматизацией**, т. е. субъективным восприятием тела как лишённого физической материальности. При этом самоощущение личности сводится исключительно к психическому аспекту, будто сознание существует отдельно от телесной оболочки, а тело воспринимается как иллюзорное, нереальное или «нематериальная оболочка». Например, человек может описывать себя как «бестелесный дух, запертый в иллюзии плоти», не чувствуя связи с движениями, ощущениями или физическими потребностями;

– **аутопсихическая форма** – изменения восприятия собственных психических процессов с их отчуждением, чувством их измененности, прежде всего субъективным переживанием некой инакости или потери активности собственного «Я», его цельности и единства или

эмоционального восприятия. Мысли и воспоминания протекают без эмоционального сопровождения, кажутся искусственными, безликими, незаконченными, «не оставляют следа». Прошлые события вспоминаются тусклыми, туманными, стертыми, отчужденными, кажется, что прежние переживания исчезли. При этом в отличие от психического автоматизма отсутствует чувство чужеродности и «сделанности» (мысли и эмоции не ощущаются человеком как внедренные извне кем-то другим) и имеется осознание болезненности переживаний. Особенно тяжело переживается ослабление эмоционального восприятия окружающего, произведений искусства, потеря чувств к близким, притупление общего эмоционального тона жизни, обычных реакций на жизненные события, природные явления и др. Присутствует ощущение своей обособленности, отчужденности от мира. Становится трудно или невозможно вчувствоваться в окружающее, оно лишено «телесной живости», представляется «нереальным». Пациентам кажется, что они больше живут только «умом», становятся «холодными наблюдателями». Снижается или теряется способность воспринимать эмоции других людей, нарушаются социальные когниции. Кажется, что слова и действия происходят словно на автопилоте, без осознания. Такое состояние сопровождается субдепрессивным фоном настроения с повышенной тревожностью. При усилении эмоциональной деперсонализации возникает мучительное ощущение полной утраты чувств или состояние «скорбного бесчувствия», которое, как правило, наблюдается при депрессиях и известно под названием **«болезненная психическая анестезия»** (лат. **anaesthesia psychica dolorosa**). Например, пациенты рассказывают, что «превратились в бездушный камень», жалуются, что «исчезли все эмоции, ко всему безразличие, ничего не испытываю». В более тяжелых случаях теряется ощущение единства, цельности своего личностного восприятия, которое иногда воспринимается как раздвоение, пустота, утрата чувства собственного «Я» (**ценестезия**) или даже полное исчезновение своего «Я» (**аперсонализация**). Например, пациенты считают, что состоят из определенных изолированных фрагментов, лишены собственных мыслей, взглядов, мировоззрения, своего прошлого, болезненно переживают свою безликость и зависимость от окружающих, говорят, что стали не такими, как прежде, исчезли эмоции, «мои переживания будто не мои», «моя личность растворилась в окружающем пространстве». Сюда же относится **расстройство идентичности «Я»**, при котором утрачивается ощущение непрерывности и целостности собственной личности на протяжении жизни. Человек теряет связь с собственным прошлым, что ведет к ощущению своей измененности. Появляется чувство, что личность стала чуждой или искаженной, а самоопределение становится затрудненным. Пациент может не осознавать, кто он есть, и испытывать трудности в восприятии своей идентичности и места в жизни.

Нередко аллопсихическая, соматопсихическая и аутопсихическая формы деперсонализации могут сочетаться. Например, пациент с депрессией говорит: «Времени больше нет, это безвременная пустота (дереализация), а вместе с ним и нет меня, я то появляюсь, то исчезаю» (деперсонализация).

Помощь врачу!

Деперсонализация и дереализация оцениваются на основании описания своего состояния пациентом во время осмотра, содержания его мыслей, поведенческих проявлений во время осмотра и отчетов работников медицинской и социальной помощи или членов семьи. Выявление деперсонализационно-дереализационных расстройств требует особого терпения и такта, поскольку такие пациенты отличаются яркой рефлексией и слишком подробно, но расплывчато описывают свои переживания и испытывают вербальные трудности в изложении своих жалоб, используя образные выражения. Они часто неправильно понимают заданные им по этому поводу вопросы и дают ответы, вводящие в заблуждение. Поэтому особенно важно, чтобы пациент привел конкретные примеры

своих переживаний, так как встречаются точные формулировки и образные сравнения, которые передают содержание в понятной форме.

Вспомогательными вопросами могут быть:

- Бывает ли у Вас ощущение, что окружающий мир стал каким-то нереальным, чужим, будто ненастоящим?
- Не кажется ли Вам иногда, что Вы смотрите на все вокруг как бы через стекло или окружающее воспринимается как в тумане?
- Бывает ли, что звуки или голоса звучат приглушенно, как будто издалека?
- Бывает ли, что Вы теряете ощущение времени, не понимаете, идет оно или остановилось?
- Бывает ли у Вас чувство, что Ваше тело стало чужим, как будто оно не Ваше?
- Не кажется ли Вам иногда, что Вы не ощущаете свое тело, будто оно исчезло или стало иллюзорным?
- Бывает ли, что Вы не чувствуете дыхание, сердцебиение или другие телесные процессы – как будто они происходят без Вас?
- Не возникало ли у Вас ощущение, что душа или сознание отделены от тела?
- Не бывает ли у Вас иногда чувства, что тело ненастоящее, пластмассовое, пустое внутри?
- Бывает ли у Вас ощущение, что Вы стали как будто другим человеком или утратили ощущение себя?
- Не чувствуете ли Вы иногда, что Ваши мысли или эмоции – как будто не Ваши, или будто Вы их не испытываете, а просто наблюдаете?
- Бывает ли так, что Ваши эмоции исчезли, и Вы ничего не чувствуете даже в прежде эмоционально значимых для Вас ситуациях?
- Не замечали ли Вы, что как будто перестали чувствовать радость, грусть, привязанность к близким?
- Не кажется ли Вам, что Вы действуете как будто на автомате, не задумываясь, не ощущая себя?
- Бывает ли, что Вы не ощущаете связь с тем, кем Вы были раньше, как будто это был кто-то другой?

Помимо деперсонализации к нарушениям качества восприятия, связанным с расстройством самосознания, некоторые авторы относят и **диссоциативные нарушения** (рис. 2.9).

Помощь врачу!

Диагностика диссоциативных расстройств требует особого внимания к контексту появления симптомов, деталям их проявления и поведения пациента во время осмотра. Обязательно уточнение, были ли в жизни пациента травматические или стрессовые события, предшествовавшие началу симптомов. Симптомы диссоциативных расстройств часто усиливаются при внимании окружающих и могут проявляться только в определенной обстановке. Для диагностики важно учитывать свидетельства очевидцев (родственников, медперсонала), а также поведение пациента в ситуациях, когда он думает, что за ним никто не наблюдает.

Вспомогательными вопросами могут быть:

- Что Вы помните о том событии/происшествии? Кто был с Вами в этот день? Где Вы находились?

- Бывали ли случаи, когда Вы не могли вспомнить, что делали в течение нескольких часов или дней?
 - Случалось ли Вам внезапно оказаться в незнакомом месте без понимания, как Вы туда попали?
 - Помните ли Вы, где были на прошлой неделе?
 - Узнаете ли Вы имя/адрес/людей (при предъявлении известных сведений)?
 - Бывало ли так, что Вы не могли двигаться или говорить, хотя были в сознании? Что Вы чувствовали в те моменты? Могли ли Вы воспринимать происходящее вокруг?
 - У Вас когда-либо возникала слабость или паралич, который внезапно проходил?
 - Что усиливает/ослабляет Ваши трудности с движением?
 - Бывает ли, что движения возвращаются в неожиданных ситуациях (например, при стрессе, страхе)?
 - Что Вы чувствовали перед судорожным приступом?
 - Помните ли Вы, что происходило во время судорожного приступа?
 - Бывали ли случаи, когда Вы неожиданно падали или теряли контроль над телом в присутствии других?
 - Кто был рядом, когда у Вас случился припадок?
 - Замечали ли Вы потерю чувствительности в какой-либо части тела?
 - Видите ли Вы одинаково хорошо обоими глазами?
 - Бывает ли, что Вы не чувствуете прикосновения, но при этом можете двигаться нормально?
 - Бывает ли, что ощущения (в том числе зрение, вкус, обоняние и т. д.) возвращаются хотя бы на короткое время?
 - Бывает ли, что Вы находите предметы или записи, о которых не помните?
 - Чувствуете ли Вы, что в вашем теле иногда «просыпается» кто-то другой?
 - Замечали ли Вы, что окружающие рассказывают Вам о поступках, которых Вы не помните?
 - Бывает ли, что Вы находите у себя вещи, которые точно не Ваши, или узнаете от кого-то, что сделали то, чего не помните?
 - Случалось ли, что Вы теряли контакт с реальностью и потом не помнили, что делали?
 - Было ли с Вами такое, что Вы действовали, как будто были кем-то другим?
 - Говорили ли Вам, что Вы вели себя «не как обычно»?
 - Случалось ли, что Вы оказывались в новых местах и не помнили, как туда попали?
 - Бывало ли, что Вы ощущали, будто кто-то другой управляет Вашими действиями? Как Вы себя чувствовали после таких эпизодов?
- Для выявления синдрома Ганзера и псевдодеменции можно задавать элементарные вопросы:
- Как Вы думаете, сколько дней в неделе?
 - Сколько будет дважды два?
 - Какого цвета небо?
 - Покажите, как зажечь спичку / открыть дверь ключом.

- Как Вас зовут? Сколько Вам лет?
- Покажите, как пользоваться ложкой/расческой/кнопками.
- Случается ли Вам путать имена близких или предметы повседневного пользования?

• **Диссоциативная амнезия** – парциальная или полная потеря памяти, обычно на недавние важные события. Она не обусловлена органическим психическим заболеванием и слишком выражена, чтобы быть объясненной обычной забывчивостью или усталостью. Амнезия обычно фокусируется на травматических событиях, таких как несчастные случаи или неожиданная потеря близких, и чаще является парциальной и селективной, например, в отношении своего тяжелого соматического заболевания. Тотальность и стабильность амнестических нарушений часто варьируются день ото дня и при оценке разными исследователями, но постоянным общим признаком является невозможность вспомнить психогенное событие в состоянии бодрствования.

• **Диссоциативная фуга** – диссоциативная амнезия в сочетании с внешне целенаправленными путешествиями, во время которых пациент поддерживает уход за собой. В некоторых случаях принимается новая идентичность личности, обычно на несколько дней, но иногда на длительные периоды и с удивительной степенью полноты. Путешествия, как правило, организируются в места ранее известные, эмоционально значимые и имеют психогенную обусловленность. Хотя период фуги амнезируется, поведение пациента в это время для независимых наблюдателей может представляться совершенно нормальным.

• **Диссоциативный (конверсионный) ступор** – состояние функционального ступора, при котором осмотр и обследование не выявляют его физической обусловленности. Как и при других диссоциативных расстройствах, дополнительно обнаруживается психогенная обусловленность в форме недавних стрессовых событий или выраженных межперсональных или социальных проблем. Ступор диагностируется на основании резкого снижения или отсутствия произвольных движений и нормальных реакций на внешние стимулы, такие как свет, шум, прикосновение. Длительное время пациент лежит или сидит почти неподвижно, отсутствуют речь и спонтанные и целенаправленные движения. Может присутствовать некоторая степень нарушения сознания, однако мышечный тонус, положение тела, дыхание, координированные движения глаз свидетельствуют о том, что пациент не находится ни в состоянии сна, ни в бессознательном состоянии.

• **Диссоциативные (конверсионные) расстройства движений** – утрата способности к движению конечности или ее части без соответствующей неврологической основы. Функциональный паралич может быть полным или частичным, когда движения слабы или замедленны. Могут проявляться различные формы и степени нарушения двигательной координации (**атаксия**), особенно в ногах, что обуславливает вычурную походку или неспособность стоять без посторонней помощи (**астазия-абазия**). Например, **синдром Брике** – расстройство ходьбы в виде ослабления мышечной и кожной чувствительности. Может иметь место преувеличенное дрожание конечностей или всего тела. У других пациентов может наблюдаться походка **«летающего пера»**, для которой характерны широкие шаги, прыжки, пациент останавливается, лишь наткнувшись на какое-нибудь препятствие, или **«метущая» походка**, когда парализованная нога волочится метлой, а не описывает дугу носком как при истинной гемиплегии. Сюда же относится **симптом Ласега** – потеря способности движения конечности при закрытых глазах. Сходство конверсионных расстройств движений может быть близким с почти любым вариантом атаксии, апраксии, акинезии, афонии, дизартрии, дискинезии или паралича.

• **Диссоциативные (конверсионные) судороги (псевдоприпадки)** могут очень точно имитировать моторные проявления эпилептических припадков. Такой припадок возникает в присутствии других лиц, падение осторожное. Сознание пациента при этом грубо не нарушено, возможно только аффективное сужение сознания, обычно продолжающееся менее

получаса. При этом движения размашистые, позы выразительные и демонстративные, пациент может шуметь, плакать и стонать. Реакция зрачка на свет сохраняется и при проверке пациент замигает, отворачивается (иногда встречается **симптом Редлиха** – мидриаз и отсутствие реакции зрачков на свет), непроизвольного акта мочеиспускания и дефекации, прикусывания языка, тяжелых кровоподтеков и травм в связи с падениями, после приступной астении не наблюдается. Характерными внешними проявлениями являются **конторсия** – извивающиеся движения тела в разных направлениях и/или «**истерическая дуга**» – сокращение мышц разгибателей туловища с изгибом тела в виде арки, опорой которой служат только затылок и пятки.

- **Диссоциативная (конверсионная) анестезия** или потеря чувственного восприятия – функциональная анестезия, не обусловленная неврологической патологией. Области кожной анестезии часто имеют такие границы, что становится ясным, что они скорее отражают представления пациента о телесных функциях, нежели находятся в соответствии с медицинскими знаниями. Наблюдаются изолированные потери в сферах чувств, которые не могут быть обусловлены неврологическими повреждениями. Вопреки жалобам потеря зрения при диссоциативных расстройствах редко бывает тотальной, чаще речь идет об утрате остроты зрения, его общей неясности или о «сужении поля зрительного восприятия». У пациентов с диссоциативной слепотой может выявляться **симптом фиксации взора** – при пассивном повороте головы глазные яблоки плавно смещаются в противоположную сторону, и зрачки остаются фиксированными на лице врача. Утрата чувственного восприятия нередко сопровождается жалобами на парестезии. При этом остаются сохраненными общая подвижность и моторная продуктивность. Гораздо реже, чем потеря чувствительности или зрения, встречаются **диссоциативная глухота** и **аносмия**.

- **Расстройство множественной личности (диссоциативное расстройство личностной идентификации)** – видимость существования у индивидуума двух или более разных личностей, проявляющихся одновременно. Каждая из личностей обладает полнотой, характеризуясь собственными предпочтениями, памятью и поведением, что может заметно контрастировать с преморбидной личностью. При наиболее распространенной форме, когда имеются две личности, одна из них обычно является доминантной, но ни одна не имеет доступа к воспоминаниям другой и обе они почти всегда не знают о существовании друг друга. Первая смена одной личности на другую обычно внезапна и тесно связана с травматическими событиями. Последующие смены часто привязаны к драматическим или стрессовым событиям или возникают в течение терапевтических сеансов, включающих релаксацию или гипноз. Например, пациент, который страдает раковым заболеванием: в определенный период времени (при хороших результатах) «одна личность» может принимать и трезво оценивать ситуацию, в то время как «другая личность» при плохих новостях полностью игнорирует наличие заболевания, не воспринимает себя тяжело больным и отказывается от дальнейшего онкологического мониторинга и лечения, что может привести к разрушающим необратимым последствиям.

- **Транс и одержимость** – диссоциативные расстройства, при которых имеется временная потеря как чувства личностной идентичности, так и полного восприятия и отражения в сознании окружающего. В некоторых случаях отдельные поступки управляются другой личностью, духом, божеством или «силой». Внимание и осознание могут ограничиваться или фокусироваться на одном-двух аспектах из непосредственного окружения, и часто наблюдается ограниченный, но повторяющийся набор движений, поз и высказываний. Сюда должны включаться только те трансы, которые являются непроизвольными или нежелательными и затрудняют повседневную деятельность за счет того, что возникают вне рамок религиозных или других культурно приемлемых ситуаций. Трансы следует дифференцировать с острыми психозами, протекающими с бредом и галлюцинациями, и с расстройствами множественной личности. Примером транса является **вигиламбулизм** – состояние, при котором человек в

состоянии бодрствования внезапно совершает длительные, внешне упорядоченные, но чуждые его обычной личности действия, сопровождающиеся временной «сменой» идентичности. Эпизод часто бывает психогенно спровоцирован острыми эмоциональными потрясениями и может длиться от нескольких часов до нескольких дней. Пациент способен неожиданно уехать в другой город, начать говорить на незнакомом языке, выполнять сложные действия (например, работать на незнакомой работе) или демонстрировать навыки, которых у него нет в обычной жизни. При этом его поведение выглядит целенаправленным, окружающие могут не заметить ничего странного, кроме необычной отрешенности или изменения манер. Например, тихий офисный сотрудник внезапно начинает вести себя как уверенный в себе артист, дающий уличные представления, а после окончания эпизода не может объяснить мотивы своих поступков. Эпизод часто заканчивается без значительных долговременных последствий, и человек может не помнить подробности произошедшего. Эти состояния важно отличать от эпилептических амбулаторных автоматизмов, где есть четкая временная связь с приступами, и от **диссоциативной фуги**, где полностью стирается память о прошлой идентичности. В отличие от расстройства множественной личности, человек в случае вигиламбулизма сохраняет свою общую идентичность и не имеет полностью разделенных личностей.

- **Синдром Ганзера (Ганзеровский психоз)** – вид диссоциативного расстройства, при котором пациент дает приблизительные, абсурдные и часто противоречивые ответы на простые вопросы, отвечает невпопад (**миморечь**), обычно в сочетании с некоторыми другими диссоциативными симптомами и в обстоятельствах, предполагающих психогенную этиологию. Состояние напоминает шоковую реакцию на стресс. Могут наблюдаться дезориентировка, сужение сознания и обманы восприятия, как правило, связанные с психотравмирующей ситуацией. Например, пациент на вопрос, сколько ног у коровы, может ответить семь. Пациенты также могут выполнять неадекватные действия (**мимодействия**) или противоположные по смыслу («**действия наоборот**»). Например, пациент чиркает по коробку обратной стороной спички, читает газету вверх ногами, вставляет ключ обратным концом, если попросить открыть окно, то он закрывает его. Может наблюдаться «детское» поведение у взрослых пациентов (**пуэрилизм**) на фоне истерически суженного сознания, детская речь с шепелявостью, сюсюканьем, картавостью, упоминания себя в третьем лице (**пуэрильная речь**).

- **Диссоциативная псевдодеменция** – это функциональное состояние, при котором пациентам свойственны растерянность, трудности в понимании окружающей ситуации, бессмысленный взгляд, неуместные ответы (**миморечь**), неустойчивое настроение (от смеха до подавленности) и неспособность справиться с простейшими задачами. При этом они могут неожиданно правильно ответить на сложные вопросы, не касающиеся психотравмирующей ситуации. В тяжелых случаях может нарушаться ориентировка в окружающем пространстве и собственной личности. Выделяются две формы диссоциативной псевдодеменции: депрессивная и ажитированная. При депрессивной форме пациенты вялы, подавлены и много времени проводят в постели. При ажитированной форме они суетливы, непоседливы и дурашливы. При активном вытеснении обстоятельств тяжелого соматического заболевания может наблюдаться приподнятое настроение, легкомысленная оценка своего состояния и прогноза заболевания, а также нежелание принимать медицинскую помощь (**эйфорическая псевдодеменция**). Продолжительность состояния может варьироваться от нескольких дней до нескольких месяцев. Могут наблюдаться нарочито неправильные действия (**мимодействия**), такие как неправильное использование спичек и грубые ошибки при решении простейших задач. Эти явления происходят на фоне истерически суженного сознания, что приводит к кажущейся потере элементарных знаний. Диссоциативную псевдодеменцию необходимо отличать от **стupidности**, характеризующуюся ослаблением интеллектуальных способностей, но без достижения уровня слабоумия. Stupidность – временное состояние, оно обратимо и поддается лечению. Основные его проявления включают затруднения в мышлении (например, ощущение, что «ничего

не приходит в голову»), снижение памяти и апатию. Такое состояние часто возникает в ответ на транзиторные психические или соматические расстройства, а также лечебные процедуры с временной утратой сознания, например после сеанса электросудорожной терапии.

- **«Прекрасное равнодушие»** (франц. *la belle indifférence* – термин П. Жане) – связанное с психической диссоциацией отсутствие адекватной эмоциональной реакции вплоть до полного апатического безразличия на внешне пугающие своей тяжестью сомато-вегетативные и неврологические нарушения. Симптом является характерным признаком конверсионных истерических расстройств, и, по-видимому, связан с нарушением функции передней поясной коры, блокадой аффективных реакций и двигательного контроля. Например, несмотря на выпадение чувствительности или некоторых двигательных функций, пациенты остаются совершенно безразличны к этой симптоматике, как бы не понимая ее тяжесть. Внешнее поведение напоминает при этом состояние некоторой прострации с сужением сознания. Другим примером, чаще встречающимся в хирургической практике, является отрицание наличия тяжелого соматического заболевания с выражением наигранного оптимизма, игнорированием лечения и рекомендаций врачей. В этих случаях говорят об **аберрантной (отрицательной) ипохондрии**, характеризующейся парадоксальной недооценкой или отрицанием тяжести соматического заболевания при наличии его подтверждения. Ключевым признаком выступает *когнитивно-аффективный диссонанс*: пациент демонстрирует эмоциональную индифферентность к диагнозу, минимизируя значимость симптомов (например, описывая метастазирующую опухоль как «неопасное уплотнение»), и проявляет неспособность интегрировать объективную медицинскую информацию в субъективную картину здоровья («Да, врач сказал, но это ерунда»). Пациент избегает обсуждений прогноза и лечения даже при угрожающих жизни состояниях (отказ от операций, химиотерапии). Помимо *защитной диссоциации* как механизма избегания экзистенциальной тревоги в виде *анозогнозии*, феномен включает нарушение телесного самосознания (*соматопсихическая деперсонализация*). В тяжелых случаях формируется *психогенная анальгезия* – отсутствие боли при органическом повреждении (например, безболевого инфаркта).

4. **Обманы восприятия** разделяются на **иллюзии** и **галлюцинации** (рис. 2.10–2.11).

Помощь врачу!

Обманы восприятия оцениваются на основании высказываний, описания своего состояния пациентом, содержания мыслей пациента, поведенческих проявлений во время осмотра, а также на основании отчетов работников звена медицинской и социальной сети или членов семьи.

В поведении обманы восприятия можно заподозрить тогда, когда пациент внимательно, пристально смотрит на собеседника или взгляд направлен в сторону, где ничего не должно привлекать внимания, внезапное закрытие глаз или жесты как будто пациент прячется, опасается чего-то, неожиданно замолкает, когда он к чему-то прислушивается, при отсутствии звуков и т. д.

- **Иллюзии** – ошибочное или искаженное восприятие действительно существующих в данный момент предметов или явлений, когда происходит замещение реального объекта иллюзорным образом. Критики к иллюзорным обманам восприятия зачастую нет (но не всегда), они воспринимаются как объективная действительность и, как правило, имеют чувственно насыщенный характер и сопровождаются аффективной реакцией.

✓ В зависимости от того, в каком органе чувств они возникают, выделяют **зрительные, слуховые**, в том числе **вербальные (словесные), вкусовые, обонятельные и тактильные иллюзии**.

✓ По **механизму развития (психогенеза)** выделяют **физические, физиологические**, связанные с **нарушением внимания и привычного восприятия, аффективные и парейдолические иллюзии** (рис. 2.10).



Рис. 2.10. Обманы восприятия (иллюзии)

– В условиях недостатка внимания и затрудняющих восприятие внешних факторов возникают **иллюзии невнимательности**. Подобные иллюзии редуцируются при сосредоточении внимания и получении необходимой информации. Например, они исчезают при улучшении освещения или исключении источников шума. При плохом освещении вместо одного предмета можно увидеть другой, при шуме вместо одного слова слышится другое, созвучное ему.

– **Физические иллюзии** – это явления, при которых искажение восприятия объекта или его свойств объясняется законами физики, такими как преломление света, отражение, рассеивание или другими физическими эффектами. Эти иллюзии возникают в результате особенностей взаимодействия света, звука или других физических процессов с окружающей средой. Например, при разглядывании камешков в ручье: они могут казаться более крупными и ближе к поверхности, чем на самом деле, из-за оптических эффектов.

– **Физиологические иллюзии** – это искажения восприятия, которые возникают из-за особенностей работы сенсорных систем человека (зрительных, слуховых, тактильных и др.). Они связаны с ограничениями или спецификой обработки информации нервной системой и не требуют внешнего вмешательства, возникая в рамках нормальной физиологии. Например, если смотреть на яркий светлый объект, а затем перевести взгляд на темную поверхность, перед глазами на мгновение появится «призрак» объекта в инверсных цветах. Это связано с временным перенапряжением рецепторов сетчатки.

– **Иллюзии привычного восприятия** – это искажения, возникающие из-за автоматизма в интерпретации информации, который сформировался на основе предыдущего опыта. Такие иллюзии связаны с недостаточной концентрацией внимания, когда мозг воспринимает объект или ситуацию через призму знакомых шаблонов, игнорируя детали. Например, во время чтения кажется, что в слове «интернет» вместо буквы «р» написана «п». Несмотря на

это, можно и не заметить ошибку, так как мозг автоматически интерпретирует знакомое слово, не уделяя внимания каждому символу. Это происходит из-за автоматизма в распознавании текста, который опирается на предыдущий опыт и ожидаемые образы, а не на детальный анализ.

– **Аффективные иллюзии** появляются при выраженном изменении эмоционального состояния, обычно при негативных аффектах страха или тревоги. Такие иллюзии чаще бывают зрительными или слуховыми. Например, человек, боящийся темноты и идущий ночью по улице, вместо шума машин может услышать шаги преследователя или увидеть в темном предмете силуэт преследователя, неодушевленные предметы приобретают угрожающие черты живых или фантастических существ. При вербальных иллюзиях в разговорах или нейтральных фразах окружающих слышатся угрозы, насмешки, обвинения, стоны, мольбы, связанные с доминирующим аффектом, что отличает их от бредовых интерпретаций и идей отношения, при которых пациенты интерпретируют наличие самого факта разговора посторонних людей, но не слышат конкретных фраз или слов разговора.

– **Парейдолические иллюзии (парейдолии)** – зрительные иллюзии, как правило, фантастического содержания, развивающиеся при восприятии сложных зрительных раздражителей, такие как узоры, линии, расцветки ковра, обоев, стен, трещины на потолке и т. д. Вместо реальных объектов пациент видит в узорах необычные фантастические сюжеты, сказочные растения, животных, людей. Эти образы могут оживать, двигаться. Пациенты могут характеризовать такие состояния как «мультики». Например, пациент видит на обоях причудливые цветы, которые превращаются в необычные деревья.

Главным дифференцирующим признаком иллюзий от галлюцинаций является отсутствие при последних реально воспринимаемого объекта. При бреде пациент верно видит, слышит, чувствует происходящее вокруг, но в соответствии с логическими нарушениями суждений неправильно это интерпретирует.

Помощь врачу!

Иллюзии оцениваются практически так же, как и галлюцинации (описано ниже), лишь за тем исключением, что ошибочно воспринимается реально существующий объект. Поэтому необходимо расспросить пациента об источнике зрительных, слуховых, вкусовых, обонятельных, тактильных образов. Какой это источник, где он находится?

• **Галлюцинации** – расстройство восприятия в виде образов и представлений (мнимые восприятия), которые возникают без наличия реальных объектов, воздействующих на органы чувств, но воспринимаемых как объективная реальность и неотличимых от действительности.

Помощь врачу!

Галлюцинации оцениваются на основании высказываний, описания своего состояния пациентом, содержания высказанных мыслей пациента, поведенческих проявлений, а также на основании отчетов работников медицинской и социальной сети и членов семьи.

Например, при слуховых галлюцинациях пациент к чему-то прислушивается, затыкает уши, стремится выяснить источник «голосов», их содержание может отражаться в мимике. При зрительных галлюцинациях пациент может озиаться вокруг, прятаться, отмахиваться, что-то стряхивать с себя. При тактильных галлюцинациях пациенты могут ощупывать у себя на коже какое-то место, расцарапывать его, сбрасывают и стряхивают одежду, просят консультации врача-дерматолога. При обонятельных или вкусовых галлюцинациях пациенты могут зажимать себе нос, постоянно использовать дезодорант, одеколон или духи, чтобы перебить неприятный запах, или

отказываться от приема пищи. Все подобные внешние признаки нарушения поведения должны вызывать у врача настороженность в отношении обманов восприятия. Такое поведение дает основание для проведения прицельного расспроса.

В тех случаях, когда объективные признаки галлюцинирования отсутствуют, не всегда следует задавать прямой вопрос – «видится или слышится» что-то пациенту. Лучше, если эти вопросы будут наводящими, чтобы побудить пациента к активному рассказу о своих переживаниях. Важно не только то, что рассказывает пациент, но и как рассказывает: охотно или неохотно, со стремлением к **диссимуляции** (сознательное сокрытие) или без такового, с интересом, с видимой эмоциональной окраской, аффектом страха или безразлично, равнодушно. Расспрашивая об иллюзиях и галлюцинациях, следует проявлять особый такт.

Прежде чем приступить к данной теме, целесообразно подготовить пациента, сказав: «У некоторых людей при ментальном расстройстве бывают необычные ощущения». Затем можно спросить о том, не слышал ли он/она каких-либо звуков или голосов в момент, когда в пределах слышимости никого не было. Если же история болезни дает основания предполагать в данном случае наличие зрительных, вкусовых, обонятельных, тактильных или висцеральных галлюцинаций, следует задать соответствующие вопросы.

Если пациент описывает галлюцинации, то в зависимости от типа ощущений формулируются определенные дополнительные вопросы.

Галлюцинации переменны в следующих аспектах:

- *характер восприятия* колеблется между отчетливым чувственным переживанием и образным представлением. В особенности это характерно для акустических (слуховых) галлюцинаций. Например, сначала это может быть отчетливое слышание, затем «восприятие без помощи слуха, ушей», следы голосов в теле «как волны», контаминации с телесными впечатлениями, ощущениями, и, наконец, «знание» голосов невещного характера и переход к мысленному звучанию;

- *интенсивность восприятия* – чувственная отчетливость может быть от близкой к действительности до почти неосязаемой;

- *ясность восприятия* может варьироваться от четко очерченного и структурированного восприятия до схематичного и расплывчатого;

- *положение в пространстве* – оптические и тактильные галлюцинации воспринимаются большей частью как внешние по отношению к своему телу. Но галлюцинации не обязательно должны находиться в поле восприятия, пространственная локализация галлюцинаций может быть изменчива.

Все эти характеристики галлюцинаций в разные моменты времени могут меняться у одного и того же пациента.

✓ По *степени сложности* выделяют **элементарные, простые, сложные, комплексные, сценopodobные галлюцинации** (рис. 2.11).

- **Элементарные галлюцинации** – ошибочное восприятие простейших феноменов, не достигающих степени сформированного предметного образа и характеризующихся его незавершенностью. Например, пациент видит вспышки света, тумана, цветных пятен (**фотопсии**); слышит шум, звон, скрип и т. п. (элементарные неречевые обманы слуха – **акоазмы**); оклики, стон, плач, смех (элементарные речевые обманы слуха – **фонемы**) в отсутствие реальных раздражителей.

– **Простые галлюцинации** имеют четкий завершенный образ и возникают только в одном из анализаторов. Например, пациент только слышит голоса знакомых людей без источника звука.

– При **сложных галлюцинациях (синестетические, симптом Майера – Гросса)** галлюцинаторные переживания возникают одновременно в нескольких анализаторах. Например, пациент слышит голоса знакомых людей и видит их зрительные образы; видит цветы, растения, деревья и ощущает их запах.



Рис. 2.11. Обманы восприятия (галлюцинации – систематика по степени сложности клинических проявлений и органам чувств)

– При **комплексных галлюцинациях** образы возникают одновременно в нескольких анализаторах и объединены общим содержанием. Например, пациент слышит голос, который шепчет ему угрозы физической расправы, и одновременно видит, как эти люди двигаются вокруг него, создавая мимолетные тени и образы. Он также ощущает физическое давление на свою грудную клетку, как будто кто-то пытается ее сдавить. Выделяют также **сценopodobные галлюцинации** – комплексные, с последовательной сюжетной сменой одного галлюцинаторного эпизода другим и возможной переменой воспринимаемой окружающей обстановки. Например, пациент сообщает, что видел перед собой разворачивающееся сражение: солдаты в форме с криками бежали в атаку, раздавались выстрелы и взрывы, слышался гул военных машин. Затем он оказался в совершенно иной обстановке – на городской площади, где толпа людей скандировала лозунги и звучала громкая музыка. Вариантом сценopodobных являются **пантофобические галлюцинации Леви-Валенси** – устрашающие сценические видения.

✓ По **органам чувств** выделяют **слуховые (акустические)**, **зрительные (оптические)**, **тактильные (осязательные)**, **висцеральные (телесные, аутовисцероскопические)**, **вестибулярные (кинестетические)**, **обонятельные (фантосмии)**, **вкусовые** и **викарные галлюцинации** (рис. 2.11).

– Среди **слуховых галлюцинаций** наиболее часто встречаются **вербальные** галлюцинации. Они представляют собой фразы, слова, разговоры, «голоса», которые слышатся пациенту. **Вербальные галлюцинации** могут быть **императивными** (приказывающими или

запрещающими), *убеждающими, угрожающими, оскорбляющими, обвиняющими, комментирующими* с вербализацией поведения пациента в настоящий момент, *повествовательными* (описывающими события настоящей и прошлой жизни), *дублирующими* (повторяют фразы и мысли), *телеологическими* (защищающими, приободряющими и несущими другую позитивную информацию), *антагонистическими* (с противоположным по смыслу позитивным или негативным содержанием), могут быть представлены *в виде диалога* между голосами или *в виде монолога*. В тишине и ночные часы вербальные галлюцинации обычно оживляются. К слуховым галлюцинациям относят **билатеральные галлюцинации Маньяна**, при которых содержание слов, слышимых с одной стороны, противоположно содержанию слов, слышимых с другой стороны (другим ухом). Например, правое ухо слышит приятные, благожелательные выражения, левое – брань и оскорбления. При галлюцинациях музыкального содержания слышится игра музыкальных инструментов, пение, хоры. Звучат известные мелодии, их отрывки, иногда воспринимается незнакомая музыка. Слуховые обманы восприятия могут быть **полиакузическими**, когда галлюцинации воспринимаются пациентом последовательно, многократно повторяясь.

Помощь врачу!

Внешними признаками наличия слуховых галлюцинаций могут быть:

- разговоры с самим собой, напоминающие беседу или реплики в ответ на чьи-то вопросы;
- внезапное замолкание, как будто человек прислушивается к чему-либо;
- неожиданный беспричинный смех;
- встревоженный и озабоченный вид;
- впечатление, что Ваш пациент слышит то, что Вы не воспринимаете;
- невозможность сосредоточиться на теме разговора или определенной задаче;
- изменившееся поведение по отношению к родственникам, друзьям, пациентам по палате, медперсоналу;
- проявление необоснованной враждебности или скрытности;
- прямые высказывания неправдоподобного или сомнительного содержания (например, о преследовании, собственном величии, своей вине);
- высказывания опасений за свою жизнь и благополучие, а также жизнь и здоровье близких без явных на то оснований;
- явное проявление страха, тревоги, защитные действия в виде зашторивания окон, запираания дверей;
- отказ от еды или тщательная проверка пищи;
- лишенные реального повода активные действия сутяжнического характера (например, заявления в милицию, жалобы в различные инстанции на соседей и т. д.).

Вспомогательными вопросами могут быть:

- Приходилось ли Вам слышать какие-либо звуки или голоса, когда никого нет рядом или Вы не понимали, откуда они?
- Как Вам помочь справиться в данный момент с этими переживаниями или с тем, что их вызывает?
- Слышите ли Вы голоса, описывающие или обсуждающие Ваши действия и мысли?
- Что они говорят?
- Сколько голосов удается различить?
- Что они обсуждают?
- Что это за звуки (голоса)?

- Откуда Вы их слышите?
- Слышите ли Вы какие-нибудь оценки своих действий, мыслей?
- Не приходилось ли Вам слышать голоса, приказывающие или советующие сделать что-либо?

Следует определить точное содержание слуховых обманов восприятия: слышит ли пациент отдельные звуки, шумы или голоса. Слышит ли пациент один голос или несколько; какого содержания вербальные галлюцинации. Эти явления нужно отличать от случаев, когда пациент, слыша голоса реальных людей, но не различая слов и фраз, считает, что они обсуждают его (бред отношения). Если пациент утверждает, что голоса обращаются к нему, необходимо выяснить, что именно они говорят, особенно важно определить приказывают ли голоса и может ли пациент им не подчиняться. Важно фиксировать дословно содержание галлюцинаций, приводя примеры. Необходимо определить источник галлюцинаций, слышит ли пациент голоса из вне или внутри головы, откуда исходит звук, где располагается его источник, трактовку причины, по которой он их слышит, отношение к содержанию, эмоциональное состояние в связи с этим, наличие критики и т. д.

– **Зрительные галлюцинации** также очень разнообразны по форме и содержанию – от простейших фотопсий и фрагментарных образов до сложных сценподобных картин с кинематографическим восприятием.

При **экстракампинных галлюцинациях** зрительные образы возникают вне поля зрения (сбоку, сзади).

При **отрицательных галлюцинациях** пациент не видит объекты окружающей обстановки, реально находящихся в поле зрения.

Гемианоптические галлюцинации возникают в выпавшей части поля зрения при гемианопсии, т. е. при нарушении зрения, когда человек видит только половину поля зрения.

При **монокулярных галлюцинациях** видения могут возникать лишь в одном глазу.

Аутоскопические (дейтроскопические) представляют собой переживание видения собственного двойника, находящегося вне физического тела. При этом пациент продолжает ощущать себя в своем теле, но одновременно видит его со стороны. Такое восприятие отличается от феномена внетелесного опыта, при котором человек чувствует себя покинувшим собственное тело и наблюдающим происходящее «извне». В ряде случаев возникает впечатление парения и наблюдения за собой со стороны, например за собственным телом, лежащим на кровати.

Обычно появляется один двойник, однако описаны и более сложные варианты, когда пациент видит сразу несколько «своих копий». Галлюцинаторный двойник может разговаривать, передвигаться, имитировать движения пациента или даже вступать с ним в физический контакт. Особым феноменом считаются **отрицательные аутоскопические галлюцинации**, когда человек, глядя в зеркало, не обнаруживает в нем собственного отражения.

Подобные переживания известны в литературе: так, Гёте описывал случай, когда во время верховой прогулки увидел приближающегося всадника, оказавшегося его собственным двойником. Видение продолжалось несколько секунд, после чего исчезло.

Геатоскопия (симптом двойника Гиляровского) представляет собой редкий вариант аутоскопических галлюцинаций, при котором у пациента возникает ложное восприятие собственного тела, проецируемое внутрь его физического тела. В отличие от классической аутоскопии образ воспринимается как расположенный внутри соматических границ – пациент может «видеть» свои внутренние органы, скелет или целостное телесное отображение. Клинически это проявляется жалобами на ощущение «внутреннего наблюдателя, который видит внутри все тело, органы», и часто сопровождается соматопсихической деперсонализацией.

При **эндоскопических галлюцинациях** пациенты видят находящиеся внутри инородные тела или происходящие в организме физиологические процессы. Например: «В моей голове и теле большой беспорядок: желудок и шея вращаются из-за крана внутри». Ключевое отличие от геатоскопии заключается не в объекте (органы), а в способе его восприятия, контексте и связи с самоидентификацией («Я»). Геатоскопия – пациент видит свое тело изнутри («Я наблюдаю себя»). Это нарушение самоидентификации: органы – часть «Я», но отчужденная. Эндоскопические галлюцинации – пациент видит что-то внутри себя, но это не связано с нарушением восприятия собственного тела в целом. Нередко такие галлюцинации описываются как ощущение чужеродного вмешательства: внутренние органы воспринимаются не как часть собственного тела, а как пространство, где осуществляется воздействие или вторжение извне.

Полиопическими называют галлюцинации с множественными стереотипными видениями.

Французский психиатр Жюль Сегла описал феномен **зрительных вербальных галлюцинаций**, при которых пациент видит слова, «написанные» на стенах, в воздухе или на облаках. Содержанием таких символических галлюцинаций могут быть иные системы: цифры, математические формулы, символы химических элементов, нотные, геральдические знаки. Одним из подтипов таких галлюцинаций являются **буквенные галлюцинации**, когда человек воспринимает в пространстве отдельные буквы, наделенные для него особым смыслом.

Выделяют **диплопические галлюцинации**, которые характеризуются удвоением мнимых образов.

К зрительным галлюцинациям относятся **аделоморфные галлюцинации**, при которых возникающие галлюцинаторные образы нечеткие, расплывчатые и не имеют очерченных ясных контуров.

Описаны стабильные или статические **галлюцинации Кальбаума** – мало меняющиеся галлюцинаторные образы, т. е. застывшие, не двигающиеся. Например, пациентка видит в окне соседнего дома застывший темный силуэт.

Демонические галлюцинации включают видения мифологических, религиозных или фантастических существ (демонов, ангелов, инопланетян), отражающих культурно-обусловленные представления пациента. В последние годы отмечается тенденция к уменьшению частоты демонических галлюцинаций при относительном увеличении **антропоморфных галлюцинаций**, при которых пациенты видят образы реальных людей – как знакомых, так и незнакомых, живых или умерших. В ряде случаев пациенты интерпретируют эти образы как замаскированные враждебные сущности. Особый вариант составляют **фрагментарные галлюцинации** – видения отдельных частей тела (конечностей, глаз, внутренних органов).

При *делириозном помрачении сознания* зрительные галлюцинации легко провоцируются. Например, описаны **симптом Липмана**, когда при надавливании на закрытые глаза у пациента появляются зрительные галлюцинации, в том числе элементарные (**симптом Пуркинье** – при надавливании на закрытые глаза у них возникают яркие цветные вспышки света – **фотопсии**); **симптом Ашаффенбурга**, если пациент разговаривает по врученному предмету как по телефону; **симптом Рейхардта**, когда пациент «читает» мнимый текст на чистом листе бумаги; **проба Осипова** – ощущение в руке мнимого предмета, который врач якобы передал пациенту. **Симптом Бехтерева** проявляется в постделириозном состоянии: после исчезновения классических признаков делирия (например, симптома Липмана) легкое давление на веки закрытых глаз в сочетании с вербальным внушением («Вы видите кошку на стуле») провоцирует четкие галлюцинации в указанной зоне поля зрения. **Симптом Попова** отражает повышенную внушаемость при делирии: если пациенту сказать, что белый лист бумаги окрашен в определенный цвет, он воспримет его как цветной, однако это будет не полноценная галлюци-

нация, а иллюзия, искажающая реальный объект. При делириях и у слепых нередко встречаются **панорамные галлюцинации** – объемные и плоскостные зрительные галлюцинации с преобладанием пейзажей, панорамы местности, которые зачастую видятся пациентом со стороны как кино на экране зрительного зала. Например, пациент видит болото, луг, опушку леса.

Зрительные галлюцинации необходимо отличать от **олицетворенного осознания** – чувства присутствия в пространстве постороннего лица, которое *не воспринимается, а ощущается*, часто при понимании ошибочности этого чувства. Этот *деперсонализационный феномен* характеризуется ярким чувством чужого незримого присутствия, часто сопровождающимся мнимым ощущением в наблюдении со стороны («кто-то стоит за спиной», «смотрит в окно»). При этом пациенты могут детально описывать несуществующего человека, его внешность, намерения и даже действия, несмотря на отсутствие собственно предметного зрительного или слухового восприятия. Характерным примером служит случай, когда пациентка утверждала, что ясно чувствует за своей спиной высокого мужчину в черном, который протягивает к ней руку и собирается что-то сказать, при этом она подчеркивала, что не видит его, но абсолютно уверена в его присутствии. Ключевым дифференциально-диагностическим критерием этого нарушения самосознания служит отсутствие предметности восприятия. В отличие от истинных галлюцинаций, когда пациенты четко утверждают «я вижу» или «я слышу», при олицетворенном осознании преобладают формулировки «я чувствую» или «мне кажется». Кроме того, для данного феномена характерна проекция переживаний в периферическое пространство (область за спиной, сбоку) и относительная сохранность критического отношения к переживаниям, хотя и непостоянная.

Метаморфоптические галлюцинации представляют собой искаженные образы объектов – вытянутые, уменьшенные, увеличенные, удаляющиеся или приближающиеся. Они могут проявляться как измененные, нереалистичные или уродливые формы мнимых предметов, нарушающие привычное восприятие их формы и размеров. Одним из специфических проявлений этих галлюцинаций является **микротелеопсия Ван-Богарта**, когда объекты кажутся уменьшенными и отдаленными. В некоторых случаях наблюдаются **кинематографические галлюцинации**, когда образы лишены глубины и объема, часто проецируются на стены или потолок и меняются как сцены на экране, при этом пациенты могут ощущать, что им показывают кино.

Помощь врачу!

Для выявления зрительных галлюцинаций важно обращать внимание на неадекватные взоры пациента, неожиданные мимические или поведенческие реакции (например, пациент смотрит в пустоту, всматривается в определенную точку, улыбается без видимой причины, что-то шепчет, отмахивается от несуществующих объектов или оговаривается, будто кто-то присутствует рядом, хотя рядом никого нет).

Вспомогательными вопросами для выявления зрительных галлюцинаций могут быть:

- Приходилось ли Вам видеть что-то, что другие не замечают?
- Бывают ли у Вас видения или «картинки» перед глазами?
- Что именно Вы видели? Можете описать?
- В какое время суток это обычно происходит?
- Бывает ли, что это связано с моментом засыпания или пробуждения?
- Бывает ли, что Вы видите людей, животных или предметы, которых на самом деле нет?
- Как Вы это объясняете?
- Что Вы думаете об этих видениях?

- Они Вас пугают или тревожат?

– **Тактильные (осязательные) галлюцинации** характеризуются неприятными ощущениями различных объектов (живых существ или различных предметов, стекла, песка, металлической стружки и др.) на поверхности кожи или под ней. В отличие от сенестопатий при тактильных галлюцинациях воспринимается заверченный образ предмета, а не только ощущение. Например, пациент чувствует на поверхности кожи или под кожей кусающих и ползающих насекомых (**дерматозоинный бред Экбома / галлюциноз Берса – Конрада**), как правило, пациенты могут точно описать предмет – источник тактильного ощущения и дать его конкретные физические характеристики. Разновидностью тактильных галлюцинаций являются **термические** (ощущения прикосновения холодных или горячих предметов), **гигрические** (ощущение появления влаги на коже) и **гаптические** (ощущение прикосновения или давления, например, каких-то предметов, на поверхности тела) галлюцинации, **оральные** (чувство, что во рту находятся волосы, нитки и т. д.), **генитальные** (с половыми органами пациента кто-то проводит разнообразные манипуляции: щекочет, дергает и т. д.), **стереогностические галлюцинации** или **симптом Равкина** (мнимые ощущения присутствия в руке какого-либо предмета – спичечного коробка, стакана, монеты и др.).

Помощь врачу!

При осмотре обратите внимание на поведение пациента: он может чесаться или стряхивать что-то с тела без видимой причины, жаловаться на зуд, покалывания или жжение, которые нельзя объяснить соматическим заболеванием. У него могут быть заметны следы самоповреждений – расчесы на лице, конечностях, туловище. Пациент может выражать беспокойство по поводу наличия паразитов, устройств под кожей или невидимых воздействий, например «токов» или «волн». Также могут наблюдаться попытки использовать антисептики, спирт, защитные средства, заклеивать кожу или «удалять» предполагаемые внедрения.

Помимо подсказок, которые относятся к выявлению обманов восприятия, вспомогательными вопросами для выявления тактильных галлюцинаций могут быть:

- Знакомы ли Вам необычные ощущения прикосновения в отсутствие кого-либо, кто мог бы сделать это?
- Бывают ли у Вас ощущения холода или жара на коже, когда на самом деле к телу ничто не прикасается?
- Бывает ли ощущение, что кто-то или что-то ползает по коже?
- Бывает ли, что Вам кажется, что кожа вибрирует, гудит, дрожит?
- Когда это началось?
- Как часто это происходит?
- Как Вы это объясняете?
- Вы пытались как-то с этим справиться (например, мыться, тереть, стряхивать, использовать кремы)?

– **Висцеральные (телесные, интероцептивные, аутовисцероскопия) галлюцинации** – ощущение присутствия внутри тела живых существ, инородных тел, дополнительных внутренних органов и т. п. Они имеют предметную завершенность. Например, пациентка жалуется, что уже много лет страдает от «глистов». По ее словам, паразиты, которые раньше находились в брюшной полости, недавно проникли в грудную клетку и голову. Она ощущает, как «аскариды» двигаются, свиваются в клубки, перемещаются, цепляются за внутренние органы, затрудняют работу сердца, пережимают сосуды, блокируют бронхи и шевелятся под черепом. Она настоятельно требует срочной операции, уверенная, что ее жизнь под угрозой. Кроме того,

случаются галлюцинации, когда человек видит свои органы, как бы вынесенные в окружающую среду. Эти образы порой проецируются на такие поверхности, как стены.

Помощь врачу!

Вспомогательными вопросами для выявления висцеральных галлюцинаций могут быть:

- Чувствуете ли Вы, что внутри Вашего тела находится что-то лишнее или чуждое?
- Бывает ли ощущение, что внутренние органы как будто перемещаются, двигаются, сворачиваются, давят друг на друга?
- Возникает ли чувство, что внутри кто-то живет или ползает?
- Бывает ли, что Вы видите свои органы вне тела или как будто вынесенными наружу?
- Как Вы думаете, чем это объясняется и что с этим нужно сделать?

– **Вестибулярные галлюцинации (кинестетические)** – ощущение мнимого движения: падения, опускания или подъема, вращения собственного тела. Например, пациент ощущает, что его тело поднимается вверх на невидимом лифте. Или у него появляется ощущение, что окружающие объекты начинают двигаться, следуя определенному направлению или, наоборот, движутся беспорядочно, хаотично (**оптическая буря**).

Помощь врачу!

Вспомогательными вопросами для выявления вестибулярных галлюцинаций могут быть:

- Бывает ли у Вас ощущение, что Вы падаете, поднимаетесь, крутитесь, не двигаясь при этом на самом деле?
- Возникает ли у Вас чувство, что тело теряет устойчивость или почва уходит из-под ног?
- Замечали ли Вы, что окружающие предметы начинают двигаться, вращаться или перемещаться?
- Бывает ли у Вас ощущение, что пространство вокруг становится нестабильным?

– **Моторные галлюцинации** проявляются в виде ложных ощущений движений, которые могут быть как простыми, так и более сложными. Пациенты могут испытывать мнимые чувства, как если бы их пальцы сжимались в кулак, голова поворачивалась или наклонялась, тело двигалось, руки поднимались, язык высовывался или лицо искажалось. При алкогольном делирии пациенты могут ощущать, что они куда-то идут, бегут или выполняют действия, такие как разливание вина, хотя на самом деле остаются в постели.

Помощь врачу!

Вспомогательными вопросами для обнаружения моторных галлюцинаций могут быть:

- Бывает ли у Вас ощущение, что Вы двигаетесь, хотя на самом деле остаетесь на месте?
- Чувствовали ли Вы когда-нибудь, что Ваше тело двигается само по себе?
- Возникает ли ощущение, что руки, ноги или лицо совершают действия без Вашего участия?
- Опишите, что именно делает Ваше тело в такие моменты?

– **Обонятельные галлюцинации (фантосмии, аллотриосмия)** – ложное восприятие, как правило, неприятных или раздражающих запахов (отходов, гнили, газа, мочи, дыма,

ядов и др.) живых или неживых объектов и веществ. К этой категории относится **обонятельный галлюциноз Габека**. Он чаще всего наблюдается у пациентов старше 40 лет, страдающих органическими заболеваниями мозга, таких как опухоли височной доли или нейродегенеративные расстройства. Основной характеристикой этого состояния являются изолированные обонятельные галлюцинации, когда пациент ощущает неприятные запахи, исходящие от его собственного тела, например запах разложения или гнили. Он также убежден, что эти запахи могут ощущать и окружающие. При **обонятельном галлюцинозе Шахматова** пациенты воспринимают неприятные запахи как исходящие из внешней среды, такие как «яд» или «токсичный газ». Эти ощущения часто становятся частью бреда отравления, что ведет к защитно-агрессивному поведению: пациенты отказываются от пищи, носят маски, обвиняют близких или соседей в «распылении ядов» и могут проявлять агрессию в отношении мнимых преследователей. В отличие от синдрома Габека, при обонятельном галлюцинозе Шахматова когнитивные функции остаются относительно сохранными, и деменция не развивается. Это расстройство часто встречается при поздних стадиях функциональных психозов.

Помощь врачу!

Вспомогательными вопросами для выявления обонятельных галлюцинаций могут быть:

- Чувствуете ли Вы какие-нибудь необычные или неприятные запахи или запахи, которые другие не ощущают?
- Что это за запахи?

– **Вкусовые галлюцинации** – обманы восприятия с неприятными или раздражающими вкусовыми ощущениями в ротовой полости (острого, горечи, соленого, жгучего и др.) без приема пищи или жидкостей. Обонятельные и вкусовые галлюцинации часто переживаются совместно.

Помощь врачу!

Вспомогательными вопросами для выявления вкусовых галлюцинаций могут быть:

- Приходилось ли Вам чувствовать, что обычная пища изменила свой вкус?
- Ощущаете ли Вы какой-нибудь вкус вне приема пищи?

– **Викарные галлюцинации** – это обманы восприятия, возникающие в сенсорной системе, которая компенсирует утрату или нарушение другого органа чувств. Например, при потере зрения или слуха мозг пытается «заполнить пробел» в информации, генерируя ложные ощущения через сохранившиеся каналы восприятия. Так, слепой человек может утверждать, что «видит» события через тактильные ощущения («Я почувствовал, как жена изменяет, по дрожи воздуха»), а глухой – интерпретировать случайные жесты окружающих как унижительные намеки в свой адрес. Эти галлюцинации не случайны: они отражают попытку психики адаптироваться к дефициту, создавая иллюзорную картину реальности через доступные сенсорные модальности.

Помощь врачу!

Вспомогательными вопросами для выявления викарных галлюцинаций могут быть:

- Бывает ли, что Вы ощущаете, что знаете, что происходит, даже если не можете этого увидеть или услышать?
- Может ли прикосновение, запах или вибрация сообщать Вам что-то важное, как будто Вы это «видите» или «слышите»?

• **Галлюциноз** – наплыв галлюцинаций на фоне ясного сознания в рамках одного анализатора. Например, тактильный галлюциноз, зрительный галлюциноз, вербальный галлюциноз.

• **Галлюциноиды** – начальные или остаточные проявления зрительных или слуховых галлюцинаций в виде фрагментарных образов, мимолетных картин, неясных голосов без определенного содержания и локализации, к которым пациент относится нейтрально, созерцательно или даже критически. Они обычно исчезают при концентрации внимания и попытке анализа обмана восприятия. Галлюциноиды могут быть переходным состоянием при развитии настоящих галлюцинаций.

✓ По *причинам и условиям возникновения* выделяют *функциональные, рефлексорные, психогенные, индуцированные, гипнагогические, гипнопомпические, галлюцинации воображения (Дюпре), галлюцинации Ван-Богарта, педункулярные галлюцинации Лермитта, галлюцинации Шарля Бонне, галлюцинации Берце, галлюцинации Пика, ассоциированные галлюцинации Сегла* (рис. 2.12).



Рис. 2.12. Симптомы обманов восприятия (галлюцинации – систематика по генезу и клинико-психопатологической структуре)

– **Функциональные галлюцинации** развиваются в том же анализаторе, на который действует реальный раздражитель, при этом одновременно воспринимается как реальный предмет, так и галлюцинаторный образ. Например, пациент слышит голоса при реальном прослушивании музыки.

– **Рефлексорные галлюцинации Кальбаума** развиваются при воздействии на другой анализатор, при этом воспринимается как реальный раздражитель, так и галлюцинаторный образ. Например, пациент слушает музыку и видит перед собой силуэты, или звук поворачивающегося ключа в замке вызывает ощущение инородного металлического предмета в желудке. В отличие от иллюзий, при которых реальный предмет воспринимается ошибочно, при функциональных и рефлексорных галлюцинациях раздражитель (предмет) и ложное (мнимое) восприятие сосуществуют одновременно.

– **Психогенные галлюцинации** возникают под влиянием острой психотравмы и отражают ее содержание. Чаще всего это зрительные и слуховые галлюцинации. Их развитие сопро-

вождается тревогой, страхом. Например, пациент может видеть образы или фигуры, связанные с травмирующим событием, которые появляются перед его глазами в определенных ситуациях, вызывая чувство страха или паники. Эти видения обычно проходят после стабилизации психоэмоционального состояния. Также психогенные галлюцинации могут быть вызваны гипнозом.

– **Индукцированные галлюцинации** возникают под влиянием внушения, убеждения со стороны, после разрыва связи с индуктором (т. е. тем лицом, под влиянием которого появляются обманы восприятия) галлюцинации исчезают. Например, сестра пациентки убеждает ее, что их хотят похитить, испуганная пациентка видит дома бандитов, которые проникли через окно. После помещения в стационар и прекращения общения с сестрой она больше не видит бандитов. В случае вовлеченности под влиянием сильных эмоций нескольких человек (группы, секты, толпы) говорят о **коллективных галлюцинациях**, как правило, зрительных. Частным случаем можно считать негативные (отрицательные) зрительные галлюцинации, возникающие под воздействием гипноза, когда пациент не замечает определенные объекты, которые находятся в его поле зрения, но при этом правильно воспринимает другие, находящиеся рядом. В.П. Осипов полагал, что *«негативная галлюцинация – это внушенное восприятие»*.

– **Гипнагогические галлюцинации** наблюдаются при засыпании. Например, при засыпании пациент видит темные силуэты в комнате.

– **Гипнопомпические галлюцинации** наблюдаются при пробуждении. Например, пациентка при пробуждении слышит, что ее зовет по имени незнакомый женский голос.

– **Галлюцинации воображения Дюпре** – восприятие в виде реального предмета тех образов, которые до этого представлялись пациентом в воображении, чаще эмоционально значимые. Часто возникают в ответ на психотравмирующее событие, отражая его в своем содержании. Например, пациентка слышит в голове голос своего молодого человека, расставание с которым пережила крайне болезненно. Голос ей говорит, что он любит ее и хочет построить с ней семью.

– **Галлюцинации Ван-Богарта** наблюдаются при лейкоэнцефалите Ван-Богарта. Вначале отмечается повышенная сонливость, затем – явления нарколепсии. В промежутках между нарколептическими приступами обнаруживаются множественные красочные зрительные галлюцинации. Пациенты «видят» окрашенных в различные цвета бабочек, рыбок, всевозможных животных. Затем нарастает беспокойство, усиливается эмоциональная окраска образов и далее может развиваться делирий с последующей амнезией.

– **Педункулярные галлюцинации Лермитта** наблюдаются при локальном поражении мозгового ствола в области III желудочка и ножек мозга; характеризуются приступообразно возникающими, чаще в вечернее время, зрительными подвижными микроскопическими, нередко цветными галлюцинациями. Зрительные образы отличаются подвижностью, калейдоскопичностью, меняют свою форму, величину и положение в пространстве. Например, пациенты видят движущихся животных, птиц, окрашенных в естественные цвета. Отсутствует чувство страха, пациенты выступают в роли спокойных созерцателей. Чаще сохраняется критическое отношение к галлюцинациям, расстройств сознания не наблюдается.

– **Галлюцинации Шарля Бонне** – галлюциноз, проявляющийся зрительными галлюцинациями, обычно в виде четких реальных изображений людей, животных, предметов (нормальных или уменьшенных размеров) в связи с патологической активацией сенсорных рецепторов либо снижением внешней сенсорной стимуляции, например: у пациентов с катарактой, отслойкой сетчатки и т. п. Протекает на фоне ясного сознания и сохранной критики, в связи с этим пациенты обычно отличают видения от реальности, однако при их высокой интенсивности и выраженном тревожном компоненте критика может теряться. Некоторые авторы при поражении слуха (например, неврите слухового нерва) описывают подобные слуховые галлюцинации. В целом галлюцинации Шарля Бонне появляются в условиях *сенсорной депривации*

(ограничения сенсорных стимулов), и обманы восприятия, по-видимому, могут наблюдаться в любой системе органов чувств, но в том же анализаторе.

– При **галлюцинациях Берце** пациенты видят на стене светящиеся фразы, как будто написанные невидимой рукой. Эти обманы характерны для алкогольных психозов и реже для шизофрении.

– **Галлюцинации Пика** возникают при поражении ствола мозга в области дна четвертого желудочка. Пациенты описывают ощущение, что «смотрят сквозь стены», при этом стены комнаты искривляются и перемещаются. Некоторые утверждают, что видят, как люди проходят сквозь стены и перемещаются за ними. Часто сопровождается диплопией и нистагмом. При этом пациенты не проявляют критического отношения к своим галлюцинаторным переживаниям, воспринимая их как часть реальности.

– **Ассоциированные галлюцинации Сегла** развиваются в клинической картине реактивных психозов. Фабула галлюцинаций отражает содержание психотравмирующих событий. Обманы восприятия появляются в логической последовательности: «голос» объявляет о факте, который тотчас видится, чувствуется. Ассоциированные галлюцинации могут возникать также при шизофрении. Так, «голос» говорит следующее: «Хочешь увидеть меня, иди в туалет. В темном углу увидишь меня в облике черта». Пациентка, действительно, пошла и увидела в туалете черта. В следующий раз «голос» заставил увидеть себя на экране телевизора в образе человека. Иногда он требовал «потрогать» себя, и пациентка ясно ощущала его шерсть. В другом наблюдении «голос колдуньи» говорил пациенту о том, как она выглядит. По мере того, что сообщалось, пациент начинал видеть глаза, голову, туловище, конечности, затем, наконец, увидел ведьму целиком.

✓ В зависимости от *клинико-психопатологической структуры* и *психогенеза* различают *истинные галлюцинации* и *псевдогаллюцинации* (рис. 2.11, табл. 2.1).

Таблица 2.1

ИСТИННЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ И ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Критерии	Истинные галлюцинации	Псевдогаллюцинации
Реальность	Практически неотличимы от других реальных объектов. Естественным образом вписываются в окружающую обстановку	Воспринимаются как образы «иной реальности»
Сенсорность	Ближе к чувственному восприятию	Ближе к образному представлению
Ощущение сделанности (насилственности)	Существуют сами по себе, без участия постороннего влияния	Характерно ощущение сделанности образов, постороннего влияния или воздействия («показывают», «насылают», «внушают на расстоянии», «крутят»)
Проекция	Экстрапроекция, образы воспринимаются как находящиеся вовне, в объективном пространстве, воспринимаются будто бы органами чувств (в пределах чувствительности своих анализаторов)	Интрапроекция, образы возникают в субъективном психическом или телесном пространстве, без участия органов чувств (за пределами чувствительности своих анализаторов), сразу возникают на психическом уровне («голос» звучит внутри головы, видит образ «мозгом», «третьим глазом»). Так как галлюцинаторный образ не занимает пространства в реальности, то от него невозможно отвернуться
Чувственная яркость	По своей чувственной яркости не отличаются от реальных предметов, имеют «настоящий» цвет, громкость, тембр и др.	Чаще лишены чувственной яркости и свойственной реально воспринимаемым объектам телесности («неземной голос»), т. е. тусклые, призрачные, ненастоящие или наоборот имеют чрезвычайно яркий, «необычный» сенсорный характер
Поведение	Определяется содержанием галлюцинаций (разговаривают с мнимым собеседником, прячутся от кого-то, убегают от кого-то)	Погружены в свои внутренние переживания, безучастны к окружающему либо непредсказуемы в поведении
Критика	Чаще отсутствует, высокая степень убежденности в их наличии	Чаще отсутствует, однако пациенты не всегда уверены в их реальном существовании и часто упоминают искусственность, «сделанность» воспринимаемых образов и «голосов»

– **Истинные галлюцинации** воспринимаются как абсолютно реальные объекты, равно как и остальные окружающие предметы, пациенты считают, что воспринимают их своими органами чувств, образы проецируются в окружающее пространство, переживаются как действительно существующие и влияют на поведение пациента, которое определяется содержанием

обманов восприятия. Например, пациент видит тараканов на своей руке, стряхивает их, снимает с себя рубашку, чтобы избавиться от мнимых насекомых.

– **Псевдогаллюцинации** по своим характеристикам ближе к представлениям, они не отождествляются с реальными предметами и явлениями, лишены чувственной яркости; сразу возникают на психическом образном уровне, т. е. не воспринимаются органами чувств; имеют характер произвольности (т. е. не зависят от приложения усилий, чтобы представить или прекратить представление образа), насильственности/«сделанности» («показывают»/«насылают»/«внушают на расстоянии») в результате постороннего влияния; и, как правило, обладают интрапроекцией, т. е. возникают в субъективном пространстве. Псевдогаллюцинации обычно не влекут за собой непосредственного галлюцинаторного поведения, связанного с реальным пространством. Пациенты часто осознают аномальность этих явлений и отличают их от реальных событий, образов воспоминаний и фантазий. При этом псевдогаллюцинации характеризуются отношением как к реальным восприятиям. Например, пациент слышит незнакомые голоса в голове, которые отдают приказы, он думает, что голоса через электрические приборы насылают на него сотрудники ФСБ, чтобы контролировать его поведение.

Хотя интропроекция и ощущение «сделанности» являются характерными признаками псевдогаллюцинаций, в некоторых случаях при них может наблюдаться экстрапроекция (но обычно без точного определения источника звука и сопровождающееся чувством «сделанности») или отсутствие ощущения насильственности образа, который, однако, проецируется во внутреннем субъективном пространстве («внутри головы или тела»). Обманы восприятия, возникающие за пределами сенсорного аппарата, с большей вероятностью представляют собой псевдогаллюцинации.

Помощь врачу!

Выявление наличия истинных галлюцинаций возможно не только через сообщения пациента и его субъективные жалобы, но также по наблюдению за его поведением, т. е. по объективным признакам галлюцинаторного поведения. Люди, сталкивающиеся с истинными галлюцинациями, часто проявляют характерное поведение: они могут оглядываться по сторонам, внезапно вздрагивать, прислушиваться, активно искать источник звука, отвечать на вымышленные разговоры и т. д. В случае псевдогаллюцинаций у пациентов могут отсутствовать объективные признаки галлюцинаций, а диагностика в значительной степени основывается на сообщении самого пациента. Однако стоит отметить, что из-за различных причин, прежде всего связанных с сопутствующим бредом воздействия и преследования, многие пациенты могут скрывать свое состояние, не раскрывая информацию о псевдогаллюцинациях.

▷ Так же как и *истинные галлюцинации*, *псевдогаллюцинации* разделяются по *органам чувств*: *слуховые, зрительные, тактильные, висцеральные, вкусовые, обонятельные, сенестетические, кинестетические*.

○ **Слуховые псевдогаллюцинации** в психиатрической практике встречаются наиболее часто, обычно являются словесными (вербальными) и могут носить **императивный** (приказывающий), **комментирующий** (сопровождают замечаниями, положительными или отрицательными ремарками действия пациента), **повествовательный** (рассказывают какие-то истории, изобретают сюжеты), **антагонистический** (если существуют две группы голосов: первая группа осуждает пациента за те или иные поступки, а вторая группа пытается оправдать его, играя, таким образом, роль адвоката), **хулящий** (голоса ругают пациента, обзывают, при этом сильно сквернословят), **дублирующий** (голоса повторяют фразы и мысли пациента), **предвосхищающий** («голоса» опережают события, предсказывая, что пациент вскоре почувствует, подумает или узнает) или иной характер. **Псевдогаллюцинации Вайтбрехта** имеют

кататимное происхождение, они обычно носят угрожающий или упрекающий характер, сопровождаются выраженной тревогой и часто возникают при психозах, развивающихся в позднем возрасте.

○ **Зрительные псевдогаллюцинации** наблюдаются реже и могут быть представлены в виде единичных видений, отдельных образов или целых сменяющихся сцен (мультфильмов или кино) (**сценоподобные псевдогаллюцинации**), которые нередко встречаются при **гипнагогических галлюцинациях**. Интересным феноменом является **симптом видимых мыслей**, когда появление какой-либо мысли сопровождается возникновением зрительного образа.

○ Другие виды псевдогаллюцинаций (**висцеральные, тактильные, вкусовые, обонятельные**) встречаются значительно реже и обычно характеризуются ощущением «сделанности», что, наряду с отсутствием четкой физической предметности, является основным дифференцирующим признаком от истинных галлюцинаций в этих органах чувств. Например, описаны **сенестетические псевдогаллюцинации** в виде мучительных ощущений по всему телу, вызванных воздействием каких-то внешних сил, а также **кинестетические (моторные, речедвигательные) псевдогаллюцинации (синдром Сегла)**, при которых пациенты совершают насильственные движения или что-то говорят («кто-то двигает языком помимо их воли»).

2.3. Патология мышления

Мышление – процесс рационального познания объективной реальности с помощью понятий, суждений и умозаключений, направленный на установление внутренних связей между предметами и явлениями реальности, приводящий к принятию решений и опосредованному и обобщенному познанию действительности. Опосредованное познание происходит с помощью умозаключений, которые помогают раскрывать то, что не отражается непосредственным восприятием, а обобщенное – связано со способностью мышления выявлять наиболее общие связи и закономерности существенных сторон предметов и явлений. К формам мышления относят понятия, суждения и умозаключения.

Понятие – обобщенное и опосредованное познание предметов и явлений с выделением совокупности характерных свойств и признаков (содержание). Включает в себя обозначение предмета, определение функциональных свойств и назначения предмета (например, могут быть конкретные или абстрактные понятия). Формой понятия является слово.

Суждение – утверждение понятия к чему-либо или к кому-либо (например, отрицание или утверждение чего-либо), возникает вследствие оперирования понятиями с установлением связи между ними. Обобщение суждений лежит в основе *умозаключений*, которые представляют собой вывод нового заключения из одного или нескольких суждений.

К операциям мышления в психологии относят сравнение, анализ, синтез, обобщение и отвлечение. Нарушения операционального мышления преимущественно изучает патопсихология.

Оценивают следующие характеристики мышления:

- 1) *темп*;
- 2) *глубина* (способность анализировать сложные проблемы, идеи и явления на более высоком уровне, охватывая различные аспекты и связи между ними. Она предполагает способность выходить за рамки очевидного, рассматривая предмет с разных сторон, учитывая как детали, так и общую картину, и делая выводы, основанные на критическом размышлении и логике. Глубина также связана с критическим мышлением, способностью к рефлексии и самокоррекции);
- 3) *логичность*;
- 4) *последовательность* (взаимосвязанность, доказательность и обоснованность мышления);
- 5) *целенаправленность*;
- 6) *гибкость* (способность быстро и эффективно адаптироваться к новым ситуациям, изменять свою точку зрения, умение переключаться между разными способами мышления, находить нестандартные решения, видеть проблему с разных углов и отказываться от устаревших или неэффективных суждений);
- 7) *критичность* (способность правильно оценивать свое понимание ситуации, сопоставлять объективную реальность и свои субъективные представления о ней, способность к самокоррекции);
- 8) *продуктивность* (способность полно, разнообразно, адекватно отражать действительность и связи между объектами и предметами объективной реальности).

Типы мышления определяются различными сочетаниями свойств и качеств мышления.

1. **Наглядно-действенное (конкретное)** – отражение связей между предметами и явлениями, непосредственно включенных в практическую деятельность человека, для решения конкретных задач.

2. *Образное* (визуализированные представления) – оперирование образами предметов и явлений, которые в прошлом включались в деятельность (обобщающие возможности не высоки).

3. *Абстрактно-логическое (теоретическое)* – оперирование абстрактными понятиями, установление закономерностей, причинно-следственных связей на основании «теоретических» построений.

4. Другие частные разновидности:

- *творческое мышление* – умение (талант) пользоваться механизмами мышления и материалом мышления (знания);

- *примитивное мышление* – преобладание конкретных установок с невысоким уровнем мыслительных операций в сочетании с небогатым запасом знаний и представлений;

- *инфантильное (детское) мышление* – проявляется во взрослом возрасте и характеризуется небольшой глубиной и примитивностью суждений и умозаключений, недостаточной обоснованностью и поспешностью выводов, преобладанием конкретного типа мышления. Незрелость мышления обычно связана с задержкой развития;

- *архаическое мышление* – разновидность примитивного мышления, характеризуется оперированием устаревшими понятиями и представлениями, которые были свойственны людям на давних этапах развития и нередко связанными с древними мифами, легендами, предрассудками, догмами, например идеи колдовства, порчи, сглаза («средневековое мышление»);

- *магическое мышление* – разновидность архаического мышления, характеризуется фантазиями и суеверными представлениями о действии сверхъестественных и магических сил;

- *религиозное мышление* – система понятий, суждений и умозаключений, основанная на богословских учениях и религиозных представлениях;

- *философское мышление* – разновидность абстрактно-логического, основанная на философских концепциях и оперировании абстрактно-логическими понятиями;

- *механическое мышление* оперирует ассоциациями по сходству, созвучию и т. д.

Нарушения мышления можно разделить на три основные группы расстройств (рис. 2.13):

1) **нарушение темпа** или **подвижности ассоциативного процесса**;

2) **нарушение логической структуры, критичности, гибкости и целенаправленности мышления** (в том числе за счет нарушений процессов обобщения);

3) **патологические суждения** – **нарушение содержания мышления, ошибочные** (несоответствующие реальности или неправильно оцениваемые) **суждения** и **умозаключения**.

Нарушения интеллекта тоже относятся к патологии мышления, но традиционно рассматриваются в разделе **задержки развития**.

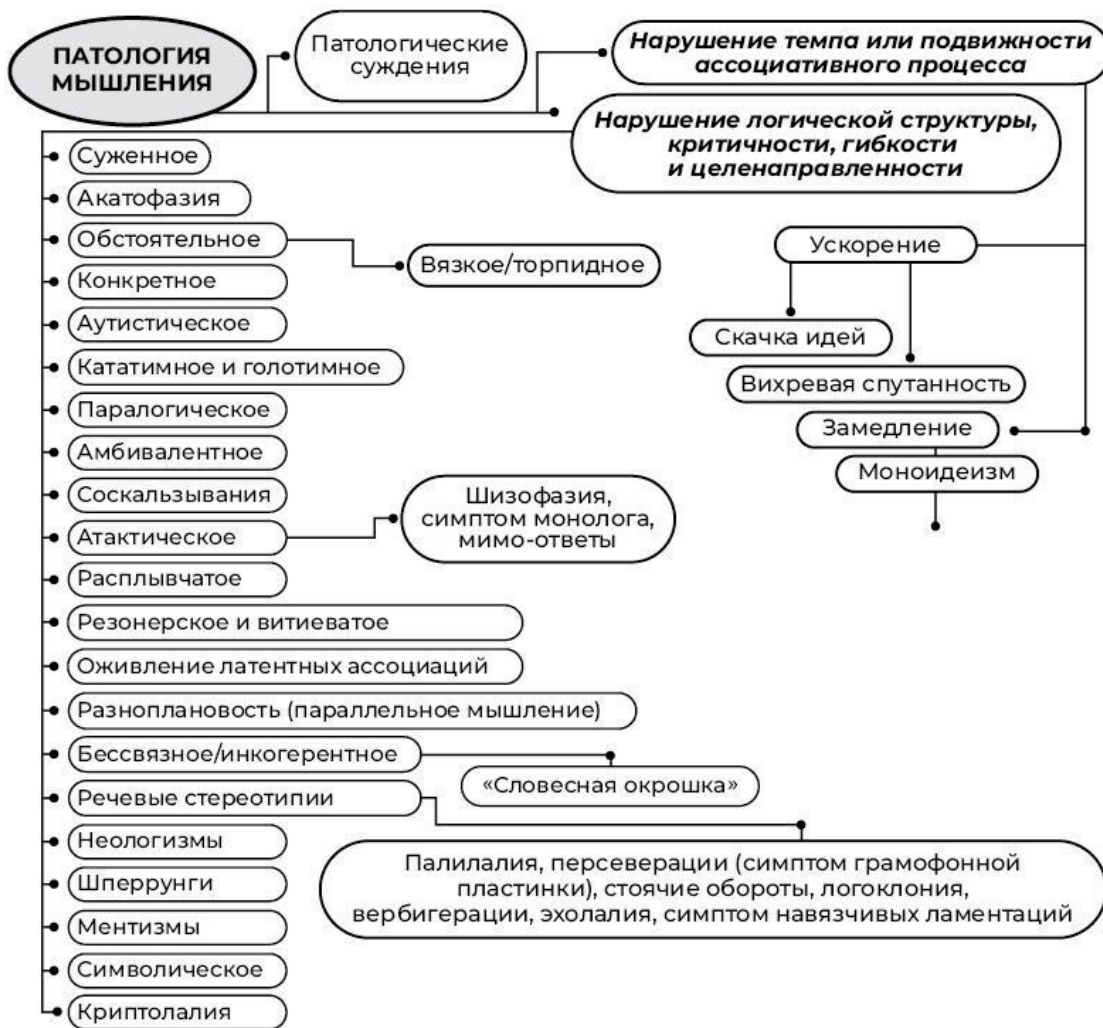


Рис. 2.13. Нарушения мышления

Помощь врачу!

Оценка расстройств мышления следует за опросом пациента, обращается внимание на спонтанность речи, письменное творчество, мимику, поведение. Главный принцип – дать пациенту свободно говорить о переживаниях, стараться не ограничивать его рамками вопросов, а лишь помогать раскрыть болезненные переживания. Нарушение темпа, подвижности, логической структуры, целенаправленности мышления (за счет в том числе нарушений процессов обобщения) оценивается на основании анализа речи.

Регистрируются нарушения потока речи. Внезапные остановки могут указывать на обрыв мыслей, однако чаще это просто следствие нервно-психического возбуждения. Быстрые переключения с одной темы на другую наводят на предположение о скачке идей, в то время как аморфность и отсутствие логической связи могут указывать на тип расстройства мышления, характерный для шизофрении.

Необходимо установить, использует ли пациент неологизмы, т. е. слова, придуманные им самим, часто для описания патологических ощущений. Прежде чем признать то или иное слово неологизмом, важно удостовериться в том, что это не просто погрешность в произношении или заимствование из другого языка.

Также необходима оценка когнитивно-вербальных процессов пациента, в том числе с помощью специальных тестов. Одной из классических методик исследования мышления является понимание рассказов. После прослушивания или чтения рассказа испытуемому предлагают воспроизвести рассказ. При этом обращают внимание на характер изложения (словарный запас, возможное наличие парафазий, темп речи, особенности построения фразы). Существенное значение имеет выяснение того, насколько доступен обследуемому скрытый смысл рассказа, связывает ли он его с окружающей действительностью, доступна ли ему юмористическая сторона прочитанного.

Для исследования можно использовать и тексты с пропущенными словами (*проба Эббингауза*). Читая этот текст, испытуемый должен вставить недостающие слова, сообразуясь с содержанием рассказа. При этом возможно обнаружение нарушения критичности мышления: обследуемый вставляет случайные слова, иногда по ассоциации с близко расположенными и недостающими, а допускаемые нелепые ошибки не исправляет. Для оценки абстрактного мышления можно попросить пациента интерпретировать пословицы.

1. К **нарушениям темпа и подвижности мышления** относятся **ускорение** и **замедление мышления** (рис. 2.13).

• **Ускорение ассоциативного процесса** – ускорение темпа образования логических ассоциаций. Обильные и часто образные ассоциации отличаются поверхностностью, отсутствием глубины и продуманности (**поверхностное мышление**), но при этом сохраняется логическая связь между ними. Из-за повышенной отвлекаемости на новые мысли, мышление может становиться непоследовательным – пациенты, не успевая озвучить одну мысль до конца, переходят к другой, быстро меняют объект рассуждения, в результате чего утрачивается продуктивность мышления. При этом наблюдается механически-ассоциативный тип мышления, на первое место выступают ассоциации по сходству и смежности в пространстве и времени. В содержании мышления большое значение приобретают реакции на действующие в данный момент внешние раздражители.

Высокая степень ускорения мышления называется «**скачкой идей**» (**полет мыслей**). Переход от одной мысли к другой часто происходит под влиянием созвучия слов, простых ассоциаций – по смежности и контрасту, возникают новые ассоциации, продуктивность мышления значительно снижается. Внешне можно наблюдать **речевой напор** (быструю речь, многословие, пациента трудно прервать), также характерна речь в виде монолога, громкий голос или его охриплость (ввиду высокой нагрузки на голосовые связки) и отвлекаемость внимания. По мере усиления выраженности ускорения мышления можно заметить и двигательное возбуждение, когда пациент излишне подвижен, активно жестикулирует, не может удержаться на месте. Например, пациент при осмотре встает со стула, начинает быстро ходить по кабинету и громким голосом заявлять (речь в ускоренном темпе): «Колобок повесился... как может колобок повеситься? Круглое не вешается, не за что! А вообще там же лиса, лисы хитрые, с длинным носом, а нос длинный, суется куда не надо».

Наиболее часто ускорение ассоциативного процесса (*идеаторное возбуждение*) наблюдается при **маниакальном синдроме** и входит в триаду наиболее характерных его признаков (см. соответствующую главу). Высшая степень ускорения мышления – **вихревая спутанность (идеаторная fuga)**, при которой скорость течения мыслей настолько высокая, а внимание настолько расстроено, что в речи пациента невозможно выделить ни одной завершенной фразы, отчего речь становится похожа на бессвязную. Например, пациент выкрикивает (очень быстро): «Делайте дело... уедем в Америку... две... красивый стол... алкоголь со льдом... холл и подснежник».

• **Замедление ассоциативного процесса (брадифазия)** – замедление темпа и затруднение протекания мыслительных процессов, наблюдается уменьшение количества и обеднение ассоциаций, трудности перехода с одной мысли к другой, трудности с решением мыслительных задач с доведением до логического завершения, при этом логическая нить не нарушается. Характерны жалобы на невозможность сосредоточиться, пустоту в голове (трудно подобрать слова), отупение, поглупение, ухудшение памяти. Пациенты в таком состоянии обычно сами в разговор не вступают, наблюдаются длительные паузы в ответах, «застывание» на одной мысли (**моноидеизм**), ответы односложные. Чаще даются ответы на простые вопросы, на сложные вопросы пациенты ответить не могут, затрудняются с ответом в случае, если задано несколько вопросов сразу. Создается впечатление, что пациент не слышал вопроса или не хочет отвечать (необходимо дифференцировать с недоступностью), в то время как он крайне медленно подбирает слова для ответа.

Может присутствовать **анидеизм** – невозможность произвольно вызывать мысленный образ определенного лица или предмета. Интонация голоса подавленная и монотонная, что сопровождается соответствующей мимикой. Например, на заданный вопрос «Какова причина госпитализации?» пациентка отвечает после длительной паузы очень медленно и с остановками речи: «Родственники... так... решили... думают, что... я болею». Выражение лица обычно безразличное или печальное, взгляд устремлен в пол, голос тихий. Замедленное мышление (*идеаторная заторможенность*) наиболее часто наблюдается при **депрессивном синдроме** и входит в так называемую депрессивную триаду наиболее характерных его клинических признаков (см. соответствующий раздел), но может встречаться и при экзогенных типах реакций, при которых оно проявляется в виде **брадипсихизма** или **брадифрени**. Например, пациент говорит: «Хуже всего с мыслями: мышление вообще не идет вперед. Мысли идут по кругу, и иногда у меня появляется чувство, что у меня вообще нет мыслей... я ни на чем не могу сконцентрироваться».

Замедление ассоциативного процесса необходимо отличать от **алогии**, которая тоже проявляется замедлением и обеднением речи. Однако, наряду с этим, при алогии отмечается бессодержательность речи, нарушение ее спонтанности, образности и продуктивности. Ответы на вопросы могут или вообще отсутствовать, или быть краткими, конкретными, формальными без уточнений, при этом из-за повторов и речевых стереотипов собственно содержательная часть суждений утрачивается. В отличие от простого замедления мышления, алогия относится к негативным симптомам.

Помощь врачу!

При замедлении темпа мышления часто отмечается, что пациент не предоставляет достаточно информации, даже отвечая на дополнительные вопросы. Врач замечает, что часто нужно стимулировать пациента, чтобы он развивал или уточнял свои ответы. Ответы преимущественно ограничиваются одним словом или коротким предложением, иногда даже простым «да» или «нет».

Пациент молчит и только иногда пытается ответить на вопрос. Не следует проявлять нетерпение и стимулировать ответ. Нужно стремиться задавать наиболее простые вопросы, не требующие развернутого ответа.

2. К **нарушениям логической структуры, критичности, гибкости и целенаправленности мышления** (в том числе нарушений процессов обобщения) относятся: *обстоятельное, конкретное, аутистическое, кататимное, голотимное, паралогическое, амбивалентное, суженное, атактическое, бессвязное, расплывчатое, разноплановое, витиеватое, резонерское, символическое мышление, неологизмы, акатофазия, криптолалия, шперрунги,*

ментизмы, соскальзывания, шизофазия, оживление латентных ассоциаций и речевые стереотипии (рис. 2.13).

Помощь врачу!

Для оценки нарушений процесса обобщения при осмотре можно использовать тестовые задания, например: интерпретацию переносного смысла пословиц и поговорок (к примеру, «Объясните, пожалуйста, смысл пословицы: не красна изба углами, а красна пирогами?»); выделение общих свойств предметов (например, «Что общего у яблока и апельсина?»). Более подробный анализ может провести клинический психолог в ходе экспериментально-психологического исследования.

• **Обстоятельное мышление** – склонность к детализации, застреванию на мелочах, излишне подробном описании частных моментов. В основе патологии лежит невозможность разделить главное и второстепенное. Речь чрезмерно подробная и достаточно монотонная, в высказываниях появляются повторы, «топтание на месте», многочисленные вводные слова. Пациенты отвечают на вопросы, начиная издали, добавляют много не относящихся к основной теме беседы деталей, ненужных уточнений. Так как им трудно разобраться, что именно в данной теме наиболее важно, они стараются наиболее полно изложить все мысли, которые у них возникли. Цель повествования обычно не теряется, пациенты постепенно продвигаются к ней, но делают это сложным путем.

Выраженную обстоятельность мыслительного процесса иногда называют также **вязким** или **торпидным мышлением**. Нередко у окружающих не хватает терпения выслушать рассказ пациента, появляется раздражение и желание его прервать. В отличие от **резонерского**, при обстоятельном мышлении не теряется основная линия рассуждения, и пациент целенаправленно, но очень медленно двигается к логически верному ответу. Например, на вопрос о причинах обращения к врачу-терапевту пациентка отвечает: «Я сегодня проснулась в девять часов утра, а обычно я просыпаюсь в семь часов. Болела голова, тело ломило. Так бывает после приступа. Извините, одеяла были мокрые. Сильно болел язык. За последнюю неделю это третий приступ, но после первых двух не болел язык и одеяла были сухие... По дороге я встретила соседку, она меня остановила и стала жаловаться на своего сына, который пьет и нигде не работает». На желание врача прервать рассказ, пациентка ответила: «Вы извините, но этот сын был раньше хорошим человеком, работал, висел на Доске почета».

Помощь врачу!

Повышенная склонность к детализации регистрируется как при свободном изложении, так и при ответах на открытые вопросы. Пациенты не могут ответить на конкретно поставленные вопросы, углубляясь в несущественные подробности, начиная повествование издали.

• **Конкретное мышление** – мыслительная деятельность ограничивается конкретными суждениями, абстрактное мышление снижено или недоступно. Оно характеризуется буквальным восприятием и, как правило, опирается не на общие или абстрактные понятия. Обычно конкретное мышление встречается при умственной отсталости или слабоумии (врожденном или приобретенном).

При тесте «Классификация предметов» пациент не может объединить стол и стул в одну группу (мебель), объясняя это тем, что «на столе едят, а на стуле сидят». При пояснении пословицы «Не красна изба углами, а красна пирогами» пациент говорит, что изба может быть красна, если углы покрашены в красный, а на столе красный пирог, например – пирог с вишней.

Помощь врачу!

Конкретное мышление оценивается на основании ответов пациента на вопросы по выделению подобий и интерпретаций пословиц, использование конкретных понятий вместо абстрактных в процессе осмотра.

- **Аутистическое мышление** связано с нарушением направленности мысли на предмет: пациенты указывают не столько на реальные явления, сколько на их отвлеченные (абстрактные) свойства, существующие во внутреннем мире пациента, что выражается в преобладании внутренней жизни с активным уходом от внешнего мира в субъективный мир грез и представлений. Отсутствие всякой логики составляет одну из важнейших особенностей аутистического мышления, которое опирается на связи, не соответствующие действительности. Содержание рассуждений нередко похоже на мифы, сказки, фантазии. Например, пациенты могут считать, что возможно жить в XX и XXII вв. одновременно, быть в одно и то же время ничем не примечательным человеком и повелителем планет, находиться в психиатрической больнице и выполнять ответственные государственные задания, быть живым и умершим, ребенком и глубоким стариком, миллионером и получать пенсию по инвалидности, нисколько не смущаясь столь грубыми противоречиями. Аутистическое мышление отражается в поведении и лежит в основе негативной симптоматики, проявляющейся в виде социальной отгороженности, добровольной самоизоляции, затворничества, ухода от контактов с окружением и избеганием общественной деятельности (**анакоретство**).

- **Кататимное мышление** – содержание ассоциативного процесса определяется преимущественно или исключительно доминирующими кратковременными аффективными переживаниями (эмоциональной заряженностью, страстью), а не фактами реальной действительности.

- **Голотимное мышление** определяется не сиюминутным аффектом, а длительно существующим устойчивым, клинически выраженным патологическим аффектом (настроением), например депрессией или манией.

- **Паралогическое мышление** – сочетание несочетаемых мыслей и образов с произвольной подменой и замещением одних понятий другими. Иное значение понятий, идущее вразрез с законами формальной логики, нарушает ход мыслей («мышление с выкрутасами», «кривая логика»), что приводит к формированию выводов, противоречащих действительности. Логические ошибки заключаются в неправильно используемых предпосылках и доказательствах, неверно построенных причинно-следственных отношениях, смешении понятий и т. д. Например, пациент говорит: «Библию я тоже читал, я все время в ней путаюсь, в то время как прекрасно говорю по-французски». Другой пример: «Холодильник хранит еду холодной. Моя сумка хранит еду. Значит, моя сумка – это холодильник». В первом примере связь между пониманием религиозного текста и знанием языка искусственна. Эти понятия относятся к разным семантическим категориям: религиозная грамотность и лингвистические способности. В последнем примере есть попытка логического вывода, но с грубым нарушением категоризации (игнорирование ключевых различий между холодильником и сумкой).

- **Амбивалентное мышление** – одновременное сосуществование противоположных по содержанию или противоречащих друг другу мыслей вследствие непоследовательного мышления. Например, пациент говорит: «Хочу уехать в Париж... хотя лучше остаться здесь. Но в Париже так прекрасно... но и дома хорошо». Или: «Нужно встать с кровати... но можно и полежать. Встать? Нет, не встану... хотя надо».

- **Суженное мышление** – ограничение содержательного объема мышления, тематическое обеднение, фиксация на небольшом количестве волнующих в данный момент представлений. При суженном мышлении отсутствует широта кругозора с включением различных точек зрения. В разговоре пациент испытывает трудности при переходе с одной темы на другую, что субъективно может восприниматься им как отсутствие определенных мыслей или как «круги мыслей» и раздумье. Например, пациентка, обсуждая свою работу, говорит: «Я уверена, что

мне скоро сделают замечание за мою неаккуратность. Я всегда так ошибаюсь. На прошлой неделе я уже допустила ошибку, и теперь все будут меня критиковать». Далее, несмотря на попытки собеседника сменить тему, она продолжает: «Я ведь всегда все делаю не так, вот и в этот раз точно что-то будет не так. Мне постоянно кажется, что все на меня смотрят и ждут, когда я ошибусь». Этот процесс продолжается, даже когда собеседник пытается поговорить о других аспектах ее жизни или работы, она все равно возвращается к одному и тому же переживанию.

• **Соскальзывания** – нарушение последовательности мышления с искажением процесса обобщения. В беседе наблюдается постепенное отклонение ассоциативного процесса от основной цели без грубого нарушения логических связей между отдельными высказываниями и с сохранением грамматического строя. Переход от одной мысли к другой происходит по ложной неадекватной ассоциации (часто абстрактной), несоответствующей конечной цели мышления. Речь пациента: «Я обратился к врачу, потому что у меня болит спина, будто жжет, боли нет, боли бывают при разных заболеваниях, мой дед болел сахарным диабетом, должен был всю жизнь пить лекарства, работаю инженером, с женой часто ссоримся» и т. д.

• **Атактическое (разорванное) мышление** характеризуется нарушением целеполагания и распадом логической структуры речи при сохранении грамматической формы высказывания. При этом утрачивается целенаправленность ассоциативных процессов, построение фраз подчиняется случайным сочетаниям мыслей и ассоциаций. Атактическое мышление выражается в «разорванной речи» и является признаком развивающейся **шизофазии (распадречи)**, при которой отсутствуют логические связи между отдельными мыслями, нарушено понимание внутреннего смысла отдельных его частей и конечной цели высказывания, прослеживается разноплановость суждений, постепенно речь становится абсолютно бессмысленной, хаотичной, состоящей из бессвязного набора слов, облеченных в грамматическую форму предложения.

К атактическому мышлению относится также **глоссолалия** – речь, состоящая из бессмысленных слов и словосочетаний, имеющая некоторые признаки осмысленной речи (темп, ритм, структура слога, относительная частота встречаемости звуков); речь со множеством неологизмов и неправильным построением фраз. Выражен **симптом монолога**, характеризующийся речевой неистощимостью, «речевым напором» и отсутствием потребности в собеседнике. В некоторых случаях монолог возникает даже без внешнего стимула, т. е. без обращения к пациенту. Многоречивость при шизофазии не связана с психомоторным возбуждением.

А.С. Кронфельд рассматривал шизофазию как результат активации *кататонической моторики речи*, которая включает такие элементы, как персеверации, стереотипные движения, манерность, негативизм, итерации и другие нарушения. Эти симптомы проявляются на фоне распада мыслительных процессов, характерного для шизофрении, и включают **схизис мышления** или нарушение когнитивной целостности. Примером является следующая речь пациента: «Снегопад вызывает много проблем и неудобств. Если снегопад не распространяется на город и численность населения сел, просто-напросто, закрепощено внутри. И тем самым осадки могут быть видны только свысока. Если с осторожностью относится к этому вопросу, что снаружи происходит относительно этажности квартир».

Рудиментарной формой атактического мышления являются и **мимо-ответы** – ответы, не соответствующие содержанию вопроса. Например, на вопрос «Как Вы себя чувствуете?» пациент отвечает: «Я вырос в Москве». В отличие от **сенсорной афазии** при этом расстройстве сохраняется способность воспринимать речь окружающих, и понимание ее остается интактным. Также не нарушается осознание назначения предметов, и в значительной степени сохраняется способность к целенаправленной деятельности с использованием объектов.

• **Бессвязное или инкогерентное мышление** характеризуется полной утратой смысловых связей между мыслями, представлениями и понятиями с нарушением грамматического

строю речи. Речь не облечена в предложения и состоит из беспорядочного набора слов, не связанных между собой в смысловом и грамматическом отношении («**словесная окрошка** или **салат**»). Нарушены ключевые психические процессы анализа и синтеза, способность к элементарному обобщению, пониманию значения происходящих событий, выявлению их внутреннего смысла.

Пациенты иногда могут правильно выполнять несложные задачи, например назвать свое имя, возраст, указать на определенную часть тела и т. д. Однако им не под силу более сложные задания (они не могут определить время, провести счетные операции). Примером может служить следующая речь пациента: «Я слышала, что я должна быть Элизабет. Очень возможно, что они слышали, как они снимают мозг... Мне нужно попробовать остановить конец света... Мысли поменять главное? Небесный ветер и то, что люди приходят в другое настроение, это я называю десегментированием. А также домашний ветер, сегментирование силы... Я должна была бы продуцировать гипноз, который исходит от того, кого называют президентом...»

В отличие от разованности мышления, которое наблюдается при ясном сознании, при инкогерентном мышлении происходит грубое нарушение когнитивных функций с утратой способности запоминания и осмысления, что чаще всего наблюдается при расстройствах сознания, например при делирии.

- **Расплывчатое (аморфное) мышление** – нарушение последовательности ассоциативного процесса вследствие неясно представляемой конечной цели со случайными ассоциациями и нелогичными переходами от одной мысли к другой при формальном сохранении грамматического строя. Целенаправленная беседа поддерживается с трудом, создается впечатление бесцельного блуждания мысли, характерно нечеткое использование понятий, в связи с чем понимание пациента часто бывает затруднено. Например, на вопрос о жалобах на самочувствие пациент отвечает: «Самочувствие хорошее, ем по две порции. Никаких жалоб нет, в больнице полежал – поседел. Все таблетки принимаю. Дома помогаю родителям, люблю с ними проводить время. Учился в университете на факультете журналистики. Хочу завести семью, а девушки у меня пока нет». В отличие от **соскальзываний**, при которых структура мысли сохраняется, но происходит искажение ее направления, при расплывчатом мышлении наблюдается более выраженная потеря связности и целей изложения мысли.

- **Разноплановость (тангенциальное или непоследовательное мышление)** – постоянная немотивированная смена оснований для построения ассоциаций, соскальзывания, ввиду чего мысли лишаются основного стержня, объединяются порой мало сочетаемые (взаимоисключающие) понятия, а суждения о каком-либо явлении или факте одновременно складываются на разных уровнях (**параллельное мышление**). Речь пациента производит впечатление нецеленаправленной, сумбурной, запутанной, беспорядочной и хаотичной. Например, психолог предоставляет пациенту набор разноцветных карточек с различными изображениями, предлагая ему разделить карточки на группы (классифицировать). При этом пациент, выполняя задание, не может ограничиться одним подходом: он группирует объекты на основе общего признака (животные, посуда, мебель), цвета (синие, красные), материала (железные, пластиковые) или даже личных предпочтений (нравится – не нравится) и т. д. В результате у пациента не получается адекватно разделить предоставленные карточки на группы, и возникает беспорядок.

- **Оживление латентных ассоциаций** – суждения на основании неочевидных и незначимых ассоциаций. Например, при выделении лишнего предмета из ряда «карандаш, ручка, ластик, сапог» такой пациент, говорит, что «лишний здесь ластик, так как все остальное оставляет след». Такая ассоциация может иметь место, но она не является очевидной, поскольку большинство людей считают, что лишний здесь именно сапог, так как все остальное – канцелярские принадлежности.

• **Витиеватое мышление** характеризуется пространными рассуждениями с излишними доказательствами, метафорами, сравнениями, цитатами, научными терминами, формулами, но сохранением грамматического строя и внешней логичности речи. Речь при этом громоздкая, со множеством деталей, псевдонаучная, вычурная, но в целом доступная пониманию, хотя и затрудняет беседу. Например, характерна следующая речь пациента: «Ну, знаете, в психологии и нейронауках существует такая теория, что восприятие внешнего мира – это не только результат восприятия органов чувств, но и некоего глубинного когнитивного процесса, который можно интерпретировать через, скажем, теорию зеркальных нейронов, разработанную в конце XX в., особенно в контексте взаимосвязи мозга и поведенческих реакций. Например, когда мы воспринимаем действия другого человека, наш мозг не просто обрабатывает информацию, как, скажем, детектор чувствительности в машине, а сам начинает “переживать” эти действия, что, по сути, является основой эмпатии. И вот тут важен, как бы это сказать, момент связи теории эмпатии и концепции социального научения, которая уходит корнями в работы Бандуры, где ключевым моментом является способность индивидуумов адаптироваться и подстраиваться в социальных взаимодействиях, что можно проиллюстрировать на примере экспериментов с поведением животных в группе...» Здесь пациент использует разные термины и множество ссылок, выстраивает мысль сложно и перегружено, что затрудняет восприятие сути его речи, но рассуждения при этом понятны.

• **Резонерское мышление (резонерство)** – бесплодное мудрствование («интеллектуализация мышления») характеризуется потерей целенаправленности мысли, пустыми рассуждениями на отвлеченные темы и псевдофилософствованием или праздным мудрствованием. Пациенты не способны прийти к какому-либо определенному выводу, так как в мышлении преобладают пространные, абстрактные, часто афористичные, нарочито глубокомысленные, но схоластические рассуждения с «жонглированием понятий» и использованием малоупотребительных терминов, которые не имеют содержательной связи с целью рассуждения. Характерна повышенная тенденция к «оценочным суждениям», склонность к чрезмерному обобщению и стремление подвести какую-нибудь теоретическую концепцию под любое, даже незначительное явление. Рассуждения не несут в себе никакого значимого смысла, а ответы на конкретные вопросы зачастую не дают необходимой фактической информации, крайне многословная речь не соответствует скудности содержания.

Иногда речь приобретает оттенок вычурности, совершенной неадекватности и карикатурной патетичности («**манерное мышление**») и приближается по своим проявлениям к симптому «**философской или метафизической интоксикации**», характерному для процессуальных расстройств. Этот вариант нужно отличать от *компенсаторного резонерства*, которое не выходит за рамки банальной претенциозной риторики, когда пациенты просто стараются произвести на собеседника особое впечатление и подчеркнуть свою значительность. В отличие от аморфности мышления, при котором непонятно, о чем говорит пациент, при резонерском мышлении – непонятно, зачем он это говорит, что, по-видимому, связано с нарушением мотивационно-волевого компонента психической активности. Например, врач пытается узнать у пациента, посещала ли его вчера мать. Пациент отвечает: «Да, она приходила. Мама для меня, видимо, самый близкий человек. Для каждого человека мать играет важную роль. Но, знаете, я задумываюсь, что родители, возможно, не так уж сильно любят своих детей. Ведь они отправляют их в школы, университеты, где формируют из них стереотипных роботов с одинаковым мышлением. А в новом времени нужны креативные и думающие люди, всех остальных скоро заменит искусственный интеллект, штампованные люди останутся без работы, поэтому я даже сомневаюсь, а любят ли на самом деле родители своих детей». Итак, при резонерстве речь многословна, но не несет полезной информации и теряет связь с исходным вопросом.

• **Символическое мышление** – мышление, при котором словам, знакам, предметам или событиям приписывается какой-либо особый, отвлеченный (не имеющий непосредствен-

ной родственной связи), понятный лишь самому пациенту смысл. Иногда для одного и того же символа он использует сразу несколько разных значений или многократно меняет его значения. Появление патологических символов связано с паралогическим мышлением. Например, характерна следующая речь пациента: «Я шел по улице и увидел, как машина проехала под мостом. Это был не просто случайный момент. Машина – это как символ движения времени, а мост – это как переход между двумя мирами. Я понял, что скоро будет важный выбор в моей жизни, может быть, даже что-то решающее. И вот потом увидел, как дерево потеряло листья, и сразу понял, что это знак – осень наступает, а осень – это всегда момент перемен. Я уверен, что скоро что-то важное произойдет. Мир так меня предупреждает».

• **Неологизмы** – придуманные новые слова, патологические словообразования. На вопрос: «Комфортно Вам в отделении?» пациент отвечает: «Мне здесь удомком и хороспок». Часто это происходит по принципу «**сгущения/агглютинации**» понятий, проявляющийся в том, что в единой фразе сливаются гетерогенные, не связываемые друг с другом понятия, мысли и слова. Например, пациент говорит, что после инсулиношоковой терапии у него все «шоколадно», имея в виду, что после шока все идет на лад. Неологизмы следует отличать от **акатофазии** – нарушения экспрессивной речи (часто встречается в детской психиатрической и логопедической практике при задержке развития вследствие различной органической патологии), при котором происходит замена необходимых для выражения смысла фразы слов сходными по звучанию, но не подходящими по смыслу.

• **Криптолалия** – создание собственного языка или особого шифра. **Криптография** – создание символического письменного кода, непонятного окружающим. Например, пациент сообщает, что изучает «газологию» (науку о святом духе). Ему должны выставить диагноз гебефрении, что означает «искусство возвышения». Лаборатория по исследованию мозга должна изучать «лейкопию». «Патония» является разделом гебефрении.

• **Шперрунг (закупорка мышления)** – состояние внезапной блокады, остановки мыслительной деятельности, полного ее прекращения без видимой причины и при отсутствии нарушения сознания (**аноэтический синдром**). Пациенты во время беседы вдруг прерываются, умолкают, спустя некоторое время (обычно секунды или минуты) возобновляют повествование, иногда с того же, на чем остановились, иногда с новой мысли, не связанной с предыдущей. В других случаях возникает ощущение пустоты в голове, нарушается способность реагировать на внешние стимулы и совершать какие-либо действия. Психогенез шперрунгов может быть различным: с одной стороны, они являются следствием нарушения произвольности мышления и соответственно могут рассматриваться как симптом малого психического автоматизма Клерамбо, с другой, могут быть идеаторным проявлением редуцированного кататонического синдрома (кратковременной волевой блокадой).

В отличие от абсанса ясность сознания при этом не меняется, пациенты осознают и запоминают состояние обрыва мысли. Скорее речь идет о нарушении самосознания с кратковременной утратой идентичности своего «Я». Пациенты часто описывают это словами «пустота в голове, перерыв, обрыв, закупорка мыслей, провал в голове». Например, пациент при своем рассказе резко обрывает повествование и говорит, что в голове стало пусто, все мысли исчезли.

Шперрунги следует отличать от задержек или перерывов мыслительного процесса вследствие других психопатологических нарушений, например при депрессивном идеаторном торможении, при ослаблении функции произвольного внимания при астеническом мышлении или явлениях гиперметаморфоза (отвлечение внимания на посторонние внутренние или внешние стимулы), психогенном стрессовом аффекте, дисмнезиях или при перебивании текущей мысли «голосами» и т. д. При всех этих состояниях пациент обычно вспоминает утраченную мысль, осознает причину задержки ответа и при определенных волевых усилиях может справиться с проблемой.

Обрыв мысли или шперрунг проявляются внезапной остановкой речи прежде, чем мысль завершена. После паузы, которая может продолжаться несколько секунд, реже минут, пациент не может вспомнить, что говорил или хотел сказать. Длительное молчание только тогда может быть квалифицировано как обрыв мысли, когда пациент произвольно описывает задержку мышления или после вопроса определяет причину паузы именно таким образом.

Вспомогательными вопросами могут быть:

- Испытывали ли Вы когда-нибудь внезапное, не связанное с внешними причинами, исчезновение мысли?
- Что помешало Вам закончить фразу?
- Что Вы почувствовали?

• **Ментизм** – непроизвольный, нецеленаправленный наплыв мыслей, непрерывное течение потока мыслей, воспоминаний, желаний, представлений, обычно негативного содержания. Такая неуправляемость мышления тягостно переносится пациентами. Часто они описывают такое состояние как путаницу мыслей. Например, пациентка невпопад отвечает на вопросы, потому что ощущает, что «мысли путаются, наплывают» помимо ее воли. Ментизм и шперрунги Г. Клерамбо относил к малым психическим автоматизмам, связанных с нарушением произвольности мышления. Однако их следует отличать от истинных идеаторных психических автоматизмов, при которых подобные нарушения мышления сопровождаются чувством «сделанности» и ощущением насильственности.

Помощь врачу!

У пациентов с ментизмом часто наблюдается ускоренное течение процессов мышления, сконцентрировать внимание не удается и в сознании остается лишь «тень» мысли или ощущение «роя» проносящихся мыслей.

Вспомогательными вопросами могут быть:

- Не ощущаете ли Вы порой (в последнее время) сумбур в голове?
- Не казалось ли Вам когда-нибудь, что Вы не контролируете поток собственных мыслей?
- Не было ли ощущения, что мысли мелькают (проносятся) мимо?

• **Речевые стереотипии** – непроизвольное, часто многократное повторение слов, фраз или выражений, произнесенными как самим пациентом, так и окружающими. Повторение бывает спонтанным или выявляется в ответах на вопросы. Речевые стереотипии нередко обнаруживаются при **кататоническом синдроме** (см. соответствующий раздел в главе 3).

Помощь врачу!

Стереотипии оцениваются на основании высказываний, описания своего состояния пациентом во время интервью, содержания его мыслей, поведенческих проявлений во время осмотра, а также на основании отчетов работников звена медицинской и социальной сети и членов семьи.

Оценка стереотипий основывается не только на высказываниях пациента, но и на наблюдении за его поведением, характером речи, мимикой, жестикуляцией, позой, а также на информации от родственников и персонала.

Во время интервью важно не перебивать пациента и дать возможность свободно высказываться: именно в спонтанной речи чаще всего обнаруживаются речевые стереотипии. Обратите внимание на повторяющиеся слова, фразы, речевые клише, не связанные с содержанием разговора, частые возвраты к одной и той же теме или фразе независимо от вопроса. При этом моторная активность (жестикуляция, мимические реакции, покачивание,

притоптывание, постукивание, закатывание глаз и пр.) также может быть стереотипной.

Пациенту и его близким можно задать следующие вопросы:

- Замечали ли Вы, что часто повторяете одни и те же слова или фразы, даже если в этом нет необходимости?
- Бывает ли, что движения повторяются сами собой, без особого смысла, например качание, постукивание?
- Указывают ли Вам окружающие на то, что Вы говорите или делаете что-то однообразно и многократно?
- Можете ли Вы остановить это повторение, если захотите?
- Как Вы сами это объясняете, зачем Вы это делаете, что при этом чувствуете?

✓ К речевым стереотипиям относятся палилалия, персеверации, стоячие обороты, логоклонии, вербигерация и эхолалия.

– **Палилалия** – произвольное повторение одного или нескольких слов (реже коротких фраз) с нарастающим темпом и часто снижением громкости речи. Чаще всего встречается многократное повторение последнего слова. Например, пациент в беседе с врачом говорит: «У меня все хорошо, хорошо, хорошо, выпишите домой, домой, домой...» Иногда повторяемые слова искажаются (например, «стол... стол... слот... лот»). При палилалии повторение возникает вне зависимости от позиции слова в предложении. Голос может затихать с каждым повтором, переходя в шепот или полное отсутствие звука (**афоническая палилалия**). Симптом характерен для экстрапирамидных нарушений (болезнь Паркинсона, болезнь Гентингтона, синдром Туретта, нейролептический псевдопаркинсонизм). Расстройство письменной речи с многократным повторением слов или коротких фраз называется **палинграфией**.

– **Персеверация** – застревание в мышлении каких-либо мыслей, фраз, суждений, образов вне зависимости от изменения ситуации. Выражается в ненужных повторях мыслей, стереотипных ответах на разные вопросы. Персеверации как нарушение мышления представляют собой застреваемость (ригидность) и однообразие мыслительных процессов, при которых человек не может гибко переключаться с одной идеи на другую. При этом он может осознавать, что повторяется, но не способен остановиться или изменить ход мыслей. В разговоре такой пациент вновь и вновь возвращается к уже обсужденной теме или вопросу, на который ему ранее был дан ответ. Иногда в своем ответе пациенты сначала повторяют вопрос, а затем дают ответ, или несколько раз повторяют последние слова ответа. Например: «Как Вы себя чувствуете? – Хорошо себя чувствую, чувствую себя хорошо, хорошо. – А как Вы спите? – Хорошо себя чувствую, хорошо».

Частным случаем персеверации можно считать **симптом «граммофонной пластинки»** – безостановочное, многократное и монотонное повторение пациентом только что произнесенного им самим слова, фразы или нескольких фраз с неизменной интонацией. Повторы могут достигать 9–10 и более раз (иногда до 30) и происходят через определенные интервалы времени, создавая эффект стереотипного повторения одной фразы («застывшей граммофонной пластинки»).

– **Стоячие обороты** – это стереотипные выражения, однотипные мысли, к которым пациент многократно возвращается в процессе беседы. Появление стоячих оборотов – признак снижения интеллекта, опустошения мышления. Например, пациент постоянно употребляет в речи выражение «душевно-головная система»: «Эти таблетки помогают от душевно-головной системы», «Мне врач для душевно-головной системы посоветовал побольше лежать», «Я теперь все время напеваю, потому что душевно-головная система выздоравливает».

– **Логоклония** – повторение отдельных слогов произносимого слова. Пример: «Вчччч-чечеееррарара мнеее ннннне ддаададаллли спаапать».

– **Вербигерация** – нецеленаправленное, бессмысленное, стереотипное повторение одной и той же фразы или слова, нанизывание друг на друга созвучных слов или их обрывков. Например, пациент громко выкрикивает: «...Цикло-, пара-, голо-, пере-, аква- дол... аква- дол, дос, поз, роз, боз...»; «Нубук, чубук, ноутбук, покетбук, минибук, оптибук, максибук...»; «Дейтаграмма, монограмма, анаграмма, нету совести ни грамма...»

– **Эхолалия** – произвольное и бессмысленное повторение слов или фраз собеседника, чаще повторяется вопрос, заданный врачом, или последнее слово из него (**митигированная эхолалия**). Диалог между врачом и пациентом: «Почему Вы не отвечаете? Почему молчите?» Пациент отвечает: «Молчите, молчите, молчите». Эхолалия может проявляться с задержкой (**отставленная эхолалия**). В этом случае, например, ребенок воспроизводит услышанную взрослым речь, но через определенный промежуток времени (**фонографизмы**).

– **Эхография** проявляется в том, что пациент копирует речь окружающих в своем письме: например, в ответ на просьбу написать свое имя, он полностью воспроизводит текст предложенного задания.

– **Симптом навязчивых ламентаций** проявляется в многократном повторении пациентом своих жалоб в одних и тех же выражениях, зачастую по несколько раз в день. Например, при общении с врачом пациент может повторить свои жалобы сразу после того, как врач покидает палату, и попросить его вернуться, чтобы снова изложить их теми же словами. Симптом часто наблюдается при постэнцефалитическом паркинсонизме.

3. К *патологической продукции мышления (патологическим суждениям)* относятся *навязчивые явления, сверхценные идеи, патологическое фантазирование, симптом метафизической интоксикации и бред* (рис. 2.14).

Помощь врачу!

Патологическая продукция мышления (патологические суждения) оценивается на основании содержания мыслей, высказываний при осмотре, и их влияния на социальное взаимодействие и поведение на основе отчетов медицинского персонала, сотрудников звена первичной медицинской и социальной помощи и членов семьи. Необычность позы, походки, лишние движения позволяют думать о наличии двигательных навязчивостей (ритуалов).

О сверхценных и навязчивых идеях (в отличие от бредовых) пациент обычно охотно рассказывает сам. Необходимо определить, насколько эти идеи связаны с содержанием мышления в данный момент, их влияние на течение мыслительных процессов и связь этих идей с личностью пациента. Доминирующие и сверхценные идеи полностью связаны, согласуются с содержанием мышления пациента и определяют его, являясь эгосинтонными. В отличие от них, содержание навязчивостей не совпадает с тем, о чем в этот момент размышляет или чем занят пациент, более того они могут противоречить его убеждениям; они «мешают», отвлекают от основной деятельности, являясь эгодистонными. Важно оценить степень насильственности различных идей в сознании пациента, степень их чуждости мнению, мировоззрению и степень его критического отношения к указанным идеям.

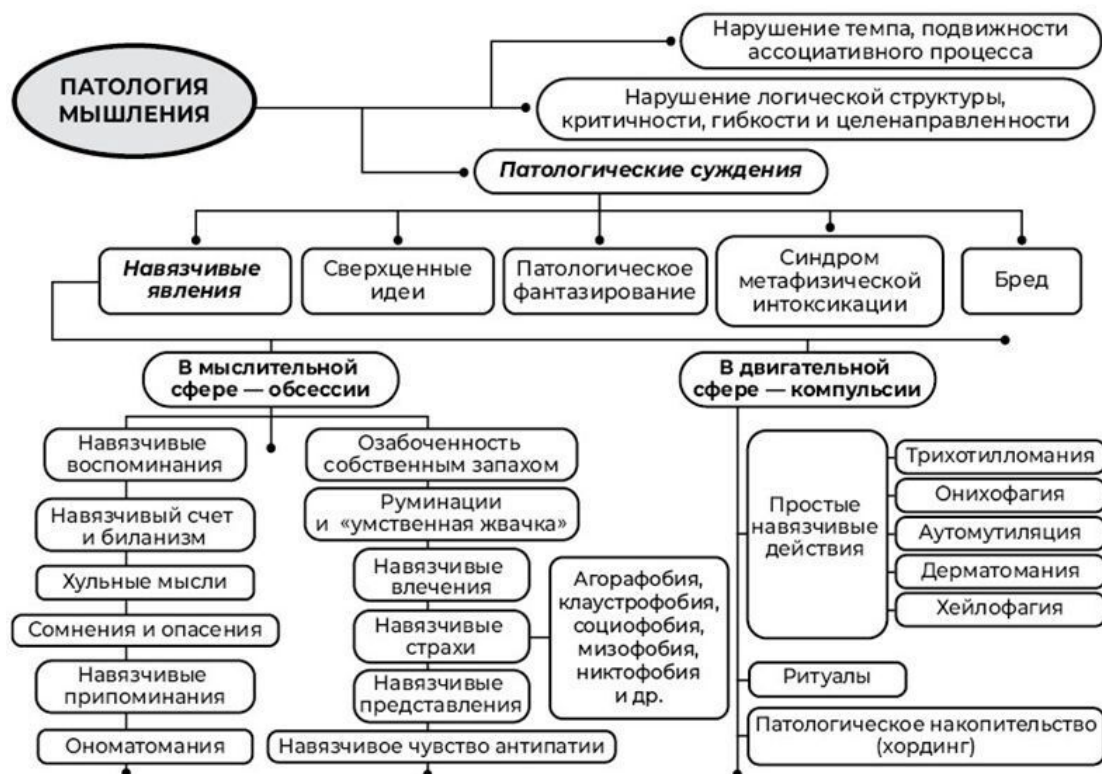


Рис. 2.14. Навязчивые состояния

• **Навязчивые состояния (обсессии, компульсии)** – насильственное, непроизвольное и неодолимое возникновение мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, действий, движений при сознании их болезненности и критическом отношении. Они не поддаются волевому преодолению. К. Ясперс подразделяет навязчивые состояния на отвлеченные, не сопровождающиеся измененным аффектом (например, навязчивый счет, бесплодное мудрствование и т. д.), и образные, при которых всегда сопутствуют тягостные ощущения тревоги и страха.

Помощь врачу!

В первую очередь рассматриваются навязчивые мысли. Можно начать с такого вопроса:

• Приходят ли Вам в голову постоянно какие-то мысли, несмотря на то, что Вы усиленно стараетесь их не допускать?

Если пациент дает утвердительный ответ, следует попросить его привести пример. Прежде чем идентифицировать подобные явления как навязчивые мысли, врач должен удостовериться, что пациент воспринимает такие мысли как свои собственные (а не внушенные кем-то или чем-то). Пациенты часто испытывают стеснение из-за навязчивых мыслей, особенно тех, которые связаны с насилием или сексом, поэтому иногда требуется настойчиво и деликатно проводить расспрос.

Клинические признаки навязчивых состояний:

1) *непроизвольность и неустранимость волевым усилием* – навязчивые явления осознаются как собственные, но возникающие вопреки своей воле, и не сопровождаются чувством «сделанности», т. е. постороннего влияния в их появлении;

2) *доминирование в сознании и отсутствие связи с текущим содержанием мышления*. Содержание навязчивостей не совпадают с тем, о чем в этот момент размышляет или чем занят пациент. Навязчивые идеи «мешают», отвлекают от основной деятельности. Их содержание оценивается самим пациентом как «ненужное», «лишнее», «сбивающее с толку»;

3) *тягостность* – крайне негативная окраска навязчивостей связана не только с неприятным содержанием, но и с самим фактом насильственного, непрерывного приковывания внимания, а также ощущениями тревожной напряженности и внутренней борьбы. При отвлеченных навязчивостях этот аффективный компонент выражен значительно меньше или отсутствует;

4) *элемент борьбы* – постоянные волевые попытки преодоления навязчивостей, стремление бороться с ними, которые чрезвычайно энергозатратны, утомительны и безуспешны. Поэтому личность рано или поздно вынуждена им временно подчиняться или приспособляться;

5) *снижение продуктивности*. Навязчивые переживания отвлекают на себя внимание, и большая часть времени занята обдумыванием навязчивых мыслей, исполнением навязчивых действий и ритуалов;

6) *наличие критики и осознание их болезненности* («субъективное осознание»). На высоте их развития (особенно на высоте сомнений и страхов) критика может ослабевать или временно утрачиваться.

✓ К **навязчивым мыслям** (обсессиям) относят *«умственную жвачку», руминации, навязчивый счет, контрастные навязчивости, навязчивые сомнения, навязчивые воспоминания, навязчивые (овладевающие) представления, патологическую озабоченность собственным запахом, навязчивые влечения, навязчивые страхи (фобии)* (рис. 2.14).

Помощь врачу!

Во время интервью важно быть внимательным к намекам на внутреннее напряжение, нежелательные размышления, чувство вины, страх причинить вред, а также к компульсивному и ритуализированному поведению. Окружающие пациента могут сообщать, что он «зациклен» на одной теме, чрезмерно тревожен, «ходит по кругу» в разговоре.

Обратите внимание на частые упоминания мыслей, которые «лезут в голову» без желания; повторяющиеся высказывания на одну и ту же тему (грязь, вред, грех, симметрия), поведение, направленное на «обезвреживание» или «нейтрализацию» навязчивых мыслей: избегание, проверка, «ритуалы»; рассказы близких о навязчивых темах, чрезмерной тревожности, подозрительности, повторных действиях.

Примеры вопросов, которые можно задать пациенту:

- Бывает ли, что в голову приходят мысли, от которых Вы хотели бы избавиться, но не можете?
- Эти мысли повторяются, мешают Вам?
- Можете ли Вы сказать, что эти мысли Вам неприятны, но все равно они снова возвращаются?
- Появляется ли у Вас желание что-то сделать, чтобы «убрать» или «исправить» эти мысли?
- Вы стараетесь избегать определенных ситуаций или предметов, потому что опасаетесь, что они вызовут неприятные мысли?
- Как Вы думаете, почему эти мысли появляются, и что они значат?

– **«Умственная жвачка» (навязчивое мудрствование)** – навязчивое состояние, заключающееся в постоянных бесполезных и бесцельных размышлениях о природе вещей, навязчивые рассуждения по поводу надуманных, часто неразрешимых вопросов, попытки оце-

нить возможные последствия действий, несовершенных пациентом в действительности. Болезненное мудрствование имеет самое различное содержание: метафизическое, нравственное, религиозное и т. д. Например, пациент навязчиво время от времени размышляет: «Представьте, что мы все живем в огромном космическом аквариуме, и наша планета – всего лишь одна из множества морских звезд. Мы, как мелкие рыбки, плывем в этом бескрайнем океане звездного пространства, рассуждая, какие формы жизни могут обитать в других частях этого невероятного аквариума. А что, если звезды – это всего лишь искры великого космического фейерверка, который кто-то там устраивает ради нашего развлечения?»

– **Руминация** – непроизвольно повторяющееся и преимущественно негативное мышление, характеризующееся застреванием (зацикливанием) человека на проблемах, переживаниях (особенно неприятных), их причинах, последствиях, смысле или симптомах собственного эмоционального состояния. Это непродуктивное, неконтролируемое и стереотипное прокручивание одних и тех же мыслей по кругу без продвижения к решению или эмоциональному облегчению.

Ключевыми признаками руминации являются ее *повторяемость* и *навязчивость* (непроизвольное и стереотипное возвращение мыслей), *негативный фокус* (содержание связано с прошлыми ошибками, неудачами, обидами, чувством вины или стыда, самокритикой, беспокойством о будущем или анализом симптомов своего дистресса), *непродуктивность* (отсутствие конструктивных выводов или планов действий), *пассивность* и *трудность прекращения* (ощущение потери контроля над мышлением, безуспешность попыток подавить поток мыслей) и *способность усиливать психологический дистресс*. Руминативное мышление углубляет симптомы депрессии (печаль, безнадежность), усиливает тревогу (беспокойство, страх, ощущение угрозы), провоцирует гнев и раздражительность, способствует снижению самооценки. Помимо ухудшения эмоционального состояния, руминация серьезно нарушает когнитивные функции и поведение: снижает концентрацию внимания, ухудшает память, затрудняет принятие решений, ведет к прокрастинации и потере продуктивности, вызывает социальную изоляцию (из-за трудностей вовлечения в общение или чрезмерной фиксации на своих проблемах) и приводит к психофизическому истощению. Можно выделить *типы руминации*, различающиеся по содержательному фокусу: **депрессивная** (фиксация на прошлых потерях, неудачах, собственной неадекватности, вопросах «Почему я?», «Что со мной не так?»), **тревожная руминация** (она же часто называется беспокойством – фокус на будущих угрозах, неопределенности, вопросах «А что, если...?», «Как я справлюсь?»), **руминация гнева** (навязчивое прокручивание обид, несправедливости, мыслей о мести), **абстрактная руминация** (зацикливание на глобальных, неразрешимых вопросах смысла жизни, справедливости, собственного существования, усиливающее безнадежность) и **конкретная руминация** (зацикленность на деталях конкретного события или проблемы без перехода к решению). Хотя руминации являются вариантом навязчивого мышления, они не обязательно свидетельствуют о наличии какого-либо психопатологического синдрома или психического расстройства и чаще всего встречаются у здоровых лиц с тревожно-мнительными чертами. Люди по психологическим механизмам вовлекаются в руминацию, ошибочно полагая, что она поможет им лучше понять себя или ситуацию, найти решение проблемы, предотвратить будущие ошибки, подготовиться к худшему или получить сочувствие. Однако в реальности руминация блокирует достижение этих целей, парализуя мышление и действие.

– **Навязчивый счет (арифмомания)** – навязчивое стремление считать попадающиеся на глаза предметы: этажи домов, столбы, людей, мужчин или женщин, автомобили определенного цвета или марки и т. д. Например, пациент навязчиво считает, сколько раз сделал выход и вдох.

– **Ономатомания** – навязчивое стремление припоминать имена всех лиц, когда-либо виденных.

– **Контрастные навязчивости («хульные мысли»)** – навязчивые мысли, по содержанию несовместимые (контрастирующие) с этическими установками, противоречащие убеждениям или вере, мысленные ругательства в адрес близких или уважаемых человеком людей, скабрезные представления о них. Пациенты крайне мучительно переносят такие мысли и тягостятся ими. Например, у прилежного семьянина появляются навязчивые мысли о том, что он может изнасиловать свою дочь или ударить в живот свою беременную жену.

– **Навязчивое чувство антипатии** проявляется как спонтанное, неконтролируемое чувство неприязни, ненависти или отвращения к близкому человеку, не соответствующее реальному отношению к нему. Появление такого неестественного переживания приводит к глубокой тревоге и отчаянию. Пример: молодая мать, искренне любящая своего ребенка, вдруг начинает испытывать необъяснимое раздражение и отвращение к нему. Эти чувства противоречат ее настоящему отношению, вызывая у нее страдание и страх перед собственными эмоциями.

– **Навязчивые сомнения** – отсутствие уверенности в правильности и законченности совершенных действий. Сомнения необоснованны, но человек постоянно возвращается к мыслям о том, точно ли он сделал все так, как это необходимо; в основе лежит искаженная оценка реальной вероятности того или иного события. Навязчивые сомнения в большинстве случаев сопровождается тревогой и стремление перепроверять сделанные действия. Например, обследуемый рассказывает, что его постоянно беспокоит, закрыл ли он дверь квартиры, когда ее покидает, перепроверки приносят облегчение на короткое время, затем сомнения появляются вновь. Частным примером является **амблиноия** – патологическая затрудненность принятия каких-либо решений.

– **Навязчивые опасения** в удачном и верном выполнении привычных или автоматизированных действий. Например, в опасении внезапно забыть при публичном выступлении содержание речи или необходимые слова, растеряться при ответе на вопрос, запнуться при произнесении того или иного слова, долго не уснуть, подавиться пищей и т. д. Подобные опасения действительно могут нарушить выполнение соответствующих действий, поскольку требуют со стороны пациента дополнительных усилий и сосредоточения.

– **Биланизм** – состояние, при котором человек постоянно подсчитывает «плюсы» и «минусы» во всех сферах жизни: материальной, физической, эмоциональной. Это проявляется в навязчивой фиксации на балансе приобретений и потерь, даже в мелочах. В отличие от здорового планирования подсчет баланса превращается у таких людей в самоцель, лишая гибкости и рациональности. Например, характерны ежедневные попытки оценить, сколько времени потрачено «полезно», а сколько «впустую», или страх, что отношения с окружающими неравноценны («Я слишком много отдаю»). Такое поведение часто сопровождается компенсаторными ритуалами: после незначительной траты денег человек может начать экономить или искать другие способы, чтобы «вернуть» потраченное, игнорируя реальные потребности. Например, студент вместо подготовки к экзамену тратит часы на подсчет выученных тем, парализуя себя мыслью: «Если не успею все, лучше не сдавать».

– **Навязчивые воспоминания** – постоянно преследующие мысли о каких-либо событиях, действительно произошедших в прошлом. Обычно содержание этих событий по тем или иным причинам неприятно и мучительно для человека, однако воспоминания, часто образные, несмотря на личностное противодействие, возвращаются вновь и вновь, вызывая неприятные эмоциональные переживания. Например, человек может постоянно вспоминать ситуацию, когда он сделал ошибку на работе и понес последствия. Даже спустя долгое время после произошедшего события, эти воспоминания могут появляться навязчиво, вызывая чувство вины, стыда или беспокойства.

Разновидностью навязчивых воспоминаний является **ономатомания** – навязчивое припоминание имен, дат, названий предметов, редких или странных слов и т. п. Некоторые авторы

к навязчивым воспоминаниям относят **флэшбеки** (повторные переживания, непроизвольные рецидивирующие воспоминания) – явление, при котором у человека возникают внезапные, обычно сильные, красочные, интенсивные повторные переживания прошлого опыта или его элементов. Эти непроизвольно повторяющиеся воспоминания могут быть счастливыми, грустными, захватывающими и т. д. и иногда так интенсивны, что человек как бы «заново переживает» свой прошлый эмоционально значимый опыт. Флэшбеки часто являются симптомом стресс-индуцированных расстройств, например посттравматического стрессового расстройства.

– **Навязчивые (овладевающие) представления Крафт-Эбинга** – яркие представления мучительного содержания, не соответствующие действительности. Пациенты могут представлять результат совершенного жестокого поступка, либо неправдоподобные ситуации. Например, пациент навязчиво представляет несчастные случаи, которые могут произойти с ним, представления обычно носят яркий, красочный и детализированный характер.

– **Навязчивые влечения** – стремление совершить бессмысленное, опасное или непристойное действие. Опасность и неуместность подобных влечений хорошо осознается, но избавиться от них человек не может, возникают тревога и страх, что действие может реализоваться, но влечения, как правило, не выполняются. Появление навязчивых влечений зачастую приводит к избегающему поведению. Например, у пациента в метро появляется желание прыгнуть под поезд или сбросить кого-нибудь другого, вследствие чего он старается лишний раз не пользоваться метро.

– **Патологическая озабоченность собственным запахом (обонятельное расстройство, ольфакторный эталонный синдром)** характеризуется стойкой озабоченностью или убеждением человека о наличии у него неприятного или отвратительного запаха, исходящего от тела или изо рта, который в реальности либо совсем незаметен, либо едва замечен окружающим. Такие лица чрезмерно фокусированы на себе по поводу предполагаемого запаха, что часто может сопровождаться идеями отношения (т. е. убеждением, что окружающие обращают внимание, осуждают или обсуждают его запах). Вследствие такой озабоченности совершаются повторяющиеся и чрезмерные действия (компульсии), такие как многократная проверка наличия запаха тела или другого мнимого источника запаха, повторяющийся поиск разубеждений со стороны, настойчивые попытки скрыть, изменить запах или предотвратить его появление, частое использование дезодорантов, духов или одеколона, явное избегание социальных ситуаций или провоцирующих факторов, которые усиливают переживания из-за мнимого неприятного или отвратительного запаха.

– **Навязчивые страхи (фобии)** – интенсивные, неодолимые, чрезмерные, бессмысленные и необоснованные (иррациональные) страхи (боязнь, опасения или отвращение) по отношению к каким-либо определенным ситуациям, предметам, животным, своему состоянию, явлениям природы и др. Фобии делятся по содержанию, частоте возникновения и связи с психотравмирующим фактором. В легких случаях фобии развиваются только при воздействии психотравмирующего стимула, на следующем этапе они могут появляться как с ним, так при его ожидании и, наконец, наиболее тяжелым вариантом фобий является их возникновение в нейтральной ситуации вне связи с психотравмирующим фактором.

Помощь врачу!

Навязчивые страхи оцениваются на основании вербального отчета их наличия, а также выраженности физических проявлений тревожного напряжения у пациента (напряжение, дрожь, потливость, беспокойство) при упоминании объекта страха, наблюдаемых во время осмотра. Кроме этого, полезной может оказаться информация родственников или медперсонала об избегающем поведении пациента.

Обратите внимание на явные попытки уклониться от упоминания или подробного описания вызывающих страх объектов.

Примерами уточняющих вопросов могут быть:

- Есть ли у Вас страхи, которые мешают Вам жить или действовать?
- Бывает ли, что Вы избегаете определенных мест, предметов, ситуаций, потому что они вызывают сильный страх или тревогу?
- Понимаете ли Вы, что этот страх может быть преувеличенным и все же не можете ему противостоять?
- Что происходит с Вами, если Вы вынуждены столкнуться с тем, чего боитесь?
- Бывает ли, что Ваш организм реагирует физически на страх – например, возникают дрожь, пот, сердцебиение?
- Пытались ли Вы преодолеть этот страх и что из этого вышло?

▷ **Содержание фобий** крайне разнообразно, и в их названии принято использовать корни греческих слов («сад греческих корней»), но большинство из них встречаются крайне редко. Наиболее часто в клинической практике наблюдаются следующие фобические феномены.

○ **Агорафобия** (от др. – греч. ἀγορά – базар, рынок + φόβος – страх) – страх открытых пространств (улиц, площадей), включающий в себя боязнь выходить из дома, посещать магазины, боязнь толпы и общественных мест, боязнь в одиночку путешествовать поездом, автобусом, самолетом. Люди, страдающие агорафобией, вынуждены значительно сокращать количество самостоятельных выходов за пределы своего дома, хотя в сопровождении близких обычно могут это делать. Они стараются избегать общественных мероприятий, публичных мест и вынуждены ограничивать свою жизнь. Агорафобия часто является формой избегающего поведения, например вследствие развития **панических атак** (очерченный кратковременный эпизод интенсивной тревоги с внезапным началом, достигающий максимума в течение нескольких минут и сопровождающийся беспокойством и/или страхом смерти или потери контроля над собой в сочетании с выраженными соматовегетативными нарушениями в виде сердцебиения, головокружения, одышки, озноба, повышения давления и т. д.). Поэтому пациенты избегают ситуаций, где может быть затруднен выход или недоступна помощь.

○ **Клаустрофобия** – боязнь закрытых пространств. Например, пациент сталкивается с паникой и страхом, когда находится в лифте. Даже при мысли о том, что двери лифта могут закрыться и ограничить свободу передвижения, у него появляется острая тревога. Из-за этого страха он предпочитает избегать пользоваться лифтами, предпочитая лестницы.

○ **Социофобия** – боязнь пристального внимания со стороны других людей, оценки окружающими, ведущая к избеганию социальных ситуаций. Например, пациент избегает общественных событий, вроде вечеринок или общественных мероприятий, из-за беспокойства и страха перед социальной активностью. Когда ему приходится вступать в разговор с незнакомыми людьми или выступать перед публикой, он испытывает интенсивную тревогу и страх оценки или осуждения. Этот страх может быть настолько сильным, что человек избегает общения, даже если это мешает его профессиональной карьере или личной жизни.

○ **Пейрафобия (ангофразия)** – страх, боязнь публичного выступления (произнесения речи, сдачи экзамена и т. п.), вариант социофобии.

○ **Мизофобия** – боязнь загрязнения. Обследуемый может переживать чрезмерные страхи при касании поверхностей, таких как дверные ручки в учреждениях или транспортные средства. Даже мысль о том, что он может заразиться какими-то инфекциями вследствие прикосновения к любым поверхностям в незнакомых местах, вызывает у него сильное беспокойство. Этот страх может привести к избеганию общественных мест, туалетов, чрезмерному использованию средств личной гигиены или частому мытью рук. Вариантами мизофобии явля-

ются **гаптефобия** – страх прикосновения окружающих людей (такие пациенты, например, избегают рукопожатий) или **бациллофобия** – страх заражения микробами или бактериями.

○ **Никтофобия (скотофобия)** – боязнь темноты, ночи. Например, пациент может испытывать чрезмерный страх по ночам. При наступлении темноты возникает интенсивная тревога и беспокойство. Страх может быть связан с переживанием угрозы, неопределенностью в темноте или даже с идеей потери контроля над окружающей обстановкой. Человек с никтофобией может избегать выходов на улицу в темное время суток или стараться создать вокруг себя максимальную освещенность, чтобы справляться со своим страхом.

○ **Канцерофобия** – боязнь заболеть раком, злокачественной опухолью. Обследуемый постоянно боится, что у него может развиваться рак, даже при отсутствии конкретных симптомов или медицинских подтверждений. Он постоянно ищет признаки болезни и переживает из-за малейших изменений в своем здоровье. Этот страх может привести к частым посещениям врачей, проведению ненужных медицинских исследований, а также к психологическому дискомфорту с нарушением обычной социальной активности.

○ **Арахнофобия** – боязнь пауков. Например, когда человек (чаще женщина) при виде паука, даже небольшого размера, испытывает интенсивный страх и беспокойство. Этот страх может быть настолько сильным, что человек избегает пребывания в определенных местах, где есть вероятность встретить пауков, и может предпринимать экстремальные, иногда иррациональные, меры, чтобы избежать контакта с ними. Например, он может регулярно проверять свою постель перед сном, избегать походов в лес или даже отказываться от прогулок на природе.

○ **Фагофобия** – страх подавиться пищей. Например, каждый раз, когда пациент готовится проглотить пищу, у него возникает чувство страха и беспокойства. Он может избегать определенных видов пищи или предпочитать только мягкую, легко глотаемую еду. Фагофобия может сопровождаться физическими симптомами, такими как застревание пищи в горле или ощущение давления, что еще больше усиливает страх.

○ **Антропофобия** – страх, боязнь людей, толпы.

○ **Гленофобия** – страх кукол, боязнь взгляда куклы.

○ **Монофобия** – боязнь одиночества.

○ **Нозофобия** – страх увечья, неизлечимой болезни, заражения (сифилофобия, канцерофобия и т. п.).

○ **Пантофобия** – всеохватывающий навязчивый страх.

○ **Ситофобия** – страх принятия пищи.

○ **Танатофобия** – страх внезапной смерти.

○ **Тафефобия** – страх погребения заживо.

○ **Фобофобия** – страх страха.

○ **Петтофобия** – страх общества.

○ **Скоптофобия** – страх показаться окружающим людям смешным.

○ **Акрофобия (гипсофобия)** – боязнь высоты. При пребывании на высоте, таких как мост, лестница или высокое здание, у человека возникает сильная тревога и страх. Этот страх может быть настолько интенсивным, что человек избегает посещения высоких мест или испытывает физические проявления тревоги, такие как головокружение, потливость или учащенное сердцебиение. Например, он может избегать катания на аттракционах с высокими подъемами или походов по высокогорным местам.

○ **Айхмофобия (оксифобия)** – страх острых или режущих предметов. Пациент либо просто испытывает страх к острым предметам, либо боится, что может непреднамеренно использовать их и при этом нанести повреждения самому себе или близким людям.

○ **Лиссофобия** – страх сойти с ума, потерять контроль над собой, боязнь заболеть психическим расстройством. Нередко наблюдается при панических атаках.

○ **Дисморфобия** – страх мнимых физических недостатков, уродства, измененности или особого строения частей тела, например недовольство фигурой в связи с лишним весом, «некрасивыми» носом, губами, подбородком, ушами, ногами и др. Симптом часто сопровождается болезненной стыдливостью (**патоидия**).

○ **Диспсихобия** – страх преувеличенной тяжести и возможных последствий реально существующих признаков психического расстройства (нарушение внимания, преходящие провалы памяти, перерывы и остановки мыслей, наплывы и параллелизм мыслей и т. д.).

○ **Кардиофобия (синдром Да Коста)** – внезапно возникающий страх за собственное сердце. Пациент ощущает боли в сердце, которые не связаны с органическими нарушениями, и его охватывает страх смерти от остановки сердца или инфаркта миокарда.

○ **Неофобия** – сумма признаков неспецифического избегания контакта, включающих отстранение при попытке прикоснуться, избегание взгляда, отворачивание и ответы в сторону, предпочтение старой одежды и установившихся маршрутов, фиксация на консервативных интересах.

○ **Эритрофобия** – навязчивый страх покраснеть.

○ **Феномен тождества Каннера** – страх изменений в обстановке. Встречается при аутизме, когда ребенок реагирует бурным протестом на мельчайшие изменения окружающей обстановки с проявлением выраженного беспокойства вплоть до реакции типа паники.

✓ **Навязчивые действия (компульсии)** – непреодолимое стремление совершать определенные движения или действия. К ним относят **ритуалы** и **простые навязчивые действия**. В большинстве случаев повторяющееся поведение осуществляется в ответ на навязчивую идею или связано с навязчивыми сомнениями (бесконечная перепроверка закрыл ли пациент дверь, выключил ли свет, утюг, газ и др.). Но существуют и **простые** или **отвлеченные**, как правило, стереотипные, двигательные обсессии, не сопровождающиеся выраженным негативным аффектом. Например, совершение ненужных мимических движений (подмигивание, надувание щек, шевеление ушами и др.), напевание одной мелодии или отбивание одного ритма, потирание особым способом рук, передергивание плечами, шмыганье носом и т. п.

Сюда же относятся постоянная уборка или расстановка предметов в определенном порядке. Сдерживание этих движений с помощью волевого усилия возможно лишь на короткий промежуток времени, но при ослаблении контроля они снова возникают. В отличие от произвольных гиперкинезов, это – повторяющиеся, закрепившиеся в поведении волевые действия, от которых трудно избавиться. Если навязчивое движение не выполнено, оно начинает занимать все внимание, вызывая напряжение и мешая сосредоточиться до того момента, пока не будет реализовано. В то же время некоторые другие навязчивые действия могут оставаться незамеченными. Пациентам приходится постоянно контролировать себя, чтобы не совершать этих движений.

«Защитные» действия (компульсии) возникают в ответ на навязчивую идею в соответствии с особыми правилами (**ритуалами**) или до ощущения чувства «завершенности» с целью уменьшить тревогу и/или предотвратить маловероятное событие. Понимание нелогичности (бесплодности) таких действий обычно присутствует, но ограничить навязчивые действия затруднительно. Субъективно они воспринимаются как неприятные и плохо контролируемые.

– **Ритуалы** – простые или сложные навязчивые действия для предотвращения мнимых неприятностей в будущем с целью защиты, производимые вопреки воле и не поддающиеся рациональному объяснению (например, стремление одеваться в определенной последовательности во избежание мифических негативных последствий и др.). Выполнение ритуалов нередко превращается в изнуряющие церемонии, но их невыполнение приводит к развитию тревоги и к усилению вызвавшей их обсессии, в связи с чем пациент вынужден обращать на них дополнительное внимание, тратить больше времени на их преодоление и в конечном итоге перестает им сопротивляться. «Защитные» ритуалы (компульсии) обычно связаны с содержа-

нием вызвавших их навязчивостей. Например, постоянное мытье рук при страхе загрязнения (мизофобии), перепроверка (при навязчивых сомнениях соответствующего содержания). Но также они могут иметь и некое образное значение, являясь символической защитой от гипотетической беды. Например, пациент должен совершить поворот вокруг своей оси определенное число раз, ударить себя несколько раз в определенные место тела, чтобы предотвратить возможные неприятности. Иногда защитные компульсивные действия теряют связь с вызвавшими их Obsessиями или страхами и становятся для пациента самостоятельной формой навязчивых явлений (например, постоянное мытье рук, изначально связанное со страхом загрязнения, со временем начинает выполняться безо всякой связи с контактами с грязными предметами, а просто само по себе, в противном случае возникает сильное эмоциональное волнение). К ритуалам также относят словесные формулы (заклинания), мысли (**идеаторные ритуалы**).

– **Патологическое накопительство (хординг, симптом Плюшкина)** характеризуется склонностью к накоплению различных предметов, что приводит к захламлению жилого пространства вплоть до того, что им становится небезопасно пользоваться. Накопление происходит вследствие как повторяющихся побуждений и действий, имеющих отношение к собирательству или накоплению различных вещей, так и трудностей избавления от накопленного имущества из-за чувства необходимости его сохранения и дистресса в случае расставания с ним. Если пространство не захламлено, то это только благодаря вмешательству третьих лиц (например, членов семьи, уборщиков, администрации). Собираательство может быть пассивным (например, скопление рекламных листовок или писем) или активным (например, чрезмерное приобретение бесплатных, купленных или украденных предметов).

Помощь врачу!

В некоторых случаях можно заметить признаки компульсивных ритуалов при внимательном наблюдении, но иногда они проявляются скрыто (например, в виде мысленного счета) и выявляются только из-за нарушения хода разговора. Если у пациента есть компульсивные ритуалы, стоит попросить его привести конкретные примеры.

Для выявления подобных расстройств используют следующие вопросы:

- Чувствуете ли Вы необходимость постоянно проверять действия, которые, как Вы знаете, Вы уже выполнили?
- Чувствуете ли Вы необходимость многократно повторять одни и те же действия абсолютно одинаковым способом?
- Предпринимаете ли Вы что-либо, чтобы предотвратить или остановить нежелательные мысли?
- Возникает ли у Вас потребность повторять одни и те же действия, даже если в этом нет явной необходимости?
- Бывает ли, что Вы повторяете действия особым способом, в определенном порядке – например, определенное число раз или с особым ощущением «правильности»?
- Делаете ли Вы что-то мысленно – например, считаете, повторяете слова про себя, чтобы успокоиться или «предотвратить плохое»?
- Что происходит, если Вы прерываете или не выполняете ритуал?
- Можете ли Вы привести конкретный пример того, что приходится делать снова и снова?
- Собираете (коллекционируете) ли Вы какие-нибудь предметы? Что конкретно Вы собираете?

– **Простые навязчивые действия** – фиксированные, отвлеченные, стереотипные движения, различные тики, подергивания плечами, поправление волос, пощипывание мочек

ушей, покашливание, хмыканье, ходьба определенным образом по плиткам на тротуаре и т. д. Усилив воли эти движения на короткое время можно прекратить, но затем они вновь возвращаются. В МКБ-11 симптомы, указанные ниже, относятся к расстройствам обсессивно-компульсивного спектра, но некоторые авторы относят эти феномены к извращению инстинкта самосохранения:

▷ **трихотилломания** – вырывание собственных волос;

▷ **онихофагия** – обкусывание ногтей пальцев рук;

▷ **аутомутиляция** – обкусывание губ, ногтей, кончиков пальцев рук;

▷ **патологические экскориаии (дерматомания)** – ковыряния кожи, приводящие, к значительным кожным повреждениям, которые сопровождаются безуспешными попытками уменьшить или прекратить этот процесс. Самыми распространенными местами повреждения являются лицо, руки и кисти. Ковыряние кожи может носить характер кратковременных эпизодов, повторяющихся в течение дня, или менее частых, но более длительных периодов и т. д.;

▷ **хейлофагия** – навязчивое действие в форме постоянного покусывания губ.

• **Сверхценные идеи** (термин предложен К. Вернике) – суждения, мысли или представления, возникшие психогенным путем по поводу реальных фактов и обстоятельств, но занявшие не соответствующее их значению преобладающее (доминирующее) положение в сознании и приобретшие неправомерную ценность с подчинением различных сторон личностного функционирования, неблагоприятно влияя на жизнь пациента. *Сверхценные идеи произвольны, неодолимы и основаны на выраженной эмоциональной (кататимной) реакции личности на реальные события.*

Основные признаки сверхценных идей:

1) *аффективная насыщенность*, охваченность страстью (кататимия);

2) *участие психогенных факторов* в их образовании, т. е. тематикой являются реальные события, которые уже имели место быть, либо реально могли случиться;

3) *неадекватное доминирование монотематических идей* над остальным содержанием сознания, тематика которых определяет узконаправленную активность и поведение пациента;

4) *«спаянность» с личностью*, идеи не являются чуждыми (в отличие от навязчивостей) и нередко связаны с преморбидными личностными чертами (например, паранойяльными);

5) *отсутствие критики на высоте развития сверхценного образования* (максимальная аффективная заряженность) и ее появление (на уровне частичного переубеждения) при ослаблении кататимного аффекта;

6) *отсутствие тотального охвата мышления*, как при бреде;

7) развитию идей способствуют *склонность к одностороннему, тенденциозному, предвзятому мышлению*, а также стеничность личности;

8) *стойкость и длительность, застойный аффект.*

Нередко сверхценные идеи сопровождаются и подпитываются стойкими нарушениями настроения, включая субдепрессивные или гипоманиакальные состояния.

✓ По связи с **эмоциональными расстройствами** выделяют **экспансивные** и **депрессивные сверхценные идеи**.

1. Гипоманиакальный аффект обычно сопутствует **экспансивным сверхценным идеям** сутяжничества, реформаторства, изобретательства, а также эротоманического содержания.

2. Субдепрессивный аффект коррелирует с **депрессивными сверхценными идеями** морального или материального ущерба, виновности, ипохондрии.

Длительно существующие систематизированные идеи могут повлечь за собой появление совершенно новых ценностных ориентаций и установок личности. В этом случае можно говорить о формировании **сверхценного мировоззрения**, которое сопровождается **сверхценным образом жизни**.

От идеаторных навязчивостей сверхценные идеи отличаются тем, что они эгосинтонны, в то время как при обсессивном синдроме мысли идеи носят эгодистонный, мучительный характер с безуспешными попытками их преодоления. В отличие от паранойяльных бредовых идей сверхценные образования, по своей феноменологической сути, не являются бредом, они всегда связаны с реальной жизненной ситуацией (часто с психотравмирующей) и соответствующим кататимным аффектом. При его ослаблении они могут редуцироваться или полностью исчезать. Сверхценные идеи логически (психологически) объяснимы, и в них изначально присутствует четкое содержание, что принципиально отличает их от первичного интерпретативного бреда с его абсолютной непроницаемостью, явной нелепостью и трансцендентностью (изменением смысловой сущности происходящих явлений и окружающих предметов), а также наличием предшествующего кристаллизации бреда периода инкубации с типичными феноменами бредового настроения и особого значения.

✓ По *содержанию* сверхценные идеи могут быть *различными* (рис. 2.15).



Рис. 2.15. Виды сверхценных идей

Условно по содержанию выделяют три больших группы.

1. Идеи с переоценкой своих личностных (психологических) свойств (реформаторства, изобретательства, особых талантов или уникальных способностей).
2. Сверхценные идеи переоценки биологических свойств (дистормфические, ипохондрические, сексуальной или физической неполноценности).
3. Сверхценные идеи переоценки социальных факторов (идеи ревности, сутяжничества, кверулянтства, предвзятого отношения, ущемления, мести).

Отдельные, наиболее часто встречающиеся в клинической практике, сверхценные идеи описаны ниже.

Помощь врачу!

Для выявления сверхценных идей необходимо обращать внимание на доминирующую тему в речи пациента, эмоциональную насыщенность высказываний, повышенную убежденность, а также напряженность и раздражительность при обсуждении «важной» темы. Могут иметь место

доказывающее поведение и соответствующая социальная активность, а также жалобы на непонимание и попытки донести свою «правду» до окружающих любой ценой. Важную роль играют наблюдения близких и персонала, которые могут сообщать, что пациент заиклен на одной теме, навязчиво обращается в инстанции, агитирует или конфликтует.

Особое внимание обращайтесь:

- на повторяющиеся высказывания с акцентом на «личную миссию», правоту, борьбу, открытие или принцип;
- на повышенную эмоциональную вовлеченность при обсуждении определенной темы;
- на негибкость суждений, неспособность допустить альтернативную точку зрения;
- на активные действия, направленные на реализацию идеи, даже при личном ущербе;
- конфликтность, «навязывание своей правды».

Для выявления сверхценных идей можно задать следующие вопросы:

- Есть ли у Вас тема или идея, которая занимает Ваши мысли большую часть времени?
- Считаете ли Вы, что должны донести нечто важное до других, даже если они Вас не понимают?
- Пытались ли Вы предупредить, убедить, доказать, достучаться – и как реагировали окружающие?
- Как Вы считаете, чем все это может закончиться и что случится, если Вы откажетесь от этой идеи?
- Замечали ли Вы, что друзья, семья или врачи считают, что Вы слишком увлечены одной темой?

– **Идеи с переоценкой своих личностных (психологических) свойств (реформаторства, изобретательства, особых талантов или уникальных способностей)** – пациент считает себя крупным ученым, известным изобретателем, великим писателем, реформатором, целителем и т. д. Скромные достижения в области, интересующей пациента, преувеличиваются, приобретают несуществующую в действительности масштабность и рассматриваются как «серьезное открытие», «великий труд», «уникальный талант» и т. п. Например, пациент может утверждать, что он является гением в искусстве или науке, несмотря на отсутствие соответствующего образования или профессионального опыта.

– **Сверхценные идеи «любовного очарования» (эротоманические идеи)** – преувеличение знаков внимания со стороны противоположного пола.

– **Идеи сексуальной неполноценности** – убежденность в наличии физических или физиологических дефектов, влияющих на сексуальную привлекательность или способность, несмотря на отсутствие объективных подтверждений. Например, человек может считать себя неспособным удовлетворить партнера или быть привлекательным, что вызывает изоляцию и постоянные попытки «исправить» мнимую проблему.

– **Идеи физического самосовершенствования** – чрезмерная фиксация на необходимости достижения идеального физического состояния через тренировки, диеты, медицинские процедуры или другие способы. При этом человек воспринимает свое тело как недостаточно совершенное, даже если окружающие оценивают его внешность или здоровье как нормальные.

– **Идеи виновности** – это чрезмерно акцентированные и устойчивые убеждения человека в собственной виновности, основанные на гипертрофированной нравственной или моральной самооценке. Такие идеи не достигают уровня бреда, но занимают центральное место в сознании, вызывают сильные эмоциональные переживания и оказывают влияние на поведение.

ние. Например, человек, случайно разбивший чужую вазу, может испытывать непропорциональное чувство вины, считая, что нанес огромный ущерб владельцу.

– **Ипохондрические идеи (нозофилия)** – необоснованные или преувеличенные опасения за свое здоровье. Состояние здоровья становится центральным интересом, что сопровождается поиском или уверенностью в наличии у себя какого-либо заболевания при отсутствии его объективных признаков. Пациенты требуют повторных обследований, анализов, консультаций, госпитализаций и т. д. Например, у пациента со сверхценными ипохондрическими идеями даже малейшие физические симптомы (например, легкое головокружение, слабость или боль в животе) являются признаками тяжелого заболевания, такого как рак или сердечная недостаточность. Отрицательные результаты медицинских обследований не убеждают пациента, и он постоянно ищет подтверждения своих страхов в интернете или у разных врачей.

Если при благоприятном развитии ипохондрия редуцируется до **нозофобии**, то пациенты уже обращаются к врачам в основном для того, чтобы избавиться от своих страхов и навязчивых сомнений. Обычно после визита к врачу они испытывают облегчение, но спустя некоторое время страхи возвращаются. При этом пациент понимает, что не болен, что он неоднократно был обследован, но навязчивые сомнения его тревожат, а обследования и походы к врачам приобретают ритуальный характер.

В случае неблагоприятного развития сверхценные идеи могут трансформироваться в **ипохондрический бред** обычно в рамках паранойального синдрома со стойким убеждением в своей болезни. Пациент может настаивать на определенном лечении, отвергая все другие варианты.

– **Дисморфические идеи** – сверхценные идеи физического дефекта или уродства. Пациенты думают, что физические несовершенства или незначительные недостатки внешности заметны окружающим и привлекают к себе излишнее внимание, что обычно сопровождается дискомфортом, страданием, сниженной самооценкой и гипотимией (**дисморфофобия**). В таких случаях они стараются с помощью макияжа, прически, одежды скрыть свои мнимые дефекты. Пациенты могут долгое время проводить у зеркала, рассматривая себя, часто являясь постоянными клиентами косметологических кабинетов и даже обращаются к пластическим хирургам. Страх осуждения или негативной оценки их внешности со стороны окружающих могут приводить к социальной отгороженности (избегание общественных ситуаций, встреч с людьми и т. п.). У пациентов с дисморфофобией нередко наблюдается специфическое отношение к фотографиям, получившее название **«симптом фотографии»**. Снимки воспринимаются ими как наглядное подтверждение мнимых изъянов внешности, служат «доказательством» уродства или изменений во внешнем облике. Некоторые пациенты с тревогой навязчиво рассматривают собственные изображения, концентрируясь на кажущихся дефектах. Другие же, напротив, стараются полностью избегать фотографирования, включая ситуации, требующие снимков по формальным причинам (например, для документов), поскольку считают, что фотография лишь усиливает восприятие их несовершенства.

В более тяжелых случаях мысли о своем физическом несовершенстве приобретают характеристики сверхценных идей отношения (убежденность в том, что окружающие намекают на физические недостатки, замечают «уродливую» внешность, выказывают явное неодобрение, «посмеиваются», «обсуждают», «насмешливо» переглядываются, «обижаются» или чувствуют себя оскорбленными присутствием «урода»), достигая уровня **дисморфомании**.

Сверхценные дисморфоманические идеи полностью захватывают личность, определяют поведение и приводят к нарушению социального функционирования. Пациенты пропускают или вовсе перестают ходить на занятия, разубеждения расценивают как проявление «жалости» или, напротив, «насмешки», настаивают на пластической операции носа, ушей, разреза глаз. Например, пациентка убеждена, что чрезмерно полная при нормальном индексе массы тела, она старается скрыть свой лишний вес, выбирая мешковатую одежду исключи-

тельно черного цвета, избегает людей, потому что считает, что к ней относятся пренебрежительно из-за ее полноты.

– **Нарушение целостности восприятия собственного тела (дисфория целостности восприятия тела)** расстройство характеризуется сильным и стойким желанием стать физически неполноценным, т. е. инвалидом, в результате тяжелого физического увечья (например, ампутации конечности, параплегии – паралича верхних или нижних конечностей, слепоты), которое появляется на начальных этапах подросткового возраста и сопровождается дискомфортом или сильными негативными чувствами по поводу своего обычного строения или функционирования тела. Расстройство связано с **ксеномелией**, «дисфорическим чувством, что одна или более конечностей тела не относятся к твоему организму». Желание стать инвалидом приводит к пагубным последствиям, которые проявляются либо крайней озабоченностью желанием иметь физическое увечье (включая время, затрачиваемое на фальсификацию инвалидности), что существенно влияет на продуктивность, проведение досуга и социальную активность (например, человек может отказываться от близких отношений из опасений разоблачения), либо совершением фактических попыток получить физическое увечье путем самоповреждений, что подвергает здоровье или жизнь серьезной опасности.

– **Сверхценные идеи сутяжничества** – поглощенность отстаиванием своих собственных и общественных прав в судебных инстанциях. Связаны с представлением, что окружающие, соседи, родственники, начальство на работе ограничивают права пациента. Он собирает факты, «доказывающие» несправедливое отношение к нему. Пишет жалобы в различные инстанции (**кверулянтство**), затевает судебные тяжбы (**сутяжничество**).

– **Сверхценные идеи ущерба (обнищания)** – преувеличение значимости каких-либо материальных затруднений. Эти идеи часто актуализируются в инволюционном периоде.

– **Сверхценные идеи ревности** – преувеличение роли отрицательных событий в супружеской жизни с чрезмерно значимой для пациента убежденностью в возможной или предполагаемой неверности партнера.

– **Сверхценные интересы** – патологические интересы, занимающие неоправданно большое место в сознании пациента, обычно развиваются в подростковом и юношеском возрасте. Подростки размышляют о «смысле жизни», предназначении человека, «мировом сознании», разрабатывают дополнения к общеизвестным теориям, могут обращаться к справочникам, специальной литературе и т. д. Подобная деятельность носит характер болезненного мудрствования, характерен контраст между сложностью интересующей проблемы и ограниченностью запаса сведений по ней. В отличие от резонерского мышления, пациенты достаточно продуктивны и стремятся к реализации своих интересов, например посылают свои «проекты» и «планы реформ» в министерства и научные учреждения. При этом интерес подростка к какой-то теме или идее становится столь всепоглощающим, что идет в ущерб другим аспектам его жизни, таким как учеба, социальные отношения или другие хобби.

– **Сверхценные увлечения** – стремление к конкретной деятельности, опирающееся на болезненно усиленное влечение, иными словами «*патологические хобби*», которое заслоняет собой другие аспекты жизни пациента и может приводить к нарушению социального функционирования. К сверхценным увлечениям, например, относятся чрезмерные упражнения для совершенствования физической формы; строгие ограничения в диете – отказ от сладкого, жареного или «вредных продуктов»; составление каталогов (названий улиц, маршрутов транспорта, терминов из определенных областей и др.) и т. д. Например, пациент рассказывает о коллекционировании ретро-видеоигр, на покупку которых он тратит значительные средства. Его увлечение выходит далеко за пределы простого хобби, дом превращается в настоящий музей видеоигр, где каждая полка, стена и уголок заполнены коллекцией. Сверхценное увлечение видеоиграми становится главным фокусом его жизни, он мало внимания уделяет семье, работе, физической активности.

• **Патологическое фантазирование (бредоподобные фантазии, псевдология, мифомания)** – яркие вымыслы или фантазии, заменяющие собой реальность с целью привлечения к себе внимания и представления себя в более выгодном свете или более значимой личностью или с целью оправдания и избегания порицания. В отличие от конфабуляций и бреда воображения патологические фантазии имеют относительно правдоподобный характер и частично могут отражать реальные или вероятные события. Пациенты увлеченно пересказывают свои истории, нередко привлекая все новые драматические элементы, но в конечном итоге, в том числе и под давлением явных противоречий и несогласованностей, могут признать, что они все придумали. Частным примером мифомании является **синдром Козинса – Дюре**, при котором человек намеренно наносит себе физические повреждения или сочиняет драматические, эмоционально заряженные истории, чтобы вызвать сочувствие и внимание окружающих. Например, пациентка может симулировать падение с лестницы, а затем рассказывать о «преследовании недоброжелателей», или наносить поверхностные порезы, представляя их как «последствия нападения». Ключевой механизм синдрома – создание вымышленного образа жертвы через сочетание действий (самоповреждений) и псевдонарративов (фальшивых историй). При этом самоповреждения призваны служить «доказательством» для подкрепления лжи, усиливая доверие к выдуманным сюжетам.

Помощь врачу!

Патологическое фантазирование оценивается на основании высказываний, описания своего состояния пациентом, содержания мыслей пациента, поведенческих проявлений во время осмотра, а также на основании отчетов работников звена медицинской и социальной сети и членов семьи. Важную роль играет наблюдение за реакциями пациента во время осмотра – отмечается готовность рассказывать без стеснения, с удовольствием, иногда с оттенком театральности. Окружающие могут сообщать, что пациент склонен к вымыслам, выдающимся поступкам, которых на деле не было, и периодически «запутывается» в собственных рассказах.

Во время интервью стоит обращать внимание:

- на яркие, эмоционально окрашенные описания событий, не подтверждаемые фактами;
- на противоречия между рассказами пациента и данными из других источников;
- на склонность к драматизации, гиперболизации;
- на неадекватную гордость за «достижения»;
- на отсутствие критики к рассказанному, даже при очевидной неправдоподобности;
- на реакции близких: сомнение, смущение, указание на постоянные выдумки.

Полезными вспомогательными вопросами для выявления и оценки патологического фантазирования могут быть:

- Бывает ли, что Вы рассказываете о событиях, которые на самом деле не происходили, но Вам очень хочется, чтобы они были правдой?
- Рассказываете ли Вы другим о чем-то, что не совсем соответствует действительности, но звучит красиво или интересно?
- Замечали ли Вы, что иногда Вы придумываете события, а потом сами начинаете в них верить?
- Бывает ли, что окружающие указывают Вам на несоответствия в рассказах, а Вы сами этого не замечаете?

- Как Вы думаете, зачем Вы рассказываете такие истории – просто ради интереса или это имеет для Вас более глубокий смысл?

- **Синдром метафизической (философской) интоксикации** представляет собой состояние, формирующееся преимущественно в подростковом и раннем юношеском возрасте, при котором доминирующей становится тенденция к постоянным, интенсивным размышлениям на отвлеченные философские, мировоззренческие, социальные и научные темы. Основными объектами раздумий таких пациентов становятся вопросы смысла жизни и смерти, сущности сознания, устройства общества, природы души, социальной справедливости, судьбы человечества и т. п. Интеллектуальная активность при этом, как правило, принимает форму непрерывного «внутреннего диалога» или напряженного и изматывающего самоанализа, сопровождаемого фрагментарным, нередко хаотичным обращением к специализированной литературе: философским, историческим, естественнонаучным трудам. Извлеченная информация усваивается поверхностно, интерпретируется произвольно, складываясь не в целостную концепцию, а в набор несвязанных, случайных цитат, графиков, таблиц, личных заметок.

Суждения, формируемые в рамках этой интеллектуальной активности, как правило, страдают выраженной внутренней противоречивостью, логической несостоятельностью, нередко гротескностью. Тем не менее сами подростки склонны наделять эти умозаключения особой значимостью, рассматривая их как прорывные научные гипотезы, оригинальные философские идеи или проекты преобразования общества. Возникает своеобразный псевдоинтеллектуальный стиль мышления с выраженным тяготением к мудрствованию и оторванному от реальности псевдофилософствованию, лишенному продуктивности и способности к формированию обоснованных выводов. Показательным примером может служить подросток, убежденный в том, что переход человечества на вегетарианскую диету устранил агрессию и обеспечит всеобщий мир – несмотря на очевидную наивность и беспочвенность подобной теории, он наделяет ее статусом универсального объяснительного принципа, игнорируя все контраргументы.

Синдром характеризуется доминированием мыслительной активности над любой внешней, практической реализацией. Подростки не демонстрируют стремления к пропаганде своих идей, не вовлекаются в диалог, не формируют группы единомышленников. Напротив, наблюдается тенденция к социальной изоляции, уходу в себя, разобщенности с окружающими. С течением времени интерес к обсуждению собственных идей угасает, и размышления приобретают характер аутистически окрашенного, замкнутого внутреннего процесса, все больше приближаясь к фантастическим, бредоподобным построениям. Ключевое отличие синдрома метафизической интоксикации от патологических интеллектуально-эстетических увлечений заключается в пассивности и рефлексивности происходящих процессов. В то время как увлечения сопровождаются деятельным вовлечением, стремлением к реализации (пусть и непродуктивной), метафизическая интоксикация носит преимущественно контемплативный, интровертированный характер. Возникающие идеи могут приобретать статус сверхценных, однако лишены четкой связи с действительностью и не влекут за собой целенаправленных действий по их воплощению.

Помощь врачу!

Синдром метафизической интоксикации оценивается на основании высказываний, описания своего состояния пациентом, содержания мыслей пациента, поведенческих проявлений во время осмотра, а также на основании отчетов работников звена медицинской и социальной сети и членов семьи. Обязательно необходимо расспросить близких и родных пациента. При беседе с пациентами может отмечаться трудность в установлении логических связей, расплывчатость и затянутасть высказываний, избегание конкретики.

Следует обратить внимание:

- на стремление пациента увести разговор в отвлеченные, не относящиеся к ситуации темы;
- на нарочитую «умную» или архаичную лексику, нагромождение псевдофилософских терминов;
- на отказ отвечать на прямые вопросы, подмену ответа рассуждениями «о вечном»;
- на повышенную значимость для пациента идей, которые трудно выразить и невозможно проверить;
- на замечания близких о том, что человек стал «не от мира сего», «говорит странно», «философствует сутками».

Полезными вспомогательными вопросами для выявления симптомов метафизической интоксикации могут быть:

- Часто ли Вы задумываетесь о вещах, которые трудно выразить словами, вроде сути времени, бытия, энергии, устройства мироздания?
- Случается ли, что Вас волнуют вопросы, которые большинство людей считает неважными или непрактичными?
- Бывает ли, что Ваши мысли уводят Вас так далеко, что Вы теряете связь с тем, что происходит вокруг?
- Чувствуете ли Вы, что понимаете больше, чем другие, и что некоторые вещи невозможно объяснить простыми словами?
- Пытались ли Вы донести свои идеи до окружающих? Что они говорят в ответ?

Бредовые идеи (бред) – неправильные и ложные по сути, т. е. противоречащие действительности, не имеющие реальных предпосылок и неразделяемые людьми близкого социокультурного происхождения, суждения и умозаключения, овладевающие сознанием и не поддающиеся коррекции при разъяснении (рис. 2.15–2.17).

К. Ясперс выделял *три основных психопатологических критерия бреда*:

- 1) убежденность пациента в правильности своих умозаключений;
- 2) невозможность коррекции бреда (разубеждения пациента) с помощью опыта и вытекающих из него выводов;
- 3) несоответствие субъективных убеждений объективной реальности.

К. Ясперс называл бред «патологически фальсифицированным суждением» и важнейшими характеристиками бреда считал «непроницаемость» его происхождения, т. е. невозможность его понимания и объяснения его появления логическими способами, а также и «трансцендентность», т. е. наполнение (подмена) общепринятых в языке значений предметов и явлений другим смыслом (символическим значением), понятным только пациенту. Бредовая идея необъяснимо, как бы ниоткуда, возникает у него в сознании и полностью овладевает им. Формальными причинами бредовых переживаний могут быть нарушения логической структуры мышления, аффективные нарушения, обманы восприятия и само «содержание» бредовых суждений, либо все причины вместе. Однако с точки зрения современного неокрепелиновского подхода *появление бреда безусловно отражает развитие мозгового патологического процесса*, т. е. психического расстройства.

Свойства бреда:

- отсутствие реальных предпосылок;
- отсутствие критики даже при предъявлении доказательств неправильности суждений;
- невозможность разубеждения (чтобы убедиться в этом, следует попытаться переубедить пациента, приведя логические доводы, опирающиеся на факты);
- твердая убежденность в реальности содержания бредовых идей;

- паралогичность суждений, касающихся бредовой идеи;
- бредовые идеи имеют особенное и важное значение, бредового пациента не печалит отчужденность от коллективной веры, мнений, опыта социума, к которому он прежде принадлежал. Болезнь изолирует/удаляет пациента от общества, овладевает его сознанием, определяя его поведение (чтобы убедиться в этом, следует оценить, насколько бред влияет на поведение пациента, особенно степень представления опасности для себя и окружающих);

- ложное суждение не нуждается в обосновании и ничем не подтверждается, кроме внутреннего чувства уверенности в правильности своих рассуждений, их субъективной достоверности (непроницаемость бреда) (чтобы убедиться в этом, необходимо внимательно выслушать обоснование пациентом его суждений и собрать объективный анамнез от незаинтересованной стороны, также необходимо учитывать культурные особенности и степень противоречия суждений убеждениям его социального круга).

Учет особенностей социокультурной среды, в которой вырос и живет пациент, представляется крайне важным для установления критерия фантастичности фабулы бреда и несоответствия его объективной реальности, а также для формирования характерной бредовой тематики. В то время как основные темы преследования и воздействия типичны для религиозного бреда, бреда гибели мира, бреда вины, разорения, ипохондрического бреда, форма их зависит от религиозной (и политической) подоплеки. Для магической картины мира характерна вера в духов и бред колдовства, для христианской культуры – бред вины и гибели мира (в то время как в исламе и буддизме они встречаются редко). «Локальными» бредовыми темами являются, например, идеи брачной гибели в Индии, когда пациент убежден, что заключение брака или вступление в сексуальные отношения неизбежно приведут к смерти – его собственной или супруга.

В европейских культурах, особенно германоязычных странах, происходит сильная переработка бреда и большая склонность его к хронификации. В Индии редко встречается структурированный бред (и очень затруднено различие между бредом, фантастической выдумкой и игрой). «Дух времени» и общедоступные знания влияют на тематическое выражение. В то время как в начале столетия чаще встречался бред влияния посредством парапсихологии, гипноза, месмеризации, спиритизма и др., по мере технологического прогресса его сменило технико-функциональное влияние или преследование (лучи, электрический ток, магнитные волны, радары, аппараты, радио и т. д.).



Рис. 2.16. Разновидности бреда

✓ По *степени необычности (фантастичности) бреда*, его «размаху» или «масштабу» выделяют **бред обыденных отношений** и **мегаломанический бред** (рис. 2.16).

– **Бред обыденных отношений** (бред «малого размаха», **кухонный бред**, **бред ущерба**, **бред «лестничной площадки»**) – охватывает бытовые ситуации с участием одного или нескольких лиц из ближайшего окружения пациента (соседей или родственников) и характерен для пациентов старшего возраста. Обычно он представлен идеями ущерба, имеющими относительно реалистическое конкретное бытовое содержание. Например, пациентка считает, что свекровь меняет в холодильнике ее хорошую петрушку на свою завядшую, а соседи сверху «каждую ночь специально льют воду на пол», чтобы испортить ей потолок.

– **Мегаломанический (грандиозный) бред** – нелепый, фантастический бред с переживаниями вселенского (грандиозного) масштаба. Может быть представлен **идеями величия** («Я бессмертный», «Я – Бог», «Я спасаю все человечество от войны, потому что я мессия»), так и **идеями самообвинения** («я виноват в распятии Христа, из-за меня второе пришествие может не случиться»). Кроме этого, возможны как **ипохондрические идеи** («все внутренности сгнили, внутри меня совсем ничего нет – мозга нет, сердца нет, кишечника нет...», «я болен самой страшной болезнью, она вызовет эпидемию по всему миру, от которой на Земле вымрет все живое», «мое тело полностью распалось на молекулы, аннигилировалось, моя плотская оболочка больше не существует, и теперь мой дух будет вечно мучиться») (нигилистический бред Котара), так и **персекуторные идеи** (пациент убежден, что он – величайший мыслитель современности, открывший фундаментальные законы Вселенной, которые угрожают разрушением всех существующих научных и политических систем. По его мнению, с момента «озарения» за ним начали следить спецслужбы разных стран, инопланетные цивилизации или искусственный интеллект, созданный глобальными корпорациями. Он уверен, что его мысли читаются с помощью квантовых технологий, влияющих на его мозговые волны, а сны подменяются голограммами. Воздействие, по его словам, осуществляется посредством спутников

НАСА и ЦЕРНа¹, лазеров, работающих на антиматерии, и психотронного оружия, специально настроенного на его уникальные нейросигналы. Пациент считает, что его преследование – вопрос глобального масштаба, так как он «единственный человек, способный пробудить человечество от вековой лжи»).

Степень выраженности и необычности бреда зависит от широты бредовой фабулы (*диффузность бреда*) и вовлечения в бред различных окружающих явлений (*бредовой охват*), а также количества бредовых идей и их влияния на поведение пациента. При наличии одной фабулы бреда он является **монотематическим**, при нескольких – **политематическим**. Разное содержание бреда может развиваться последовательно или, что бывает значительно реже, почти одновременно.

Бред может занять место общечеловеческой реальности, которая при этом перестает быть действительностью. В одних случаях сознание пациента полностью поглощено бредовыми переживаниями, общечеловеческий мир отодвигается в сторону. Пациент перестает быть способным отделить бред от реальности, что может быть мучительным для него. В других случаях бредовая действительность становится преобладающей, но не единственной. При этом бред может существовать наряду с полным восприятием реальности, без того, чтобы реальность и бредовая действительность мешали друг другу или вообще были как-то связаны. Оба мира существуют в порядке «двойной бухгалтерии».

✓ По **степени систематизации** выделяют: **систематизированный** и **несистематизированный бред** (рис. 2.16).

– **Систематизированный бред** – хорошо структурированные и тщательно разработанные бредовые идеи с целой системой хорошо продуманных и взаимосвязанных доказательств и приведением конкретных деталей, фактов, определенных дат, личностей и прочих обстоятельств. Обычно это свидетельствует о длительном и постепенном развитии бреда. Например, пациент может утверждать, что обладает особыми знаниями, которые делают его единственным спасителем человечества. Он верит, что все происходящее как в мире, так и в быту события происходят не просто так, а имеют связь с его миссией и что он противостоит мировому заговору финансовых воротил. В частности, пациент считает, что коронавирус был специально синтезирован и занесен в больницу, чтобы уничтожить его. Соответственно карантин в отделении устроен специально для исследования на нем действия вируса.

При этом пациент тщательно систематизирует свои доводы, создавая сложные теории и выявляя новые связи между обыденными событиями и идеей спасения человечества. Такой бред развивается постепенно, протекает хронически, имеет определенную фабулу, чаще персекуторного содержания (идеи преследования, отношения, ревности, ущерба, отравления и т. д.), хотя содержание бредовых идей всегда вторично по отношению к ложным интерпретациям. Система бредовых суждений формирует бредовое мировоззрение, поведение, деятельность и, как результат жизнь. Типичным примером первичного систематизированного бреда является **паранойяльный бред**, развивающийся при ясном сознании и характеризующийся аффективной напряженностью (кататимией), высокой стеничностью, гипермнезией, обстоятельностью мышления и повышенной самооценкой.

– **Несистематизированный (отрывочный) бред** – представляет собой нагромождение бредовых идей, которые могут быть совсем не связаны между собой или иметь случайную и нестабильную связь. При этом пациент выводит ее непосредственно во время рассказа о своих переживаниях. Бредовые интерпретации не имеют четкой структуры или логической связи между собой и могут казаться бессвязными для окружающих. Чаще всего несистематизированный бред встречается при острых бредовых расстройствах (например, при «бредо-

¹ НАСА (англ. *National Aeronautics and Space Administration, NASA*) – Национальное управление по аэронавтике и исследованию космического пространства.

вых вспышках»), однако в некоторых случаях он наблюдается и при длительно существующем бреде. Например, пациент может высказывать отрывочные идеи, такие как утверждение, что он общается с пришельцами через свои зубы, что цвета его одежды управляют его эмоциями, и что каждый раз, когда он видит черную кошку, это служит предзнаменованием чего-то необычного.

▲ По *механизму бредообразования* выделяют *первичный* и *вторичный бред* (рис. 2.16).

– **Первичный бред (примордиальный бред, бред интерпретации, интеллектуальный бред, бред толкования)** – нарушение абстрактного познания с распадом каузальных связей между явлениями (событиями, внутренними ощущениями, предметами) и искажением их значений, приводящее к запуску патологической («кривой») логики и формированию ложных суждений или интерпретаций. Первичный бред психологически непонятен окружающим и характеризуется непроницаемостью, т. е. он невыводим из других психопатологических расстройств и прямо не связан с ними. Основными механизмами его формирования являются «кривая» логика и патологические идеаторные интерпретации, которым подвергаются как внутренние ощущения и переживания пациента, так и происходящие вокруг события.

Первичный бред, как правило, протекает хронически и имеет персекуторное содержание (идеи преследования, отношения, ревности, ущерба, отравления и т. д.), хотя содержание бредовых идей всегда вторично по отношению к ложным интерпретациям. Например, пациент утверждает, что его жена постоянно изменяет ему, обосновывая это частыми задержками на работе, ярким макияжем, хорошим настроением, телефонными разговорами и др. Основным видом первичного бреда является **хронический систематизированный интерпретативный бред**.

Отдельно выделяют **острый интерпретативный бред**, который характеризуется мгновенным возникновением идей, отсутствием систематизации и сложности бредовых построений. Бредовые интерпретации сопровождаются более выраженным аффектом, преобладают тревога или страх, могут возникать эпизоды растерянности и депрессии. Фабула бредовой идеи рождается внезапно, из непосредственно происходящих событий без ретроспективной оценки. Острый интерпретативный бред сложно оценить с точки зрения первичности и вторичности, чаще всего его рассматривают как промежуточный феномен между острым чувственным (вторичным) и первичным интерпретативным бредом. Острый интерпретативный бред часто выступает как «первичный бредовой опыт», на основании которого в последующем развивается хронический бредовой синдром.

К идеям преследования, отравления, ущерба осуждения присоединяются чувственно-образные компоненты – бред особого значения, инсценировки, ложные узнавания. На высоте психоза иногда могут наблюдаться отдельные психические автоматизмы. Однако в отличие от чувственного бреда острые интерпретативные бредовые идеи развиваются в определенной последовательности, их фабула более устойчива, хотя и не имеет тенденции к систематизации. Например, пациент утверждает, что все звуки, будь то шум с улицы или переговоры коллег, содержат скрытые послания, которые связаны с заговором против него. Он интерпретирует каждое слово, каждый жест, каждый звук как угрозу или знак того, что окружающие что-то замышляют и планируют взять его в заложники или расправиться с ним.

Французские психиатры (П. Серье, Ж. Капгра, Г. Клерамбо, А. Эй и др.) в рамках первичного бреда в качестве его отдельной формы выделяли – **бред притязания**, который включает идеи, побуждающие пациента активно бороться за восстановление якобы нарушенной справедливости и достижение своих стремлений, таких как признание отвергнутых изобретений или изменение существующих общественных порядков (политических, религиозных и др.). Основными признаками такого бреда являются **превалирующие идеи**, полностью захватывающие сознание пациента и определяющие его поведение, и постоянное наличие измененного кататимного аффекта (обычно в виде атипичной гипомании), которые вместе формируют осо-

бое страстное состояние (франц. *etat passionnel*). В отличие от первичного интерпретативного бреда, при котором со временем возникают новые черты характера, не присущие пациенту ранее, при бреде притязания личность пациента на протяжении болезни существенно не меняется, лишь изначально присутствующие личностные черты могут количественно усиливаться.

Развитие бреда притязания, как правило, указывает на менее выраженное поражение психики по сравнению с первичным интерпретативным бредом. При бреде притязания может произойти спонтанная редукция симптоматики. Если бред притязания впоследствии сменяется интерпретативным бредом, это обычно свидетельствует о неблагоприятном развитии патологического процесса и нарастании тяжести состояния. К основным формам этого бреда по содержанию относят сутяжный и религиозный бред, эротоманию, а также бред реформаторства и изобретательства.

Уже с первых этапов развития бреда притязания пациент демонстрирует ясное осознание своих намерений и абсолютную уверенность в своей правоте, что исключает всякие колебания или сомнения. Его психическое состояние характеризуется постоянным «душевым напором». Как правило, этот тип бреда возникает в ответ на реальные жизненные события, которые затрагивают важные для пациента аспекты его существования. Изначально превалирующая идея тесно связана с реальными событиями и конфликтами, что делает ее понятной для окружающих. Однако вскоре восприятие пациентом якобы нанесенного ему вреда становится чрезмерным и приобретает непропорционально большие масштабы. Попытки убедить пациента в обратном лишь укрепляют превалирующую идею и усиливают его убежденность. Все факты, противоречащие его вере и убеждению, игнорируются.

Бредовые интерпретации у таких пациентов ограничиваются конкретной идеей и не распространяются на всю психическую жизнь, как это бывает при типичном интерпретативном бреде. Пациенты с бредом притязания активно стремятся к привлечению внимания к своей «борьбе», что нередко приводит к публичным конфликтам или жалобам. Как правило, подобные пациенты имеют хорошую память, высокий, хотя и узконаправленный интеллект и дар убеждения, что затрудняет распознавание их патологического состояния даже специалистами. Они могут легко оказывать влияние на людей вокруг себя как в семейном кругу, так и на более широкую аудиторию. Способность индуцировать и даже подчинять себе окружающих объясняется не только правдоподобностью бредовых идей, но и их эмоциональной заряженностью, которая усиливает убеждающее воздействие на окружающих, делая пациента хорошим оратором. Бред притязания развивается постепенно и волнообразно: периоды обострений сменяются относительными затишьями, но даже при многолетнем течении не наблюдается перехода к парافреническим бредовым идеям, хотя может развиваться переоценка собственной личности.

Бред воображения (бред представления, имагинативный бред, бредовая мифомания Дюпре и Логрэ, бред фабулирования) – фантастический бред, основанный на вымысле, спонтанной внутренней продукции идей и образов. Его образование происходит благодаря самовнушению пациента, а не из-за паралогического мышления или патологии других психических процессов, однако критика у пациентов к ним отсутствует. По мнению французских авторов, которые рассматривали бред воображения как вариант первичного бреда, его развитию способствует особая мифоманическая конституция, слабость интеллекта и приподнятое настроение. На фоне ясного сознания и отсутствия расстройств восприятия наблюдается повышенная активность, способность произвольно изменять содержание своих вымыслов. Преобладает повышенный экспансивный аффект с оттенком благодушия. Воображаемые образы, возникающие при фантазировании, имеют грезоподобный нарративный характер; выдуманные истории или сцены логически никак не обосновываются, а просто констатируются как данность. Характерна обстоятельность мышления. Бредовые построения напоминают повествование с импровизацией, выдумкой «на ходу» и относятся преимущественно к событиям прошлого.

Содержание бреда нелепое и противоречивое, нередко достигает мегаломанического масштаба, наиболее характерны темы любви и приключений, детективные истории, совершение подвигов в особые исторические периоды или при особых экстремальных ситуациях, идеи высокого происхождения и идеи изобретательства. Например, пациент утверждает, что он является потомком вымышленной королевской династии и обладает сверхъестественными способностями. Он создает целую историю о своем происхождении, подробно описывая вымышленные события, которые предположительно сформировали его уникальные качества.

Острый бред воображения необходимо дифференцировать с острым чувственно-образным бредом, онейроидом и патологическим фантазированием. В отличие от образного бреда и онейроида при бреде воображения нет нарушения сознания, расстройств восприятия, напряженного патологического аффекта (тревоги, страха, растерянности) и других аффективных нарушений, идей значения, острых бредовых интерпретаций окружающих событий, а также сохранен уровень бодрствования; а в отличие от бредоподобного патологического фантазирования отсутствует связь с психогенией и гипотимией.

Бредоподобные фантазии были впервые описаны немецким психиатром К. Бирнбаумом в 1908 г., который не считал этот феномен истинным бредом, поскольку к таким фантазиям периодически возникает частичная критика, и они характеризуются высокой изменчивостью, отсутствием систематизации, тематической связью содержания с психогенными переживаниями и тенденцией к волнообразному, ситуационно обусловленному, течению или даже к спонтанному исчезновению. Бредоподобное фантазирование тесно связано с психогенией и встречается при истерических реакциях, при декомпенсациях психопатий, стрессовых и адаптационных расстройствах и других реактивных состояниях.

Бред воображения необходимо также дифференцировать с **боваризмом**, состоянием, близким к патологическому бредоподобному фантазированию, при котором человек утрачивает четкую грань между реальностью и фантазией, подменяя факты вымышленными сценариями, но сохраняя частичную критику к своему состоянию. В отличие от бреда, где воображаемое воспринимается как однозначная реальность, при боваризме фантазии осознаются как условные, однако намеренно культивируются, становясь эмоционально значимыми. Это проявляется в идеализации воображаемого мира – например, пациент убежден, что его «истинное предназначение» скрыто в альтернативной реальности, где он обладает особыми способностями или статусом. Такие фантазии постепенно вытесняют повседневные обязанности: человек пренебрегает работой, финансами или отношениями, следуя логике своего вымышленного сюжета. Попытки близких вернуть его к реальности вызывают раздражение или ощущение «непонимания».

Боваризм может возникать при пограничных расстройствах личности (нарциссическом, истероидном), диссоциативных нарушениях или мягких формах шизофрении, где фантазийность мышления не перерастает в грубый бред, но серьезно нарушает адаптацию. От мифомании боваризм отличается тем, что это уход в идеализированные фантазии, где человек частично осознает их нереальность, но сознательно погружается в них, чтобы избежать скучной или неудовлетворяющей действительности (например, жизнь в образах романтических героев). Фантазии здесь служат эмоциональной замене реальности, а не манипуляции.

Мифомания – патологическая склонность ко лжи и сочинению вымышленных историй, часто непреодолимая. Человек сам начинает верить в свои фантазии, используя их для привлечения внимания, оправданий или получения выгоды (например, выдумывание болезней, статусов или достижений). При боваризме человек мечтает о «великой любви», игнорируя реальные отношения, а при мифомании – лжет о своей «героической биографии», чтобы вызвать восхищение.

Примером может служить следующий случай. Молодой человек, работающий курьером, тратит все свободное время на создание альтернативной личности в социальных сетях –

выкладывает фото из «путешествий», которых никогда не было, придумывает истории о своей «карьере фотографа-авантюриста». Он осознает, что это вымысел, но объясняет это тем, что «реальная жизнь скучна и недостойна его таланта». Со временем он перестает общаться с друзьями, игнорирует счета за квартиру, тратя деньги на дорогую фототехнику «для образа». Критику он отвергает: «Вы просто не видите моего настоящего “Я”». Здесь боваризм становится механизмом бегства от реальности, подрывающим социальную и финансовую стабильность, но сохраняющим элементы осознанности.

В развитии первичного интерпретативного бреда выделяют несколько стадий.

1. *Инкубация бреда*. Пациенты переживают нарастающее внутреннее беспокойство, беспредметное предчувствие беды или надвигающейся катастрофы, сопровождающееся острыми деперсонализационными явлениями (чувством своей измененности) и экзистенциальным страхом. Отчего они становятся подозрительными, настороженными и мнительными (**бредовое настроение** или **трема** по определению К. Конрада). Пациенты испытывают неуверенность, тревогу, стыд, неотвратимость возмездия, тающей угрозы, опасности со стороны чуждого и непонятного мира, страха вплоть до паники или, напротив, радостное ожидание чего-то приятного, исключительного в сочетании с недоумением, непониманием происходящего (**растерянность**).

Характерно выраженное эмоциональное напряжение, ощущение необычности происходящего, утрата покоя, появление безотчетной тягостной тревоги ожидания (**бредовое напряжение**). Реальные события, факты, жизненные эпизоды переосмысляются, мир становится загадочным, наполняется новым, но еще непонятым смыслом, появляются сомнения в оценке происходящего, люди и предметы выглядят зловещими, нарастают недоверие и настороженность по отношению к окружающим (**бредовое восприятие**).

При формировании бредового восприятия К. Конрад выделял три последовательных этапа: на первом преобладают странность, загадочность происходящего вокруг, представляющее какое-то особое, но пока неясное значение. На втором этапе окружающие явления и предметы начинают восприниматься как имеющие непосредственное отношение к пациенту. Поведение посторонних людей кажется неслучайным, подозрительным (идеи отношения). На третьем этапе появляются оформленные бредовые идеи значения, объекты меняют свою обычную сущность на бредовую и несут особую информацию специально для пациента (например, о слежке, угрозе, виновности и др.). Переживания оформляются в виде необычной мысли или идеи с определенной фабулой (**бредовое представление**) и убеждением в постижении иного значения фактов и переоценкой смысла прежней жизни (**бредовое осознание** или **апофеизм** по определению К. Конрада).

Пациенты вдруг начинают замечать несуществующие взаимосвязи и закономерности между разрозненными данными, улавливают особый смысл в привычных элементах и предметах, наделяют их новым значением. Интерпретации подвергаются факты и детали случайных событий, которые воспринимаются как символы, сигналы и знаки, побуждающие к каким-либо действиям, зачастую небезопасным для самих пациентов и окружающих. Напряженность аффекта на этой стадии снижается.

К. Ясперс относил бредовое восприятие, бредовое представление и бредовое осознание или значение к отдельным формам первичного бреда. Он имел в виду, что в развитии «первичного бредового переживания» могут преобладать те или иные добредовые клинические феномены, но главным является радикальное изменение значения сущности явлений, которое становится невыносимым для личности пациента и требует нового осмысления для разрешения ситуации. Это новое знание происходит по законам кривой логики путем формирования первичной бредовой идеи, «все вдруг объясняющей и расставляющей на свои места».

2. *Кристаллизация бреда*. Наконец, у пациента наступает «прозрение», все становится «ясным», все ранее непонятные факты меняют свое значение и складываются в единое целое с

четким объяснением «истинного смысла происходящего» – бредовую идею. Происходит бредовое осознание пациентом себя центром мира, он чувствует себя в центре общего внимания, все события интерпретируются как имеющие к нему непосредственное отношение (фаза **анастрофы** по определению К. Конрада). Пациент изолируется в своем аутистическом нереальном мире. Процесс кристаллизации может происходить внезапно, по типу озарения, откровения, «инсайта», либо идеи появляются постепенно, путем бредовой работы, через цепь бредовых догадок, бредовых предположений и ретроспективных переоценок. Момент появления идей на аффективном уровне сопровождается значительным облегчением, снятием бредового напряжения и неопределенности окружающего. Одна из идей занимает центральное положение, и вокруг нее начинает формироваться бредовая система, меняется поведение пациента.

3. *Систематизация бреда*. Фабула бреда постепенно усложняется, возникает устойчивая и хорошо разработанная бредовая система. Ее центральная идея отражает суть бредовых переживаний («слежка», «измена», «издевательство», стремление «завладеть» имуществом, «отнять квартиру», «свести с ума» и т. п.). Вокруг нее группируются дополнительные идеи, связанные с ней паралогическими интерпретациями, и таким образом доказывающие ее. Характерно включение в систему все новых и новых фактов, подтверждающих центральную идею. Могут припоминаться факты из прошлого, также доказывающие основную идею (**бредовая ретроспекция, бредовая переоценка прошлого**).

Сформированная бредовая система существенно меняет поведение пациента, которое целиком определяется фабулой переживаний. Оно может ограничиваться психопатоподобным поведением (борьбой за установление истины и справедливости) при паранойяльных синдромах, бреде притязания (например, при идеях сутяжничества) или персекutorным поведением при бреде преследования, которое то же трансформируется от избегания контактов или пассивной защиты от преследователей до попыток нападения на них (**симптом «активного преследуемого – преследователя»**). В некоторых случаях бред на протяжении всей болезни остается монотематическим, лишь усложняя первоначальную тему. Однако чаще происходит не только развитие основной фабулы, например бреда преследования, ревности или ущерба, но и появляются идеи нового содержания. Так, бред ревности может дополниться идеями отравления, ущерба, что приводит к формированию политематического бреда.

4. *Распад бреда*. К. Конрад в стадии **апокалипсиса** (последней стадии развития бреда) описывал появление бредовых идей преследования и воздействия с наступлением распада структуры личности, мышления, эмоций, чувствования, сопровождающиеся кататоническими симптомами. Бредовая система сначала стабилизируется, происходит *стереотипизация бреда* без его дальнейшего усложнения, теряется широта бредового охвата, утрачивается аффективная насыщенность бреда. Постепенно бредовая система становится фрагментарной, большинство идей и ложных доказательств исчезают. Однако полной редукции бреда, как правило, не происходит, остаются несколько инкапсулированных монотематических идей, аффективно незаряженных и не оказывающих влияния на мышление и поведение пациента (**инкапсулированный бред**). Терминальный период с распадом бредовой системы в большинстве случаев наступает через годы или десятилетия после первого психотического эпизода.

– **Вторичный бред** (рис. 2.16) выводится из других психических нарушений: галлюцинаторных, аффективных, мнестических и др. Бредовые идеи имеют непосредственную связь с ними, понятны и выводимы из этих первичных нарушений. Например, у депрессивного пациента развивается бред самоуничтожения или виновности; у маниакального пациента присутствует бред могущества и особых способностей; выпадение каких-то периодов и событий из памяти способствует формированию конфабуляторного бреда; у пациента, который слышит «голоса» угрожающего характера, появляется бред преследования.

Психогенез такого вторичного бреда психологически понятен и оправдан как реакция на обман восприятия. Бредовые представления преимущественно имеют форму незавершен-

ных чувственных образов, мало понятных и логически не связанных между собой. Вторичный бред, как правило, развивается в составе сложного синдрома, и его интенсивность и полиморфность зависит от выраженности других психопатологических нарушений, на фоне которых он разворачивается.

При нарастании тяжести состояния содержание вторичного бреда постепенно утрачивает связь как с реальными событиями, так и первичными нарушениями, бредовые идеи становятся трудно объяснимы, в них начинают преобладать фантастические образы, они имеют собственную траекторию развития и приобретают характер «надстройки» по отношению к первичным нарушениям. Например, пациент в маниакальном состоянии считает себя статусной и особо значимой фигурой, отчего начинает считать, что ему угрожают преступные группировки.

Основными клиническими формами вторичного бреда являются **острый чувственный** и **образный**. Некоторые авторы выделяют их отдельные формы.

Чувственный бред больше связан с нарушениями *восприятия* актуальных, реальных событий. Меняется их смысл и значение, появляется ощущение их специальной подстроенности для пациента. При этом серьезной идеаторной переработки или интерпретации идей, а также какой-либо их систематизации не происходит. Пациент остается пассивным наблюдателем последовательно разворачивающихся событий и сцен.

В основе **образного бреда** по выражению К. Шнайдера лежит «*бредовой вымысел*» и бредовые представления, которые преобладают над бредовым восприятием. Доминируют фантастические образы или бредовые воспоминания, не связанные прямо с происходящими вокруг событиями, хотя реальные факты и явления могут вплетаться в эти картины и подвергаться острому интерпретациям. Характерны идеи величия, мессианства, одержимости или синдром Котара, антагонистический и манихейский бред, идеи инсценировки, интер-метаморфозы, особого значения, ложные узнавания и др.

Поскольку в основе обоих вариантов лежит нарушение восприятия, отсутствие патологической интеллектуальной переработки, а бредовые представления и идеи значения возникают ниоткуда как данность, большинству клиницистов, несмотря на некоторые психопатологические особенности, разделение на чувственный и образный бред представляется условным и недостаточно убедительным. Кроме того, в клинической практике часто одновременно наблюдаются оба варианта, и тонкая феноменологическая дифференцировка ложных узнаваний, идей инсценировки, интерметаморфозы, значения и других проявлений бреда восприятия в остром состоянии часто бывает затруднительной. Поэтому обычно в профессиональной среде принято говорить о чувственно-образном или просто чувственном бреде.

Образный бред следует отличать от **бреда воображения Дюпре**, при котором наблюдается активное спонтанное фантазирование, основанное на вымысле, с импровизацией на ходу повествования и отсутствием паралогических интерпретаций и критического отношения. Бред воображения не является вторичным, а образуется по механизмам самовнушения и основан на конституциональной склонности к мифомании. Он протекает без яркого аффективного сопровождения, явлений растерянности, расстройств восприятия и сознания.

Психопатологические характеристики и структурные компоненты острого чувственного бреда:

- 1) *острое* (иногда внезапное как «гром среди ясного неба») *начало и развитие*;
- 2) наряду с фантастическими и грезоподобными переживаниями в фабулу бреда *вкрапляется реальная обстановка и реальная ситуация*;
- 3) особенности самой фабулы: неустойчивость при мгновенном ее возникновении. Не требуется длительного латентного периода между восприятием ситуации и придания ей какого-то иного смысла (мгновенно идет иная трактовка увиденного). *Содержание чувственного бреда изменчиво и непоследовательно*, идеи легко и бессистемно сменяют друг друга. Пациент может высказывать одновременно или следом друг за другом противоположные по

смыслу идеи (бред преследования, самообвинения или осуждения сменяется бредом величия, особого предназначения или бессмертия и т. п.);

4) *наглядно-образный характер*: бред лишен четкой системы доказательств и логического обоснования, отличается непоследовательностью, неясностью, нестойкостью;

5) *фабульный полиморфизм* – одновременно высказывается несколько тем бреда (*калейдоскопичность* бредовых переживаний);

6) *экстенсивность* психопатологических расстройств и *диффузность бреда* – быстрое распространение идей с широким охватом объектов (все, что попадает в поле восприятия, в досягаемости органов чувств);

7) *идеи возникают как данность, без видимой интеллектуальной логической работы*. Пациент не размышляет, а сразу постигает бредовой смысл происходящего, «чувствует» его («*интуитивное суждение*») или даже угадывает заранее. Обоснование идей отсутствует, и система доказательств не формируется;

8) присутствие *яркого и интенсивного аффекта* (тревога, страх, растерянность, мания, депрессия, смешанный аффект);

9) очень часто наблюдается *иллюзорно-бредовое восприятие* окружающего;

10) основная структурная единица острого чувственного бреда – *бредовое восприятие*, которое характеризуется ощущением изменившейся обстановки, с выраженным и напряженным аффектом, чаще с оттенком неясной угрозы, и острыми бредовыми интерпретациями.

Острый чувственный бред развивается в виде сложного синдрома с типичной последовательностью следующих стадий:

1) *инициальный период* короткий: нарушения сна, аппетита, вегетативные расстройства (учащенное сердцебиение, перепады артериального давления и т. д.);

2) *аффективные расстройства*: растерянность (на лице улыбка недоумения, явления гиперметаморфоза с постоянным переключением внимания), тревожно-депрессивный (с тревогой, страхом, предчувствием надвигающегося несчастья), экстатический или маниакальный аффект. Характерна изменчивость и пластичность аффективных нарушений;

3) *бредовое восприятие*: окружающее воспринимается как странное, необычное и загадочное. Появляется смутное убеждение в ином, но неясном значении событий, непонятен их смысл. Возникает ощущение подстроенности, скрытой опасности, все внушает ужас и страх. Бредовая ориентировка, обычно двойная (пациент считает, что находится не в больнице, а в тюрьме, на сцене в театре, идет специально для него срежиссированный спектакль и т. д.);

4) *наглядный чувственный бред*: ложные узнавания людей и предметов окружающей обстановки (симптомы отрицательного/положительного двойника и/или симптом Фреголи), бред метаморфозы и/или интерметаморфозы (описание ниже), бред инсценировки – окружающая обстановка воспринимается как подстроенная, разыгранная. Все происходящее кажется игрой, розыгрышем, оценивается как киносъемка, спектакль, эксперимент. Окружающие представляются людьми, играющими различные роли и имеющими особый интерес к пациенту. Острые бредовые интерпретации – в отношении окружающих событий и ситуаций. Чаще всего в виде **бреда особого значения** (обычные явления, ситуации, действия и высказывания окружающих приобретают особый смысл). Выражен чувственный компонент бреда – прежде всего, образного и фантастического;

5) *купирование бреда (обрыв приступа)*, в том числе и без лечения;

6) если не произошло купирования, чаще развивается *образный бред (воображения)*: яркие мысленные представления, грезоподобные (сновидные) переживания, приобретающие фантастический характер. При дальнейшем усилении психоза может присоединяться кататоническая симптоматика и развиваться онейроидное помрачение сознания.

Наиболее характерными **видами бреда по содержанию, относящимися к острому чувственному бреду**, являются: ложные узнавания, в том числе в структуре синдрома Капгра,

бред интерметаморфозы и метаморфозы, бред инсценировки, бред особого значения, бред отношения, антагонистический бред (подробнее будут описаны ниже).

▲ По *механизму развития* различают следующие варианты вторичного бреда: *галлюцинаторный, катестезический, кататимный, голотимный, психогенный, конфабуляторный, индуцированный, конформный, сообщенный психоз, индуцированный, резидуальный, abortивный, осциллирующий* (рис. 2.17).

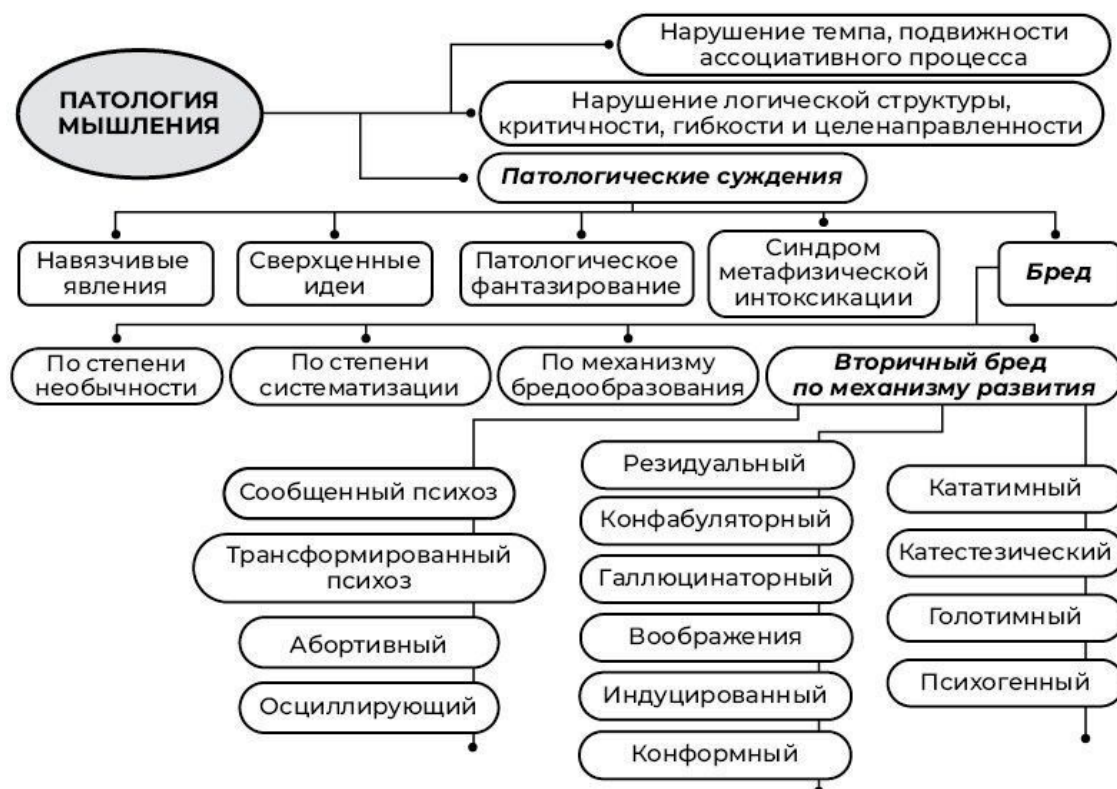


Рис. 2.17. Разновидности вторичного бреда

– **Галлюцинаторный бред** возникает на фоне галлюцинаций. Пациент по бредовому истолковывает содержание «голосов» («слышал голос, говорящий о смерти, – меня хотят убить»), либо содержание бреда отражается в содержании галлюцинаций. Например, пациент рассказывает, что разговаривает с маленькими зелеными человечками, которые постоянно сопровождают его, или что он слышит голоса, комментирующие его действия, которые говорят, что его преследуют, поэтому он убежден, что ему грозит реальная опасность.

– **Катестезический бред** связан с нарушениями интероцептивной сферы. Как правило, это ипохондрический бред, развивающийся на фоне сенестопатий, при наличии структурных расстройств мышления. Например, пациент утверждает, что его тело наполняется светящейся энергией, и он ощущает, как эта энергия проходит через каждую его клетку. Он описывает, что его кожа становится невесомой или, наоборот, что он чувствует давление, исходящее изнутри.

– **Кататимный бред** развивается в связи с аффективными переживаниями – тревогой, страхом, растерянностью. Выраженный напряженный аффект изменяет структуру мышления и определяет появление эмоционально окрашенных бредовых идей. Например, из-за страха темноты обследуемый убежден, что вечером к нему может забраться убийца.

– **Голотимный бред** развивается при депрессивной (депрессивные бредовые идеи) или гипо/маниакальной (экспансивные бредовые идеи) фазе аффективного расстройства и связан с патологией настроения по содержанию и динамике. Например, пациентка в депрессии винит

себя, что все проблемы в мире из-за нее, из-за ее ошибок и грехов, поэтому мир ждет апокалипсис.

Кататимный и голотимный варианты бреда часто определяют обобщенным термином – **аффективный бред** или **аффективно-бредовое состояние**.

– **Психогенный бред** возникает из-за психической травмы, чаще всего на фоне «*патологически измененной почвы*» (по С.Г. Жислину) (переутомление, резкая смена обстановки, командировка, долгое путешествие, недосыпания, соматические заболевания, алкоголизация и др.), которая способствует формированию повышенной внушаемости и настороженности. К нему относят **бред невиновности и помилования** (развивающийся у пациента в тюремной обстановке на фоне судебного обвинения), **тюремные параноиды**, **бред в иноязычной обстановке**, **бред внешней обстановки**, включая «**железнодорожный параноид**» (развивающийся в ситуации длительного переезда) и **бредтугоухих**.

Параноид внешней обстановки часто развивается стремительно, почти без предвестников. У пациента возникает ощущение, что за ним наблюдают, что он в центре всеобщего внимания и подвергается угрозам со стороны подозрительных лиц. Он может считать, что его хотят ограбить, убить или причинить страдания. Окружающие события воспринимаются как спланированная часть этого преследования. Пациент чувствует себя беззащитным, одиноким и окруженным врагами.

Этот бред, формирующийся за считанные часы или дни, сопровождается интенсивным страхом, который толкает пациента на крайние меры, такие как раздача своих вещей, бросание их из поезда, попытки самоубийства и другие действия. На ранних этапах параноид развивается при относительно ясном сознании, но с усилением страха уровень сознания может редуцироваться, что после восстановления приводит к кратковременной амнезии на происходившие события. Обычно через один-два дня после стационарного лечения пациенты начинают критически относиться к произошедшему и состояние нормализуется.

Параноид внешней обстановки характеризуется острым страхом, импульсивностью и аффективно суженным сознанием. Одной из форм параноида внешней обстановки является **параноид вражеского пленения** (острый параноид, развивающийся во фронтовой обстановке). Характерны бурное начало заболевания, наплыв бредовых идей отношения и преследования, иллюзорных восприятий на фоне сильного страха. Содержание параноида искаженно отражает ситуацию: в окружающих пациент видит вражеских солдат и т. п., что может сопровождаться агрессивным поведением. Выздоровление наступает критически без амнезии, однако возможно развитие резидуального бреда.

У людей с *тугоухостью* часто наблюдается неразвернутый чувственный бред, иногда сопровождаемый вербальными галлюцинациями. Психотравмирующая ситуация здесь проявляется как психическая изолированность. Продолжительность этих бредовых расстройств обычно короткая.

«**Тюремные**» параноиды часто возникают вскоре после осуждения или в ходе следствия и суда. Они сопровождаются бредовыми идеями преследования и отношения, а также вербальными иллюзиями и галлюцинациями, отражающими пережитый арест или страх за будущее. Преобладает тревожно-депрессивный или боязливый аффект. У лиц, отбывающих длительный срок заключения, особенно в зрелом и преклонном возрасте, может развиваться **бред помилования**. В этом состоянии они убеждены, что их дело пересмотрено и приговор отменен, а они сами амнистированы и освобождены. Иногда возникает и **бред невиновности**. Он имеет как психогенные, так и аффективные корни и относится к кататимному бреду, который формируется на фоне пониженного настроения и включает значимые события из жизни пациента.

– **Конфабуляторный бред** формируется на основе обманов памяти – **конфабуляций**. Пациент может утверждать, что он был выдающимся художником и имел свою выставку в музее современного искусства, хотя в реальности никогда не занимался искусством.

– **Индукцированный** (наведенный, помешательство вдвоем) бред является вариантом психогенного бреда и возникает у здоровых людей по механизму перенимания от пациентов с психическими нарушениями. Обычно развивается у близких родственников пациентов (детей или супругов), длительно находящихся вместе. При этом индуктор часто страдает каким-то вариантом паранойяльного бреда, например бреда притязания, с известной долей правдоподобия и выраженной аффективной заряженностью, и бред передается исподволь, постепенно.

Кроме того, индуцируемый обычно обладает чертами инфантилизма повышенной внушаемостью. Реже индуцированный бред возникает сразу у двух-трех лиц или даже у значительного числа людей («помешательство толпы»), например у жертв тоталитарных сект. В случае прекращения контакта с индуктором бред быстро редуцируется. Например, пациент общается с группой людей, которые утверждают, что все события вокруг них контролируются инопланетянами. Под воздействием этой группы он начинает разделять их убеждения и утверждать, что некоторые люди в его жизни являются замаскированными инопланетянами, а он становится частью широкого заговора. После отъезда в командировку и вынужденного прекращения плотного общения с членами группы у него появляется критика к своим прошлым высказываниям («какое-то затмение нашло»).

– **Конформный бред** – одинаковые по содержанию бредовые идеи, возникающие у двух близких между собой пациентов с психическими нарушениями (например, матери и дочери), поскольку они постоянно общаются между собой.

– **Сообщенный психоз**, впервые описанный Марандоном де Монтъелем в 1881 г., представляет собой состояние, при котором бредовые идеи основного пациента (индуктора) изначально вызывают сопротивление или отрицание у другого участника (реципиента), однако с течением времени последний начинает воспринимать эти идеи как свои собственные, активно их развивает и углубляет. Важно, что даже после физического и социального разъединения таких лиц психопатологическая симптоматика у реципиента может сохраняться.

– **Индукцированный** или **трансформированный психоз** – отличается тем, что оба участника процесса (или более) уже имеют бредовое расстройство, которое, соприкасаясь, начинает взаимно усиливаться. При этом каждый из пациентов вносит в общую психотическую систему свои элементы, модифицируя содержание бреда у другого. Такое расстройство может наблюдаться не только в диадах, но и в триадах или более многочисленных группах (**коделирантах**).

– **Резидуальный (остаточный) бред** является вторичным и проявляется тем, что после перенесенного острого психоза (чаще всего с помрачением сознания) у человека остается непоколебимая уверенность в том, что все происходившее с ним в болезненном состоянии было реальностью, хотя в момент осмотра никаких необычных явлений пациент не наблюдает. Другие авторы термином «резидуальный бред» обозначают бредовые идеи или их фрагменты, еще остающиеся у пациента после того, как основная часть бредовых расстройств подверглась редукции, т. е. неполную редукцию бредовых переживаний. Например, после острого алкогольного галлюциноза могут еще какое-то время сохраняться бредовые интерпретации. Резидуальный бред обычно персистирует в виде моносимптома и редуцируется литически.

– **Абортивный бред** – кратковременный, скоротечный, не развившийся во всех своих проявлениях бред. Так, у детей, бред нередко проявляется только бредовым настроением.

– **Бред осциллирующий** – нестойкие, итермиттирующие, то появляющиеся, то исчезающие бредовые идеи.

▲ **Бредовые идеи** очень многообразны, по **содержанию** их можно разделить на три большие группы: **бред преследования** (**персекуторный бред**), **бред величия** (**экспансивный бред**), **бред самоуничижения** (**депрессивный бред**) (рис. 2.18).

С клинических позиций такое деление является условным, не всегда связано непосредственно с механизмами бредообразования и служит для удобства восприятия и систематизации бредовых состояний по содержанию. Например, ипохондрический бред может возникать не только на фоне депрессивного аффекта, но и в рамках паранойяльного синдрома; бред величия или могущества зачастую ассоциируется с параноидным синдромом, а бред эротического презрения может развиваться при депрессивном состоянии.

Бредовые идеи выражают, прежде всего, характер восприятия пациентом окружающей действительности. Со временем идеи одного содержания могут либо полностью исчезнуть, либо стать редкостью, уступая место новым концепциям. Так, верования прошлых веков, связанные с магией, колдовством и одержимостью, в наше время практически не встречаются и считаются устаревшими формами бреда.

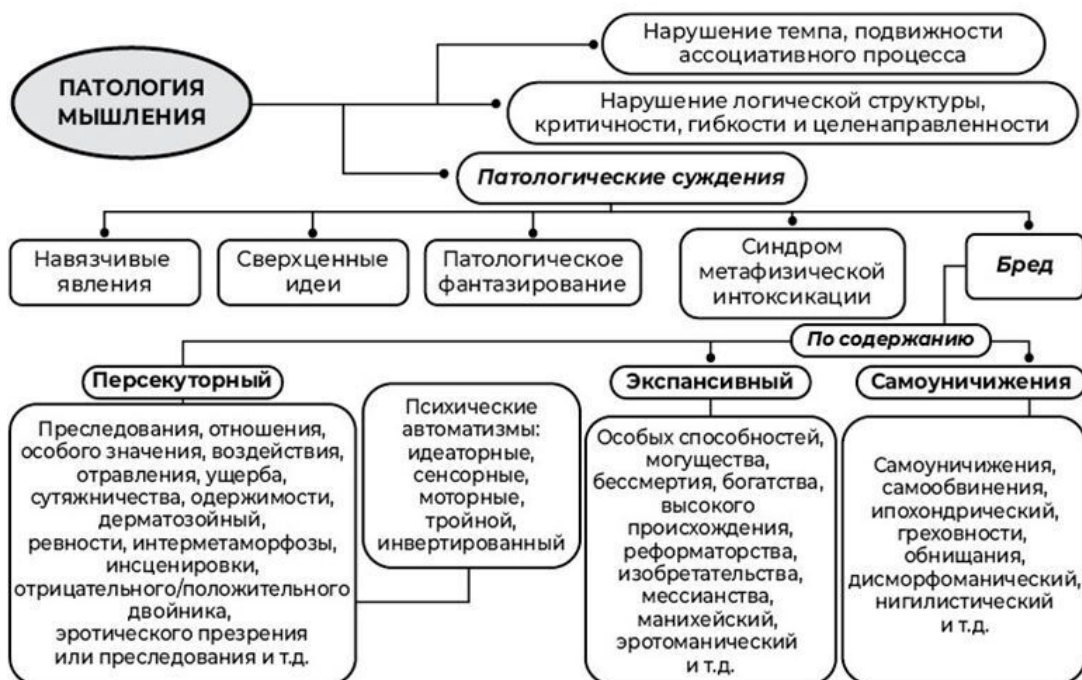


Рис. 2.18. Разновидности бреда по содержанию

Помощь врачу!

Необходимо обращать внимание на внешний вид пациента: необычность одежды, выражение лица и взгляд (печальный, настороженный, сияющий и др.). Необычность позы, походки, лишние движения, охваченность своими идеями, напряженность или недоступность, ускоренная с повышением громкости голоса речь, взгляд, пристально устремленный на собеседника, позволяют думать о наличии бреда. Бред – это единственный симптом, о котором нельзя спрашивать прямо, потому что пациент не осознает разницы между ним и другими своими убеждениями. Врач может предполагать наличие бреда, основываясь на информации, полученной от других лиц или из истории болезни. Если ставится задача выявить наличие бредовых идей, целесообразно для начала попросить пациента объяснить другие симптомы или описанные им неприятные ощущения. Например, если пациент говорит, что жить не

стоит, он также может считать себя глубоко порочным, а свою карьеру – погубленной, несмотря на отсутствие объективных оснований для такого мнения. Врач должен быть готов к тому, что многие пациенты скрывают бред. При подозрении на бредовые идеи надо определить их устойчивость. Необходимо уточнить, не обусловлены ли ложные убеждения пациента культурными традициями, нежели бредом. Судить об этом бывает трудно, если пациент воспитан в традициях другой культуры или принадлежит к необычной религиозной секте. В таких случаях в качестве референсного источника нужно опросить здорового соотечественника пациента или лицо, исповедующее ту же религию.

Наличие бреда можно заподозрить:

- по изменившемуся поведению по отношению к родственникам, друзьям, пациентам по палате и т. д.;
- по проявлению необоснованной враждебности или скрытности;
- по высказываниям неправдоподобного или сомнительного содержания;
- по выражению беспокойства о собственной безопасности и благополучии, а также о жизни и здоровье близких, без очевидных причин для тревоги;
- по ярким проявлениям страха или тревожности, сопровождающихся такими действиями, как зашторивание окон или постоянное запираение дверей и т. д.;
- по загадочному и непонятному окружающим высказываниям, наделяющим повседневные темы особой важностью или скрытым смыслом;
- по отказу от приема пищи либо тщательному контролю ее качества и состава;
- по активным действиям с элементами сутяжничества без видимых причин (обращения в правоохранительные органы или жалобы на соседей в различные инстанции и т. д.).

• **Бред преследования и его разновидности (персекуторный бред).**

Помощь врачу!

Бред преследования оценивается на основании содержания мыслей, высказываниях пациента и межличностного взаимодействия в процессе осмотра, а также их влияния на поведение в соответствии с отчетами работников медицинской и социальной помощи и членов семьи. Часто пациент может быть недоступным из-за бредовой симптоматики, а также скрывать от врача свои переживания, огульно отрицать медицинские сведения или отказываться отвечать на вопросы, или отвечать на них уклончиво, например, из-за того, что окружающие (в том числе врачи) могут быть вовлечены в ситуацию в качестве сторонников мнимых преследователей. Или при наличии частичной критики к переживаниям пациенты могут сознавать малую реалистичность своих убеждений и, не желая в глазах окружающих выглядеть «сумасшедшими», начинают скрывать свои мысли, сами при этом оставаясь убежденными в их реальности.

○ **Бред преследования** – убежденность в том, что пациента преследуют известные или неизвестные ему лица или организации с враждебной целью. Они считают, что за ними следят агенты спецслужб, сыщики, бандиты, поклонники и другие «преследователи» с целью «схватить», «убить», «отнять квартиру» и т. п. Пациенты замечают преследование на улице, в транспорте, у себя под окнами и пытаются скрываться от «преследователей», прятаться либо прояв-

лять агрессию. Может отмечаться симптом преследуемого преследователя: пациенты начинают защищаться – пишут письма в газеты, на телевидение, обращаются с жалобами в общественные организации, пишут заявления в полицию, прокуратуру, подают в суд на «преследователей». Например, пациент вдруг стал замечать, что возле его дома постоянно появляются «странные люди» в черной одежде. Он убежден, что это сотрудники спецслужб или члены криминальной группировки, которые следят за ним, чтобы устранить из-за «секретной информации», которой он якобы владеет. Любой нейтральный стимул – случайный взгляд прохожего, шум за стеной, незнакомый автомобиль во дворе – он интерпретирует как неопровержимое доказательство слежки. В попытке защититься он зашторивает все окна, ежедневно проверяет квартиру на наличие подслушивающих устройств и отказывается пользоваться телефоном, опасаясь прослушки. Постепенно он прекращает общение с друзьями и родственниками, подозревая их в сговоре с «преследователями», пишет многочисленные заявления в полицию, требует защиты, и, наконец, сам начинает обороняться, укрепляет дверь, ставит на нее дополнительные замки, покупает охотничье ружье и пытается самостоятельно разобраться с преследователями, т. е. становится **«преследователем преследователей»**. Бред преследования часто сопровождается напряженностью пациента при осмотре, т. е. состоянием тревожного ожидания, характеризуется их малой доступностью, готовностью к агрессивно-разрушительным действиям.

Помощь врачу!

Для выявления возможных бредовых идей преследования можно задать следующие дополнительные вопросы:

- Есть ли у Вас ощущение, что кто-то наблюдает за Вами, следит, вмешивается в Вашу жизнь?
- Бывает ли, что Вы замечаете подозрительное поведение окружающих, которое может быть направлено против Вас?
- Чувствуете ли Вы, что о Вас говорят за спиной, шепчутся, строят планы?
- Не возникало ли у Вас ощущения, что кто-то пытается навредить Вам, пусть и косвенно?
- Как Вы считаете, кто мог бы быть заинтересован в том, чтобы причинить Вам вред, и зачем?

○ **Бред отношения** – все происходящее связано с пациентом и имеет к нему отношение, обычно негативного или враждебного характера (стоящие в стороне люди не просто разговаривают, а обсуждают его, машина под окнами остановилась не просто так, а чтобы следить за ним, и т. п.). Основу психогенеза бреда отношения, по-видимому, составляет «патологический эгоцентризм», «патологическое отнесение мира к себе» (пациент переживает себя в центре внимания окружающих), а также нарушения восприятия, идеи значения и смыслового изменения окружающей обстановки.

Помощь врачу!

Для выявления возможных бредовых идей отношения можно задать следующие дополнительные вопросы:

- Входя в комнату, где находятся люди, не думаете ли Вы, что они разговаривают о Вас и, может быть, смеются над Вами?
- Бывает ли по телевидению, в радиопрограммах и газетах какая-то информация, имеющая отношение лично к Вам?
- Как реагируют на Вас незнакомые люди в общественных местах, на улице, в транспорте?

○ **Бред указания или переноса вины** заключается в том, что пациент не столько ощущает собственную вину, сколько приписывает ответственность за якобы совершенные им проступки или нарушения окружающим. В таком состоянии пациент может интерпретировать действия других людей как причинение ему вреда или как провоцирование его на ошибки. Например, пациент работает в офисе и замечает, что коллеги слишком часто обсуждают между собой вопросы, касающиеся его работы. Это интерпретируется как сознательное желание коллег подставить его, обвинить в ошибках, которые он не совершал. Он начинает считать, что именно коллеги пытаются «выставить» его виновным в различных несоответствиях и проблемах, которые на самом деле возникли по его вине, но он не готов признать свою ответственность. Вместо того, чтобы осознавать свою роль в ситуации, он приписывает вину окружающим, превращая их поведение в источник своих неприятностей.

○ **Сенситивный бред отношения (бред отношения Кречмера)** – пациент считает, что окружающие догадываются о его действительных или мнимых пороках, обращают на них внимание и выражают по этому поводу то или иное, большей частью отрицательное, отношение. Сенситивный бред отношения представляет собой форму вторичного бреда, преимущественно психогенного происхождения, и возникает у лиц с определенным личностным складом. Такие пациенты отличаются повышенной впечатлительностью, ранимостью, склонностью к фиксации на определенных обстоятельствах. Термин был предложен Э. Кречмером и отражает специфический тип бредообразования, базирующийся на сенситивной (чувствительной) конституции, личностных контрастных чертах между ранимостью и стремлением к самоутверждению, застойном кататимном аффекте, а также особенностями половой сферы – выраженности влечений при сильном внутреннем их подавлении. Бред развивается на основе *триады факторов*: *характерологической предрасположности, специфического переживания и внешней среды*. На личностном уровне такие индивиды характеризуются высокой чувствительностью, ретенцией аффекта, тревожной мнительностью, преувеличенной совестливостью, интровертированностью мышления, склонностью к негативной рефлексии и идеям самообвинения. Нередко это интеллигентные, тонкоорганизованные личности с частичной задержкой эмоционального созревания. Пусковым механизмом служат значимые жизненные события, затрагивающие «уязвимые точки» личности: переживания личностного краха, унижения, межличностных неудач, социальных провалов или соматических заболеваний. Эти обстоятельства вызывают ощущение неполноценности, которое становится доминирующим в психической жизни.

Как правило, первично наблюдается патологическое застревание на травматическом переживании, его длительное удержание в сознании, что сопровождается мучительными воспоминаниями, руминациями и негативным аффектом. Постепенно формируется бредовая убежденность пациента, что окружающие знают или догадываются о его предполагаемых или реальных пороках (непристойностях, физических изъянах, моральных проступках) и выражают негативное отношение – взглядами, полунамекami, осуждением или издевками. Это сопровождается выраженной тревожностью, чувством стыда и унижения, а также постепенно нарастающим ощущением внутренней и внешней «открытости», когда становится невозможным отделить внутренний мир от внешнего. Пациент приписывает собственные негативные установки окружающим, переноса внутреннее напряжение во внешний мир.

Отдельного рассмотрения в развитии сенситивного бреда отношения заслуживает *нозогенный фактор*. У лиц с сенситивным складом личности бред отношения может быть спровоцирован реакцией на операции, травмы, ампутации, парезы и хронические соматические заболевания, особенно затрагивающими телесную целостность и сексуальную идентичность. При этом механизм «кататимного ключевого переживания» (например, ощущение собственной физической ущербности у человека, ранее гордившегося своей внешностью) становится катализатором бредового восприятия и формирования убежденности в осуждающем, прене-

брежительном отношении со стороны окружающих, особенно лиц противоположного пола. В этих случаях на первый план могут выходить компоненты соматопсихической деперсонализации с нарушением восприятия собственного тела, возникает ощущение чуждости или измененности телесного «Я», что еще более усиливает внутреннюю неуверенность и способствует аффективной переработке переживаний в бредовую структуру. Состояние может принимать затяжной характер, но, как правило, не приводит к генерализации бреда.

○ **Бред особого значения** – предметы, явления и события меняют свое истинное значение и приобретают особый смысл, адресованный пациенту и понятный только ему (персональная символика). Так, по радио или телевидению в обычной речи диктора пациент улавливает информацию или намеки, предназначенные только ему: «машина с надписью “Хлеб” означает, что пациент не должен есть; если в телевизоре ведущий приложил руку ко рту – пациент должен молчать; халат темного цвета выдан пациенту, чтобы указать на “черноту его души”; нарисованные на улице стрелки и крест говорят пациенту, что “сосед намекает на убийство и похороны”» и т. п. Бред особого значения – дальнейшее развитие бреда отношения. Предметы и явления не только имеют отношение к пациенту, но и меняют свое значение, т. е. приобретают особый смысл.

○ **Бред воздействия** – убежденность пациента в том, что его мысли, действия, тело или внутренние процессы (например, работа органов) контролируются внешними силами, действующими против его воли. Переживания имеют насильственный характер и с трудом переносятся пациентами. Воздействие может осуществляться как техническими средствами (лучами, лазерами, аппаратами, электромагнитными волнами, электричеством, радиацией и пр.), так и психологическими (например, гипноз, телепатия, внушение, экстрасенсорное влияние) методами. Нередко в бред включаются элементы сверхъестественного. Это могут быть архаичные представления (колдовство, порча), религиозные мотивы (вмешательство Бога, дьявола, ангелов или демонов), а также современные мифологемы («одержимость», «энергетические вампиры»). Например, пациент утверждает, что врачи манипулируют его поведением через «телепатическую установку», вызывают боль «невидимыми лучами» или «перепрограммируют» мозг радиосигналами. В другом случае пациент объясняет свои страдания «проклятием рода», наложенным десятки назад, или уверен, что его мысли «читают инопланетяне через чип, вживленный в детстве».

Помощь врачу!

Для выявления бреда воздействия вспомогательными вопросами могут быть:

- Некоторые люди верят в возможность передавать мысли на расстояние. Каково Ваше мнение?
- Не приходилось ли Вам испытывать ощущение несвободы, не связанное с внешними обстоятельствами?
- Не было ли когда-нибудь впечатления, что Ваши мысли или чувства не принадлежат Вам?
- Приходилось ли Вам ощущать, что какая-то сила управляет Вашими движениями?
- Чувствовали ли Вы когда-нибудь необычное воздействие?
- Было ли это воздействие со стороны какого-то человека?
- Не было ли необычным образом вызванных неприятных либо приятных ощущений в теле?

○ **Бред овладения** – вариант бреда преследования и воздействия, при котором пациент становится объектом манипуляций преследователями, подчиняющих его всего своей воле,

заставляющих совершать те или иные поступки вопреки его желанию, навязывающих ему определенные мысли, переживания, воспоминания и т. д.

○ **Бред одержимости** – убежденность, что в организм вселилось живое существо, бес, демон (**демономания**), паразит и т. д. Например, обследуемый утверждает, что одержим инопланетянином, и он является их марионеткой; его мысли и действия на самом деле принадлежат не ему, а инопланетянам, и он лишен свободы в принятии решений. Иногда пациенты утверждают, что внутрь тела проник другой человек (известный актер, экстрасенс, преследующий); в других случаях в бреде телесного проникновения фигурируют животные (**зоопатия внутренняя**).

○ **Бред отравления** – идеи, что пациента отравили или пытаются отравить, например подсыпая яд в пищу, подпуская газы в вентиляционное отверстие и т. п. Пациент может утверждать, что все продукты питания содержат яд, который ему подсыпали его враги, и это приводит к появлению у него различных физических симптомов. Бред отравления часто сочетается с обонятельными и вкусовыми галлюцинациями.

○ **Бред ущерба** – преследователи воруют или портят вещи, продукты, мебель, якобы незаконно завладели недвижимостью и пр. Например, пожилая пациентка закрылась дома и отказывается отпирать дверь, потому что соседи крадут ценные вещи: шубу, технику, ювелирные украшения.

○ **Бред сутяжничества** – упорная борьба по отстаиванию своих якобы поправных прав; пациенты обращаются с жалобами во всевозможные инстанции, собирают множество представляющих им важными документов.

○ **Дерматозойный бред (симптом Экбома)** – убежденность пациента в том, что в его коже или подкожной клетчатке обитают живые существа, насекомые, мелкие паразиты, проникшие туда и живущие там. Например, пациент утверждает, что его кожа является местом размножения паразитов, таких как клещи или насекомые, которые вызывают различные заболевания. Такой бред может сопровождаться неприятными тактильными галлюцинациями, когда пациент расчесывает себе кожу и пытается «избавиться» от предполагаемых паразитов.

○ **Бред ревности (симптом Отелло)** – убеждение, что партнер (партнерша) изменяет. Например, пациентка утверждает, что ее муж тайно общается с кем-то еще или ведет двойную жизнь, несмотря на отсутствие реальных доказательств. Любые факты воспринимаются как доказательства этой измены. Каждый звонок или сообщение от других людей вызывает у нее бурю ревности, и она начинает проверять мужа на предмет измены. Обычно пациенты прилагают большие усилия, чтобы найти подтверждения внебрачной любовной связи в виде волос на постельном белье, запаха духов или одеколона от одежды, подарков от любовника. Вырабатываются планы по «выведению партнера на чистую воду», делаются попытки застать любовников вместе, для слежки нанимаются частные детективы.

Помощь врачу!

Для выявления бреда ревности можно задать следующие дополнительные вопросы:

- Не бывает ли у Вас мысли о том, что Ваш(а) супруг(а)/друг, могут быть неверны Вам?
- Какие подтверждения тому у Вас есть?

○ **Бред инсценировки** – окружающая обстановка специально подстроена, все ситуации вокруг разыгрываются для пациента и жизнь похожа на постоянный спектакль или съемку кинофильма (больница не настоящая, врачи и другие пациенты – переодетые артисты, вокруг идет «злая комедия»). Например, пациент утверждает, что его жизнь является частью заговора или тайной интриги, и все события вокруг него являются тщательно спланированными дей-

ствиями, направленными против него, каждый прохожий – актер, играющий свою роль в тайном сценарии, который написан для того, чтобы испытать его выносливость.

Помощь врачу!

В беседе с пациентом с бредовыми идеями инсценировки врача должны насторожить: резкое снижение доверия к медицинскому персоналу или родным, обвинения в «роли» или «маске»; переживание, что все слова и действия имеют скрытый, режиссируемый смысл; убеждение пациента в существовании «сценария» или «злого плана»; настороженность, замирания, поиски «видеокамер», «микрофонов», странные взгляды на окружающих людей; отказ от лечения под предлогом, что «это часть постановки».

Уместно будет задать следующие дополнительные вопросы:

- Не возникает ли у Вас ощущение, что все вокруг будто специально подстроено, что все происходит, как в спектакле?
- Бывает ли у Вас чувство, что люди вокруг играют роли, говорят неискренне, действуют по сценарию?
- Кажется ли Вам, что больница или место, где Вы находитесь – ненастоящие, а все вокруг подстроено, инсценировано?
- Есть ли у Вас ощущение, что жизнь – как будто испытание, и все происходящее придумано кем-то нарочно?
- Не замечаете ли Вы, что все события странным образом связаны между собой, как будто кто-то их организует?
- Как Вы думаете, зачем все это делается, если это и правда постановка?

○ **Бред интерметаморфозы (метаболический бред, бред Курбона – Тюска – Домезона)** – окружающая обстановка постоянно изменяется, люди превращаются друг в друга, перевоплощаются, в том числе под влиянием внешнего воздействия. Например, пациент заявляет, что окружающие превращаются то в животных, то в приведения, «у них только внешний облик сохранен, а сущность – другая». Или пациент говорит: «Мои родственники тоже изменились, выглядят ненастоящими, переодетыми как театральные персонажи».

○ **Бред метаморфозы** – вариант бреда воздействия, убеждение собственного превращения в какое-либо животное, другого человека или неодушевленный предмет, часто под влиянием внешнего воздействия. Например, пациент утверждает, что превращается в животное или что его внутренние органы превращаются в нечто иное. При этом пациент может описывать визуальные, звуковые или тактильные переживания, связанные с предполагаемыми метаморфозами. Другой пример: «Мое лицо меняется, становится таким же, как у человека напротив». Частными примерами бреда метаморфозы могут быть **галеантропия** – бред, при котором пациент убежден, что он превратился в кошку, **зооантропия** – бред превращения в какое-либо животное, **кинантропия** – бред превращения в собаку, **ликантропия** – бред превращения в волка. В отдельных случаях у пациента может возникать ощущение превращения в неодушевленный объект. Так, один из пациентов описывал переживание, при котором чувствовал, будто его тело трансформировалось в легковой автомобиль с ковшом спереди. В этом состоянии он перемещался по проезжей части, строго соблюдая правила дорожного движения: «тормозил», «подавал сигналы поворота» и т. п. При этом привычное телесное самовосприятие полностью утратилось. Бред метаморфозы нередко сочетается с бредом интерметаморфозы: «У меня было чувство, как будто бы я была старой женщиной и превратилась в свою мать, а моя мать в меня».

○ **Метемпсихоз** – бредовое убеждение, согласно которому пациент уверяет, что его душа или сущность существовала ранее в теле другого человека, животного или даже неживого объекта. Это расстройство тесно связано с религиозно-мистическими концепциями о перево-

площении, в которых душа после смерти переселяется в новое тело, будь то человеческое, животное или растительное. Метемпсихоз может проявляться, например, в виде убежденности пациента, что он когда-то был известным историческим персонажем, животным или даже элементом природы, таким как дерево или камень. Пациент может утверждать, что он был великим воином, царем или существом другого вида, а также утверждать, что его душа в прошлом переходила из одного организма в другой.

○ **Палингенез (палинбиоз)** – бред, при котором пациент убежден в том, что его жизнь повторяется или что он переживает различные этапы своего прошлого. Этот бред может принимать форму воспроизведения образов и событий, связанных с прошлой жизнью человека, будь то отдельные периоды настоящей жизни или даже целые воплощения, в которых пациент якобы участвовал. Например, пациент может быть уверен, что он переживает моменты своей юности или детства, как будто он возвращается в эти периоды своей жизни. В некоторых случаях, эти воспоминания могут быть настолько искажены, что пациент может воспринимать их как реальный опыт, а не как воспоминания. В более сложных формах палингенеза, пациент может верить, что он проживает опыт из прошлой жизни, когда он был другим человеком, животными или даже неодушевленным предметом.

○ **Бред отрицательного двойника (симптом гиперидентификации)** – пациенты воспринимают своих родных и знакомых как чужих лиц, двойников, заменяющих близкого человека. Полное сходство пациенты отмечают редко, чаще указывая на сходство отдельных внешних признаков двойника. Несмотря на это, они всегда уверены и точно знают, что перед ними чужое лицо. Например, пациентка считает, что ее мать – «подосланный агент» с «маской» матери. Отдельным случаем является состояние, когда преследователь – один и тот же человек – непрерывно меняет свою внешность, «меняет маски», «меняет лица», но пациент постоянно узнает его, несмотря на перевоплощение и грим (**симптом Фреголи**). Например, знакомый пациенту преследователь появляется под видом медицинского брата, охранника, другого пациента, изменяя свой облик, одежду, внешность, голос и др. Также частным случаем является **симптом «мертвецов и уродов»** – узнавание в окружающих уже умерших людей, «людей с того света», либо восприятие внешности окружающих как уродливых, искаженных, плоских, в стиле кубизма и т. д.

○ **Бред положительного двойника (симптом Капгра, гипоидентификации)** – пациенты принимают незнакомых лиц за своих знакомых или родных, а также за известных персон (политиков, певцов). Например, пациент утверждает, что сосед по палате на самом деле является его двоюродным братом, который почему-то притворяется чужим человеком. В другой ситуации он настаивает, что лечащий врач – это известный политик, пришедший инкогнито проверить условия в больнице.

Ложная идентификация может возникать не сразу, а спустя некоторое время после зрительного контакта. Пациент ошибочно утверждает, что ранее виденный незнакомый человек был ему знаком (ложное узнавание), либо, напротив, воспринимает знакомое лицо как чужое (ложное «неузнавание»).

○ **Бред эротического презрения Керера** – идеи, что окружающие считают пациентку проституткой и негативно относятся к ней. Пациентка жалуется, что окружающие к ней плохо относятся из-за того, что считают ее «проституткой и гулящей» женщиной без объективных предпосылок.

○ **Бред эротического преследования Крафт-Эбинга** – пациенты убеждены, что их преследуют с эротическими намерениями. Например, пациентка утверждает, что некоторые прохожие или коллеги занимаются сексуальным домогательством в отношении нее, хотя нет объективных свидетельств такого поведения.

○ При *персекutorном бреде в рамках параноидного синдрома* (см. соответствующий раздел) часто наблюдаются явления **психического автоматизма** – чувство внешнего (посто-

ронного) влияния, воздействия извне посторонней силы, сопровождающееся переживанием отчуждения, утраты принадлежности себе и «сделанности» собственных психических процессов (своих мыслей, слов, телесных ощущений, движений). Сам термин «психический автоматизм» был предложен французским психиатром Гатианом де Клерамбо в 1927 г., хотя детальное психопатологическое описание этого феномена было сделано ранее В.Х. Кандинским. Г. Клерамбо как следствие постороннего воздействия на пациента выделял чувственный или сенестопатический автоматизм (парестезии, сенесто-алгии, сенестопатии, возникающие на коже или во внутренних органах), высший психический или ассоциативный автоматизм – идеаторные нарушения в виде звучания мыслей (громкие мысли), наплывов мыслей (ментизм), параллельных мыслей, чтения мыслей, подставных или внушенных мыслей, исчезновения или обрыва мыслей (шперрунги), обрывов мыслей, «эхо-мыслей», чтения мыслей (открытость мыслей), аффективный автоматизм (внушенное или навязанное настроение или любые эмоциональные реакции, включая страхи, тревогу, гнев, симпатию или антипатию к окружающим) и двигательно-волевой или кинестетический автоматизм (блокировка принятия решений, внушенное или навязанное извне поведение, включая двигательные, речевые и письменные акты, вынужденные гримасы и жесты или, наоборот, произвольная задержка их выполнения, внезапная неспособность совершать двигательные акты по своей воле).

Учитывая большой вклад в клиническое описание и систематику этого феномена В.Х. Кандинского, в 1929 г. советским психиатром А.Л. Эпштейном было предложено понятие **синдрома Кандинского — Клерамбо**, который включает в себя **бред психического или физического воздействия, бред преследования, псевдогаллюцинации и различные психические автоматизмы**, включая **идеаторные, сенестопатические и кинестетические**. Термин прижился и широко используется в отечественной психиатрии, поскольку является ядром **галлюцинаторно-параноидного синдрома**, наиболее часто встречающегося при шизофрении и подробно излагаемого в главе 3.

Помощь врачу!

Психические автоматизмы оцениваются на основании содержания мыслей, высказываний пациента, описании собственного состояния и межличностного взаимодействия в процессе осмотра, а также их влияния на поведение в соответствии с отчетами работников медицинской и социальной помощи и членов семьи. Бредовые идеи открытости необходимо дифференцировать от мнения, что окружающие могут догадаться о мыслях человека по выражению его лица или поведению.

Для выявления указанной формы бреда можно спросить:

- Верите ли Вы в то, что другие люди знают, о чем Вы думаете, хотя Вы не высказывали своих мыслей вслух?
- Вы когда-нибудь чувствовали, что некоторые мысли не принадлежат собственно Вам, а внедрены в ваше сознание извне?
- Ощущаете ли Вы иногда, что мысли изымают/похищают из Вашей головы?
- Чувствуете ли Вы, что какая-то внешняя сила пытается управлять Вами?
- Не бывает ли у Вас ощущения, что Ваши действия контролируются кем-то или чем-то, находящимся вне Вас?
- Не случалось ли Вам чувствовать, что люди могут знать, о чем Вы думаете, или даже читать Ваши мысли?
- Как они могут делать это?
- Зачем им это нужно?
- Можете ли Вы сказать, кто контролирует Ваши мысли?

Поскольку переживания такого рода далеки от нормальных, некоторые пациенты неправильно понимают вопрос и отвечают утвердительно, имея в виду религиозное или философское убеждение в том, что деятельность человека направляется Богом или дьяволом. Другие думают, что речь идет об ощущении потери самоконтроля при крайней тревоге. Пациенты с шизофренией могут заявить о наличии у них указанных ощущений, если они слышали «голоса», отдающие команды. Поэтому за получением положительных ответов должны следовать дальнейшие уточняющие вопросы, позволяющие дифференцировать эти феномены.

◇ Различают четыре вида психических автоматизмов: **идеаторный, сенсорный, моторный и инвертированный**.

Идеаторный (ассоциативный, высший психический, идеовербальный) автоматизм – ощущение «сделанности» или насильственное течение собственных мыслительных актов.

Включает в себя следующие симптомы:

▲ **насильственные наплывы мыслей и образов** помимо воли пациента – **ментизм**. Например: пациентка сообщает: «В голове потоки мыслей, трудно сообразить, сосредоточиться трудно... хочу сказать одно, а говорю совсем другое, кто-то со мной это делает»;

▲ **«вкладывание мыслей», «чужие», «сделанные» мысли и представления**. Например: «Уже три недели думаю чужими мыслями». «Вложенные» в голову мысли переживаются как чужие или внедренные извне, «мысли, которые не мыслятся». Пациент поначалу не может понять, откуда пришли чужие мысли;

▲ **«эхо мыслей»** – мысли повторяются или отдаются эхом, однако не произносятся вслух, с небольшим промежутком времени (обычно несколько секунд). При этом в отличие от вербальных псевдогаллюцинаций феномен воспринимается пациентом как непроизвольное или насильственное повторение собственной мысли;

▲ **симптом открытости мыслей** («громкие или звучащие мысли») – ощущение истекания мыслей: «все читают мои мысли», «я весь как на ладони», «меня видят насквозь». При этом пациенту кажется, что окружающие узнают и повторяют его мысли: «Я что-то подумал, и кто-нибудь мне эту мысль повторяет», «дублируют мои мысли»;

▲ **«отнятие мыслей»** – ощущение, что собственные мысли отбираются или присваиваются внешней силой вплоть до их полного отсутствия («пустота в голове»). Близким феноменом является насильственное перебивание мыслей и их обрывы (*интеррунги*): «Заклинивание мыслей...», закупорка мышления, потому что их отнимают враги»;

▲ **звучание или звучащее повторение собственных мыслей**. Например: «Мысли звучат в голове». «Слышу свои мысли»;

▲ **симптом разматывания воспоминаний**. Например: «Насильственным образом меня заставляли вспоминать не слишком приятные детали моей жизни»;

▲ **сделанные сновидения**. Например: «Мне делали, показывали сны; во снах я был в интернете»;

▲ к идеаторному автоматизму относятся **зрительные и слуховые псевдогаллюцинации** – превращение мыслей во внутреннюю речь, «шепотные» или «громкие» мысли, внутреннее «голоса», образы и картины с интро- или экстрапроекцией, но без реального стимула (например, источника звука для слуховых галлюцинаций);

▲ **психические галлюцинации Байарже (интеллектуальные восприятия, сделанные мысли, внушенные мысли, абстрактные галлюцинации Кальбаума)** по своей структуре наиболее близки к псевдогаллюцинациям, так как обладают ощущением сделанности, чуждости, нереальности. Однако они отличаются большей интрапроекцией и отсутствием чувственного (сенсорного) компонента. Пациенты слышат «беззвучные мысли», «тайные внутреннее голоса». Обманы восприятия имеют настолько тесную связь с нарушениями мышле-

ния, что нередко сливаются с последними. Пациенты затрудняются определить, что они переживают – «звучащую мысль» или «голос»;

▲ **апперцептивные галлюцинации** – феномен, при котором человек испытывает субъективное ощущение насильственного изъятия собственных мыслей и их замещение в сознании чужими идеями. В рамках этого феномена выделяют две психопатологические формы: 1) **абстрактная фонторемия** – ощущение того, что мысли либо «вытягиваются» из сознания внешними силами, либо заменяются чуждыми убеждениями (например, пациент уверен, что «невидимые враги» стирают его воспоминания и подменяют их ложными установками); 2) **конкретная фонторемия** – искажение памяти, при котором возникают ложные воспоминания о галлюцинаторных эпизодах, якобы имевших место в прошлом. Например, пациент «вспоминает», как в детстве слышал «голоса», которых на самом деле не было.

Развитие идеаторных психических автоматизмов имеет свою характерную динамику: сначала происходит дезавтоматизация мышления – возникают сложности в планировании и принятии решений, какие-то автоматизированные акты вдруг начинают требовать дополнительных усилий и контроля, возникает тягостное ощущение неясных пересекающихся или параллельных мыслей, отвлеченных или непроизвольно появляющихся воспоминаний, неконтролируемого потока мыслей (**ментизм**), затем мысли начинают как бы проецироваться вовне, опережают и предвосхищают события и собственные мысли, возникает ощущение, что о них каким-то образом догадываются окружающие (**симптом открытости мыслей**), окружающие начинают произносить вслух мысли пациента, появляется чувство отчуждения собственных психических процессов, мысленные диалоги, разговоры (предвестники вербальных псевдогаллюцинаций), телепатическое общение. В конечном итоге обнаруживается ощущение влияния посторонней силы, «сделанности» или навязанности извне тех или иных переживаний, что сопровождается развитием вербальных псевдогаллюцинаций («голосов», отличных от собственных мыслей).

Ранние признаки отчуждения идеаторных процессов, такие как дезавтоматизация, параллельные, отвлеченные, пересекающиеся или предвосхищающие мысли, неконтролируемый наплыв образных представлений, непроизвольные воспоминания и другие подобные нарушения, обычно обозначаются как **малый психический автоматизм**, описанный Г. Клерамбо.

Сенсорный (сенестопатический, чувственный) автоматизм – тягостные, телесные ощущения жжения, холода, давления, скручивания, полового возбуждения, урчания кишечника и др., сопровождающиеся чувством воздействия. Например: «Энергетический вампир давит на головной мозг, замедляет ритм сердца, что-то сжимает внутри». «Действуют на меня магнетическими лучами, выжигают волосы. Мышцы, внутренние органы мне прожигают. Вчера трубку мне в горло вставили латунную, на шарнирах, сегодня установили такую же в задний проход. Выпускают кучу магнетических кроликов, они ползают вокруг, сидят на животе, сосут грудь. На спинках кровати установили антенны-передатчики, через них действуют на меня магнетическими полями». К сенсорному автоматизму относятся **обонятельные и вкусовые псевдогаллюцинации**: «Подпускают в нос неприятные запахи, травят газами».

Моторный (кинестетический, двигательный) автоматизм – насильственные движения, действия, возникающие помимо воли пациента. Например: «...руками двигают», «...не дают жевать», «Много лет не являюсь самим собой. Я – как робот, с заданными движениями». К моторному автоматизму относятся **речедвигательные галлюцинации Сегла** – ощущение непроизвольных движений губ и языка при мысленном произнесении слов либо даже насильственное произнесение слов и фраз вслух: «Говорят моим языком, речью и мыслями кто-то управляет». Моторные автоматизмы необходимо дифференцировать с навязчивыми движениями, тиками и кликушеством.

При **инвертированном варианте автоматизмов** пациент уже сам может воздействовать на окружающих людей, вкладывая им мысли, настроение, ощущения и движения. Нередко

встречается такой феномен, когда пациент утверждает, что не только он один находится под «воздействием», но и некоторые его знакомые, врачи отделения, медсестры: «Я спросил у него, какую кашу он больше всего любит. Он мне ответил, что пшенную. В ФБР знают, что я ненавижу пшенную кашу. Очевидно, что они подключились к нему и смеются надо мной».

Автоматизмы могут быть сочетанными: например, идеаторными и моторными одномерно. Пациент сообщает: «У меня не было больше сил, я не был уверен, что моему Я принадлежат мои собственные мысли и действия, я был как будто закован. В этом состоянии я не мог также говорить. Затем появился страх, что меня преследуют, мной управляют извне». При развитии психических автоматизмов во всех трех сферах говорят о «**тройном автоматизме**» или «**синдроме робота**». Например, пациент убежден в полной подчиненности своего тела, душевного мира, своих мыслей чуждой силе: «Я зомби, марионетка в руках тех, кто через чип стал управлять мной полностью и целиком».

• **Бред величия (экспансивный бред, фантастический мегаломанический бред)** обычно развивается на фоне ярко выраженного маниакального аффекта и проявляется в идеях величия, затрагивающих личность пациента, его социальное положение и материальное состояние. Бред величия характеризуется значительной переоценкой пациентом своего статуса в обществе, своих психических и физических возможностей. Пациенты могут утверждать, что обладают исключительным здоровьем, физической силой, неоспоримой красотой и неограниченными интеллектуальными способностями. Они считают себя знаменитостями, прямыми потомками знатных родов или главами государств, а иногда даже властителями вселенной.

Эти идеи часто сопровождаются уверенностью в безграничных возможностях и влиянии на важнейшие события как в стране, так и в мире. Экспансивный бред часто носит образный, сказочный характер и напоминает фантазии наяву. Основная мегаломаническая идея легко дополняется новыми деталями, такими как огромные суммы денег, драгоценности или сокровища. В некоторых случаях бред ограничивается одной темой, например высоким социальным статусом, а в других охватывает разнообразные мегаломанические представления. Этот бред часто имеет альтруистический оттенок, где пациент не только рассматривает себя как выдающуюся личность, но и стремится принести счастье окружающим.

Структура экспансивного бреда обычно слабо организована и не имеет четкой аргументации, хотя может полностью охватывать личность с формированием бредового поведения. Фантастические бредовые идеи величия и мегаломания не всегда являются вторичными по отношению к маниакальному аффекту. Механизм бредообразования может значительно различаться и быть обусловлен другими психопатологическими факторами и иметь другое аффективное сопровождение.

Помощь врачу!

Бред величия оценивается на основании содержания мыслей, высказываний пациента в процессе осмотра и особенностей поведения (мимику, манеру держаться) в соответствии с отчетами работников медицинской и социальной помощи и членов семьи, а также межличностного взаимодействия, наблюдаемого во время проведения осмотра. Пациенты могут вести себя с подчеркнутой важностью, использовать высокопарную лексику, говорить назидательно или патетично. Информация от родственников и персонала нередко указывает на несоразмерные амбиции, рассказы о несуществующих достижениях или претензии к окружению.

Врачу необходимо обратить внимание на: уверенную, подчеркнутую важную манеру говорить и держаться; постоянные разговоры о великих целях, миссии, предназначении; описание себя в исключительных терминах, заявленные сверхспособности, изобретения, гениальные идеи; ожидание особого отношения, выраженное недовольство недооценкой.

Вспомогательными вопросами могут быть:

- Не приходила ли Вам в голову мысль, что Ваша жизнь может быть связана с чем-то важным или великим?
- Как бы Вы оцениваете себя по сравнению с другими людьми? В чем Вы превосходите других?
- Есть ли у Вас особые качества или способности, которые, как Вы считаете, отличают Вас от большинства?
- Случалось ли Вам чувствовать, что Вы обладаете даром или знанием, недоступным другим людям?
- Как Вы думаете, есть ли у Вас какая-то миссия, роль, которую Вы должны исполнить в этом мире?
- Что, по Вашему мнению, делает Вас яркой или выдающейся личностью?
- Бывали ли случаи, когда Вы чувствовали, что находитесь в центре особого внимания?

○ **Бред особых способностей** – убежденность в обладании выдающимися способностями (способностью предсказывать будущее, излечивать неизлечимые болезни, решать сложнейшие задачи и т. д.). Например, пациент утверждает, что обладает сверхъестественными способностями, такими как телекинез, чтение мыслей или общение с параллельными мирами, что способен поднимать предметы силой мысли или предсказывать будущее. Бред нередко сопровождается **патологическим альтруизмом** – стремлением заботиться об окружающих, навязчивым желанием поддержать или спасти их. Однако такие попытки помощи зачастую оказываются неадекватными и могут причинять серьезный вред вместо ожидаемой пользы, что приводит к конфликтным ситуациям.

○ **Бред могущества** – природные и общественные процессы подвластны воле пациента. Например, он говорит, что является правителем мира, императором или божеством, обладает беспрецедентной властью, может управлять событиями вокруг себя, влиять на мировые решения или контролировать умы других людей. Часто при этом остается знание о действительном положении дел, и пациент живет с «**двойной бухгалтерией**» (**симптом Блейлера**), когда обе действительности сосуществуют рядом: общечеловеческая реальность и бредовые представления.

○ **Бред исцеления** – пациент не считает себя больным, но убежден, что может лечить других людей.

○ **Бред богатства** – пациент считает себя обладателем несметных богатств. Например, обследуемый утверждает, что является владельцем огромного состояния, нашел клад, обладает драгоценными сокровищами или контролирует огромные финансовые ресурсы, является владельцем фантастических банковских счетов и тайным миллиардером.

○ **Бред высокого (иног) происхождения** – пациент считает себя потомком знатных или высокопоставленных лиц («сын английской королевы»). В подростковом возрасте он часто сочетается с бредом чужих родителей (разновидность бреда преследования), например родители пациента – злоумышленники, которые «украли» его у настоящих родителей, принадлежащих к царской династии.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.