

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений . . . . .	12
Предисловие . . . . .	14
Введение ( <i>Иванец Н.Н.</i> ) . . . . .	16
<b>Часть I. Теоретические основы наук о поведении человека</b> ( <i>Тюльпин Ю.Г.</i> ) . . . . .	27
<b>Глава 1. Биологические основы поведения человека . . . . .</b>	29
1.1. Генетические факторы . . . . .	30
1.2. Биохимические механизмы . . . . .	34
1.3. Соотношение структуры и функций мозга . . . . .	40
Задания для самоконтроля . . . . .	44
<b>Глава 2. Психологические механизмы поведения человека. . . . .</b>	46
2.1. Основные концепции в психологии . . . . .	46
2.2. Потребности, стресс, фрустрация, конфликт . . . . .	59
2.3. Стратегии преодоления стресса, механизмы психологической защиты. . . . .	71
2.4. Психология межличностного общения. . . . .	81
2.5. Возрастные аспекты поведения человека . . . . .	89
Задания для самоконтроля . . . . .	95
<b>Глава 3. Личность здоровая и патологическая . . . . .</b>	98
3.1. Структура личности . . . . .	98
3.2. Темперамент и психофизиологическая конституция. . . . .	103
3.3. Акцентуации характера . . . . .	109
3.4. Патологические личности . . . . .	112
Задания для самоконтроля . . . . .	118
Список литературы . . . . .	119
<b>Часть II. Общие вопросы психиатрии . . . . .</b>	123
<b>Глава 4. История развития психиатрии (<i>Иванец Н.Н.</i>) . . . . .</b>	125
Задания для самоконтроля . . . . .	134
<b>Глава 5. Организация психиатрической помощи в Российской Федерации. Правовые и этические вопросы психиатрии</b> ( <i>Тюльпин Ю.Г., Корнеев В.А.</i> ) . . . . .	136

5.1. Основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» . . . . .	136
5.2. Организация психиатрической помощи в России . . . . .	141
5.3. Юридические аспекты психиатрии . . . . .	152
5.4. Этические аспекты психиатрии . . . . .	157
Задания для самоконтроля . . . . .	163
<b>Глава 6. Психиатрическое обследование (Тюльпин Ю.Г.). . . . .</b>	<b>166</b>
6.1. Клинический метод . . . . .	166
6.2. Значение общесоматического и лабораторного исследований . . . . .	172
6.3. Нейрофизиологические методы . . . . .	177
6.4. Исследование структуры мозга . . . . .	179
6.5. Психологические методы . . . . .	180
Задания для самоконтроля . . . . .	187
<b>Глава 7. Общие вопросы семиотики психических расстройств (Тюльпин Ю.Г.). . . . .</b>	<b>189</b>
7.1. Психопатологические симптомы . . . . .	190
7.2. Психопатологические синдромы . . . . .	191
7.3. Расстройства невротического и психотического уровней . . . . .	193
7.4. Продуктивная и негативная симптоматика . . . . .	195
7.5. Понятие регистров психических расстройств . . . . .	197
Задания для самоконтроля . . . . .	201
<b>Глава 8. Расстройства ощущений и восприятия (Тюльпин Ю.Г.). . . . .</b>	<b>203</b>
8.1. Расстройства ощущений . . . . .	204
8.2. Обманы восприятия . . . . .	208
8.3. Психосенсорные расстройства (расстройства сенсорного синтеза) . . . . .	216
8.4. Дерезализация и деперсонализация . . . . .	218
8.5. Синдром галлюциноза . . . . .	219
Задания для самоконтроля . . . . .	220
<b>Глава 9. Расстройства мышления (Тюльпин Ю.Г.). . . . .</b>	<b>222</b>
9.1. Расстройства ассоциативного процесса . . . . .	223
9.2. Патология суждений и умозаключений . . . . .	231
9.3. Синдромы нарушения мышления . . . . .	241
Задания для самоконтроля . . . . .	249

<b>Глава 10.</b> Мнестические расстройства ( <i>Тюльпин Ю.Г.</i> ) . . . . .	251
10.1. Дисмнезии . . . . .	252
10.2. Парамнезии . . . . .	256
10.3. Корсаковский амнестический синдром . . . . .	257
Задания для самоконтроля . . . . .	260
<b>Глава 11.</b> Нарушения интеллекта ( <i>Тюльпин Ю.Г.</i> ) . . . . .	261
11.1. Синдромы недоразвития интеллекта . . . . .	264
11.2. Синдромы снижения интеллекта . . . . .	267
Задания для самоконтроля . . . . .	272
<b>Глава 12.</b> Расстройства эмоционально-волевой сферы ( <i>Тюльпин Ю.Г.</i> ) . . . . .	274
12.1. Симптомы эмоциональных расстройств . . . . .	277
12.2. Симптомы расстройств воли и влечений . . . . .	281
12.3. Синдромы эмоционально-волевых расстройств . . . . .	286
Задания для самоконтроля . . . . .	297
<b>Глава 13.</b> Расстройства двигательной сферы ( <i>Тюльпин Ю.Г.</i> ) . . . . .	300
13.1. Кататонический и гебефренический синдромы . . . . .	301
13.2. Другие формы возбуждения . . . . .	306
13.3. Другие варианты ступора . . . . .	309
Задания для самоконтроля . . . . .	312
<b>Глава 14.</b> Расстройства внимания и нарушения сознания ( <i>Тюльпин Ю.Г.</i> ) . . . . .	313
14.1. Расстройства внимания . . . . .	316
14.2. Синдромы снижения уровня сознания . . . . .	317
14.3. Синдромы помрачения сознания . . . . .	318
Задания для самоконтроля . . . . .	329
<b>Глава 15.</b> Пароксизмальные расстройства ( <i>Тюльпин Ю.Г.</i> ) . . . . .	331
15.1. Эпилептиформные пароксизмы . . . . .	331
15.2. Приступы тревоги с соматовегетативной симптоматикой. . . . .	338
15.3. Истерические припадки . . . . .	339
Задания для самоконтроля . . . . .	341
<b>Глава 16.</b> Соматические расстройства и нарушения физиологических функций как проявление психической патологии ( <i>Тюльпин Ю.Г.</i> ) . . . . .	343

16.1. Расстройства приема пищи . . . . .	343
16.2. Расстройства сна . . . . .	347
16.3. Боль . . . . .	351
16.4. Расстройства сексуальных функций . . . . .	353
16.5. Ипохондрия . . . . .	356
16.6. Маскированная депрессия. . . . .	357
16.7. Истерические конверсионные расстройства . . . . .	358
16.8. Астенический синдром. . . . .	360
Задания для самоконтроля . . . . .	362
<b>Глава 17. Терапия психических расстройств. Основные принципы профилактики и реабилитации (Тюльпин Ю.Г.) . . . . .</b>	<b>364</b>
17.1 Методы нелекарственного общебиологического воздействия . . . . .	365
17.2. Психофармакотерапия. . . . .	370
17.3. Психотерапия. . . . .	403
17.4. Психопрофилактика и реабилитация . . . . .	411
Задания для самоконтроля . . . . .	415
Список литературы . . . . .	417
<b>Часть III. Частная психиатрия . . . . .</b>	<b>421</b>
<b>Глава 18. Классификация психических расстройств (Тюльпин Ю.Г.) . . . . .</b>	<b>423</b>
18.1. Основные принципы систематики психических расстройств. . . . .	424
18.2. Нозологический подход в построении классификации . . . . .	427
18.3. Основные положения Международной классификации болезней 10-го пересмотра . . . . .	434
Задания для самоконтроля . . . . .	435
<b>Глава 19. Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства (Тюльпин Ю.Г.) . . . . .</b>	<b>437</b>
19.1. Общие вопросы диагностики и систематики . . . . .	437
19.2. Атрофические (дегенеративные) заболевания головного мозга . . . . .	442
19.3. Психические расстройства вследствие поражения сосудов головного мозга. . . . .	450
19.4. Психические расстройства инфекционной природы . . . . .	457

19.5. Психические расстройства вследствие внутричерепных опухолей . . . . .	469
19.6. Психические расстройства вследствие травмы головы . . . . .	472
19.7. Психические расстройства вследствие интоксикации . . . . .	476
19.8. Психические расстройства при соматических заболеваниях . . . . .	481
Задания для самоконтроля . . . . .	486
<b>Глава 20. Эпилепсия (Тюльпин Ю.Г.) . . . . .</b>	<b>488</b>
20.1. Систематика эпилепсии и эпилептиформных расстройств . . . . .	488
20.2. Клиническая картина и течение заболевания . . . . .	490
20.3. Этиология и патогенез . . . . .	497
20.4. Диагностика и дифференциальная диагностика . . . . .	499
20.5. Лечение, профилактика и реабилитация . . . . .	502
Задания для самоконтроля . . . . .	505
<b>Глава 21. Расстройства вследствие употребления алкоголя и других психоактивных веществ (Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А.) . . . . .</b>	<b>508</b>
21.1. Общие вопросы наркологии . . . . .	509
21.2. Расстройства вследствие злоупотребления алкоголем . . . . .	520
21.3. Наркомании и токсикомании . . . . .	563
Задания для самоконтроля . . . . .	591
<b>Глава 22. Шизофрения и сходные с ней расстройства (Тюльпин Ю.Г.) . . . . .</b>	<b>595</b>
22.1. Шизофрения . . . . .	596
22.2. Другие бредовые психозы . . . . .	622
22.3. Дифференциальная диагностика . . . . .	625
22.4. Лечение, профилактика и реабилитация . . . . .	628
Задания для самоконтроля . . . . .	631
<b>Глава 23. Аффективные психозы (Тюльпин Ю.Г.) . . . . .</b>	<b>634</b>
23.1. Систематика аффективных психозов . . . . .	634
23.2. Клинические проявления маниакально-депрессивного психоза . . . . .	636

23.3. Этиология и патогенез аффективных расстройств . . . . .	644
23.4. Дифференциальная диагностика аффективных расстройств. . . . .	646
23.5. Лечение, профилактика и реабилитация . . . . .	648
Задания для самоконтроля . . . . .	651
<b>Глава 24. Расстройства вследствие эмоционального стресса</b> (Тюльпин Ю.Г.) . . . . .	654
24.1. Общие критерии диагностики. Систематика психогенных заболеваний . . . . .	654
24.2. Реактивные психозы. . . . .	660
24.3. Неврозы . . . . .	669
24.4. Невротические реакции. . . . .	686
Задания для самоконтроля . . . . .	687
<b>Глава 25. Расстройства личности и поведения у взрослых</b> (Тюльпин Ю.Г.) . . . . .	690
25.1. Психопатии . . . . .	691
25.2. Расстройства влечений. . . . .	713
25.3. Этиология и патогенез расстройств поведения . . . . .	715
25.4. Дифференциальная диагностика . . . . .	717
25.5. Лечение, профилактика и реабилитация . . . . .	718
Задания для самоконтроля . . . . .	720
<b>Глава 26. Умственная отсталость (олигофрения)</b> (Тюльпин Ю.Г.) . . . . .	723
26.1. Проявления, критерии диагностики и систематика. . . . .	724
26.2. Дифференцированные формы олигофрении. . . . .	732
26.3. Дифференциальная диагностика . . . . .	741
26.4. Профилактика, лечение и реабилитация . . . . .	744
Задания для самоконтроля . . . . .	746
<b>Глава 27. Особенности психических расстройств в детском и подростковом возрасте (Тюльпин Ю.Г.) . . . . .</b>	748
27.1. Нарушения развития в детском возрасте . . . . .	749
27.2. Расстройства, специфичные для детского и подросткового возраста. . . . .	753
27.3. Особенности проявления основных психических заболеваний в детском возрасте . . . . .	759

27.4. Особенности лечения и ухода в случае психических расстройств у детей . . . . .	762
Задания для самоконтроля . . . . .	765
<b>Глава 28. Неотложные состояния в психиатрии . . . . .</b>	<b>767</b>
28.1. Психомоторное возбуждение и агрессивное поведение . . . . .	768
28.2. Суицидальное и аутоагрессивное поведение . . . . .	770
28.3. Отказ от еды . . . . .	773
28.4. Тяжело протекающий делирий . . . . .	774
28.5. Эпилептический статус . . . . .	777
28.6. Фебрильная шизофрения . . . . .	778
28.7. Острые осложнения психофармакотерапии . . . . .	782
28.8. Острая интоксикация лекарственными средствами и психоактивными веществами . . . . .	784
Задания для самоконтроля . . . . .	789
Список литературы . . . . .	791
<b>Часть IV. Специальные вопросы медицинской психологии . . . . .</b>	<b>795</b>
<b>Глава 29. Потребности участников лечебного процесса. Причины неудовлетворенности (Тюльпин Ю.Г.) . . . . .</b>	<b>797</b>
29.1. Потребности участников лечебного процесса . . . . .	797
29.2. Неудовлетворенность пациентов . . . . .	804
29.3. Неудовлетворенность медицинских работников. Синдром эмоционального выгорания . . . . .	807
Задания для самоконтроля . . . . .	812
<b>Глава 30. Внутренняя картина болезни. Психосоматические расстройства (Тюльпин Ю.Г.) . . . . .</b>	<b>814</b>
30.1. Внутренняя картина болезни . . . . .	814
30.2. Психосоматические расстройства . . . . .	830
Задания для самоконтроля . . . . .	837
<b>Глава 31. Психологически сложные ситуации в медицине (Тюльпин Ю.Г., Балабанова В.В.) . . . . .</b>	<b>839</b>
31.1. Отказ от лечения . . . . .	839
31.2. «Неудобные» вопросы . . . . .	842

---

31.3. Тяжелые, неизлечимые заболевания и смерть . . . . .	843
31.4. Сообщение негативной информации . . . . .	848
31.5. Тревога и паника . . . . .	854
31.6. Симуляция, аггравация и диссимуляция . . . . .	857
31.7. Врачи и высокопоставленные лица в качестве пациентов . . . . .	859
Задания для самоконтроля . . . . .	860
Список литературы . . . . .	862
Ответы к заданиям для самоконтроля . . . . .	864
Приложения . . . . .	880
Предметный указатель . . . . .	888

## ПРЕДИСЛОВИЕ

При написании данного учебника авторы в первую очередь ориентировались на требования федеральных государственных образовательных стандартов III поколения по специальностям 060101 («Лечебное дело») и 060103 («Педиатрия»). В этих стандартах введена новая дисциплина — «Психиатрия и медицинская психология». Создатели стандартов исходили из сложившейся практики, когда существовавшую прежде дисциплину «Психология, педагогика» во многих медицинских вузах частично преподавали сотрудники кафедр психиатрии.

Следует признать, что учащиеся медицинских вузов действительно нуждаются в изучении специальных вопросов психологии, которые непосредственно касаются ежедневной работы врача. Эти вопросы должны обсуждать с ними не только психологи, но и практикующие врачи. Важно, чтобы проблемы медицинской психологии были рассмотрены не в начале обучения, а на старших курсах, когда у студентов уже сложится представление о существующих методах лечения, их осложнениях, возможных исходах терапии и ограниченности возможностей врача при некоторых злокачественных болезнях. Вместе с тем объединение психиатрии и медицинской психологии в одну дисциплину вводит учащегося в заблуждение. Складывается ложное впечатление, что между этими науками есть значительное родство. Кроме того, может показаться, что некоторые поступки пациентов в процессе лечения соматических расстройств (отказ от лечения, тревога, боязнь операции и др.) якобы можно отнести к вариантам психических расстройств. Мы решительно возражаем против такой трактовки.

Также вызывает сожаление тот факт, что по сравнению с прежней «Психиатрией и наркологией» трудоемкость новой дисциплины выросла незначительно (на восемь аудиторных часов). Этого времени явно недостаточно, чтобы обсудить со студентами такие важные вопросы, как индивидуальная реакция пациента на болезнь, роль коупинга и психологической защиты, проблемы межличностного общения, эмоциональное выгорание медицинских работников и многие другие.

Таким образом, настоящий учебник представляет собой некий компромисс, предполагающий объединение нескольких несоединимых наук. В этих трудных условиях авторы постарались сохранить последовательность изложения. Таким образом, общие теоретические вопросы регуляции поведения рассмотрены в первой части учебника, основные

проблемы психиатрии — во второй и третьей частях, специальные вопросы медицинской психологии — в четвертой части.

По своей сути данная книга является переработанным и дополненным изданием учебника «Психиатрия и наркология», написанного коллективом авторов (Иванцом Н.Н., Тюльпиным Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькиной М.А.) и выпущенного издательской группой «ГЭОТАР-Медиа» в 2006 г. Авторы выражают благодарность за внимание, которое проявили читатели к прежнему учебнику, и будут признательны за любые замечания и пожелания в адрес нового издания.

*Н.Н. Иванец,  
Ю.Г. Тюльпин,  
М.А. Кинкулькина*

## Глава 7

# ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СЕМИОТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Студент, приступающий к изучению психиатрии, часто предполагает, что установление диагноза начинается с выявления симптомов болезни. В действительности первое, что должен установить врач, — есть ли расстройство как таковое или человек здоров. Признаки психического здоровья были перечислены в разделе «Введение». В частности, там указано, что расстройство всегда приводит к дезадаптации. Таким образом, даже если у обследуемого находят феномены, напоминающие симптомы, описанные в учебнике, это еще не значит, что он болен. Известно, что многие здоровые люди отмечают у себя эпизоды раздражения, сомнений, навязчивых явлений, усталости, бессонницы. Если эти феномены не мешают им справляться с работой, поддерживать семью, общее благополучие, самостоятельно преодолевать трудности, значит, они здоровы и не нуждаются в лечении.

Если дезадаптация очевидна, дальнейшая последовательность установления диагноза предполагает следующую цепочку: обнаружение симптомов, выявление их типичных сочетаний (синдромов), определение с учетом специфичности выявленных симптомов и синдромов круга возможных этиологических и патогенетических факторов, анализ анамнестических сведений для определения динамики болезни и, наконец, формулировку нозологического диагноза. Эта последовательность может оказаться значительно короче, если будут обнаружены симптомы, характерные лишь для одной или немногих болезней. В свете этого наибольший интерес для диагноста представляют *высокоспецифичные симптомы и синдромы*.

Существует несколько общих признаков, определяющих специфичность симптомов и синдромов: тяжесть расстройства, его обратимость, степень угнетения основных функций психики. Понятия, описанные в данной главе (невроза, психоза, продукции, дефекта, ранга), позволяют

дать общую характеристику любого симптома и синдрома и тем самым определить его специфичность.

## 7.1. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

**Симптом** психического расстройства — некий повторяющийся у разных больных феномен, указывающий на патологию, болезненное отступление от естественного течения психических процессов, ведущее к дезадаптации.

Симптомы составляют основу диагностики, однако их значимость может быть разной. В психиатрии практически не существует патогномичных симптомов. Лишь некоторые из болезненных феноменов можно считать довольно специфичными. Так, ощущение чтения мыслей, передачи их на расстоянии, чувство их насильственного вкладывания и отнятия довольно характерны для параноидной шизофрении. Большинство же признаков в психиатрии неспецифично. К примеру, расстройства сна, снижение настроения, тревога, беспокойство, повышенная утомляемость встречаются практически при любом психическом заболевании. Бред и галлюцинации возникают только при тяжелых заболеваниях, однако и они недостаточно специфичны, поскольку могут появляться не при одном, а при многих психозах.

Таким образом, основное диагностическое значение симптомов реализуется через образованные от них синдромы. При этом симптомы различаются в зависимости от их положения в структуре синдрома. Симптом может выступать как *облигатный*, или синдромообразующий, признак. Так, снижение настроения — облигатный признак депрессии, а фиксационная амнезия — центральное расстройство при корсаковском синдроме. С другой стороны, приходится учитывать и *факультативные* симптомы, указывающие на особенности течения болезни у данного пациента. Так, появление тревоги и психомоторного возбуждения в составе депрессивного синдрома не является типичным, однако его обязательно следует учесть при диагностике, поскольку это может свидетельствовать о высокой вероятности суицида.

Иногда симптом непосредственно указывает врачу на необходимость специальных мероприятий, например, психомоторное возбуждение свидетельствует о высокой остроте состояния и становится показанием к госпитализации независимо от предполагаемого нозологического диагноза. Отказ от еды, активное стремление к самоубийству

требуют активных действий врача еще до установления окончательного диагноза.

Часто врач учитывает своеобразное влияние болезни на окраску того или иного симптома. Таким образом, в психиатрии используют некоторые внесимптомные и *надсиндромные свойства* (качества), указывающие на нозологическую принадлежность симптома. Так, один из важнейших признаков шизофрении — *расщепление (схизис)*. Расщепление — не симптом, а общая характеристика для всех симптомов шизофрении, выражающаяся в склонности к внутренним противоречиям, взаимоисключающим сочетаниям. В частности, галлюцинации, наделенные свойством схизиса, отрываются от естественных процессов восприятия действительности и приобретают свойства псевдогаллюцинаций. Другое надсиндромное свойство — *пароксизмальность*, указывает на родство симптома с эпилепсией. Галлюцинации не считают характерным проявлением эпилепсии, но если они включаются в пароксизм (то есть возникают внезапно, существуют короткое время и также внезапно прекращаются), их рассматривают как признак эпилепсии. При истерии симптомы тоже наделены общими свойствами: они функциональны, обратимы, возникают только в связи с психотравмирующими ситуациями, формируются по механизму самовнушения (то есть таковы, как их себе представляет больной), рассчитаны на наличие зрителей, зависят от их реакции — все это рассматривают как проявление *демонстративности*. Соответственно, галлюцинации при истерии нестойки, связаны по смыслу с переживаемой психотравмой, необычно ярки и театральны.

## 7.2. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

**Синдромом** называют повторяющееся сочетание симптомов, тесно связанных между собой общими механизмами происхождения и характеризующих текущее состояние больного.

Есть основания предполагать, что в основе синдромов лежит общность патогенеза симптомов. Так, свойственная депрессии периферическая симпатикотония ведет к появлению и тахикардии, и запора, и расширению зрачка. Однако в настоящее время патогенетические механизмы психических расстройств довольно мало изучены, поэтому для врачей особо значимы типичность, повторяемость, высокая частота того или иного сочетания симптомов. Часто сочетание определенных

симптомов в синдроме можно объяснить логически. Так, отсутствие способности запоминать текущие события при фиксационной амнезии в соответствии с логикой ведет к дезориентировке во времени и растерянности в новой, незнакомой обстановке.

Синдром — важнейшая диагностическая категория психиатрии. При этом синдромальный диагноз не рассматривают просто как один из этапов в установлении нозологического диагноза. Для решения многих практических вопросов психиатрии правильно описанный синдром значит много больше, чем верно поставленный нозологический диагноз. Поскольку причины большинства психических расстройств пока не определены, психиатры редко могут воздействовать на причину болезни. Основные применяемые в психиатрии лекарственные средства не обладают нозологически специфичным действием, поэтому назначение терапии в большинстве случаев ориентируется на ведущий синдром. Правильно определенный синдромальный диагноз позволяет быстро принять решение о плане дальнейших действий. Так, ярко выраженный депрессивный синдром предполагает наличие суицидальных мыслей, а потому четко указывает врачу на необходимость срочной госпитализации, тщательного надзора, применения антидепрессантов и седативных средств.

Если нозологический диагноз устанавливает основные тенденции течения болезни в целом, предполагаемый прогноз, то синдромальный диагноз характеризует текущее состояние пациента. На протяжении болезни можно наблюдать у одного и того же больного последовательную смену различных синдромов, периоды, свободные от какой-либо патологической симптоматики (интермиссии), одновременное сосуществование нескольких синдромов. Некоторые заболевания (например, эпилепсия и шизофрения) отличаются чрезвычайным полиморфизмом симптоматики. Синдромы, которыми проявляются такие заболевания у различных больных, могут различаться столь сильно, что почти невозможно обнаружить общие для нескольких пациентов признаки. Это привело к тому, что некоторые формы шизофрении в течение многих веков рассматривались как самостоятельные заболевания.

Синдромальный диагноз позволяет преодолеть существующие в мире противоречия в теоретических подходах к классификации психических расстройств. Нозологический принцип диагностики не признан во многих странах мира, и это затрудняет обмен информацией между врачами и учеными различных психиатрических школ. Синдромальная характеристика состояний больного более конкретна.

Она во многом лишена теоретических амбиций и позволяет в понятных большинству врачей терминах оценивать состояние больного независимо от существующей в стране традиции. Действующая МКБ-10 также основана в первую очередь на синдромальном принципе.

Хотя синдромы не указывают непосредственно на нозологический диагноз, их разделяют на более и менее специфичные. Так, апатико-абулическое состояние и синдром психического автоматизма Кандинского—Клерамбо довольно специфичны для параноидной шизофрении и исключительно редки при других заболеваниях. А вот депрессивный синдром крайне неспецифичен и возникает при очень широком круге эндогенных, психогенных, соматогенных и экзогенно-органических заболеваний.

### 7.3. РАССТРОЙСТВА НЕВРОТИЧЕСКОГО И ПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЕЙ

Для характеристики тяжести расстройств используют понятия **невроза**<sup>1</sup> (невротического уровня расстройств) и **психоза**, (психотического уровня расстройств). Невротические расстройства более мягкие, они не всегда заметны окружающим, поскольку человек понимает, что он болен, и старается скрыть от посторонних свои проблемы. Психоз, напротив, является тяжелым расстройством, определяет нелепое и опасное поведение больных, часто требует активных действий со стороны врача, так как больной не может понять, в чем именно состоит болезнь.

Граница между данными уровнями условна. Болезнь, начавшаяся с симптомов невроза, может прогрессировать и перерасти в психоз. Лечение психоза или его самопроизвольное разрешение могут способствовать переходу болезни в более мягкую форму, проявляющуюся невротическими симптомами. В большинстве случаев разделение невроза и психоза проводят по следующим признакам.

#### **Психоз** (психотический уровень расстройств):

- ошибочное восприятие и осмысление действительности;
- нелепое и опасное поведение (в том числе суицид);
- отсутствие критики (сознания болезни).

<sup>1</sup> Не следует путать понятие невроза как уровня расстройств с неврозами — названием группы психогенных заболеваний с мягкой симптоматикой невротического уровня (см. разделы 24.3 и 24.4).

**Невроз** (невротический уровень расстройств):

- в целом верное восприятие и осмысление действительности;
- поведение не всегда адаптивно, но опасные и нелепые поступки исключены;
- наличие критики, стремление избавиться от болезни.

Предложенные критерии не являются абсолютными, в некоторых случаях они не действуют надлежащим образом. Так, расстройства личности (психопатии) обычно относят к пограничной (невротического уровня) патологии. Однако больные с психопатиями рассматривают свое поведение как вполне приемлемое, то есть у них нет критики. Часто приходится наблюдать у психопатов и суицидальные попытки. Широко распространенный истерический невроз чаще проявляется соматическими симптомами, возникающими по механизму самовнушения. Пациенты при этом не могут признать, что они больны психически, а не физически, то есть они также не критичны. Напротив, некоторые пациенты с психозом на фоне проводимого лечения начинают понимать, что они тяжело больны, хотя другие признаки психоза (например, галлюцинации) продолжают беспокоить пациента. У некоторых людей с тяжелой психотической депрессией совершенно отсутствуют обманы восприятия и грубые ошибки в мышлении, они также могут демонстрировать неплохую критику и при этом не в состоянии противостоять стремлению к самоубийству.

Расстройства психотического уровня (бред, галлюцинации, помрачение сознания, тяжелую депрессию, манию) рассматривают как более специфичные. Появление столь грубой симптоматики всегда приводит к дезадаптации пациента, а потому служит безусловным признаком болезни.

Невротические расстройства менее специфичны. Они могут быть проявлением мягких, благоприятных заболеваний, однако часто возникают в инициальном периоде тяжелых болезней, сохраняются при их прогрессировании и сосуществуют с симптомами психоза. Следует учитывать, что феномены, рассматриваемые как симптомы невроза, нередко встречаются у совершенно здоровых людей. У здорового человека они возникают эпизодически и никак не влияют на его общую адаптацию, зато при психических заболеваниях приобретают упорный, навязчивый характер, преобразуют всю жизнь человека, иногда становятся причиной инвалидизации.

Понятия невротического и психотического уровней не связаны с каким-либо определенным заболеванием. Более того, при одной и той же болезни состояние человека в разные периоды времени описывается иногда как невротическое или психотическое. Следует отметить, что при некоторых заболеваниях в течение всей жизни больного симптоматика никогда не выходит за рамки невротического уровня (собственно неврозах, циклотимии, малопрогредиентных формах шизофрении, психопатиях).

## 7.4. ПРОДУКТИВНАЯ И НЕГАТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА

Разделение расстройств на продуктивные и негативные имеет особо важное значение для установления диагноза и прогноза.

- **Продуктивной симптоматикой** (позитивной симптоматикой, плюс-симптомом) называют новый болезненный феномен, некую новую функцию, появившуюся в результате болезни, отсутствующую у всех здоровых людей. Примерами продуктивных расстройств служат бред и галлюцинации, эпилептиформные пароксизмы, психомоторное возбуждение, навязчивые идеи, сильное чувство тоски при депрессии, неадекватная радость при мании.
- **Негативной симптоматикой** (дефектом, минус-симптомом), напротив, именуют ущерб, который наносит болезнь естественным здоровым функциям организма, исчезновение какой-либо способности. Примером негативной симптоматики является утрата памяти (амнезия), интеллекта (слабоумие), способности испытывать яркие, эмоциональные чувства (апатия).

Выделение этих понятий принадлежит английскому невропатологу *Дж.Х. Джексону* (1835–1911). Он считал, что негативная симптоматика обусловлена деструкцией или временным бездействием клеток мозга, а продуктивная — патологической активностью живых клеток и тканей, окружающих болезненный очаг и потому работающих в неестественном, расстроенном режиме. В этом смысле негативная симптоматика как бы указывает на то, какие структуры мозга были разрушены. Она тесно связана с этиологией болезни и более значима для нозологической диагностики, чем продуктивная. Продуктивные расстройства, в свою очередь, являются неспецифической реакцией здоровых тканей на раздражающее действие очага, потому они могут быть общими для различных заболеваний.

Психиатры применяют понятие негативной и продуктивной симптоматики по отношению не только к очаговым поражениям ЦНС, но и к психическим функциям, не имеющим определенной локализации в мозге.

Негативная симптоматика бывает, как правило, необратимой, невосполнимой утратой. Она свидетельствует о значительной длительности заболевания (конечном состоянии) и большой глубине поражения психики. Характер негативной симптоматики довольно специфичен и чрезвычайно важен для диагностики таких заболеваний, как шизофрения, эпилепсия, атрофические процессы. Это позволяет поставить диагноз шизофрении даже тем пациентам, у которых отсутствуют такие типичные продуктивные симптомы, как бред и галлюцинации. Формы болезней, проявляющиеся преимущественно негативной симптоматикой, часто называют *простыми* (простая шизофрения, простая форма прогрессивного паралича).

Продуктивная симптоматика весьма динамична. Она может резко нарастать при обострении заболевания, а затем исчезает сама по себе или под воздействием адекватного лечения. Большинство применяемых в психиатрии психотропных средств предназначено для лечения именно продуктивной симптоматики. Она, как правило, менее специфична и может быть сходной при нескольких различных заболеваниях.

Однозначное разделение симптомов на продуктивные и негативные возможно не всегда. Так, обильная, но бессмысленная речь некоторых больных на заключительных этапах шизофрении (разорванность) рассматривается отдельными врачами как признак продукции, а другими — как дефект (утрата способности мыслить целенаправленно). Деперсонализация может быть проявлением острого чувства тоски (продуктивное расстройство) или результатом необратимых изменений личности (дефект). При многих синдромах негативная и продуктивная симптоматика неотделимы друг от друга. Так, при синдроме Корсакова выпадение из памяти значительных периодов жизни больного и снижение критики (негативная симптоматика) непосредственно ведут к заполнению образовавшихся пробелов вымыслами и фантазиями — конфабуляциями (продуктивная симптоматика).

Для психиатра важен тот факт, что негативная симптоматика отличается стойкостью и обычно бывает необратимой. Однако в клинической практике наблюдают и редкие случаи обратного развития некоторых негативных симптомов. Такая динамика весьма характерна для рас-

стройств памяти при остро возникшем корсаковском психозе. В литературе многократно обсуждались случаи обратного развития негативных симптомов шизофрении. Видимо, следует считать, что утрата функции не означает обязательно гибель мозговых структур, отвечающих за эту роль. В некоторых случаях дефект обусловлен лишь их временным бездействием. К примеру, при острых психозах возбуждение и растерянность мешают больным сосредоточиться, они не могут правильно считать, решать логические задачи. Однако после обретения спокойствия и избавления от продуктивных симптомов становится очевидно, что эти способности не были безвозвратно утрачены. По этой причине **глубину и тяжесть негативной симптоматики следует оценивать только по миновании острого приступа болезни.**

Итак, основные свойства продуктивных и негативных расстройств можно представить следующим образом.

#### **Продуктивные расстройства:**

- проявляются новыми функциями, не существовавшими до болезни;
- неспецифичны, так как являются продуктом живых клеток мозга;
- обратимы, хорошо контролируются лекарственными средствами, могут разрешаться без лечения;
- свидетельствуют об остроте процесса.

#### **Негативные расстройства (дефекты):**

- выражаются в утрате здоровых функций и способностей;
- довольно специфичны, указывают на конкретный пораженный локус;
- обычно необратимы (за исключением расстройств в остром периоде болезни);
- свидетельствуют об исходе болезни.

## **7.5. ПОНЯТИЕ РЕГИСТРОВ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

В основе понятия регистров лежит идея о послойном строении психики. Следует учитывать, что эти слои — не анатомическое понятие, они отражают наше представление о развитии (филогенезе и онтогенезе) психических функций. В процессе формирования психики к прочно закрепленным древним функциям прибавляются все новые и новые,

которые сначала рассматриваются как хрупкие и нестабильные, однако со временем закрепляются и приближаются к базовым (ядерным). Подобную схему психики впервые предложил *Дж.Х. Джексон*.

В соответствии с этой схемой негативные симптомы представляют собой последовательное стирание, растворение (*диссолюцию*) сначала наиболее поздних, поверхностных, хрупких слоев психики и личности, а затем и более древних, глубинных, прочных функций, определяющих ее структуру. Продуктивная симптоматика также развивается (*эволюция*) не хаотично, а путем наслоения на мягкие (невротические) расстройства, возникающие в инициальном периоде болезни, все более тяжелых, грубых (психотических) симптомов.

Таким образом, наблюдая симптоматику каждого отдельного больного, имеют дело не с одним, а со всеми слоями психики, пострадавшими к настоящему моменту. По этой причине у человека с грубым поражением психики наблюдают одновременно и грубую психотическую продуктивную симптоматику (бред, галлюцинации), и более мягкие расстройства (снижение или повышение настроения). Точно так же признаки грубого дефекта (снижение памяти, интеллекта) сосуществуют с менее значительными утратами (астенией). Основное положение данной теории можно образно сформулировать в выражении: *«В любой психоз обязательно входит невроз»*.

Представление о психике как о многослойном объекте помогает понять, почему в психиатрии так мало специфичных симптомов. Особенно неспецифичны мягкие (невротические) расстройства, поскольку они возможны практически при всех заболеваниях. Разочарование в специфичности симптомов психических расстройств выразилось в *теории единого психоза*, согласно которой в психиатрии есть только одна болезнь, а наблюдаемое врачами разнообразие симптомов обусловлено тем, что они видят больных на разных этапах единого процесса. Известный немецкий психиатр *В. Гризингер* (1817–1868) считал, что в начале болезни обычно возникает меланхолия (депрессия), потом бред, а завершается процесс формированием слабоумия. В начале XX в. подобные взгляды высказывали также *К. Бонгёффер* (1868–1948) и *А.Э. Гохе* (1865–1943). Они считали, что человеческий организм вырабатывает ряд стандартных реакций на патогенные воздействия среды, эти реакции неспецифичны, отражают только тяжесть болезни, скорость ее развития, глубину повреждения.

Такая точка зрения не лишена оснований, но выглядит слишком категоричной. Практика психиатрии показывает, что существует

достаточно много болезней, которые никогда не проявляются тяжелыми болезненными симптомами. Для каждого заболевания существует некий предельный уровень (*регистр*), который может быть достигнут в течение всей жизни больного. Так, при неврозах заболевание никогда не выходит за рамки невротических расстройств. При МДП нет галлюцинаций, развернутых бредовых синдромов, расстройств сознания, грубых изменений личности. При шизофрении никогда не возникает симптомов, типичных для органических психозов (таких как делирий, корсаковский синдром, деменция). Самым большим разнообразием отличаются проявления органических психозов, поскольку они включают все нижележащие регистры (рис. 7.1).

Представление о регистрах не является общепринятым, невозможно определить их точное количество. Так, основоположник нозологического направления в психиатрии Э. *Крепелин* (1856–1926) выделял три регистра психических расстройств: 1) невротические и аффективные, соответствующие неврозам и МДП; 2) шизофренические; 3) органические.

В России широко известна подробная, разработанная *А.В. Снежневским* (1904–1987) схема регистров продуктивных и негативных психопатологических синдромов, включающая: астенические; маниакально-меланхолические (аффективные); невротические и деперсонализационные; паранойяльные и вербальный галлюциноз; галлюцинаторно-параноидные, парафренические, кататонические; помрачения сознания; парамнезии; судорожные; психоорганические.

В дебюте болезни обычно наблюдают самые мягкие расстройства (например, астенический синдром). В дальнейшем к ним присоединяются все более тяжелые нарушения, то есть присутствуют одновременно симптомы низших и высших регистров. Картина болезни складывается из всех предшествующих и текущих расстройств. Такой процесс называется *усложнением* синдрома.

При диагностике психических заболеваний следует учитывать, что меньшей специфичностью отличаются расстройства низших регистров. Так, астенический синдром и аффективные расстройства могут встречаться практически при любом психическом заболевании. Чем выше регистр синдрома, тем уже круг диагностического поиска, который приходится осуществлять, и специфичнее синдром. Так, судорожные припадки и пароксизмы наблюдают только при органических заболеваниях, они не могут быть проявлением шизофрении или неврозов.

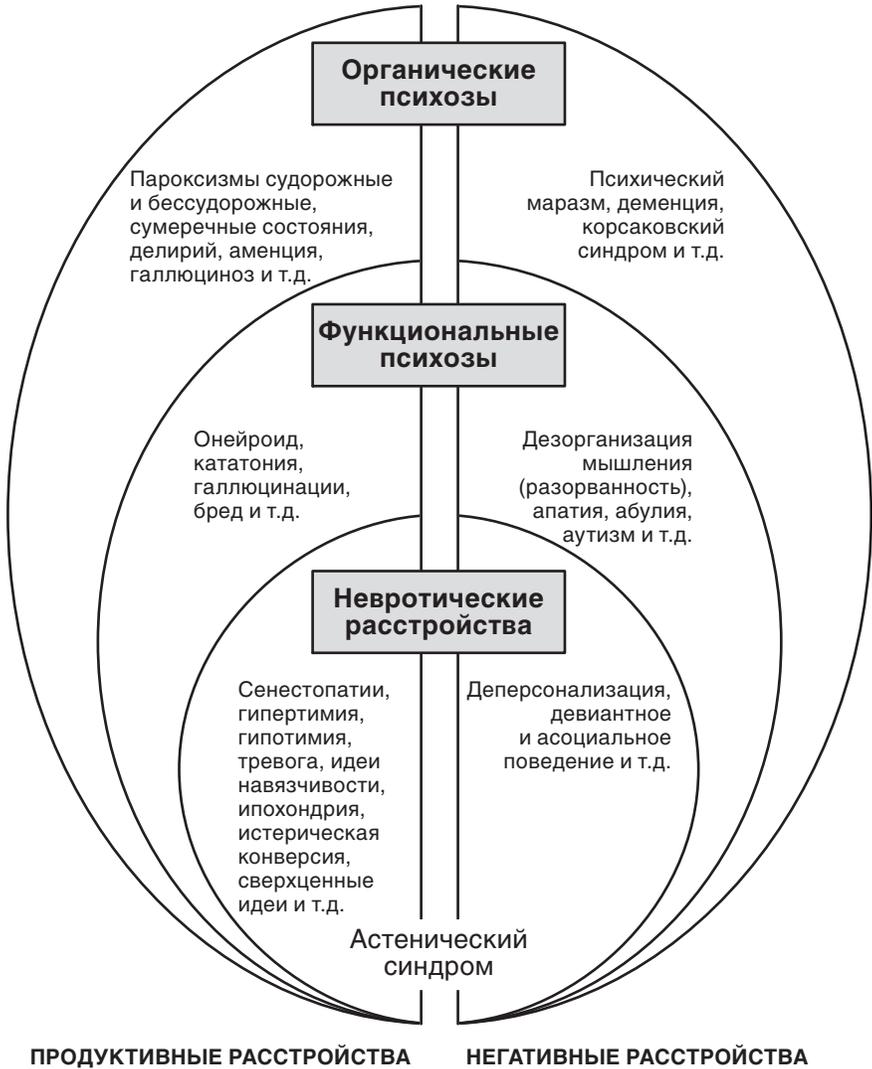


Рис. 7.1. Основные регистры продуктивных и негативных расстройств

В следующих главах последовательно будут проанализированы расстройства таких сфер психики, как восприятие, мышление, память, эмоции, воля и др. Следует учитывать, что разделение психики на сферы весьма условно. Оно допустимо как обучающий (дидактический) прием, однако в действительности психика не является материальным объектом, и ее деление возможно только на основании теорий и концепций. Принадлежность расстройства к той или иной сфере психики также во многом условна, а это означает, что классификации симптомов у разных авторов могут существенно отличаться. Часто симптомы и синдромы рассматривают отдельно друг от друга, поскольку синдром нередко включает расстройство нескольких сфер психики. В данном учебнике специально описаны симптомы и синдромы в одной главе, чтобы проследить значение каждого симптома в формировании синдрома.

### Задания для самоконтроля

**Выберите среди слов, заключенных в скобки, верный вариант.**

1. Пароксизмальность рассматривают как общее свойство всех продуктивных симптомов (*шизофрении; эпилепсии; истерии; мании*).
2. Схизис рассматривают как (*симптом; синдром; надсиндромное свойство; регистр*).
3. Связь симптомов с эмоциональным стрессом, их направленность на зрителей, подверженность самовнушению называют (*негативизмом; схизисом; пароксизмальностью; демонстративностью*).
4. Синдром наилучшим образом характеризует (*причину болезни; темп ее развития; текущее состояние; прогноз*).
5. Классификация МКБ-10 в большей степени нацелена на различение (*синдромов; регистров; нозологических единиц*).
6. Отсутствие критики — типичный признак (*невроза; психоза; дефекта; схизиса*).
7. Шизофрения может проявляться (*невротической; психотической; невротической и психотической*) симптоматикой.
8. Необратимыми чаще всего считают (*невротические; психотические; продуктивные; негативные*) расстройства.
9. К негативным относят многие расстройства, только не (*корсаковский синдром; депрессию; деменцию; апатию*).
10. Простыми называют формы заболеваний, проявляющиеся преимущественно (*невротической; психотической; продуктивной; негативной*) симптоматикой.

11. Нарастание продуктивной симптоматики свидетельствует о (*злокачественности; остроте; необратимости; пароксизмальности*) болезни.

12. Нарастание тяжести болезни приводит к тому, что мягкие невротические симптомы (*замещаются психотическими; преобразуются в негативные; сосуществуют с психотическими*).

13. В любой психоз обязательно входит (*невроз; схизис; дефект; бред*).

14. Наибольшим разнообразием симптоматики отличается клиническая картина (*неврозов; МДП; шизофрении; органических заболеваний*).

15. Наиболее специфичными считают симптомы, соответствующие регистру расстройств (*астенических; аффективных; кататонических; психоорганических*).

16. Шизофрения никогда не проявляется симптомами, соответствующими регистру расстройств (*аффективных; деперсонализационных; кататонических; психоорганических*).