

Министерство здравоохранения СССР
Управление по внедрению новых лекарственных средств
и медицинской техники

**СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ СИНДРОМЫ
ДЛЯ УНИФИКАЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ
СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ
ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Методическое письмо

Составил Н.М. Жариков

Москва, 1970 год

Введение

В настоящее время научная психиатрическая литература в возрастающем количестве обогащается новыми данными, освещающими важные теоретические и практические вопросы психиатрии. Вместе с тем существующие расхождения в диагностической оценке большинства психических заболеваний, различия в понимании их клинического содержания создают большие трудности к сравнительному рассмотрению и обобщению результатов исследований в психиатрии. Отсутствие более или менее очерченной характеристики предмета исследования, а также надежных методик по унифицированной оценке психического состояния больных ограничивает и нередко исключает использование в психиатрии вычислительной техники, и, естественно, препятствует дальнейшему научному прогрессу психиатрии.

Сказанное в большой мере относится и к одной из важнейших проблем психиатрии – проблеме шизофрении, поскольку это наиболее распространенное заболевание, приводящее к стойкому снижению или полной потере трудоспособности больных.

Существуют значительные трудности в клиническом отграничении этого заболевания от многих психических расстройств, протекающих как в форме шизофреноподобных психозов, так и с неврозоподобной, психопатоподобной и иной симптоматикой. Стремление к вычленению того, что принято называть основным расстройством при шизофрении, до сих пор не привело к единству мнений. Может быть поэтому клинические границы и содержание понятия «шизофрения» еще не могут считаться общепринятыми. В своем большом эпидемиологическом обзоре Пфланц констатирует, что существует лишь от 30% до 60% совпадений среди психиатров в диагностике шизофрении. Это одна из причин, почему шизофрения диагностируется различными специалистами в крайне широких пределах – от 1 до 15 больных на 1000 населения (И.С. Иолович, О.В. Кербинов, И.А. Бергер и Г.А. Тиганова, Г.В. Зе-

невич, И.Н. Терновский, М.И. Рыбальский, Е.Д. Красик, А.Я. Доршт, В.В. Бориневич, Н.М. Жариков, Ларсен и Сьегрен, Пишо и многие другие). Еще большие трудности имеются в определении форм заболевания, о чем говорит еще большая пестрота в их статистике.

Установившийся в психиатрии принцип подразделения шизофрении на основании ее клинических форм (Крепелин, Блейлер, Дим и др.) также мало помог преодолению трудностей в идентификации больных, так как сами формы, как оказалось, представляют лишь отдельные этапы развития заболевания. Кроме того, понятие формы слишком обобщено для того, чтобы дать представление о большом многообразии психических расстройств, наблюдавшихся при шизофрении. В связи с этим публикация исследований по проблеме шизофрении, полученных с применением различных, порой весьма точных, лабораторных методик, но без дифференцированного клинического описания состояния больных, делают невозможным проведение обобщений и сравнительных оценок получаемых результатов.

Таким образом, сравнительная оценка результатов научных исследований, проведение эпидемиологических и других работ требуют, в качестве основного условия, более высокого уровня унифицированной оценки психопатологических проявлений шизофрении. Такие унифицированные стандарты должны иметь определенное психопатологическое содержание и быть специфичными в такой мере, чтобы они могли легко распознаваться, и их идентификация в наименьшей мере определялась бы диагностической установкой психиатров. В последние годы делались попытки преодолеть трудности в решении этих проблем с помощью электронно-вычислительных машин. В частности, Оверол и Холлистер разработали диагностические модели, основанные на определениях болезни, содержащихся в учебниках психиатрии. Они обнаружили хорошее согласие по диагнозу, поставленному на основе констелляции симптомов, содержащихся в учебниках. Но когда клиницисты кодировали реальные истории болезни, диагнозы, определенные с помощью ЭВМ,

обнаружили весьма малую корреляцию с клиническими диагнозами. Эти и подобные факты указывают на существенное расхождение между теоретическими симптомами и существующей диагностической практикой (Аstrup). Мысль о возможности объективизации психиатрического диагноза на основе выделения естественных совокупностей симптомов, путем обнаружения их тенденции к группировке с помощью ЭВМ, послужила основой для еще одной работы Оверола. Подобные попытки предпринимались и другими авторами, однако эти исследования еще не вышли из стадии экспериментов. Вместе с тем сам первичный процесс вычленения «элементарных» симптомов, по-видимому, таит в себе все те же черты «субъективизма», которые как раз и стремились преодолеть авторы с помощью ЭВМ. Вероятнее всего, в настоящее время стандартизацию психиатрического диагноза, равно как и клиническое определение состояния больного, для решения узких задач конкретных исследований более перспективно искать в выработке операционного понятия диагноза, при котором само описание принималось бы за определение болезни. При таком подходе, в какой-то мере, должны нивелироваться различия в воззрениях на нозологическую оценку статуса больного.

Как показала практика диагностических семинаров, проводимая по программе ВОЗ в Советском Союзе и за границей, совпадений в синдромальной оценке состояний больных психиатрами различных школ значительно выше, чем совпадений в их нозологической трактовке. Этот факт позволяет использовать понятие о синдроме в качестве основы унификации клинической оценки состояния больных, особенно, если ввести определенные ограничения, позволяющие стандартизовать их содержание. За стандартизованный синдром можно принять такую абстрактную, усредненную, систему симптомов (модель), которая по наблюдению клиники сохраняет устойчивую структуру, как с точки зрения качественного состава симптомов, так и их количественных взаимоотношений на каждом этапе развития заболевания. Установленные таким образом синдромы содержат существенную инфор-

мацию, как об особенностях проявления заболевания, его прогнозе, так и об уровне поражения психики больного.

По структуре синдромы могут быть простыми и сложными. В первом случае психические расстройства ограничиваются нарушением преимущественно какой-либо одной сферы психической деятельности, а в последнем – многих. Однако прямой связи между сложностью структуры синдрома и уровнем поражения нет. Нужно иметь также в виду, что синдромы шизофрении часто являются динамической развивающейся системой симптомов, границы которой не всегда могут быть формально определены с нужной определенностью. Однако на уровне стандартизованных синдромов, на котором, условно, симптоматика синдромов принимается за статичную, такие границы, хотя в некоторых случаях условные, могут быть намечены. Количество таких синдромов в клинике того или иного психического заболевания может быть различно и зависит как от особенностей клиники этого заболевания, так и нужного уровня дифференциации в связи с задачами исследования.

Ниже будет приведен перечень описаний стандартизованных синдромов, встречающихся при шизофрении, принятых в отделении эпидемиологии Института психиатрии АМН СССР. С помощью такого перечня (определителя синдромов) можно идентифицировать, практически, достаточно полно почти все состояния больных шизофренией и присвоить им определенный шифр, что открывает перспективы к применению вычислительной техники.

Предложенный перечень не должен рассматриваться как исчерпывающий и окончательный. В процессе клинического изучения, а также при клинико-статистическом сопоставлении эпидемиологических данных возможно как описание новых психопатологических состояний, так и уточнение тех, которые приведены в перечне.

Стандартизованная оценка клинического состояния больных, согласно прилагаемому перечню синдромов, при изучении шизофрении может применяться:

1. В клинических исследованиях шизофрении, предусматривающих уточнение как присущих ей психопатологических особенностей, так и их динамики.

В клинических исследованиях, направленных на оценку эффективности терапии и мер социально-трудовой адаптации больных шизофренией.

В указанных двух направлениях исследований квалификация клинического состояния обследуемых больных с применением стандартизованных синдромов настоящего перечня или вновь предлагаемых, с описанием их психопатологического содержания позволит использовать методы статистического анализа, что, в свою очередь, сделает возможным сопоставление результатов различных исследователей.

2. В лабораторных исследованиях шизофрении.

Последние, вероятно, дали бы существенно больше сведений к пониманию как этиологии, так и патогенеза заболевания, если бы сочетались с более определенной и надежной клинической информацией об обследованных больных. Приведение клинических характеристик на обследованных больных по стандартизованному перечню синдромов создает предпосылки для устранения различий в лабораторных показателях, которые проистекали из-за нечеткого определения предмета исследования, и дает возможность сопоставления результатов, полученных в разных лабораториях.

3. В эпидемиологических исследованиях.

Эпидемиологический метод возник впервые при изучении инфекционных заболеваний. Но в последнее время приемы научного анализа эпидемиологов-инфекционистов, так же, как и терминология, стали применяться и для изучения неинфекционных заболеваний. Оценка роли различных факторов, способствующих возникновению шизофрении, их провоцирующая или иная роль, сказывающаяся на особенностях течения, проблемы динамики синдромов, вопросы социально-трудовой адаптации больных и многие другие вопросы могут изучаться с применением эпидемиологического метода. Результаты такого

изучения могут иметь важное практическое и теоретическое значение.

Одним из существенных препятствий к эпидемиологическому изучению шизофрении является то, что (как это отмечалось ранее) при существующем значительном различии в принципах диагностики шизофрении сведения о количестве больных шизофренией сами по себе мало что значат, ибо различными авторами по-разному понимается её клиническое содержание. Отсюда важно, чтобы в эпидемиологических исследованиях была дана характеристика того, в каких клинических границах и в рамках каких психопатологических проявлений рассматривает шизофрению тот или иной исследователь. Такая характеристика шизофрении может быть выражена в различных синдромах, частота и соотношение которых будут определяться клиническими особенностями больных, обследованных с помощью эпидемиологического метода.

В заключение еще раз следует подчеркнуть целесообразность синдромологической оценки состояний больных в рамках существующей клинико-нозологической систематики, что позволяет достигнуть большей однородности клинического содержания синдромов. Наряду с этим наличие дискретных, сходно понимаемых и поддающихся статистической и графической обработке единиц наблюдения (синдромов) позволяет более широко использовать современную вычислительную технику.

ОПИСАНИЕ СТАНДАРТИЗОВАННЫХ СИНДРОМОВ

Состояния, соответствующие преморбидным особенностям личности больного (интермиссия) 00

Субдепрессия циклотимического характера 01

Угнетенное, меланхолическое настроение, сопровождающееся тягостными физическими ощущениями: «несвежая голова», чувство усталости, разбитости, особенно по утрам. Сон обычно недостаточный, часто прерывается кошмарами, порой, сменяясь днем трудно преодолеваемой сонливостью. В более тяжелых случаях появляются тревожные опасения и настороженность в отношении своего здоровья, боязнь заболеть раком или другой тяжелой соматической болезнью, явления нестойкой дисморфофобии. Мир кажется безрадостным, ничто не доставляет удовольствия. Больные в этом состоянии чрезвычайно чувствительны ко всякого рода неприятностям и очень остро реагируют на них. Иногда имеется элемент тревоги, ожидания какого-нибудь несчастья. Некоторые больные никак не могут отделаться от чувства собственной виновности и неполноценности, они постоянно вспоминают и пересматривают всю свою жизнь в прошлом. В движениях, в мимике больных отмечаются следы легкой заторможенности: вялая, невыразительная мимика, замедленная походка, скупые жесты. В этих случаях обычно замедленны и интеллектуальные процессы. Однако такие больные могут работать, но работа требует от них большого сосредоточения, сил, волевого напряжения. Иногда субдепрессивные расстройства настолько отчетливо превалируют в утренние часы и так хорошо компенсируются во второй половине дня, что при соответствующем трудовом режиме (работа во вторую смену) больные сохраняют хорошую трудоспособность, не прибегая к помощи врача. Внешне некоторые больные могут в какой-то степени компенсировать свое угнетенное настроение, причем даже близкие могут не знать об их самочувствии, и только тщательный расспрос выявляет действительное состояние больного.

Динамические субдепрессивные состояния 02

Динамический вариант субдепрессии характеризуется ощущением бессилия, немощи, безволия. Депрессия сопровождается двигательной вялостью; больные жалуются на то, что им все приходится делать через силу. Часто бывает бессонница. Больные выглядят равнодушными, безучастными к окружающему, у них понижено настроение и полностью отсутствуют какие-либо желания и побуждения. В этих состояниях обычны жалобы на «отсутствие всякого настроения», «отсутствие стимула к жизни» и т.п. Пониженное настроение часто выявляется только при специальном расспросе. В этом синдроме относительно слабо выражен компонент витальной тоски, основные расстройства при этом синдроме внешне проявляются главным образом в двигательной сфере и, как правило, сочетаются с волевыми и с интеллектуальными нарушениями.

Состояния гипоманий циклотимического характера. . . 03

Клинически данный синдром проявляется стойким слегка повышенным настроением, психомоторной и интеллектуальной активностью. Больные могут быть резкими, грубыми, расторможенными; однако определяющий аффект – веселость, жизнерадостность, переоценка своих возможностей, чем этот синдром отличается от гипоманий с психопатоподобным поведением (04).

В отличие от маниакальных состояний (15) все симптомы мании рудиментарны, больные продолжают работать и, во всяком случае, не требуют стационарирования.

Состояния гипоманий с психопатоподобным поведением 04

Особенностью этих состояний является сочетание маниакальных изменений аффекта с психопатоподобным поведением, иногда напоминающим гебоидное. В этих случаях нет выраженного идеаторного возбуждения, а пре-

обладает моторный компонент гипомании с эмоциональной взрывчатостью и расторможением влечений. Такие больные подвижны, взбудоражены, беззаботны и самоуверенны. С окружающими – раздражительны, бестактны и требовательны, часто стремятся к доминирующему положению в семье, стремятся навязать свои желания близким, становятся деспотичными. Ничто не вызывает у них сочувствия, они равнодушны к несчастью близких, тягостны для окружающих своей докучливой назойливостью, бесцеремонностью, придиричивостью, а иногда и склонностью к сутяжной деятельности. Порой у них в этих состояниях можно отметить и резкое усиление влечений, чаще всего сексуальных или к алкоголю, наркотикам, в связи с чем больные часто оказываются правонарушителями. Поскольку у больных в этом состоянии на первый план выступает психопатоподобное поведение, а аффективные нарушения заметны меньше, важное значение для окончательного определения синдрома имеет фазность описанных расстройств.

Субдепрессивные состояния с ремиссиями между ними 05

Этим шифром определяются случаи субдепрессивных приступов с ремиссиями между ними, когда точная датировка возникновения и определение длительности как тех, так и других затруднены.

В целом для этих состояний характерны легкие проявления депрессивной триады (пониженное настроение, неглубокая интеллектуальная и психомоторная заторможенность), не лишаящей больных трудоспособности, и не характерно чувство витальной физически ощутимой тоски или выраженной психической анестезии, однако в рудиментарной форме эти расстройства могут быть. При наличии у больных коротких и неглубоких светлых промежутков между длительными субдепрессиями для квалификации состояния правильнее использовать шифр 01.

Частая смена субманиакальных и субдепрессивных состояний с краткими ремиссиями 06

Этим шифром определяются состояния, при которых помимо субдепрессивных приступов (01) имеются и субманиакальные (03, 04), с обычно непродолжительными ремиссиями между ними.

Непрерывная смена субаффективных состояний (тип «continua») 07

Синдром характеризуется постоянной сменой субдепрессивных и гипоманиакальных состояний.

Нерезко выраженные аффективные состояния без указаний на их вид. 08

Этим шифром определяются легкие аффективные расстройства, дальнейшая дифференциация которых затруднена.

Депрессии с навязчивостями 09

В данном синдроме может быть представлена вся депрессивная триада: тоска, идеаторная и моторная заторможенность, которые чаще всего выражены слабо. Весьма характерны переживания больных, которые несут в себе много «рационалистических» резонерских элементов и лишены чисто «витального» оттенка. Больные внешне не выглядят слишком тоскливыми. В их поведении депрессия может и не находить достаточно заметного выражения, например, женщины продолжают следить за собой, пользуются косметикой и т.д.

На первом плане при данном синдроме отмечаются в высказываниях больных жалобы на навязчивости, чаще всего это депрессивные навязчивые расстройства: неприятного содержания воспоминания, сопровождаемые чувством стыда, раскаяния, ипохондрические, типа овладева-

ющих представлений и другие. Их необходимо отличать от идей самообвинения, которые больные называют «навязчивыми», но которые не сопровождаются переживаниями чуждости этих расстройств и стремлением преодолеть их, т.к. их содержание соответствует свойственной больным в этом состоянии пониженной самооценке. Такое состояние имеет склонность к затяжному течению и включает нередко психопатоподобные черты: капризность, требовательность, брюзгливость, конфликтность. Жалобы на пониженное настроение носят монотонный, стереотипный характер, и состояние в целом становится мало похожим на депрессивное, в связи с чем его трудно бывает отличить от психопатоподобного или неврозоподобного. Однако при подробном расспросе у больных выявляются упорные суицидальные мысли и попытки. По окончании приступа исчезают и явления навязчивости. Иногда, при развитии депрессии, у личности психастенического склада, наряду с выраженной типичной триадой симптомов эндогенной депрессии, могут иметь место навязчивости типа навязчивых влечений, действий, страхов и т.п., носящих психастенический характер, хотя и возникающих в рамках депрессивного синдрома. С исчезновением приступа, как правило, исчезают и навязчивости.

Депрессии эндогенная и анестетическая с идеями самообвинения, осуждения или иным депрессивным бредом 10

В классических случаях на высоте приступа ведущими синдромами является триада – тоска, моторная и идеаторная заторможенность. Характерны также вегетативные (соматические) расстройства: запоры, сухость слизистых; мидриаз, расстройства сна и аппетита. Чувство «вitalности» переживаний является одной из характерных черт эндогенной депрессии. Оно выражается ощущением физической тоски, чаще локализуемой в области груди и сердца. Типичны суточные колебания настроения с улучшением во второй половине дня. Больные высказывают идеи самообвинения и осуждения. Последние часто имеют не бредо-

вой, а сверхценный характер: преувеличиваются и приобретают первостепенную важность действительно имевшие место мелкие факты из жизни больного. Свойственный этому синдрому бред следует отличать от бреда преследования (см. следующий синдром – 11).

При другой разновидности эндогенной депрессии (анестетической) депрессивная триада редко представлена полностью, обычно преобладают аффективные расстройства, которые к тому же не несут в себе «vitalных» компонентов, как при эндогенной депрессии. Иногда больные вообще не жалуются на снижение настроения, говорят, что настроения нет никакого и свое состояние характеризуют как бесчувственное (психическая анестезия). Часто отмечается отсутствие чувства сна. Чем тяжелее состояние, тем примитивнее «исчезающие» чувства, например, если при легкой депрессии исчезает чувство радости от солнечной погоды и т.д., то при тяжелой – чувство голода, сытости, жажды, восприятия вкуса соленого, сладкого и т.д. Суточные колебания в состоянии больных иногда достаточно выражены, но могут и не быть. В этом случае клиническая картина довольно монотонна. Психическая анестезия причиняет обычно страдание, но не всегда.

Депрессии эндогенные с бредом преследования (без автоматизмов и интерметаморфоза) 11

Главное отличие от предыдущего состояния заключается в проявлении бреда преследования, а не сверхценных идей или депрессивного бреда.

Необходимо отличать идеи преследования от идей осуждения. В обоих состояниях больные могут говорить о преследовании, различие в том, что при идеях осуждения больного преследуют честные люди с целью справедливого возмездия; тогда как при бреде преследования их преследуют преступники, а сами они – невинные страдальцы. В этом состоянии отсутствуют галлюцинации, автоматизмы, бред инсценировки, ложные узнавания, возможны лишь акоазмы, оклики. Довольно часто отмечаются вербальные иллюзии.

Депрессии с тревогой и ажитацией 12

Данный тип депрессии характеризуется преобладанием тревоги и ажитации, отсутствием моторной заторможенности. Тоскливый аффект на втором плане, иногда больные вообще не жалуются на тоску. На первом плане – тревога, часто безотчетная, напряженное ожидание катастрофы. Больные не в состоянии сидеть на месте, в легких случаях просто ходят из угла в угол; в более тяжелых – мечутся по палате, рвут на себе волосы и одежду, стараются разбить голову о стену, хватаются за окружающих, умоляют о помощи или о том, чтобы их убили. На высоте расстройств могут возникать состояния раптуса. В крайне тяжелых случаях движения и высказывания больных становятся стереотипными: больные раскачиваются на койке, заламывают руки, повторяют одно и то же восклицание – тревожная вербигерация. Чрезвычайно часты суицидальные попытки, которые порой предпринимаются больными прямо на глазах персонала без каких-либо маскировок своих намерений.

Таким образом, для данного состояния, в отличие от депрессивно-параноидного синдрома, не является характерным полное развитие острого чувственного бреда депрессивного содержания и бреда интерметаморфозы. Если последний выражен достаточно, то синдром следует квалифицировать как 14.

Депрессии с галлюцинациями, псевдогаллюцинациями и атипичные депрессивные состояния 13

Данный синдром определяется сочетанием депрессивного аффекта, иногда атипичного, с явлениями вербального галлюциноза (или псевдогаллюциноза). Галлюцинаторные переживания носят «неотступный» характер, чаще депрессивного содержания. По своей структуре слуховые галлюцинации довольно однообразны; больные слышат, как их бранят, обвиняют во всевозможных преступлениях, грозят карой, расправой. Иногда депрессия, в дополнение к указанным расстройствам, может приобретать тревожный характер.

Депрессивно-параноидные состояния, в частности с синдромом Котара 14

Депрессивно-параноидные состояния относятся к числу сложных синдромов, где, наряду с аффективными расстройствами, обычно сочетающимися с тревогой и ажитацией, имеются и бредовые, но с рядом особенностей. Вся фабула бреда носит депрессивный характер с идеями виновности и осуждения. Больные в тревоге мечутся, слышат, как все вокруг осуждают их, проклинаят, готовят страшную казнь. Ориентировка обычно бывает нечеткой, бредовой: больному кажется, что он в тюрьме, в судебном учреждении и т.п. В отличие от онейроидного синдрома чрезвычайно фантастическая ориентировка не свойственна больным в депрессивно-параноидном состоянии. Существенным проявлением депрессивно-параноидного синдрома является бред интерметаморфозы (бред инсценировки) в сочетании с вербальными иллюзиями, бредом особого значения, ложными узнаваниями.

Следует иметь в виду, что бред интерметаморфозы не является исключительной принадлежностью депрессивно-параноидного состояния, он часто участвует в структуре других психопатологических состояний. Поэтому бред интерметаморфозы является необходимым, но не специфичным признаком депрессивно-параноидного синдрома. Наибольшие трудности возникают при отграничении этого синдрома от инициального этапа так называемого ориентированного онейроида (шифр 23), в случае, если онейроидный приступ развивается на депрессивном фоне. Для их разграничения имеют значение особенности бреда интерметаморфозы: на инициальном этапе развития онейроида у больных имеются отдельные, очень лабильные ложные узнавания, те или иные из окружающих почему-то напоминают родных и знакомых, имеется ощущение, что вокруг что-то разыгрывается. При депрессивно-параноидном состоянии больной узнает в окружающих родных и знакомых, которые собрались с более или менее определенной целью; вокруг с той же целью разыгрывается спек-

такль. Таким образом, бред интерметаморфозы становится более бредовым, более фабульным.

В ряде случаев бред виновности и осуждения приобретает характер громадности. При этом больной полагает, что его вина не имеет границ, из-за него может пострадать вся страна, весь мир, наконец, вся вселенная и платой за такое преступление могут быть лишь вечные муки в вечном бесмертии (бред Котара). Иногда бред приобретает нигилистический характер – мир погиб, ничего нет, больной остался один. В ряде случаев синдром Котара может наблюдаться и в рамках эндогенной депрессии (10). В этом случае он протекает без бреда интерметаморфозы и других особенностей, свойственных депрессивно-параноидному синдрому. У других больных синдром Котара приобретает ипохондрический характер (выраженный ипохондрический синдром с бредом отрицания). Больной полагает, что все тело, внутренние органы подвергаются постоянному разрушению, гниению (или уже разрушены и сгнили), чувствует внутри пустоту или, наоборот, что его органы чем-то заполнены, благодаря чему организм перестал функционировать и скоро наступит смерть. Все разновидности синдрома Котара могут включаться как в рамки депрессивно-параноидных состояний (14), так и эндогенной депрессии (10).

Маниакальные состояния, в том числе с маниакальным бредом 15

Для этих состояний характерно повышенное настроение, психомоторное возбуждение, ускорение ассоциативных процессов. Больные сначала деятельны, активны, легко возбудимы, строят много планов. С ухудшением состояния деятельность больных теряет целенаправленный характер, нарастает двигательное возбуждение, усиливается отвлекаемость вплоть до гиперметаморфоза. На высоте маниакального состояния возбуждение становится хаотическим, речь – непоследовательной (скачка идей). Больной может быть гневливым («гневливая мания»). Часты идеи переоценки своих возможностей, своей личности.

В некоторых случаях периодической и протекающей в форме шубов шизофрении маниакальные состояния носят выраженный атипичный характер. Двигательная активность преобладает над интеллектуальной («непродуктивная мания») или аффект повышенного настроения заменяется состоянием экзальтации и экстаза, при небольшой моторной активности.

При маниакально-бредовых состояниях мания сочетается с бредом величия без интерметаморфозы, без растерянности, нет антагонистических бредовых идей борьбы партий, нет симптомов помрачения сознания. В отличие от чисто маниакальных состояний, где могут присутствовать только идеи переоценки своих возможностей, в данном случае могут быть различные бредовые идеи (отношения, реформаторства, изобретательства, величия и т.п.).

Таким образом, основным для маниакально-бредовых состояний является сочетание маниакального аффекта с маниакальным, напоминающим по своей структуре интерпретативный, бредом. У одних бредовая симптоматика может носить разрозненный, несистематизированный характер, у других она имеет яркую тенденцию к систематизации, не достигающей, однако, полного завершения. Иногда может отмечаться фантастическая трансформация бреда, не сопровождающаяся, вместе с тем, развитием чувственного компонента, что отличает эти приступы от острой парафрении (21).

Непрерывная смена депрессивных и маниакальных состояний 16

Синдром характеризуется отсутствием светлых промежутков между фазами, когда мания переходит непосредственно в депрессию, а депрессия – в манию. Возможны лишь послабления проявлений в момент смены фаз или возникновение в этот период смешанных состояний. Этим же шифром определяются сдвоенные фазы.

Смешанные аффективные состояния 17

Характерным для этих состояний является одновременное сочетание в состоянии больных черт, свойственных как маниакальному, так и депрессивному синдромам. В широком смысле сюда входят такие синдромы, как «заторможенная мания», депрессии с ускоренным течением представлений или депрессии с отсутствием психомоторной заторможенности, «ворчливая депрессия», «депрессия с раздражительностью» и т.п. Однако при определении шифра следует отдавать предпочтение какому-либо одному синдрому – мании или депрессии, как более типичным, определяющим состояние больного в целом. Пользуются данным шифром лишь в случаях, когда отнесение больного к какому-либо одному состоянию затруднительно.

Мании с бредом преследования 18

Данный синдром отличается от чистого маниакального синдрома тем, что у больных появляются обычно несвойственные мании идеи преследования, которые нередко с развитием синдрома могут приобретать характер бреда «протекции». Больные начинают «понимать», будто за ними следят с благожелательными целями, хотят уберечь их от неправильных поступков; выяснить подходят ли они для выполнения высокой миссии и т.п. При дальнейшем развитии синдрома он может трансформироваться в острый парафренный (21).

Мании с галлюцинациями и псевдогаллюцинациями . . 19

Характеризуется сочетанием маниакального аффекта с вербальным галлюцинозом или (чаще) псевдогаллюцинозом. «Голоса» имеют «информирующий» характер; больные слышат похвалы, сообщения о своем высоком предназначении, об «образовании борющихся между собой партий», причем исход этой борьбы зависит от больного и т.д. Больные в этом состоянии обычно пассивны, субъек-

тивно они не чувствуют себя творцами великих идей и часто говорят, что узнают о своей высокой миссии только из «голосов». Двигательная активность таких больных обычно значительно менее выражена, чем при других маниях. Этим же шифром определяются случаи острой галлюцинаторной парафрении.

Маниакально-кататонические и маниакально-гебефренные состояния 20

Эти состояния относятся к кругу атипичных проявлений маниакального синдрома. Для них не характерно истинно повышенное настроение и большая продуктивность с ускорением интеллектуальных процессов. Характерной чертой этих состояний является двигательная активность то с оттенком кататонического нецеленаправленного возбуждения, то с оттенком дурашливости, склонности к плоским шуткам, клоунады, гримасничания, тенденции к нелепым поступкам. Иногда эти расстройства могут сочетаться с отдельными бредовыми идеями и вербальными псевдогаллюцинациями. Нередко на высоте маниакальной гебефрении можно отметить явления пуэрилизма.

Необходимо иметь в виду, что при такого рода состояниях часто могут иметь место онейроид или острый чувственный, а порой и фантастический бред. Поэтому всякий раз при диагностике маниакально-гебефренного состояния необходимо исключить острый парафренный синдром и онейроидные состояния.

Острые парафренные состояния 21

Данное состояние характеризуется преобладанием в клинической картине фантастически-параноидных расстройств. Бред может быть различным по содержанию: фантастический бред величия, изобретений, реформаторства, знатного родства и т.п., но всегда отличается острым чувственным характером, не имеет тенденции к систематизации и сочетается с выраженными аффективными рас-

стройствами. Фантастичность бреда и изменчивость его фабулы, по мере развития синдрома, нарастает и сопровождается выраженными ложными узнаваниями, иллюзорными расстройствами, антагонистическим содержанием бредовых идей (борьба вокруг больного двух партий, положительное и отрицательное воздействие и т.п.). Особенности бреда интерметаморфозы соответствуют описанным при депрессивно-параноидном синдроме (шифр 14).

Аффективные расстройства при остром парафреническом состоянии проявляются в широком диапазоне от экзатического до депрессивного со страхом и ощущением мировой катастрофы. Наряду с этими расстройствами, очень часто острому парафреническому состоянию свойственны яркие, образные, аффективно окрашенные проявления синдрома психического автоматизма. Иногда приступы могут протекать по типу острой галлюцинозной парафрении (в этом случае весь синдром правильнее квалифицировать шифром 19) или, в редких случаях, с преобладанием сновидных и конфабуляторных расстройств.

Острые парафренические состояния нередко переходят в онейроид, поэтому могут возникать трудности в отграничении этого состояния в основном от «ориентированного онейроида» (шифр 23). В этом случае, помимо особенностей бреда интерметаморфозы, следует учесть, что при острой парафрении, в отличие от ориентированного онейроида, не должно быть многочисленных зрительных галлюцинаций и псевдопарейдолий. В поведении больных не так выражена растерянность и почти полностью отсутствуют кататонические симптомы.

Редуцированные онейроидные состояния 22

Данный шифр следует использовать только при определении «абортного», «редуцированного» онейроидного приступа. В этом состоянии отмечается чрезвычайно лабильный аффект, нередко с внезапными колебаниями настроения к противоположному полюсу (депрессия часто со значительным оттенком тревоги и страха, мания – с оттен-

ком экстаза). Обычно в начале приступа наблюдаются нарушения сна, в дальнейшем проявляется растерянность, вплоть до гиперметаморфоза. Бредовые идеи, носящие образный, чувственный характер, могут быть самого различного содержания: депрессивные, величия, преследования, отравления, ревности, любовные, ипохондрические. Отсутствует интерпретация, нет тенденции к объединению всех бредовых идей в более или менее определенную фабулу. Бредовые идеи легко исчезают и сменяются новыми, порой прямо противоположными по содержанию. Почти постоянно присутствуют различные психические автоматизмы, особенно часты: ментизм, бред воздействия, открытость. Последние отличаются теми же особенностями: образные, конкретные, хаотичные, очень лабильные, различные по фабуле или вовсе лишённые её. То же самое можно сказать и о бреде интерметаморфозы – ложные узнавания и инсценировка лишены определенной фабулы.

К особенностям всех симптомов этого состояния должна быть отнесена минимальная, по сравнению со всеми более поздними этапами развития онейроида, фантастичность. Содержание всех расстройств более или менее обыденно, но иногда может возникать какая-нибудь фантастическая идея, поражающая своей контрастностью с остальными.

Состояния ориентированного онейроида 23

Часто, как самое характерное при этом синдроме, описывается двойная ориентировка: больной одновременно знает, что он в палате, и в то же время представляет себе, что он находится на Луне. Однако в таком виде этот симптом наблюдается редко, обычно речь идет либо о колеблющейся, ундулирующей ориентировке – больной то в палате, то на Луне; либо (видимо, чаще всего) больной воспринимает палату и все остальное, как части лунного пейзажа, причем он сознает это не в момент психического расстройства, а после выхода из него. Возможно, более правильно говорить об иллюзорной, а не о двойной ориентировке.

Таким образом, самой существенной чертой ориентированного онейроида является максимальная, такая же, как при истинном онейроиде, фантастичность всех имеющихся расстройств при сохранившейся способности воспринимать окружающий мир. Следует еще отметить большое число зрительных псевдогаллюцинаций и псевдопарейдолий. Аффект лабильный от депрессии до мании, часто с тревогой или экстазом, и одновременно растерянностью. Характерно колебание состояния у больных от полной поглощенности психопатологическими переживаниями до способности в отдельные моменты критически оценивать происходящее.

Онейроидно-кататонические состояния 24

Так следует квалифицировать онейроидные приступы, развивающиеся до этапа истинного онейроида при достаточно выраженной кататонической симптоматике. Истинный онейроид характеризуется грандиозным фантастическим грезоподобным бредом. Отрешенность от реальности полная. Часто больной находится в состоянии кататонического ступора. Выражены вегетативные расстройства.

Фебрильно-кататонические состояния 25

Приступы отличаются от обычных онейроидных значительными соматическими расстройствами: высокой температурой, герпетическими высыпаниями, обезвоженностью организма, покраснением или, наоборот, желтушно-серой окраской кожных покровов, ломкостью капилляров, изменениями картины крови, нередко нарастающим истощением. Одновременно наблюдается выраженное и беспорядочное возбуждение, которое иногда прерывается ступором. Психотические переживания фрагментарны. По миновании острого периода обнаруживается амнезия.

Острые паранойяльные состояния 26

Для острого паранойяльного состояния характерно внезапное и быстрое (в течение нескольких дней или недель) развитие интерпретативного бреда. По содержанию это чаще бред преследования, отравления, ревности или ипохондрический, изобретательства и т.д. Таким образом, содержание бреда в этом состоянии может быть таким же, как и при хронически протекающих бредовых психозах. Однако развитие бредовых идей сопровождается выраженной остротой состояния с наличием аффективного напряжения: растерянности и тревоги, элементами бреда значения (острое тревожно-бредовое состояние), но, при всем этом, преобладает интерпретативный бред с быстро выступающей тенденцией к систематизации, не получающей, вместе с тем, полного завершения. Нередко острое паранойяльное состояние развивается вслед за внешними факторами, по типу сверхценных идей, но связь с экзогенными моментами в процессе развития бреда теряется. Галлюцинаций и психических автоматизмов, как правило, не отмечается совсем или они крайне рудиментарны.

Острые бредовые (параноидные) состояния 27

Для этого синдрома характерен острый чувственный бред, сопровождающийся растерянностью, аффектом страха, тревоги, симптомом положительного и отрицательного двойника, вербальными иллюзиями и галлюцинациями.

Бредовые идеи разнообразны по содержанию (преследования, протекционного характера), но несистематизированы, непоследовательны, ярки, образно конкретны. Вся окружающая обстановка воспринимается ложно, по бредовому. Выражен бред значения: все окружающее для больного имеет особый смысл, особое значение. Встречающиеся в рамках этого синдрома бред воздействия и явления психического автоматизма также остры, непоследовательны, фантастичны, в то же время чувственно конкретны.

Острые бредовые состояния часто наблюдаются как этап в развитии онейроидного синдрома. В самостоятельный синдром он выделяется при «абортивных» приступах, отличаюсь от редуцированного онейроидного содержанием бреда.

Сюда же следует относить острые бредовые состояния, развивающиеся вслед за нерезко выраженными аффективными расстройствами (гипоманиакальными или субдепрессивными), в которых, наряду с бредом значения, инсценировки, тревоги со страхом и растерянностью, имеет место интерпретативный бред. От острого бреда, предшествующего развитию онейроида, эти состояния отличаются более обыденным содержанием бреда, направленным на окружающих, отсутствием фантастичности и нередко выраженной тенденцией к систематизации.

Острый синдром Кандинского–Клерамбо, включая острый галлюциноз 28

Острый синдром Кандинского–Клерамбо характеризуется развивающимся на фоне аффекта страха, тревоги и чувства растерянности, бредом воздействия. Бред носит несистематизированный характер, отличается большой чувственностью, остротой. Окружающее воспринимается сразу по-бредовому. Могут быть ложные узнавания, бред интерметаморфозы и отдельные мигрирующие кататонические включения. Явления психического автоматизма представлены в разной степени. В одних случаях они выражаются преимущественно ассоциативными автоматизмами, симптомом открытости и ментизмом. В других случаях быстро и полно развиваются идеаторные, сенестопатические, сенсорные, моторные автоматизмы. Больной чувствует себя целиком управляемым. В некоторых случаях в картине острого синдрома Кандинского–Клерамбо преобладают слуховые псевдогаллюцинации. При этом галлюцинаторные расстройства, часто в виде истинных галлюцинаций, предшествуют развитию бреда воздействия и явлениям психического автоматизма. Галлюцинации отличаются яркостью, постоянством. Прочие явления психического автоматизма могут быть не выражены.

Тревожно-боязливое возбуждение 29

Это состояние развивается остро с аффекта недоумения, страха, тревожного ожидания какой-то беды, катастрофы, крушения мира, страха сойти с ума. В этот первый и наиболее острый момент больные крайне растеряны, тревожны, пугливы, не находят себе места. Очень скоро или одновременно с этим возникает острый чувственный бред – бред интерметаморфозы с проявлениями инсценировки, симптомом положительного или отрицательного двойника, симптомом Фреголи, синдромом Капгра. Больной недоумевает, не понимает, что с ним происходит. Считает, что все вокруг него также изменилось: ведется непонятная игра, лица окружающих меняются, некоторые из них заgrimированы под знакомых, а знакомые – под незнакомых (все меняется, как в калейдоскопе). На лице больного постоянно выражение недоумения, тревоги, страха.

Этим синдромом чаще всего выражается обострение параноидной шизофрении, точнее, переход от параноидального (или неврозоподобного) этапа к параноидному. Подобное состояние нередко квалифицируется как депрессивно-параноидное. Однако различие заключается в следующем: при параноидной шизофрении такое состояние бывает недолгим; с появлением систематизированного бреда и синдрома психического автоматизма больные несколько успокаиваются, аффект страха, тревоги и недоумения исчезает, сменяется напряженностью и злобностью, им «становится все ясно». При депрессивно-параноидном состоянии метаболический бред остается на всем протяжении; он, как правило, бывает более депрессивным и более фантастическим по содержанию, и, вообще, в клинической картине болезни, помимо аффекта тревоги и страха, значительное место занимает депрессия.

Острые люцидно-кататонические состояния 30

Характеризуются растерянностью, аффектом недоумения, напряженностью, подозрительностью, немотивированной тревогой, чувством страха. Больные испытывают

эпизодические или более полно выраженные слуховые галлюцинации, высказывают отрывочные бредовые идеи преследования, отношения, отравления, психического воздействия, во многих случаях можно выявить элементы психического автоматизма. У них отмечается повышение мышечного тонуса, особенно в мышцах шеи и верхних конечностей, скованность движения, кратковременные застывания в одной позе, негативизм, отдельные гримасы, немотивированный смех. Больные нередко бывают беспокойны и суетливы, порываются куда-то бежать, задают неожиданные и нелепые вопросы. В речи отмечаются элементы разорванности, соскальзывания, при этом у больных не выявляется образного бреда, бредового восприятия, фантастических переживаний, интерметаморфоза и иллюзорных переживаний, чем эти состояния отличаются от онейроидно-кататонических.

Кататоно-гебефренное возбуждение, в том числе с псевдогаллюцинациями 31

Этот синдром характеризуется сочетанием кататонических расстройств с чертами дурашливости и пуэрильности в поведении на фоне эйфорического настроения. Отмечается гримасничество, кривляние, «валянье дурака».

Бывает выраженным речевое возбуждение с нелепыми высказываниями, плоскими шутками, разорванностью, эхолоалией, нелепым рифмованием, аллитерациями, импульсивными выкриками, вычурными неологизмами. Больные громко хохочут, хихикают, иногда громко кричат, поют, приплясывают, притоптывают, иногда их поведение напоминает движения животных. В целом кататоно-гебефренное возбуждение характеризуется своей непродуктивностью и нелепостью. При нем можно обнаружить отрывочные галлюцинаторно-бредовые переживания и высказывания, также носящие нелепый характер.

В отдельных случаях кататоно-гебефренное возбуждение принимает характер пуэрильного поведения. Больные держатся как маленькие дети, шалят, дурачатся, сюсюкают.

При дальнейшем развитии и утяжелении этого синдрома он перерастает в элементарное кататоническое возбуждение. В этом состоянии движения больных напоминают гимнастические с многократным, стереотипным, часто ритмичным их повторением. Двигательное возбуждение ограничено пределами постели и не сопровождается сложными действиями и поступками. При переходе элементарного кататонического возбуждения в импульсивное, больные совершают ряд неожиданных, внешне немотивированных поступков, набрасываются на окружающих, ломают вещи и т.д. Импульсивные действия кататоников характеризуются своей неожиданностью, быстротой совершения и бессмысленностью. Наряду с двигательными стереотипиями отмечается эхопраксия, мышечное напряжение.

Кататонический ступор, в том числе с псевдогаллюцинациями 32

Характеризуется двигательной заторможенностью больных вплоть до полной обездвиженности. Типичным является принятие однообразных неестественных, вычурных, нередко эмбриональных поз. Отмечаются симптомы «воздушной подушки», «хоботка», «капюшона». Выражен активный и пассивный негативизм, мутизм. Иногда наблюдается симптом восковой гибкости. Мышечный тонус всегда резко повышен. Выражение лица застывшее, маскообразное. При амитал-кофеиновом растормаживании нередко удается выявить наличие псевдогаллюцинаций и отрывочных бредовых идей. Могут отмечаться: задержка слюны во рту, задержка мочеиспускания и дефекации, сальность кожных покровов; часто наблюдаются отказы от еды.

Неврозоподобные состояния с преобладанием астении 33

Это те состояния, в которых на первый план выступают жалобы больного на слабость, утомляемость, вялость, чувство усталости, раздражительность, непереносимость дли-

тельного напряжения, как физического, так и умственного. В отличие от невротических, при процессуальных невротоподобных состояниях эти жалобы носят больше субъективный характер, более монотонны и стереотипны. Часто встречающиеся явления ментизма, которые при невротозах появляются в основном перед засыпанием, в данном состоянии могут появляться и в течение дня. Могут быть и другие расстройства мышления. Очень часто астенические проявления сопровождаются жалобами сенистопатического, ипохондрического порядка: «умственная усталость», чувство тяжести и иные неприятные ощущения в голове, тянущие боли в спине, различные ощущения в сердце, плохой сон и т.п. Все ощущения, за исключением последних, как правило, непостоянные и не занимают ведущего положения в клинической картине, чем отличаются от состояния, квалифицируемого шифром 38. У больных обычно преобладает пониженное настроение, нередко связанное с усталостью, проходящее после отдыха. Они замкнуты, общество и даже близкие их утомляют, а нередко и раздражают.

В некоторых случаях бывает трудно установить, являются ли вышеописанные симптомы проявлениями расстройств только невротоподобного круга или они привнесены еще депрессивными изменениями аффекта (синдромы 01–08). Дифференциации помогает известная связь астенических расстройств со степенью утомления больного. Они усиливаются от утра к вечеру в периоды напряженной деятельности, ослабевают после отдыха, в выходные дни и т.п. и не носят черт периодичности.

Астенический синдром может сочетаться с другими невротоподобными или психопатоподобными состояниями, например с синдромом 46, в этом случае предпочтение следует отдать основному синдрому.

Изменения личности, первоначально обычно незначительные, выражаются в нарастающей замкнутости, эгоистичности, эмоциональном обеднении, холодности к близким, сужении круга интересов, отсутствии стремления к преодолению астенических явлений. В даль-

нейшем они нарастают, при этом раздражительность начинает сочетаться с грубостью, холодностью и черствостью. Больные становятся равнодушными к своим ошибкам, не считаясь с окружающими, создают свой особый режим работы и отдыха. Все упорнее изолируются от внешних впечатлений, чтобы «лучше восстановить свои силы».

Невротоподобные состояния с преобладанием навязчивых расстройств. 34

Больные в этом состоянии, как правило, отличаются робостью, чувством собственной неполноценности, фон настроения обычно понижен. Основными жалобами у них являются навязчивые страхи: страх темноты, одиночества, узких замкнутых или открытых пространств, страх острых предметов, страх смерти, страх за свое сердце и ряд других фобий. Реже наблюдаются навязчивые мелодии, счет, навязчивые действия. Длительно сохраняется чувство чуждости навязчивых расстройств и сознание необходимости борьбы с ними. В последующем аффективный компонент бледнеет, присоединяются ритуалы, входящие в систему защиты от страхов (см. синдром 35). На первых этапах болезни страхи сопровождаются выраженным чувством напряжения, часто носящим приступообразный характер. В этих случаях появляются или резко усиливаются различные неприятные ощущения в теле, чаще – в области сердца, возникает страх за свое здоровье; больному кажется, что он умирает, что «все кончено». Наряду с этим обычны явления ментизма: мысли путаются, трудно на чем-либо сосредоточиться; иногда на короткое время у больных появляется чувство, что они «сходят с ума». Обычно в течение дней или даже нескольких часов эти состояния проходят, чтобы через некоторое время повториться. В периоды улучшения сохраняется боязнь остаться одному, без помощи, поэтому больные требуют, чтобы их всюду сопровождали родственники. Эти состояния, в отличие от сверхценных ипохондрических идей, сопровождаются сознанием чуждости, нелепости своих опасений, в то время как сверхценные идеи переживаются больными «как свои».

Неврозоподобные состояния с преобладанием навязчивых расстройств и отчетливыми изменениями личности 35

В отличие от состояний, описанных в рамках предыдущего синдрома, здесь у больных больше выражены изменения личности в виде снижения психической активности, эмоционального обеднения, снижения побуждений. Имеют другой характер и картины навязчивых расстройств. Наряду с фобиями или без них, почти постоянно наблюдаются навязчивые представления, счет, навязчивое мудрствование, при котором больные заняты болезненным уточнением того, что как они делают, чем заняты, сомнениями в правильности сделанного и т.д. Как правило, образуются ритуалы поведения, порой целиком поглощающие больных. Таким образом, преобладают сложные навязчивые расстройства, чаще абстрактного характера, лишенные отчетливой эмоциональной окраски. Чувство борьбы с навязчивостями (отчетливо выраженное при предыдущем синдроме – 34) значительно менее заметно. У больных, при сохранности интеллектуально-мнестических функций, неуклонно нарастает эмоциональное снижение, сужение круга интересов, больные становятся ригидными (не только интеллектуально, но и в действиях, движениях, мимике), движения теряют пластичность, походка становится угловатой, мимика застывшей. Мышление также крайне бедно, замедленно, тугоподвижно и, вместе с тем, обстоятельно. Теряется трудоспособность, способность к концентрации деятельности, снижается энергетический потенциал.

Неврозоподобные состояния с преобладанием деперсонализации и дереализации 36

Данное неврозоподобное состояние отличается тем, что здесь явления астении (утомляемость, раздражительность, слабость, чувство усталости и т.п.) отступают на второй план, хотя они, как правило, выявляются при тщательном исследовании.

Основные жалобы в этих случаях относятся к кругу деперсонализационных расстройств: чувство внутренней измененности своего «Я», отчуждения своих мыслей, чувств, действий и поступков. Больные начинают воспринимать всего себя вместе с мыслями, аффектами и действиями будто со стороны. Эти расстройства мучительны для больных и нередко сочетаются с такими нарушениями, как навязчивости, сенестопатии, отдельные ипохондрические опасения.

Деперсонализация в этих наблюдениях не является ни бредовой, ни астенической. Аффективные нарушения хотя и имеются, но они нерезко выражены и проявляются обычно в легких колебаниях настроения или в форме атипичных вялых субдепрессий. Довольно часто деперсонализационный синдром сочетается с явлениями дереализации. Больные жалуются, что они и мир воспринимают по-иному, все кажется нереальным, безжизненным, искусственным, декоративным, часто окружающее воспринимают «как бы через стеклянную стену». Как правило, в этом состоянии им свойственна выраженная рефлексия, обстоятельность. Рассказы больных о своем самочувствии обычно детальны, многословны и часто сопровождаются подробным анализом наблюдаемых расстройств.

Неврозоподобные состояния с преобладанием дисморфофобии и непостоянной ипохондричности . . . 37

Небредовая дисморфофобия возникает чаще всего в пубертатном возрасте. Ее характеризуют идеи физического недостатка, пониженное настроение и (не всегда) сензитивные идеи отношения. В это время у заболевших возникает выраженное недовольство своим видом, походкой, голосом, его интонациями, речью и т.п. Больные становятся очень чувствительными к мнению о них окружающих. Далее повышенное внимание к себе и своей внешности начинает приобретать сверхценный характер, настроение чаще всего снижается, иногда сопровождаясь суицидальными мыслями и тенденциями. Больные постепенно становятся

более сензитивными, настороженными, стремятся находиться вдали от людей. Некоторые из них могут временно испытывать отдельные неприятные ощущения в голове, теле, сопровождаемые мыслями о возможном тяжелом заболевании. Помимо этого отмечается раздражительность, плохой сон, иногда имеют место жалобы на утомляемость, головные боли, пониженный аппетит.

Описанные состояния необходимо дифференцировать с близкими по картине симптомокомплексами, возникающими у здоровых лиц обычно в пубертатном возрасте. При шизофрении эти черты бывают более выраженными, утрированными, сохраняются на протяжении длительного времени, сопровождаясь постепенным нарастанием изменений личности в форме утраты тонких чувств и такта, грубыми конфликтами с окружающими, потерей активности во всем, что не касается болезненных переживаний, и другими психопатоподобными и сверхценными расстройствами. Указанный синдром следует также отличать от депрессивной дисморфофобии, возникающей в рамках циклотимической субдепрессии (см. синдром 01). В случае невротоподобного состояния отсутствуют суточные колебания, чувство витальной тоски или анестезии, идеи виновности, моторная и идеаторная заторможенность. Данный синдром оказывается схожим с паранойяльным (59). В этом случае главное отличие от последнего заключается в том, что патологическая идея болезни в описываемом синдроме не носит бредовой, интерпретативный «толкующий» характер.

Этим же шифром определяются небредовые формы синдрома психической анорексии.

Невротоподобные состояния с преобладанием сенестопатий 38

Основные расстройства при этом состоянии выражаются в форме жалоб на разнообразные неприятные ощущения в различных частях тела: боли в пояснице, в области желудка, печени, сердца и т.д. Больные говорят, что у них

«в голове что-то тянет», «переливается», раздается «потрескивание», «лопаются пузырьки», «мозг стиснут», под черепом будто что-то «шевелится», «мерзнет», «немеет». Эти жалобы обычно множественны, упорны, сопровождаются пониженным настроением, чувством постоянного недомогания, слабости, утомляемости. Нередко имеют место и другие невротоподобные нарушения, но также в ипохондрическом плане навязчивые сомнения, страхи, боязнь заболеть какой-то неизлечимой болезнью. В отличие от паранойяльного синдрома (59–61) патологические идеи при невротоподобном ипохондрически-сенестопатическом состоянии образны, чувственно конкретны, не носят характера толкования интерпретации ощущений. Больные не ставят себе диагноза, не занимаются самолечением, целиком полагаясь на врача. Изменения личности нерезко выражены и проявляются в виде эгоцентризма, замкнутости, сужении круга интересов вокруг собственной персоны, угасании эмоциональной живости, резонерства.

Полиморфные равновыраженные невротоподобные состояния с аффективными расстройствами 39

При данном синдроме невротоподобные расстройства из круга астенических сочетаются с отдельными навязчивыми явлениями, эпизодически возникающими фобиями, ипохондрическими, истерическими нарушениями, лабильностью аффекта, а иногда и явлениями деперсонализации и дереализации. На фоне подобных полиморфных невротоподобных состояний возникают малоочерченные, стертые матовые депрессии. Они проявляются в виде уныния, необоснованного пессимизма, слезливости, чувства недовольства собой и окружающими. Иногда аффективные нарушения (особенно в пожилом возрасте) носят характер нерезко выраженных тревожно-тоскливых состояний. У одного и того же больного характер и степень выраженности аффективных расстройств могут быть непостоянными. Нередко «вялая» или «слезливая» субдепрессия сменяется короткими эпизодами депрессивно-ипохондрических,

тревожно-депрессивных или тревожно-боязливых состояний со страхами и тревожным ожиданием какой-то опасности. Отличительной особенностью их является то, что подобные аффективные нарушения возникают на невротоподобном фоне.

Значительно реже, наряду с невротоподобными нарушениями, встречаются гипоманиакальные состояния. Гипомании обычно бывают непродолжительными, атипичными, без чувства радости, веселья и проявляются нередко только в повышенной активности и стремлении к деятельности, которая, в конечном итоге, обычно, оказывается малопродуктивной.

Отдельные невротоподобные состояния, определяемые шифрами 34–38, в сочетании с аффективными расстройствами 40

Так обозначаются состояния пунктов 34–38, сопровождающиеся аффективными расстройствами. Последние по своей структуре соответствуют тем состояниям, которые описаны при полиморфном невротоподобном состоянии (39), с той разницей, что собственно невротоподобные расстройства здесь не являются полиморфными. Однако следует иметь в виду, что при этом шифре обезличивается вид (тип) невротоподобных расстройств, и, если аффективные расстройства выражены незначительно, лучше все состояния определить одним из более характерных синдромов, соответствующих шифрам 34–38.

Невротоподобные состояния, включающие невыраженные идеи отношения, оклики, отдельные сверхценные идеи 41

Этим шифром обозначаются невротоподобные состояния, определяемые шифрами 33–38, сочетающиеся с отрывочными, нестойкими идеями отношения, сверхценными идеями ревности, ущерба, элементарными галлюцинациями и иллюзиями. Описанные расстройства

обычно сопровождаются нарастанием замкнутости, потерей чувства такта, склонностью к конфликтам с окружающими, в ряде случаев – повышенной сензитивностью. В целом изменения личности при этих состояниях более глубоки. В случаях, когда появляются автоматизмы, все состояния следует расценивать как редуцированные параноидные (67).

Полиморфные невротоподобные состояния с невыраженными идеями отношения, окликами, аффективными и психопатоподобными расстройствами 42

Этим шифром обозначаются состояния, аналогичные тем, которые описаны под шифром 41, при наличии отчетливых аффективных колебаний и психопатоподобных расстройств.

Клиническая характеристика психопатоподобных расстройств зависит от возраста. В юношеском возрасте нередко преобладает расторможенность влечений, грубость, несдержанность, раздражительность и др. В более позднем возрасте, наряду с невротоподобными нарушениями, может иметь место истероидное поведение, значительно реже – поведение, напоминающее возбудимых психопатов.

Изменения личности, по сравнению с другими невротоподобными синдромами в этой группе, наиболее выражены – это эмоциональное снижение, нарастание замкнутости, всё большее ограничение жизненных интересов пределами семьи; у больных с преобладанием навязчивостей отмечается постепенное исчезновение мучительного чувства бесплодности борьбы с ними. Однако у многих больных в этом состоянии нарушения мышления незначительны, способность к интеллектуальной деятельности сохраняется годами, не происходит резкого снижения побуждений, что позволяет им в течение длительного времени и в определенных условиях сохранять трудоспособность. Отличительной особенностью бредовых расстройств, сопровождающих полиморфные невротоподобные

добные состояния, является их фрагментарность, отсутствие систематизации, простота и обыденность содержания. Если у больных, находящихся в подобном состоянии, имеются либо постоянные, либо эпизодически возникающие рудиментарные явления психического автоматизма (чаще в виде внутренних голосов), то такие состояния обозначаются как «рудиментарные параноидные» (67).

Неврозоподобные состояния без указания на их вид. . 43

Шифром данной подгруппы определяются состояния, которые трудно дифференцировать в рамках вышеперечисленных групп неврозоподобных расстройств.

Психопатоподобные состояния с преобладанием эмоциональных расстройств (аффективно-лабильные с циркулярными колебаниями аффекта) 44

Данный синдром объединяет сборную группу психопатоподобных состояний, в которых на первый план выступает эмоциональная измененность, не свойственная больным до начала заболевания (процесса).

Расстройства аффективной жизни больных могут быть весьма разнообразными, но основным является несоответствие эмоциональной реакции силе и качеству раздражителя, парадоксальность аффекта, его немотивированность и изменчивость. В меньшей мере им свойственно возникновение расстройств настроения без видимых внешних причин (циркулярные колебания аффекта, дистимии). От нерезко выраженных аффективных состояний (см. шифры 01–08) этот синдром отличается нестойкостью расстройств, в которых трудно выделить сколько-нибудь четко очерченные фазы. В собственно аффективных расстройствах могут преобладать аффективная лабильность, неустойчивость настроения. В эти периоды может отмечаться также повышенная ранимость и сензитивность, иногда дисфории. В других состояниях на первый план могут выступать спонтанно появляющаяся тревога, без-

отчетный страх, кратковременная (часы, дни) острая депрессия с импульсивным стремлением к суициду. Все эти расстройства проявляются одновременно с изменениями личности, такими как сужение круга интересов, нарастание замкнутости, нелюдимости, гиперестезии или гипостезии, чертами инфантилизма.

Психопатоподобные состояния с гиперстеничностью, монотонной активностью, сверхценными образованиями, склонностью к параноическим реакциям 45

Больным в этом состоянии свойственно упорство и настойчивость в работе или ином роде деятельности, которую они выполняют с необычным педантизмом, скрупулезностью и тщательностью, что не мешает им иногда (особенно в начальные периоды болезни) достигать весьма значительных результатов. Вместе с тем такие больные обычно необщительны, неуживчивы, бесцеремонны, эгоистичны. Следует особо подчеркнуть, что при данном синдроме склонность к образованию сверхценных идей выражена с наибольшей отчетливостью и постоянством. Сверхценные идеи могут быть самого разнообразного содержания (ревнивцы, фанатически преданные работе – «роботы», «борцы за справедливость»). Иногда на непродолжительный период времени могут возникать нестойкие идеи отношения, а нередко и преследования, в этом случае весь синдром правильнее определить шифром 49 (см. ниже). В целом описываемые расстройства сближаются с состояниями психопатов-параноиков, эпилептоидов и экспансивных шизоидов, что обуславливает необходимость соответствующей дифференцировки. Больные шизофренией инертны, однообразны, монотонны в своих реакциях, им свойственны: выраженная односторонность интересов, повышенная самооценка и подозрительность, ригидность и монотонность аффекта, диссоциация и неуклонная прогрессиентность. Часто у больных шизофренией отсутствует понимание несоответствия их реакции ситуационным моментам. Внешне похожие явления могут наблюдаться

и у психопатов, однако реакция первых обусловлена наличием «эмоциональной логики» или других проявлений, так называемой «интеллектуальной недостаточности психопатических личностей» (по А.М. Дубинину¹) с восстановлением критической оценки в состоянии компенсации; у больных шизофренией отсутствие критической оценки является следствием грубых и стойких изменений личности, обусловленных процессом. По мере развития шизофрении наблюдается дальнейшее усугубление отмеченных особенностей, больные становятся более подозрительными, замкнутыми, конфликтными, черствыми и холодными, эгоцентричными, безразличными к нуждам семьи, утрачиваются прежние интересы, тускнеет и нивелируется глубина эмоциональных реакций. Постепенно нарастает редукция энергетического потенциала (Конрад).

Психастеноподобные состояния с повышенной сензитивностью, склонностью к сензитивным идеям отношения, астеническим и ипохондрическим реакциям 46

У больных в данном состоянии, наряду с чертами замкнутости, крайне выраженной рефлексии и стремлением к постоянному самоанализу и различным сомнениям, отмечается выраженная впечатлительность, чувствительность, робость и нерешительность, склонность к тревожной мнительности, неуверенность в себе, мечтательность, иногда эпизодические и элементарные навязчивости.

В отличие от навязчивых расстройств, описываемых в разделе невротоподобных синдромов, в данном состоянии ведущими и определяющими являются психастеноподобные изменения личности, навязчивости же не занимают сколько-нибудь заметного (определяющего) положения в клинической картине синдрома. Для больных в этом состоянии характерны опасения в отношении сво-

¹ Дубинин А.М. Об интеллектуальной недостаточности психопатов // Труды института им. П.Б. Ганнушкина. М., 1939. Вып. 3. С. 267-277.

его здоровья, склонность к различного рода ипохондрическим жалобам, не достигающим, вместе с тем, степени выраженной бредовой убежденности. Они обычно стеснительны, застенчивы, робки, их часто не покидает чувство собственной неполноценности и все это наряду с холодностью, уходом в свои переживания, утратой высоких нравственных чувств. К своей работе такие больные относятся добросовестно, нередко обнаруживая черты педантизма со стремлением к стереотипной деятельности. У части больных в связи с этим состоянием преобладающим является нарушение адаптации к окружающему, внутреннее чувство скованности и напряженности в присутствии посторонних. В процессе развития синдрома у больных происходит постепенное снижение «энергетической потенции», ослабление инициативы, привязанностей, сужение интересов, нарастание аутизма, эмоциональное обеднение. При значительной выраженности негативных расстройств весь синдром следует квалифицировать как «52». Наряду с этим у них длительное время может сохраняться сознание болезненности своего состояния и собственной психической неполноценности.

Психопатоподобные состояния с истероподобными расстройствами, склонностью к патологическому фантазированию 47

Больные в этом состоянии раздражительны, слезливы, склонны конфликтовать по малозначительным поводам, утрированно обидчивы, часто жалуются на появляющееся после волнения ощущение «комка» в горле, слабость в конечностях, онемение отдельных участков тела и т.п.

В этих случаях обычно удается отметить явления вазовегетативной лабильности, реже отмечаются припадки по истерическому типу, еще реже – психогенный ступор. Такие больные непостоянны в своих интересах и привязанностях, многие из них склонны к псевдологии, фантазированию, иногда к самооговорам. Субдепрессивные состояния, встречающиеся иногда у таких больных, не отличаются глубиной, но бывают длительными, монотонными, в неко-

торых случаях – лабильными; их выраженность меняется либо спонтанно, либо в зависимости от незначительных внешних причин. Суицидальные намерения у больных, обычно связанные с «крушением надежд», «непониманием» их окружающими и т.п., чаще широко рекламируются, чем реализуются. Отмечается своеобразие и при других психопатологических переживаниях: галлюцинации, большей частью инфантильного содержания, как и при истерии (пробегающие мимо зайчики, кошечки, прыгающие лягушки); или карикатурно-ужасающего характера даже с романтико-мистическим оттенком: тигр, бросающийся со стены, высокий человек в мантии, цокот копыт нечистой силы, зов умершего соседа и т.п.

Для поведения больных характерны подчеркнутая театральность, демонстративность, утрированная кокетливость, имеющая при шизофрении «фасадный» характер, маскирующий свойственные этим больным монотонность, ригидность и однообразность. Нередко поведение больных в начале заболевания, в силу его гротескности, нарочитости, грубой театральности оценивается как установочное. Все описанные расстройства обычно сочетаются с достаточно выраженным психическим, а иногда и физическим инфантилизмом, утратой связей с окружающими, нарастающим снижением активности и продуктивности, усилением монотонности и стереотипности поведения, а также недовольностью, недоброжелательностью.

Этим же шифром определяется иногда встречающиеся у подростков псевдологические фантазии, при которых отмечается стремление больного рассказывать и приписывать себе несуществующие заслуги. Эти псевдологические фантазии, в отличие от таковых при истерической психопатии или мифоманиях старых авторов, где псевдология часто ситуационно обусловлена, в случаях шизофрении возникает преимущественно спонтанно.

К данному состоянию в некоторых наблюдениях можно отнести и клептоманию, носящую демонстративный и нелепо гротескный характер и проявляющуюся одновременно с другими позитивными и негативными расстройствами, свойственными данному синдрому в целом.

Психопатоподобные состояния типа «возбудимых», а также с патологией влечений. 48

Данный тип расстройств проявляется в усиленной раздражительности, вспыльчивости, готовности к сильному двигательному возбуждению, немотивированным вспышкам гнева, а также в грубости, развязности поведения с утратой морально-этических норм, необъяснимой сменой интересов и влечений.

Обращает на себя внимание отсутствие душевной гибкости, психическая пассивность, явления психической слабости: безволие, потеря самоконтроля, ослабление энергетических возможностей. Обычно отмечается однообразие в поведении, отсутствие целеустремленности, утрата способности к полезному труду, непрактичность в обыденной жизни. Характерны незрелость мышления, несоответствующие возрасту суждения, неспособность к абстрагированию и синтезу. На один и тот же вопрос больные могут давать противоречивые, исключая друг друга ответы. С самого начала отсутствует понимание необычности своего состояния, в связи с чем больные свое неправильное поведение обычно стремятся объяснить непониманием их окружающими. В силу пассивной подчиняемости, больные часто вовлекаются в компании правонарушителей, злоупотребляют алкоголем, наркотиками. Иногда довольно ярко выражено влечение к сладостям, обжорству, сексуальная расторможенность, бродяжничество и т.п. Описанные расстройства могут сочетаться со сверхценными идеями, близкими по картине к юношеской метафизической интоксикации, но эти расстройства при данном синдроме рудиметарны и не определяют состояния в целом. В аффективной сфере преобладает пониженное настроение с недовольством, склонностью выражать в парадоксальной форме протест против общепринятых положений и норм, что нередко сопровождается демонстративными суицидальными высказываниями.

Этим же шифром определяются состояния бредоподобных фантазий у детей, которые в отличие от сверхцен-

ных, описываемых под шифром 55, политематичны, произвольны, носят ярко чувственный характер, легко могут прекращаться по воле больного. При необходимости, возможно быстрое переключение на реальные формы деятельности (сравнить с бредоподобными фантазиями, носящими сверхценный (55) и параноидный (67) характер).

Психопатоподобные состояния, сочетающиеся с невыраженными идеями отношения, окликами, сверхценными состояниями, аффективными расстройствами 49

Этим шифром определяется весьма неоднородная группа психопатоподобных расстройств, представляющая собой состояния несколько более тяжелые, чем описанные под шифрами 44–48. В них объединяются все случаи психопатоподобных расстройств с одновременным существованием рудиментарных продуктивных психопатологических симптомов в форме сверхценных образований или склонности к сутяжничеству, или занятиям абстрактными проблемами и т.п., одновременно с несистематизированными, отрывочными и непостоянными идеями отношения, диффузной неоформленной (в отличие от состояния типа 45) недоверчивостью, подозрительностью, эпизодическими окликами. От параноидальных проявлений с преобладанием сверхценного бреда (59) этот синдром отличается большей выраженностью психопатоподобных и большим непостоянством продуктивных симптомов.

Вся эта группа состояний может сочетаться с аффективными расстройствами, главным образом, в виде субдепрессий и гипоманий. Последние отличны от нерезко выраженных аффективных расстройств пунктов 01–08. Так, депрессивные переживания больных не содержат обычного компонента витальности (без острого чувства тоски) и чаще выступают в форме вялой адинамической или «рассуждающей» депрессии, иногда с элементами деперсонализации и дереализации, дисфоричностью. Обычно в периоды депрессии более отчетливыми становятся

и свойственные до этого больным недоверчивость, идеи отношения (нередко сензитивного характера), иногда имеют место также расстройства мышления.

Гипоманиакальное состояние протекает, как правило, с усилением психопатоподобных расстройств без заметного аффекта радости, эмоциональной живости, веселья и, чаще всего, не сопровождается усилением продуктивности в деятельности. От гипоманий с психопатоподобным поведением (04) эта группа синдромов отличается наличием идей отношения, окликов, сверхценных образований и наличием более грубых изменений личности.

В целом в описываемой группе состояний негативные расстройства оказываются более глубокими, чем при «чистых психопатоподобных синдромах». Отмечается снижение побуждений и психической активности, поведение больных всё более становится оторванным от реальности. Обладая достаточным запасом знаний, больные не могут применить их на практике, не стремятся к этому, довольствуются тем, что имеют; ничего не меняют в своем существовании. К этим расстройствам нередко присоединяются угловатость, стереотипность и обеднение моторики, гипомимия и другие. Наряду с подчеркнутой необычностью внешнего вида, странностями высказываний и поведения, отмечается и гротескность привычек и всего стереотипа жизни.

Если к перечисленным психопатологическим симптомам присоединяются явления идеаторного автоматизма в виде переживания, внушения, гипноза или иного рода воздействия, то весь синдром квалифицируется как рудиментарный параноидный (67).

Психопатоподобные состояния без указания на их вид. 50

Шифром этой подгруппы определяются состояния, которые трудно дифференцировать в рамках вышеперечисленных групп психопатоподобных расстройств.

Легкие изменения личности в виде дисгармонических нарушений, аутизма, эмоционального оскуднения с нерезкими нарушениями мышления 51

Этим шифром определяется разнообразная по своей структуре группа состояний, встречающихся как на начальных этапах непрерывно развивающейся шизофрении, так и в ремиссиях шубообразной и периодической шизофрении.

Синдром характеризуется отсутствием продуктивных расстройств при наличии изменений личности, которые не могут быть определены шифрами группы психопатоподобных расстройств. Например, при развитии заболевания преморбидно сензитивные, малоактивные могут стать ригидно-стеничными педантами, преморбидно синтонные – эгоистичными, не терпящими возражений. И те, и другие утрачивают эмоциональную гибкость, грубеют, не приобретают новых или даже теряют приобретенные ранее профессиональные навыки, несмотря на то, что работают больше, чем прежде; иногда отмечается мягкая эмоциональная нивелировка; больные становятся руководимыми, опекаемыми родными. При сохранности интеллектуально-творческих и профессиональных способностей наблюдается пассивность, ограничивается контакт с окружающими, отмечается сверхценное отношение к своему здоровью, нет полного осмысления своего положения в обществе, семье.

У других больных симптомами, указывающими на негативные расстройства, могут быть: нарастающая интравертированность, появление рефлексии, утрата духовной связи с людьми и прежних интересов, сочетание эмоциональной обедненности с повышенной ранимостью и беспомощностью в решении простейших жизненных вопросов и неорганизованностью в быту. Изменения личности могут также проявляться в некоторой пассивности, недостаточной интегрированности влечений, склонности к «рациональному», утрированном стремлении к обобщающим формулировкам или в неорганизованности мышления

при хорошей памяти и эрудиции. Появляется некоторая причудливость облика, моторики и поведения, исчезает гармоничность, пластичность движений. Работоспособность обычно несколько снижается, возникают трудности при сосредоточении внимания, к которым в дальнейшем присоединяются ощущение пустоты в голове, «обрывы» мыслей и т.д. Иногда такое состояние необходимо дифференцировать с «динамической депрессией» (02).

Выраженные изменения личности 52

Этот синдром представляет собой дальнейшее развитие негативных расстройств по сравнению с теми, которые квалифицировались шифром 51. В данном состоянии преобладает утрата психической активности и продуктивности, значительное обеднение эмоциональной сферы.

Больные в этом состоянии выглядят апатичными и равнодушными, у них утрачиваются творческие способности и падает инициатива, исчезают прежние интересы. Работники творческого труда переходят на простую малоквалифицированную работу или работают в лечебно-трудовых мастерских. Утрачивается способность учитывать реальные жизненные отношения.

Эмоциональные проявления становятся все менее яркими и дифференцированными, уменьшается размах и глубина аффективных реакций. Вся психическая деятельность больных становится однообразной, стереотипной и монотонной.

Наряду с указанными расстройствами, часто заметны черты психического инфантилизма или ювенилизма с беспомощностью, наивностью суждений, утратой самостоятельности, пассивной подчиняемостью и зависимостью от родных. В поведении – различные чудачества и странности. В тех случаях, когда в состоянии больных, на фоне выраженных изменений личности описанного типа, наблюдаются отдельные рудиментарные позитивные расстройства, следует предпочитать шифр 52 (кроме случаев, определяемых шифром 53).

**Состояния выраженных изменений личности,
сопровождающиеся рудиментарными
и непостоянными кататоническими симптомами 53**

При этом синдроме, наряду с общим огрубением и утратой симпатий, привязанностей к близким, сужением круга интересов, падением активности и продуктивности в учебе и работе, психопатоподобными расстройствами и иногда бредовыми и галлюцинаторными симптомами, появляются изменения в моторике больных. Меняется походка, теряется плавность, пластичность и содружественность двигательных актов. Движения становятся угловатыми, резкими, часто незавершенными, наступает периодами кратковременная двигательная заторможенность, при которой больные просиживают или простаивают в одной позе. По выходе из этого состояния, больные не могут его объяснить, отмечая только, что испытывали «внутреннюю скованность». Одновременно с этим больные часто обнаруживают и немотивированное упрямство в незначительных вопросах: отказываются мыться, менять белье, отказываются от еды, прогулки, в то же время они могут быть пассивно подчиняемыми. Обнаруживают двойственность и противоречивость тенденций и поведенческих актов (амбитендентность). Однако такие состояния длятся недолго и оставляют впечатление «странностей» в поведении. Иногда в этом состоянии можно подметить у больных гримасы, улыбки, усмешки без видимой причины. Больные могут громко захохотать или неожиданно для окружающих сделать какое-нибудь резкое неуместное движение, совершить неожиданный поступок, после которого снова ведут себя правильно (импульсивность). Часты нарушения и в речи больных, особенно в детском возрасте. Эти нарушения выступают в форме отдельных эпизодов коверкания слов (неологизмов), неуместных рифмований, аллитераций и т.п. Склонность к образованию неологизмов необходимо отличать от похожих

расстройств речи при параноидном синдроме и шизофазии. При кататонических расстройствах неологизмы носят характер бессмысленного, вычурного, стереотипного изменения слова, фразы. При неологизмах в рамках параноидных расстройств необычные «новые» слова являются символом, отражающим бредовое содержание переживаний больного и имеют, следовательно, определенное значение для больного, чем отличаются от тех, что встречаются при кататонии.

Синдром неадекватных страхов у детей. 54

Данным шифром определяется неоднозначная в своем психопатологическом выражении группа состояний. Это, прежде всего, состояния различного немотивированного страха, возникающего преимущественно в ночное время, при бессоннице, но такого рода состояния могут быть и в дневное время. В начале своего возникновения они трудно отличимы от обычных страхов у маленьких детей – страх темноты, незнакомых предметов, одиночества. Отличие заключается в однообразии, стереотипности и нелепом содержании страхов (боязнь всех грузовых лифтов, какого-либо одного предмета – меха, насекомых и т.п.). Кроме этих состояний довольно часто встречается и разлитой страх смерти, который распространяется иногда не только на самого больного, но и на близких и окружающих больного лиц. Для него характерны также нестойкость и приступообразность возникновения.

От подобных состояний страха требуется отличать страхи, имеющие навязчивый характер, которые чаще всего проявляются в форме навязчивого страха смерти и ипохондрических опасений (см. синдром 34), а также остро возникающие состояния страха, сопровождающиеся зрительными и элементарными слуховыми галлюцинациями, возбуждением и бессонницей, которые больше соответствуют острому бредовому состоянию взрослых (27).

**Необычные (аутистические) интересы,
«заумные вопросы» и бредоподобные фантазии
сверхценного характера у детей. 55**

Данное состояние обычно наблюдается у детей дошкольного и младшего школьного возраста и характеризуется стремлением детей задавать одни и те же отвлеченные вопросы необычного содержания, не свойственные детям этого возраста: «Что было до того, как на земле появился первый человек?», «Откуда он взялся?», «Что такое время?», «На чем держится солнце?» и т.п.

К этому же шифру следует относить состояния особых и необычных, не встречающихся у здоровых детей, интересов к сложной технике, вопросам мироздания, астрономии и т.д. Обычно в эти случаях, в ущерб другим занятиям, больные начинают уделять слишком много времени изучению отдельных дисциплин, чаще это математика, физика, теория шахмат, реже – литература. Иногда это интерес (увлеченность) к коллекционированию и т.п. Собственное творчество больных происходит несколько механически, стереотипно, чаще с отгороженностью от окружающих, лишено конкретного содержания и практического значения. Изменения личности либо отсутствуют, либо неглубоки и выражаются в потускнении эмоциональности, в частности, в потере яркости и непосредственности переживаний, упрямстве, односторонности, иногда общей враждебности и аутистической установке, а также в расстройствах мышления – своеобразной символике, элементах резонерства и отсутствии целенаправленности в деятельности. Этим же шифром (55) могут быть определены случаи патологического фантазирования у детей, там, где они носят сверхценный характер и не сопровождаются грубыми негативными расстройствами. В этих случаях ребенок постоянно продуцирует фантазии, частью являющиеся его собственной продукцией, частью – переработкой ранее слышанного или прочитанного. Фантазии отличаются образностью, конкретностью содержания, причудливостью фабулы, которая в данном случае у одного и того же больного «раз-

рабатывается» в рамках одной и той же темы (страна механических человеков и т.п.). Таким образом, аутистические фантазии, относимые к данному шифру, носят характер одержимости, ригидности, они монотонны и однообразны, сильно захватывают больного, который неохотно с ними расстается, отстаивает и борется за них. Характерны больший аутизм и нарушение контакта с реальным миром, чем в случаях патологического фантазирования в рамках психопатоподобных расстройств, где они могут рассматриваться как патология влечений.

**Состояния с преобладанием «метафизической
интоксикации», своеобразных мировоззрений,
явлений дисморфофобий. 56**

Данный синдром включает состояния рудиментарной паранойяльности на фоне выраженных изменений личности. От расстройств, определяемых шифром 59, этот синдром отличают более ранние и глубокие изменения личности. В то же время его необходимо отличать и от похожих состояний, особых интересов при пубертатных сдвигах, при которых различные увлечения имеют истоки во внушаемости и подражании без симптомов изменений личности.

Для больных в описываемом состоянии наиболее характерно увлечение различными вариантами философских учений (собственно «метафизическая интоксикация»). Однако довольно часто увлечение может представлять собой и изучение сложнейших проблем математики лицами, не имеющими необходимой подготовки, псевдонаучное изучение искусства, литературы с составлением бесцельных и бессистемных выписок или даже просто утрированное увлечение модой, ставшее единственным содержанием жизни больного.

Увлечения эти носят чаще монотематический характер. Обычно теоретические построения больных идут вразрез с общепринятыми взглядами, чрезмерно оригинальны и непонятны для других: если изучается философия, то либо древнегреческая, либо ницшеанская, живопись ин-

тересует только модернистская, поэзия – формалистическая, очень часты разработки религиозного мировоззрения или системы общественного переустройства. Сверхценные увлечения могут иметь абстрактный, а подчас и нелепый характер: заучивание названий железнодорожных станций, слов из энциклопедии, составление транспортных схем и т.п. Больные оценивают свои теории очень серьезно, убеждены в их ценности и полезности, однако они не стремятся к реализации своих знаний. Часто отмечается повышенная самооценка и высокомерие в отношении к окружающим, которое постепенно сменяется малой доступностью, все углубляющимся аутизмом, противодействием всем попыткам познакомиться с содержанием их работ.

Деятельность больных становится малопродуктивной, нелепой; приобретаются не столько знания о сути изучаемого предмета, сколько ориентированность в отдельных фактах, обильная звучная фразеология.

В других случаях больные проявляют повышенный интерес к своим реально существующим, но подчас весьма незначительным физическим недостаткам, переоценка которых, в конце концов, нередко приобретает характер дисморфофобий. В целях исправления тех или иных физических «недугов» больные прибегают к строгой диете, чрезмерным тренировкам, гимнастическим занятиям, принимающим подчас абсурдный характер.

В отличие от бреда физического недостатка, неприятного для окружающих (паранойяльная дисморфофобия – шифр 59), у этих больных нет строгой системы, тенденции к расширению бредовых построений, настороженности к окружающим, идей отношения.

Из изменений личности, сопровождающих симптоматику описанного синдрома, можно отметить довольно глубокий и все нарастающий аутизм, расстройства мышления, сказывающиеся в непродуктивности занятий и отсутствии критики к своим достижениям. Характерны также грубые эмоциональные изменения, в основе которых лежит жесткость, особенно по отношению к родным и близким, которых больные зачастую терроризируют, заставляя подчи-

няться своим взглядам, утрачиваются этические чувства: симпатии, такта, сострадания и т.п.

Примечание: сверхценные идеи могут иметь различный характер, в частности, ипохондрический (например: отношение к особенностям строения своего тела, боязнь полноты с отказом от пищи – психическая анорексия). В зависимости от степени выраженности этих идей и сопровождающих расстройств, их следует относить к пп. 56, 59 или 37.

Несистематизированные бредовые идеи, в том числе с аффективными расстройствами 57

В этот синдром входит довольно разнообразная группа состояний с несистематизированными идеями отношения или преследования, или бредом отношения и т.д., иногда сопровождающихся окликами, обонятельными, вкусовыми и другими галлюцинациями. В отличие от состояний, обозначаемых шифрами 42, 49, данный синдром определяется преимущественно указанными расстройствами, в то время как синдромы 42 и 49 в своей основе имеют нарушения психопатоподобного или неврозоподобного типа.

Аффективные расстройства чаще всего наблюдаются в виде стертых субдепрессий или затяжных гипоманий, иногда протекающих по типу *continua*.

Изменения личности соответствуют описанным под шифром 51.

Резидуальный бред и галлюциноз 58

Данный синдром встречается по миновании острого психоза (в рамках шизофрении – это приступ или шуб). У больного восстанавливается ориентировка, появляется понимание имевшегося у него болезненного психотического расстройства в целом, однако критика к проявлениям болезни восстанавливается не одномоментно. В таких случаях больные еще некоторое время продолжают высказывать бредовые идеи, соответствующие отдельным галлюцинаторным или бредовым расстройствам, имев-

шим место во время психотического приступа, принимая эти расстройства по-прежнему за реальность. Через некоторое время, с известным запаздыванием, исчезает и это болезненное проявление, к чему также появляется критика.

Этим же шифром следует определять также бред и галлюциноз (типа резидуального после приступа) в случаях, когда этот синдром представляет по-существу ремиссию, а также те ремиссии, после выраженного приступа или шуба, которые характеризуются известной неустойчивостью, непрочностью. В таких ремиссиях обычно возникают abortивные шубы, в рудиментарной форме повторяющие приступы. Вместе с тем частота обострений и их невыраженность (непостоянство симптомов) не позволяют дать точную хронологию.

Рудиментарные формы паранойяльного бреда 59

Характерным для этих случаев является монотематичность содержания, аффективная окрашенность, доминирующий характер бредовых идей (больные полностью «одержимы» ими), а также психологическая «понятность» бреда.

Содержанием бредовых идей в данном синдроме чаще всего бывают идеи реформаторства, сутяжные, ипохондрические, сензитивный бред отношения, любовный бред и т.д.

Этим же шифром следует определять и дисморфофобию паранойяльного характера – уверенность в наличии физического недостатка (неправильное строение тела, отдельных органов и неправильные отправления организма), которая сопровождается убежденностью, что об этом известно окружающим и отрывочными идеями отношения, а также стойкими состояниями психической анорексии с упорным отказом от еды.

Поглощенные одной идеей, больные находят множество фактов, истолковываемых ими как подтверждающие их правоту, опуская все, что противоречит такому толкованию. При этом не обязательны детализация доказательств и «строгость» формально логических построений.

Имеется корреляция между аффективным фоном и содержанием бреда. Бред ревности, ипохондрический, сензитивный бред отношения чаще всего сочетаются с депрессией. В свою очередь бред притязания, содержащий в своей структуре те или иные притязания к окружающему (сутяжничество, изобретательство, любовный), сопровождается обычно гипоманиакальным аффектом с активностью и настойчивостью в достижении своей цели и осуществлении желаний.

В период существования описанных расстройств обычно наблюдаются и нерезко выраженные изменения личности в виде заострения преморбидных черт характера, когда упрямство перерастает в своеволие, бережливость – в скупость, принципиальность – в нетерпимость, конфликтность, придирчивость, прямолинейность начинает сопровождаться грубостью и дерзостью и т.п.

Сужается круг интересов, появляются эмоциональная холодность, нарастает замкнутость, вместе с тем больные остаются деятельными, ориентируются в практических бытовых вопросах, работают.

Паранойяльный бред с аффективными расстройствами 60

Данный синдром характеризуется сверхценным систематизированным бредом, содержание которого может быть таким же разнообразным, как и в состояниях, определенных пп. 59, 61. В отличие от других паранойяльных синдромов, бред здесь развивается быстрее, но не так остро, как при остром паранойяльном состоянии (шифр 26), и, следовательно, не сопровождается столь яркой, как там, бредовой напряженностью, экспансией и растерянностью. Развивающаяся бредовая система не обнаруживает тенденции к длительному развитию и детализации содержания бреда, сопровождается аффективными расстройствами: депрессивными – при ипохондрическом бреде, бреде ревности, сензитивном бреде отношения; гипоманиакальными – при бреде изобретательства, рефор-

маторства, сутяжничества. Депрессия обычно протекает с преобладанием вялости, жалобами на утомляемость, потерю жизненного тонуса, слезливостью и подавленностью, без витального аффекта тоски и выраженной идеаторной заторможенности. Гипоманиакальный аффект характеризуется повышенной деятельностью, говорливостью, раздражительностью и гневливостью. Однако при повышенном самочувствии благополучия и довольства у больных обычно не отмечается.

Если на высоте развития синдрома отмечается растерянность, тревога, наряду с острым интерпретативным бредом, то весь синдром следует определять, как острый паранойяльный, если появляется бред значения, синдром Кандинского–Клерамбо, явления интерметаморфозы и т.п., то весь синдром определяется как острый бредовый – шифр 27 и 28 (острый синдром Кандинского–Клерамбо).

К данному синдрому следует относить паранойяльные состояния описываемого выше типа, в течении которых отмечаются обострения или шубы, не достигающие острых бредовых состояний. Так, после имевшихся у больных на протяжении нескольких месяцев или лет идей ревности наступает в течение одного-двух месяцев период, в который идеи ревности вдруг актуализируются и больные начинают обнаруживать все новые признаки неверности, наряду с обострившейся подозрительностью и идеями отношения и, наконец, с полной убежденностью в измене. Обычно подозрительным кажется поведение не только конкретных лиц, но всех соседей, сослуживцев и даже родственников. Затем, по прошествии нескольких месяцев или лет, начинают появляться мысли о том, что не надо так близко к сердцу принимать семейные неприятности, что, если и были измены, то многое, наверное, преувеличено. Постепенно прекращаются слезка и упреки. Больные стараются не вспоминать о прошедшем. Говорят, что ничего определенного о прошлых изменах сказать не могут, хотя вообще-то ни в чем уверенным быть нельзя, но сейчас эти вопросы их почти не занимают. Это состояние также может длиться годами.

Таким образом, данный синдром охватывает весь период времени, начиная с проявления бредовых идей периода обострения (шуба) и заканчивая периодом, когда состояние определяется резидуальным бредом.

Негативные расстройства особенно заметны вне периода обострений, это склонность к односторонним увлечениям, педантизму, наряду с отгороженностью и узостью интересов. Больные обычно слышат мрачными чудаками, которые удовлетворительно себя чувствуют только в узком кругу семьи.

Таким образом, на первом плане психопатоподобные изменения характера, а не снижение интеллекта и ослабление работоспособности.

Паранойяльный систематизированный бред, включая ипохондрический 61

По сравнению с проявлениями сверхценного бреда – шифр 59, для данного состояния характерны: большой отрыв от реальности, большая монотематичность бреда и меньшая выраженность аффективных расстройств, строгая систематизация и детальная разработка бреда; наличие, наряду с основным содержанием бреда (ревности, изобретательства и др.), идей преследования или только бреда преследования, более грубые изменения личности.

У ряда больных система бреда формируется постепенно, у других – может возникать по типу «озарения» или внезапных мыслей, которые в дальнейшем подвергаются разработке и систематизации. В плане бредовой системы больными интерпретируются поступки, слова окружающих, мелкие и незначительные события (бред толкования). Этим определяется поведение больного и его взаимоотношения с людьми. В беседе больные вязки, обстоятельны. Такое состояние чаще всего сочетается с несколько приподнятым фоном настроения, оптимизмом и уверенностью в своей правоте (монотонное напряжение аффекта на «большом пункте», а не тревожно-боязливое беспокойство). Добиваясь «справедливого» решения вопроса, больные

постепенно приобщают к числу своих «врагов» все новых людей, пишут бесконечное число жалоб и заявлений, тщательно подшивают и регистрируют свою переписку, ведут многотомные дневники.

При ипохондрическом бреде (бред болезни – нозомания) убежденность в заболевании, в последующем сочетается с уверенностью, что врачи сознательно не хотят помочь, что они связаны с недоброжелателями и т.д. Возможны незначительные локально ограниченные непередметные и непостоянные патологические ощущения без переживания чувства воздействия. В некоторых случаях, по мере течения болезни, наблюдается видоизменение, расширение тематики бреда, который постепенно становится все более нелепым и неправдоподобным, однако он всегда сохраняет свой ограниченный, систематизированный, «толкующий» характер. Бред болезни начинает сочетаться с бредом уродства. К ипохондрическому бреду присоединяется бред преследования. Больные, которые раньше принимали только меры предосторожности, становятся теперь на путь активной борьбы с преследователями, но активность эта носит резонерский «идейный», а не тревожно-панический характер. По мере развития синдрома нарастает и аутизация больных, которые часто живут, сторонясь семьи и родственников, утрачивают работоспособность, становятся все более конфликтными, перестают интересоваться всем, что не входит в круг бредовых построений. Нарастает резонерство, чудаковатость, бредовая система «расплывается», меняется ее содержание, теряется актуальность.

Паранойяльные состояния без указания на их вид . . . 62

Все паранойяльные состояния, дальнейшая интерпретация которых затруднена.

Бред обыденных отношений с галлюцинациями 63

Бред обыденных отношений по содержанию чаще бывает бредом преследования, ревности, ущерба, отравления.

Особенностью такого бреда является то, что он касается лиц, непосредственно окружающих больного и не выходит за пределы взаимоотношений в семье, с соседями по квартире, с сотрудниками по работе. У больных возникает подозрение, что соседи, родственники и т.д. хотят причинить им вред, отравить, выселить их из квартиры, развести с мужем. Больные считают, что соседи, подобрав ключи, входят к ним в комнату или проникают туда каким-либо другим образом, топчут пол, роются в вещах, портят мебель, одежду, подсыпают отраву в пищу, к двери подбрасывают мусор. Сослуживцы дают невыгодную работу, распускают порочащие слухи. Муж изменяет с соседкой. Такое состояние более всего характерно для лиц инволюционного возраста. Основанием для отнесения этих состояний в число параноидных является непременно участие в них галлюцинаторных расстройств и проявлений психического автоматизма, однако, рудиментарных и возникающих эпизодически. Чаще дело ограничивается окликаками, вербальными иллюзиями, ощущением присутствия в комнате постороннего лица, обонятельными и вкусовыми галлюцинациями. Иногда больные утверждают, что слышат за стеною сговор врагов. Часто бред обыденных отношений не сопровождается псевдогаллюцинаторными расстройствами и тогда он определяется как паранойяльный синдром (шифр 61).

Синдром Кандинского–Клерамбо с преобладанием галлюцинаций и ипохондрическое сенестопатическое состояние 64

Данное состояние характеризуется наличием в клинической картине псевдогаллюцинаций и тесно связанных с ними психических автоматизмов.

Развитие этого состояния начинается с вербальных иллюзий и элементарных галлюцинаций, в дальнейшем появляются «голоса», комментирующие мысли и поступки больного (эхо–мысли, эхо–поступки), и отмечается переход истинных галлюцинаций в псевдогаллюцинации, к кото-

рым присоединяются, в дальнейшем, другие компоненты синдрома психического автоматизма (преимущественно идеаторный реже и значительно позже – сенсорный, сенестопатический и моторный). Больные относятся к голосам как к реально существующим, идущим от лиц, духов, богов и т.п., с которыми можно общаться; либо говорят о голосах, исходящих из головы, груди, живота. Голоса могут восприниматься не только слухом, но и кинестетически. О воздействующих аппаратах такие больные говорят реже, чем больные, в состоянии которых преобладает бредовая система – шифр 65. У них нет стремления к объяснению голосов, нет склонности к параноидному отношению к отдельным лицам.

Нередко, предшествующий развитию синдрома Кандинского–Клерамбо бред принимает характер галлюцинаторной информации. До появления развернутого психического автоматизма или параллельно с ним возникает галлюцинаторный эквивалент синдрома Кандинского–Клерамбо (голоса сообщают, что именно они вызывают те или иные ощущения, влияют на мысли, управляют деятельностью органов и т.д.). Если с течением времени содержание галлюцинаторного бреда меняется, он становится фантастическим, тогда весь синдром определяется как галлюцинаторная парафрения – шифр 69.

Ипохондрическое сенестопатическое состояние характеризуется развитием неприятных множественных нелокализованных причудливых ощущений в теле, которые трактуются больными как симптомы тех или иных соматических заболеваний.

Наряду с сенестопатиями обычно имеются галлюцинации общего чувства², функциональные псевдогаллюцинации.

В случаях, когда развивается бред воздействия, сенестопатии и галлюцинации общего чувства приобретают характер автоматизмов, сопровождаются чувством сде-

² В отличие от сенестопатий, галлюцинации общего чувства приобретают новый, качественно не сводимый к более простым патологическим образованиям признак предметности: чувство расплзания стенки желудка – сенестопатия; ощущение в стенке желудка змеи – галлюцинация.

ланности. При этом развивается бред физического воздействия, бред болезни, заражения. Настроение при этом безрадостно-недовольное с угрюмостью и брюзжанием. У больных с таким состоянием сравнительно долго сохраняется трудоспособность, хотя и на сниженном уровне.

В обоих состояниях (при синдроме Кандинского–Клерамбо с преобладанием галлюцинаций и сенестопатическом-ипохондрическом синдроме) отмечается нарастание негативных расстройств. Мышление становится более аморфным, неконцентрированным, больные с трудом отличают существенное от второстепенного, часто дают неясные ответы, хотя тема беседы как будто бы понята больным, отмечаются речевые соскальзывания, трудности при сосредоточении, внушаемость, практическая беспомощность. Аффективные расстройства выступают в основном в форме равнодушия к близким и себе, ослаблении влечений, нарастании замкнутости, пассивности. При ипохондрическом сенестопатическом состоянии эти расстройства менее выражены.

Синдром Кандинского–Клерамбо с преобладанием бреда 65

Это состояние характеризуется преобладанием бредовых расстройств. Бред может быть отрывочным или систематизированным; в структуре последнего значительное место занимает бред физического воздействия (преследования, метаморфозы, одержимости, благожелательного воздействия, двойника и т.д.). Синдром Кандинского–Клерамбо может быть представлен как отдельными его компонентами, так и всеми видами психических автоматизмов: сенестопатический, носящий причудливый интенсивный и часто локально неограниченный характер, идеаторный – чувство овладения, открытости, ассоциативный автоматизм, симптом разматывания воспоминаний, сделанные сновидения и т.п., моторный – отчуждение движений и действий, речедвигательные псевдогаллюцинации. Больные говорят о преследователях, которые действуют на них гипнозом,

телепатически, с помощью разного рода аппаратов, вмешиваются в их мысли, отнимают их память, показывают картины, заставляют вспоминать прошлое, вызывают различные ощущения в теле, вмешиваются в физические отправления, руководят действиями, говорят языком больного и т.д.

Полное развитие синдрома Кандинского–Клерамбо приводит в некоторых случаях к бредовой деперсонализации, когда больные говорят, что за них делают всё, они перестали руководить своими мыслями, чувствами, движениями; стали «как автоматы», «управляемые механизмы» в руках преследователей.

Параноидные состояния с явлениями циркулярности . 66

Иногда при параноидных состояниях аффективные расстройства могут носить циркулярный характер, видоизменяя и соответственно окрашивая клиническую картину, основу которой составляют бредовые расстройства и психические автоматизмы, эта основа остается неизменной. В приподнятом настроении больные становятся более доступными, говорливыми, подвижными, иногда экзальтированными, дурашливыми. Соответствующий оттенок приобретают бредовые идеи (отдельные высказывания о собственном величии и большой значимости, реформаторстве и т.п.). Психические автоматизмы сохраняются. Смена фона настроения приводит к тому, что больные становятся менее доступными и подвижными; депрессивному состоянию соответствует мимика, жесты, поведение. Вся имевшаяся ранее симптоматика – бредовая система, психические автоматизмы сохраняются, но могут появиться в связи с аффектом новые по тематике бредовые высказывания. При отсутствии моторной заторможенности или при ажитации бывают суицидальные тенденции. По наблюдениям клиники, этот синдром чаще наблюдается при параноидной шизофрении, начавшейся в юношеском возрасте.

Редуцированное параноидное состояние 67

При этом синдроме в клиническом статусе больных обычно имеют место все компоненты параноидного состояния. Но по интенсивности эти расстройства не достигают такой степени выраженности, как при развернутом параноидном состоянии. Психические автоматизмы или рудиментарны, или появляются эпизодически. Параноидные состояния накладывают незначительный отпечаток на поведение больных, которые могут удерживаться вне больниц. Бредовые расстройства могут диссимулироваться. Такое состояние часто бывает у больных в ремиссии. У больных может сохраняться частичное сознание болезненных расстройств, они являются к врачу для динамического наблюдения, получают поддерживающую терапию и т.д.

Этим же шифром определяются бредоподобные фантазии у детей в случаях, когда патологическое фантазирование принимает псевдогаллюцинаторный характер. В этих состояниях отмечается ментизм, наплыв ярких чувственных зрительных образов, картин, идей влияния, переделки (физической, психической). Больному кажется, что весь фантастический мир, которым он поглощен, ему не принадлежит и имеет характер отчужденности.

Этот же синдром определяется и в случаях, когда сохраняется сознание того, что все фантастические переживания являются плодом творчества самого больного, но одновременно с этим имеется система интерпретативного характера и, наряду с галлюцинациями воображения, истинными и функциональными, имеются и псевдогаллюцинаторные расстройства. Обычны в этом состоянии также жалобы на «задержки», «наплывы», «раздвоения» мыслей.

Параноидные состояния без указания на их вид 68

Все параноидные состояния, дальнейшая дифференциация которых затруднена.

Систематизированная, галлюцинаторная, конфабуляторная парафрения 69

Данный синдром отличается богатством психопатологического содержания, но основными симптомами, определяющими его, являются: фантастический бред величия, часто сочетающийся с бредом иного (чаще высокого) происхождения, ложными узнаваниями и бредом множественных двойников; бред физического воздействия; явления физического автоматизма; слуховые, а нередко и зрительные псевдогаллюцинации; ложные воспоминания, ретроспективная бредовая оценка прошлой жизни, конфабулез, нередко фантастического характера, повышенный благодушный фон настроения.

В отличие от острой парафрении, при данном синдроме ложные узнавания – только особая форма абсурдных идей.

В зависимости от преобладания тех или иных расстройств, наблюдаются различные варианты парафренного синдрома. Так, иногда в клинической картине ведущими симптомами являются систематизированный интерпретативный бред преследования и величия фантастического содержания с относительно слабо выраженными проявлениями синдрома Кандинского–Клерамбо и большой эмоциональной насыщенностью, а также обстоятельность мышления. Эмоционально-волевые расстройства не очень грубы, дольше сохраняются профессиональные навыки. Этот вариант расстройств носит название систематизированной парафрении.

В других случаях – галлюцинаторная парафрения: в клинической картине доминирует синдром Кандинского–Клерамбо, бред менее систематизирован и часто носит характер псевдогаллюцинаторной информации, отмечаются сенсорные, кинестетические и зрительные псевдогаллюцинации.

Часто клиническая картина парафренного синдрома определяется конфабуляторными расстройствами, сочетающимися с синдромом Кандинского–Клерамбо – конфабуляторная парафрения. По содержанию конфа-

буляции обычно фантастического содержания. В этом состоянии у больных обычно преобладает благодушно приподнятый фон настроения.

Рудиментарная и редуцированная парафрения 70

Характеризуется отдельными фантастическими бредовыми идеями величия без систематизации.

Прочие состояния с фантастическим бредом 71

Все другие парафренные состояния, включая псевдопаралитические.

Кататонно-параноидные состояния 72

Этим шифром определяются состояния взаимосочетаний кататонических и параноидных расстройств, сведения о которых недостаточны для более дифференцированной оценки состояния.

Конечные состояния с резко выраженными изменениями личности, в том числе сопровождающиеся кататоническими симптомами . . . 73

В состоянии этих больных отмечается почти полное отсутствие активных побуждений и интересов. Больные вялы, бездеятельны, ведут крайне однообразный образ жизни. Однако их удается вовлечь в простую работу, которую они выполняют медленно, без заинтересованности, не проявляя инициативы и нуждаясь в активных стимулах со стороны для ее завершения.

Помимо отмеченных изменений в аффективной, волевой и интеллектуальной сферах, при таких состояниях выражена дисгармоничность моторики (утрата пластичности, выразительности, содружественных движений), диссоциация и бедность мимики, манерность движений. Речь

таких больных монотонна, мало модулирована, без экспрессии; наряду с меткими замечаниями могут быть и совершенно лишённые смысла отдельные аграмматические предложения. В таких состояниях могут обнаруживаться стереотипные автоматизмы, торпидность, тугоподвижность и малая продуктивность мышления, резонерство, паралогичность и т.д. При обследовании больных можно выявить определенную сохранность формальных способностей интеллекта, профессиональные знания.

У других больных, наряду со значительным снижением волевой и аффективной деятельности, общей пассивностью без особых двигательных аномалий, на первый план выступает патология речи. На самый простой и безразличный вопрос больные дают вначале правильный ответ, но чем труднее и глубже вопрос, тем больше ответов «мимо», часто содержание ответов определяется случайными внешними ассоциациями. Каждый вопрос вызывает короткий речевой импульс, который тотчас же иссякает и поэтому ответы короткие. Иногда даже не получается грамматически правильного предложения, но ответы имеют на каждый вопрос – кататония с готовностью к речи (по К. Леонгарду)³.

Конечные кататонические акинетические (апатико-абулические) состояния и негативистические состояния 74

Общим для этой группы является выраженный регресс поведения с полной бездеятельностью, безучастностью и беспомощностью. У больных этой группы лицо амимично с выражением тупости, взгляд пустой, отсутствующий. Полная обездвиженность сменяется однообразными ритмическими покачиваниями туловища, стереотипными движениями головой, конечностями. Отмечается полный или частичный мутизм, эхोलалия, тенденция к со-

³ Леонгард К. Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиология. М.: Практическая медицина, 2010. С. 175.

хранению приданных поз, эхопраксия, пассивная подчиняемость. Больные себя почти не обслуживают, их водят в туалет, часто из-за отказа от пищи они кормятся искусственно. Описанное состояние временами сменяется эпизодами короткого импульсивного или кататоно-дурашливого возбуждения. При тщательном наблюдении у больных можно выявить стереотипные вербальные псевдогаллюцинации и отрывочные, иногда фантастические, отдельные зрительные галлюцинации, а также бредовые идеи чрезвычайно абсурдного содержания. У других больных на первый план выступает негативизм, который характеризуется противодействием при возбуждении или отсутствием ответа на вопрос, приказание в спокойном состоянии. Но если настаивать, то нарастает сопротивление, и даже возможно возбуждение с агрессией. Вся моторика выглядит угловатой, отрывистой, характерна амбигуэнтность – негативистическая кататония (по К. Леонгарду)⁴.

Конечные гинеркинетические кататонические состояния, в том числе «бормочущее слабоумие» 75

К этому состоянию следует относить больных с постоянно преобладающим стереотипным двигательным беспокойством, не достигающим степени импульсивного или кататоно-гебефренного возбуждения. У одних больных этой группы наблюдается постоянное гримасничанье, разнообразные двигательные стереотипии, ритуалы, вычурные движения, нередко появляются в поведении черты детскости с употреблением уменьшительных слов, сюсюканием, дурашливостью, ребячеством. Другие отличаются своеобразием гримас и жестов, карикатурно выражающих недоумение, страх, любопытство, смущение, самооборону при полной отрешенности от окружающей обстановки. Эти нарушения выражены непостоянно и могут сменяться кататоническим возбуждением. Имеются больные, у которых наблюдается стремление к бессмысленным

⁴ Там же. С. 169.

прикосновениям к окружающим предметам, стенам, людям, причем стремление к прикосновению, как правило, сопровождается симптомом чрезмерно повышенной отвлекаемости внимания: больные рассматривают обстановку отделения, поворачиваются на шумы, разглядывают вошедших и т.д. Часто проявление манерности: отказ от определенных видов пищи, случаи, когда мутизм заменяется языком жестов и т.п.

Несколько особо выделяется группа с постоянным речевым возбуждением в виде монотонного и невнятного бормотания, возникающего без побуждения извне – «бормочущее слабоумие» (по Э. Крепелину).

Одни больные этой группы совсем не отвечают на вопросы и привлечь их внимание к беседе не удается, они продолжают бормотать, как будто находятся в полном одиночестве. Другие, при обращении к ним, поворачиваются с выражением лица, которое, несмотря на малую выразительность, выявляет известную заинтересованность в разговоре, на время прекращают бормотанье и отвечают на вопросы. Но как только их оставляют в покое или непосредственно вслед за более или менее правильным ответом на вопрос снова возникает обычное невнятное бормотанье, которое представляет собой вербигерацию отдельных слов. Больные этой группы при внешних побуждениях могут хорошо работать. У всех таких больных могут наблюдаться выраженные в большей или меньшей степени негативизм, пассивная подчиняемость, явления восковой гибкости и т.д.

Конечные галлюцинаторно-бредовые состояния, в частности с шизофазией 76

Конечные состояния этой группы представляют собой сочетание признаков выраженного шизофренического дефекта личности с сохранившейся и стабилизировавшейся продуктивной галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. Характерным является несоответствие поведения больных содержанию психопатологических расстройств, которые, со своей стороны, становятся все более скудными и фрагментарными. Могут отмечаться и рудиментарные ка-

татонические расстройства. Внешне поведение больных часто выглядит упорядоченным и только речевая продукция дает возможность судить о наличии у них слуховых псевдогаллюцинаций и бредовых идей с нелепым содержанием. Речь больных представляется очень характерной и состоит из набора разрозненных слов, отдельных фраз, не связанных по смыслу. При сохранности правильных интонаций и общего грамматического строя речь обнаруживает полную смысловую разорванность. У больных не наступает грубого эмоционально-волевого дефекта личности, как у больных с конечным состоянием кататонического круга, и они могут продуктивно выполнять простую физическую работу.

Конечные полиморфные кататано-бредовые, кататано-галлюцинаторные состояния 77

В отличие от больных, определяемых шифром 74, у этих больных иногда имеет место синдром Кандинского-Клерамбо, несистематизированный фантастический бред с вербальным псевдогаллюцинозом, характерна бессвязность речи с бормотаньем. В поведении отмечается дуршливость, манерность, двигательные стереотипии, неопрятность, «регресс поведения». У больных наблюдаются нерезкие аффективные колебания от повышенного благодушного эйфорического настроения к злобному или пониженному настроению с дисфорическим оттенком. У этой же группы больных часто наблюдаются и однообразные колебания в клинической картине синдрома в целом. Новые симптомы обычно не появляются, но усиливается или ослабевают все расстройства, составляющие сложный синдром. У одних больных в основном нарастают кататонические или кататано-гебефренические расстройства, у других – галлюцинаторно-бредовые.

Конечные состояния без указания на их вид 78

Конечные состояния, дальнейшая дифференциация которых затруднена.

Состояния, не вошедшие в данный перечень 79