

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

---

**ГЛОССАРИЙ**  
**ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ**  
**ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ БОЛЬНЫХ**  
**ПСИХОЗАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

Методическое письмо

Составили Э.Я. Штернберг, Е.К. Молчанова, М.Л. Рохлина  
на основе работ сотрудников  
клиники психозов позднего возраста  
Института психиатрии АМН СССР

Москва, 1971 год

## Введение

В настоящее время существуют значительные расхождения в диагностике ряда психических заболеваний позднего возраста. Это создает большие трудности при сравнительном рассмотрении и обобщении результатов исследования в области гериатрической психиатрии.

Как показывает практика диагностических семинаров, проводимая по программе ВОЗ в Советском Союзе и за рубежом, совпадений в синдромальной квалификации состояний больных психиатрами различных школ значительно больше, чем совпадений в их нозологической трактовке. По указанной причине более целесообразным является использование понятия о синдроме в качестве основы унификации клинической оценки состояния больных. Стандартизация же синдромов, в свою очередь, позволяет достигнуть большой однородности их клинического содержания.

Представленный глоссарий (определитель синдромов) содержит типологическую характеристику тех вариантов психопатологических синдромов, которые, по данным клинических наблюдений, должны считаться более характерными для психических расстройств позднего возраста. Наряду с описанием общих признаков синдрома, глоссарий ставит своей целью показать, что эти синдромы отличаются от аналогичных расстройств более раннего возраста определенными психопатологическими особенностями. Они отражают те общевозрастные видоизменения, которые свойственны психическим расстройствам позднего возраста, независимо от нозологической природы заболевания. Поэтому мы только в отношении некоторых из описанных синдромов сочли возможным указать на их предпочтительность для отдельных нозологических форм.

Такой глоссарий должен способствовать идентификации практически почти всех состояний больных с психическими расстройствами позднего возраста. Присвоение описанным состояниям (т.е. стандартизованным синдромам) определенного шифра позволит в дальнейшем применять вычислительную технику.

Предложенный перечень не должен рассматриваться как исчерпывающий и окончательный. В будущем, возможно, он будет дополнен и уточнен.

## I. АФФЕКТИВНЫЕ СИНДРОМЫ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

### Депрессивные синдромы

#### **«Простая», преимущественно заторможенная депрессия (депрессия эндогенного типа) . . . . . 100**

В позднем возрасте могут встречаться депрессивные синдромы, существенно не отличающиеся от депрессий более раннего возраста. Они характеризуются более или менее выраженной депрессивной триадой (подавленное, тоскливое настроение, идеаторная и двигательная заторможенность), а также явлениями меланхолической деперсонализации и дереализации, вплоть до «болезненной психической анестезии», чувством безысходности, идеями самоуничтожения, иногда самообвинения и виновности, суицидальными мыслями, сомато-вегетативными расстройствами (бессонницей, потерей аппетита, похуданием, запорами), характерными суточными колебаниями настроения. Однако в меньшей степени, чем в молодом возрасте, выражена заторможенность. Наряду с жалобами на заторможенность, больные говорят о внутреннем беспокойстве. Редко наблюдаются субступорозные и ступорозные состояния. Депрессивные идеи характеризуются известной «сниженностью», касаются в основном здоровья, материальной обеспеченности и социального положения, идеи самообвинения не носят характер морального, нравственного самообвинения, а связаны с конкретно-бытовыми ситуациями. Довольно часты в позднем возрасте депрессивные состояния с неглубоким аффектом и относительно бедным депрессивным содержанием. Настроение снижено, но сильной тоски и выраженных идей самообвинения нет. На первый план выступают сомато-вегетативные компоненты депрессии, а также нерешительность, неуверенность в себе, сниженная

работоспособность. Выражено обычно чувство болезненной душевной измененности.

Такого рода депрессивный синдром наблюдается при поздних фазах маниакально-депрессивного психоза, но в отдельных случаях, по-видимому, представляет собой этап развития органического процесса (так называемые «эндоформные» депрессии при органических поражениях головного мозга).

#### **Депрессия тревожная, тревожно-ажитированная (без выраженного бреда) . . . . . 101**

Характеризуется подавленным, иногда тоскливым настроением, наличием тревоги и тревожных опасений, страхов, мучительным ожиданием несчастья, нарушением психической адаптации (усилением тревоги при малейшем изменении обстановки). Тревога может носить неопределенный, диффузный характер, иногда же тревожные опасения касаются реальной ситуации, которая расценивается больными в гиперболически-пессимистическом, «сверхценном» плане.

Может наблюдаться более или менее выраженное двигательное беспокойство, а иногда резкое возбуждение (ажитация) с тревожной вербигерацией (повторением одних и тех же тревожных высказываний). Тревога и ажитация могут сочетаться с ипохондрическими жалобами или нестойким депрессивным бредом, отдельными идеями осуждения, наказания, гибели, обнищания или материального ущерба. Если ипохондрические жалобы или депрессивный бред начинают занимать центральное место в клинической картине, можно говорить о переходе к более сложным депрессивным синдромам (см. шифры 102, 103).

Синдром тревожно-ажитированной депрессии следует считать предпочтительным для позднего, в частности для инволюционного возраста (45–60 лет). Синдром неспецифичен для определенной нозологической формы, а наблюдается в рамках различных психозов (маниакально-депрессивного психоза, инволюционной меланхолии, органических поражений мозга).

**Депрессия ипохондрическая, тревожно-ипохондрическая, депрессия с преобладанием соматических жалоб. . . . . 102**

Ипохондрический синдром выступает здесь на первый план. При этом угнетенное настроение сопровождается множеством соматических жалоб и опасений за свое здоровье, чаще всего необоснованных, а иногда и уверенностью в наличии тяжелого неизлечимого заболевания. Отмечается ряд переходов от общих неопределенных жалоб больных на здоровье и фиксированности на плохом самочувствии до ипохондрического бреда, который может приобретать нигилистический или фантастический характер (см. шифр 103).

Синдром ипохондрической или тревожно-ипохондрической депрессии в позднем возрасте наиболее часто наблюдается при эндогенных депрессиях, реже при сосудистых и других органических заболеваниях головного мозга.

**Депрессия бредовая (сложные, «большие» депрессивные синдромы, «меланхолическая парафрения») . . . . . 103**

Характеризуется наличием стойкого депрессивного бреда; идей самообвинения, виновности, осуждения, наказания, гибели. Нередко к ним присоединяется бред преследования, который, однако, всегда вытекает из депрессивного бреда (больной считает, что за ним следят потому, что он виноват и заслуживает наказания). В таких случаях может наблюдаться двойная бредовая ориентировка (больной понимает, что он в больнице и в то же время считает, что он в тюрьме, разговаривает не с врачом, а со следователем и т.д.), иногда наблюдаются ложные узнавания и иллюзорные обманы. Аффект характеризуется наличием глубокой тоски. Наблюдается выраженная тревога и ажитация, страхи, иногда, наоборот, выраженная заторможенность. Заторможенность и ажитация могут чередоваться в статусе больных.

В позднем возрасте бредовые расстройства нередко могут приобретать характер фантастических идей громадно-

сти и отрицания (синдром Котара). Наблюдается ряд вариантов этого синдрома.

В одних случаях имеется картина тревожно-бредовой депрессии с нигилистически-ипохондрическим бредом: идеями распада или полного отрицания внутренних органов. В других наблюдается депрессивный бред с идеями бессмертия, вечных мучений, а также идеями самообвинения или гибели, приобретающими характер громадности. Иногда фантастический меланхолический бред носит характер отрицания внешнего мира. Встречается сочетание нигилистически-ипохондрического и фантастического депрессивного бреда.

Сложные депрессивные синдромы в позднем возрасте наблюдаются чаще всего при инволюционной меланхолии, но могут развиваться также при поздних фазах маниакально-депрессивного психоза при органических (артериосклеротических и атрофических) психозах или шизофренических (шизоаффективных) приступах. В последних случаях нередко развивается фантастический бред одержимости.

**Депрессия, параноидно окрашенная . . . . . 104**

Речь идет о депрессивных синдромах, имеющих диффузную параноидную окраску. Депрессивный аффект сопровождается общей подозрительностью, настороженностью, идеями отношения, в той или иной степени выраженными идеями преследования. Однако состояние больных никогда не приобретает характер депрессивно-параноидного (см. шифр 103). Наблюдается у больных поздней возрастной группы – старше 70 лет – при различных нозологических формах.

**Депрессия брюзжащая, угрюмая (так называемая «старческая») . . . . . 105**

Эти депрессии характеризуются мрачным, угрюмым оттенком настроения, известной отрешенностью, резиньяцией, общей пессимистической оценкой настоящего и бу-

дущего, иногда «отвращением к жизни» (по выражению С.Г. Жислина). Подавленное настроение сочетается с раздражительностью, недовольством, ворчливостью, эгоцентрическими претензиями, неприязненным отношением к окружающему. При этом больные говорят о безнадежности своего состояния, сниженном настроении и даже тоске. Иногда одновременно имеются черты вялости, апатии. В ряде случаев больные высказывают идеи материального ущерба. Идеи самообвинения и виновности часто отсутствуют. Подобного рода депрессии наблюдаются в старческом возрасте (у больных старше 70 лет), главным образом при поздних (старческих) меланхолиях, а также при депрессиях органического (сенильно-атрофического) генеза.

### **Слезливая депрессия (астено-депрессивное состояние) . . . . . 106**

Состояние, близкое к синдрому «раздражительной слабости» по Бонгефферу (см. шифр. 121). Отличается от последнего преобладанием депрессивных расстройств над астеническими.

Пониженное настроение при этой форме депрессии сочетается со слезливостью, недержанием аффекта, повышенной утомляемостью, чувством беспомощности, жалости к себе, общей диффузной ипохондричностью, нарушениями сна и аппетита. Витальной тоски, бредовых высказываний обычно не бывает.

Встречается чаще всего при органических, главным образом, сосудистых заболеваниях головного мозга, но может наблюдаться и в рамках эндогенных депрессий.

### **Вяло-динамическая депрессия . . . . . 107**

Этому синдрому свойственны малая глубина депрессивного аффекта, бедное депрессивное содержание, преобладание в статусе больных черт вялости, апатии, безучастия, общего снижения жизненного тонуса. Эпизодически могут вспыхивать тревога и появляться тревожные опасения,

но в целом течение остается монотонным и однообразным. Наблюдается чаще всего при органических заболеваниях головного мозга.

### **Депрессия реактивная, реактивно-окрашенная . . . . 108**

Возникает в связи с психотравмирующими переживаниями, ситуационными моментами или затяжными конфликтами, характерными для позднего возраста (изменение жизненного уклада, материальные трудности, утрата близкого человека, одиночество и т. д.), тематически связана с этими переживаниями. Сравнительно часто наблюдаются неглубокие, но иногда затяжные реактивные депрессии в начальных стадиях церебрального артериосклероза или при тяжелых соматических заболеваниях. Они представляют собой личностную реакцию больных на заболевание и ощущаемую несостоятельность.

### **Прочие депрессивные синдромы . . . . . 109**

---

## **МАНИАКАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ**

---

Маниакальные синдромы, развивающиеся в позднем возрасте, как при эндогенных, так и органических поражениях головного мозга отличаются известной «матовостью» и одновременно лабильностью аффекта, относительной выраженностью раздражительности и гневливости, малой продуктивностью, склонностью к конфабуляторному, часто ретроспективному фантазированию. В ряде случаев эти особенности выражены нерезко, а в других – они столь значительны, что следует говорить об атипичных маниакальных синдромах позднего возраста.

### **Непродуктивная мания . . . . . 110**

Наряду с выраженным маниакальным возбуждением и приподнятым настроением, отмечается очень малая продуктивность, т.е. узкий круг ассоциаций, поверхност-

ность суждений, слабо выраженная отвлекаемость, однообразный характер деятельности и пустая говорливость.

Синдром непродуктивной мании в позднем возрасте может наблюдаться не только при шизофрении, но и при МДП.

### **Гневливая мания . . . . . 111**

Раздражительность, гневливость преобладают в статусе больных и выражены на протяжении всего приступа заболевания. При этом аффект бывает весьма лабилен. От сильного гнева больные легко переходят к слезам, могут давать слабодушные реакции. Причем такая лабильность аффекта, по-видимому, не находится в прямой корреляции с наличием у больных признаков церебрального атеросклероза.

Гневливая мания наблюдается, как известно, и в молодом возрасте, но в позднем возрасте ее относительная частота возрастает.

### **Мания с псевдопаралитическими чертами . . . . . 112**

При этом варианте возрастные черты выражены более отчетливо. Настроение имеет оттенок беспечной эйфории. Идеи величия наивны и нелепы, иногда содержат элементы громадности и могут сочетаться с конфабуляторными, чаще всего обращенными в прошлое, высказываниями. Гиперсексуальность, свойственная вообще маниакальным состояниям, носит характер грубой обнаженности, склонности к эротическому бреду. Описанное обратимое маниакальное состояние в позднем возрасте встречается как при эндогенных психозах, так и при экзогенно-органических. В последних случаях псевдопаралитический синдром следует относить к «переходным» по Вику<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Переходные синдромы (Wieck Н.Н., 1956) – симптомокомплексы, наблюдающиеся в течении острых экзогенного типа реакций и имеющие важное прогностическое значение. Занимают промежуточное положение между острыми экзогенными реакциями и органическим психосиндромом, или, по Н.Н. Wieck, органическим дефектсиндромом. (Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов, 1995.)

### **Мания с сенильно-подобными чертами. . . . . 113**

Нелепо-дурашливое поведение больных и их неряшливый внешний вид напоминают поведение дементных больных. Возбуждение проявляется в бесцельной суетливости, которая, как правило, усиливается вечером и особенно ночью. Наряду с идеями переоценки личности, некоторые больные высказывают идеи материального ущерба. В высказываниях преобладают воспоминания далекого прошлого. По выходе из маниакального состояния больные нередко оказываются интеллектуально более сохранными, чем они производили впечатление во время фазы. Наблюдается у больных поздней возрастной группы – старше 70 лет – при различных психических заболеваниях, в том числе эндогенных.

### **Мания со спутанностью . . . . . 114**

Характеризуется резким маниакальным возбуждением с помрачением сознания и речевой бессвязностью на высоте приступа и последующей частичной амнезией. Наблюдается чаще всего при осложнении эндогенных психозов церебральным атеросклерозом.

### **Хронические гипоманиакальные состояния . . . . . 115**

Часто в позднем возрасте, самостоятельно или вслед за развернутыми маниакальными приступами, развиваются затяжные гипоманиакальные состояния, которые характеризуются несколько приподнятым настроением, повышенным самочувствием и самооценкой, гиперактивностью чаще в рамках обыденной жизни, а иногда сутяжными чертами. Периодически наступает усиление маниакального возбуждения или переход в легкую депрессию.

### **Непрерывная смена депрессивных и маниакальных состояний. . . . . 116**

## **Циклотимоподобные фазные состояния . . . . . 117**

Подразумевается не только слабая выраженность описанных выше синдромов, но и фазные состояния, которые характеризуются вялостью и снижением психической активности без собственно депрессивного аффекта. С другой стороны, могут наблюдаться состояния повышенной активности, иногда с сутяжными тенденциями, без видимого повышения настроения.

## **Эйфория . . . . . 118**

Состояние беспечного довольства, повышенного самочувствия, с некритическим отношением к своему состоянию и положению. В отличие от мании, здесь отсутствует повышенная деятельность, ускоренное течение мыслей. Эйфория наблюдается в позднем возрасте как обратимый «переходный» синдром (см. ниже) или как составная часть синдрома деменции.

---

### **СИНДРОМЫ РЕЗИДУАЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОСЛЕ РЯДА ПЕРЕНЕСЕННЫХ АФФЕКТИВНЫХ ПРИСТУПОВ**

---

В позднем возрасте после одного или нескольких перенесенных аффективных приступов иногда наблюдаются остаточные явления, которые характеризуются стойким изменением фона настроения и снижением психической активности. Кроме того, нередко присоединяются и психические расстройства, связанные с общесоматическими сдвигами или с динамикой церебрально-органических изменений (см. синдромы начальных проявлений деменции). Перечисленные расстройства обычно выражены неравномерно у одного и того же больного, отмечается преобладание какого-либо ряда из перечисленных симптомов.

## **Резидуальные расстройства с преобладанием стойкого изменения фона настроения . . . . . 119**

При таком варианте синдрома резидуальных расстройств после выхода из аффективной фазы на протяжении всей ремиссии сохраняется состояние легкой субдепрессии или гипомании (гипертимии), которые больные всегда отличают от самого аффективного приступа. Могут появляться транзиторные кратковременные (от нескольких часов до нескольких дней) фазные колебания настроения, которые не были свойственны больным ранее. Усиливаются или впервые появляются после перенесенного приступа реактивная аффективная лабильность или тревожная мнительность (часто в виде опасения возврата болезни).

## **Резидуальные расстройства с преобладанием явлений «психической слабости». . . . . 120**

Наряду с определенными изменениями фона настроения (см. шифр 119), более или менее отчетливо выраженными, здесь на первый план выступает снижение психической активности, витальности, энергетических возможностей, эмоционального резонанса, продуктивности и интересов, т.е. возникает состояние, соответствующее «психической слабости» в понимании Крепелина.

## **II. Невротические, неврозоподобные, психопатические, психопатоподобные расстройства, синдромы шизофренических изменений личности с преобладанием негативных проявлений; прочие виды изменений личности**

В позднем возрасте могут возникать неврозоподобные состояния в виде раздражительной слабости, реже – фобий или других расстройств. Сложные навязчивости с защитными ритуалами в этом возрасте обычно не образуются.

По поводу остальных синдромов, описываемых в данном разделе, необходимо сделать следующее замечание.

Как известно, психопатические проявления или шизофренические изменения личности не относятся к числу расстройств, возникающих в позднем возрасте. Тем не менее, синдромы, определяющие эти расстройства, должны быть внесены в данный глоссарий, так как они могут обнаруживаться в инициальном периоде психозов позднего возраста, в ремиссиях или как остаточные явления после перенесенного приступа болезни.

То обстоятельство, что изменения личности, о которых идет речь, возникают в молодом возрасте, находит свое отражение в психопатологических особенностях синдрома и его возрастной динамике. Наряду с возрастным заострением одних черт характера и сглаживанием других, наблюдается неизменность определенных патологических особенностей личности, сложившихся еще в юности (например, психического инфантилизма при шизофрении). Для удобства шифрования термином «неврозоподобные» и «психопатоподобные» обозначаются соответствующие характерологические изменения как больных шизофренией, так и при других нозологических формах (психопатиях, неврозах, и пр.), но при шизофрении шифры 121–126 дополняются шифрами 129 или 130.

Собственно старческие психопатоподобные изменения личности описаны в разделе деменций (шифр 161).

### **Невротические и неврозоподобные состояния с преобладанием астении . . . . . 121**

Синдром выражается в сочетании повышенной возбудимости и повышенной истощаемости. Больные раздражительны, несдержанны в проявлении своих эмоций, слезливы, не переносят яркого света, шума, боли; повышено чувствительны к неприятным телесным ощущениям, нередко ипохондричны, не переносят длительного напряжения, как физического, так и умственного. Испытывают постоянное ощущение вялости, быстро устают. Преобладает пониженное настроение, улучшающееся после отдыха.

Данный синдром может наблюдаться в позднем возрасте при неврозах, соматогенных и церебрально-органических расстройствах и при шизофрении (обычно в ремиссиях). В последних случаях признаки «раздражительной слабости» более монотонны и стереотипны, сопровождаются нередко вычурными ипохондрическими жалобами и протекают на фоне постепенно углубляющихся признаков шизофренического дефекта (аутизм, эмоциональное обеднение и огрубение, сужение круга интересов, нежелание преодолеть астенические проявления).

«Раздражительная слабость» (Бонгеффер), возникающая при экзогенно-органических заболеваниях как один из «переходных» синдромов, характеризуется преобладанием выраженной астении, истощаемости, физической слабости над проявлениями возбудимости или депрессивного аффекта. Псевдоневрастенический синдром нередко развивается и на начальных этапах органической деменции (см. шифр 160). В последнем случае выделение специального шифра обусловлено тем, что в позднем возрасте нередко наблюдается сочетание продуктивных симптомов с начальными признаками деменции. Такие состояния могут быть определены двумя шифрами, например, 157 и 160 или 135 и 160.

### **Невротические и неврозоподобные синдромы с преобладанием навязчивых расстройств . . . . . 122**

Больные испытывают навязчивые страхи (страх темноты, открытых пространств, смерти и т. п.) или имеются сложные навязчивости (навязчивые представления, счет, навязчивое мудрствование) и сложившиеся ритуалы поведения, нередко отнимающие у больных все их время.

Настроение больных обычно понижено, теряется трудоспособность, имеется чувство собственной неполноценности. У конституционально стигматизированных личностей в позднем возрасте иногда возникает кардиофобический синдром или другие фобии, относящиеся, главным обра-



зом, к области страхов за свое здоровье. Образование более сложных навязчивостей и ритуалов не характерно для позднего возраста.

Синдром навязчивостей, развившийся у больных шизофренией в молодом возрасте, обычно сохраняется и в старости (если не перерастает в бредовый). Навязчивости в рамках неврозов и психопатий обнаруживают тенденцию к затуханию к старости.

### **Прочие неврозоподобные синдромы . . . . . 123**

### **Психопатические, психопатоподобные синдромы с преобладанием эмоциональных расстройств . . . . . 124**

Имеются в виду: 1) психопатоподобные состояния, при которых наблюдается несоответствие эмоциональной реакции силе и качеству раздражителя (парадоксальность аффективной реакции); 2) психопатоподобные состояния с аутохтонными аффективными колебаниями и дистимиями или сочетание этих двух расстройств. В отличие от аффективных синдромов, здесь трудно выделить четко очерченные фазы. Преобладает аффективная лабильность, депрессии носят характер дисфории или тревоги, безотчетного страха, гипомании выражаются в повышенной активности.

В позднем возрасте нередко усиливаются бывшие ранее аутохтонные аффективные колебания, благодаря чему полностью изменяется общий фон настроения.

### **Психопатические, психопатоподобные синдромы с гиперстеничностью, монотонной активностью, сверхценными образованиями, склонностью к параноическим реакциям . . . . . 125**

Больным в этом состоянии свойственно упорство и настойчивость в работе или ином роде деятельности, которую они выполняют с необычным педантизмом, скрупулезностью и тщательностью. Они обычно необщительны, неуживчивы, бесцеремонны, эгоистичны, склонны к об-

разованию сверхценных идей. Сверхценные идеи могут быть самого разнообразного содержания (ревнивцы, фанатически преданные работе – «роботы», «борцы за справедливость»). Описываемые расстройства наблюдаются у психопатов-параноиков и у больных шизофренией. Больные шизофренией инертны, однообразны, монотонны в своих реакциях, им свойственны: выраженная односторонность интересов, подозрительность, ригидность и монотонность аффекта, диссоциация и неуклонная прогрессивность заболевания. Внешне похожие явления могут наблюдаться и у психопатов, однако реакция первых обусловлена наличием «эмоциональной логики» 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. В позднем возрасте отмечается тенденция к усилению и упрочению сверхценных идей и параноических реакций, иногда перерастание их в систематизированный параноический бред.

### **Психопатические, психопатоподобные синдромы с истероподобными расстройствами. . . . . 126**

Больные в этом состоянии раздражительны, слезливы, склонны конфликтовать по малосущественным поводам, утрированно обидчивы, часто жалуются на проявляющееся 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 параличи и припадки по истерическому типу, еще реже – психогенный ступор. Такие больные непостоянны в своих интере-

сах и привязанностях, многие из них склонны к псевдологии, фантазированию, иногда к самооговорам.

Для поведения больных характерны подчеркнутая театральность, демонстративность, утрированная кокетливость. Нередко в начале заболевания поведение больных в силу гротескности, нарочитости, грубой театральности оценивается как установочное. При шизофрении 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 недоверчивостью, недоброжелательностью. В инволюционном возрасте (главным образом у женщин) нередко отмечается усиление истероподобных расстройств. В ряде случаев истероподобный синдром в этом возрасте возникает в инициальном периоде шизофренического приступа. В старческом возрасте истерические проявления, как правило, смягчаются.

#### **Психопатические, психопатоподобные состояния типа «возбудимых», а также с патологией влечений . . . . . 127**

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 незрелость в сочетании с пассивностью, безволием, потерей самоконтроля, ослаблением энергетических возможностей. Обычно отмечается однообразие в поведении, отсутствие целеустремленности, утрата способности к полезному труду. Отсутствует критика, в связи с чем больные свое неправильное поведение обычно стремятся объяснить непониманием их окружающими. В силу пассивной подчиняемости больные часто увлека-

ются в компании правонарушителей, злоупотребляют алкоголем, наркотиками. Иногда довольно ярко выражено влечение к сладостям, обжорству, сексуальная расторможенность, бродяжничество и т.п. В позднем возрасте отмечается смягчение описанных расстройств. На начальных этапах некоторых ослабумливающих процессов, напротив, наблюдается усиление или возникновение многих из упомянутых здесь отклонений в поведении (грубость, гневливость, расторможенность влечений при старческом слабоумии, см. шифр 161).

#### **Прочие психопатоподобные состояния. . . . . 128**

#### **Синдром легких шизофренических изменений личности в виде дисгармонических нарушений, аутизма, эмоционального оскудения с нерезкими нарушениями мышления . . . . . 129**

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-стеническими 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. При сохранности интеллектуально-творческих и профессиональных способностей наблюдается пассивность, утрата прежних интересов, сочетание эмоциональной обедненности с повышенной ранимостью и беспомощностью в решении простейших жизненных вопросов. Больные становятся руководимыми, опекаемыми родными. Отмечается сверхценное отношение к своему здоровью, нет полного понимания своего положения в обществе, в семье.

У других больных симптомами, указывающими на негативные расстройства, могут быть: нарастающая интравер-

тированность, появление рефлексии, некоторой причудливости внешнего облика, моторики, чужачества, странности в поведении. Работоспособность снижена вследствие трудностей сосредоточения внимания и периодически возникающего ощущения пустоты в голове, «обрыва мыслей» и т. д. Происходит снижение психической активности и продуктивности, значительное обеднение эмоциональной сферы. В позднем возрасте эмоциональные проявления становятся все менее яркими и дифференцированными, уменьшается размах и глубина аффективных реакций. Вся психическая деятельность больных становится однообразной, стереотипной и монотонной. В то же время, наряду с указанными расстройствами, часто заметны черты психического инфантилизма или ювенилизма с беспомощностью, наивностью суждений.

Негативные проявления при поздней шизофрении менее глубоки, чем при ранних ее дебютах. В структуре характерологических изменений при поздней шизофрении преобладают черты аутизма и эмоциональной холодности, в то время как признаки диссоциации психической деятельности и снижение психической активности отмечается не всегда или в меньшей степени, чем в молодом возрасте.

### **Синдром выраженных шизофренических изменений личности с преобладанием негативных расстройств . . . . . 130**

В данном состоянии преобладает утрата психической активности и продуктивности, значительное обеднение эмоциональной сферы.

Больные 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.

### **Синдром выраженных изменений личности с рудиментарными позитивными расстройствами . . . . . 131**

Имеются в виду описанные под предыдущим шифром изменения личности в сочетании с рудиментарными бредовыми, галлюцинаторными, аффективными или кататоническими расстройствами.

### **Прочие виды шизофренических изменений личности 132**

### **Эпилептические изменения личности . . . . . 133**

### **Прочие виды изменений личности, не относящиеся к шифрам 121-133 и 160-161 . . . . . 134**

## **III. ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-БРЕДОВЫЕ СИНДРОМЫ**

В эту группу мы включаем синдромы, которые, несмотря на наличие значительных различий в их психопатологической структуре, обычно являются этапами клинических проявлений одного болезненного процесса, так как в течении болезни эти синдромы могут переходить один в другой.

Галлюцинаторно-бредовые синдромы чаще всего наблюдаются при шизофрении, в том числе обостряющейся или дебютирующей в позднем возрасте. Однако аналогичные галлюцинаторные и бредовые состояния довольно часто наблюдаются в качестве так называемых эндоформных синдромов при прогрессирующих органических заболеваниях позднего возраста, а, возможно, также в рамках возрастных (инволюционных) заболеваний.

Синдромальные различия при разных нозологических формах в настоящее время еще находятся в стадии разработки. В целом можно отметить, что все перечисленные синдромы наблюдаются при шизофрении в наиболее полном виде и в сочетании с негативными изменениями, присущими шизофрении. Поскольку структура и динамика

острых и затяжных (хронических) галлюцинаторно-бредовых синдромов различна, необходимо и их раздельное описание.

---

## **Синдромы хронических бредовых и галлюцинаторно-бредовых психозов**

---

### **Паранойяльный (параноический) синдром . . . . . 135**

Исчерпывается развитием стойкого систематизированного бреда толкования (комбинаторного бреда). Галлюцинации, бред внешнего воздействия с явлениями автоматизма отсутствуют. Наблюдается обстоятельность (детализация) мышления, складывается новое, «бредовое мировоззрение». Аффект обычно стеничен, иногда повышен, больные проявляют разной степени бредовую активность. Возникающие в позднем возрасте паранойяльные синдромы характеризуются меньшей разработанностью и более слабой систематизацией бреда, меньшим масштабом и большей конкретностью бредовой фабулы, с преимущественной направленностью бреда против лиц из ближайшего окружения (бред «малого размаха»).

Интерпретативный бред преследования в позднем возрасте, как правило, «мельчает», становится более обыденным, «правдоподобным». Больные жалуются на издевательства, хулиганские действия со стороны соседей. Нередко персекуторный бред выражается в форме бреда отравления, сопровождающегося иллюзорными расстройствами в области обоняния и вкуса, а также бредовой интерпретацией различных соматических расстройств и изменений. Преимущественно в позднем возрасте встречаются и паранойяльные идеи ревности (главным образом, у мужчин) и ущерба (у женщин). При так называемых параноидах «малого размаха» могут наблюдаться не только описанный выше паранойяльный синдром, но и более сложные картины интерпретативного бреда. Например, бредовые идеи преследования и ущерба могут сочетаться с вербальными иллюзиями и галлюцинациями, иногда

с отдельными идеями физического воздействия. Наличие чувственных расстройств здесь способствует усилению ложных интерпретаций. В таких случаях бредовый синдром квалифицируется как параноидный (см. следующий шифр). Согласно мнению многих авторов, поздние параноиды «малого размаха» встречаются, главным образом, при инволюционных психозах. Наблюдения последних лет показали, что аналогичные картины отмечаются и при шизофрении, а также в начальных стадиях различных органических деменций.

В зависимости от нозологической природы заболевания, в рамках которого развиваются перечисленные виды интерпретативного бреда, а также степени органического снижения, бредовые расстройства наблюдаются в широком диапазоне переходов от разработанных, хорошо систематизированных и аргументированных бредовых идей до нелепых и разрозненных бредовых высказываний.

### **Параноидный синдром (галлюцинаторно-параноидный) . . . . . 136**

Характеризуется систематизированным бредом, чаще всего преследования, бредом внешнего (физического) воздействия, наличием вербальных галлюцинаций или псевдогаллюцинаций и других проявлений психического автоматизма.

Возрастной особенностью параноидного синдрома, как и паранойяльного, является конкретность и сравнительно малый масштаб бредовой фабулы. Значительную роль в структуре синдрома играют бредовые интерпретации галлюцинаторных и сенестопатических расстройств.

Галлюцинаторно-параноидный синдром, развивающийся в старческом возрасте, характеризуется преобладанием истинных вербальных галлюцинаций, нередко обонятельных и тактильных. Обнаруживается тенденция к развитию сценopodobных галлюцинаций.

Другой возрастной особенностью синдрома является то, что развитие его, как правило, происходит в сторону преобладания галлюцинаторных расстройств над бредовыми.

## **Синдром Кандинского–Клерамбо . . . . . 137**

Характеризуется совокупностью взаимосвязанных симптомов: псевдогаллюцинаций, бреда преследования и воздействия, чувства «отчуждения», то есть утраты принадлежности себе собственных психических актов.

Возникая впервые в возрасте 55–56 лет, синдром психического автоматизма, даже при шизофрении, проявляется обычно в редуцированном виде: идеаторный автоматизм бывает слабо выраженным, отчуждение мыслительных актов и психической деятельности в целом – неполным. Сенестопатические автоматизмы, напротив, в этом возрасте разнообразны и ярки. При поздних психозах нешизофренической природы синдром психического автоматизма крайне рудиментарен и выражается обычно в идеях воздействия с сенестопатическими расстройствами и чувством открытости.

Характерны для психозов позднего возраста ощущения воздействия на поверхность кожи и область гениталиев. Типичен бред воздействия световыми лучами, электричеством, но не бред гипнотического влияния, как у молодых. Нередко в позднем возрасте бред воздействия принимает форму бреда околдования.

При бредовых психозах, дебютирующих после 65–75 лет, идеаторных автоматизмов, как правило, не возникает, за исключением ощущения «открытости» и «чтения мыслей». Двигательные автоматизмы особых возрастных видоизменений не претерпевают. После 75 лет они крайне редки.

## **Парафренный синдром (синдром фантастического бреда) . . . . . 138**

Характеризуется сочетанием более или менее систематизированного бреда преследования с фантастическим бредом величия (или конфабуляторно-фантастическим бредом нейтрального содержания) и повышенным фоном настроения.

При шизофрении парафренный синдром более сложен и включает помимо перечисленных симптомов явления психического автоматизма и бредовые идеи воздействия.

При возникновении парафренного синдрома в старческом возрасте отмечаются определенные особенности. Наблюдающиеся вербальные галлюцинации носят преимущественно характер истинных, массивных галлюцинаций, часто «голоса» принадлежат давно умершим родственникам или приобретают эротический характер. Нередко присоединяются тактильные галлюцинации. Содержание бредовых и конфабуляторных высказываний также черпается из далекого прошлого или является сказочно-фантастическим. Бред может представлять собой сочетание фантастических идей величия с идеями мелкого материального ущерба, нигилистически-ипохондрическими идеями одержимости. Значительное место занимают эротические бредовые идеи. Из описанных в литературе разновидностей парафренного синдрома наибольшее значение в клинике психозов позднего возраста имеют галлюцинаторная и конфабуляторно-фантастическая парафрения. Последний вариант чаще возникает в более старших возрастных группах и на отдаленных этапах течения галлюцинаторной парафрении. В старческом возрасте парафренный синдром нередко переходит в конфабулез.

---

### **Острые бредовые и галлюцинаторно-бредовые синдромы**

---

Бред при острых галлюцинаторно-бредовых состояниях несистематизированный, чувственный (образный). Чувственный бред питается бредовыми восприятиями, в которых окружающая действительность приобретает бредовое значение. Острые бредовые (и галлюцинаторно-бредовые) состояния всегда сопровождаются выраженными аффективными нарушениями в форме тревоги, страха, недоумения с растерянностью, депрессии или повышенного настроения.

Особенностью острого бреда в позднем возрасте является то, что нередко только на высоте острой вспышки психоза он остается чувственным; в дальнейшем течении, если психоз приобретает затяжной характер, чувственный бред, как правило, приобретает черты интерпретативного бреда. Наибольшее значение в клинике психозов позднего возраста имеют следующие синдромы:

### **Острый параноид . . . . . 139**

Это транзиторный параноидный синдром, выражающийся чувственным (образным) бредом преследования и значения, с конкретным, близким к реальному, содержанием, отдельными вербальными иллюзиями и галлюцинациями, страхом, тревогой, растерянностью.

В позднем возрасте структура синдрома существенно не меняется. Однако на высоте развития синдрома в позднем возрасте нередко отмечается спутанность. Острый параноид часто наблюдается как эндоформный синдром при различных экзогенно-органических психозах.

### **Острый паранойяльный синдром (ограниченный во времени интерпретативный бред) . 140**

В позднем возрасте наблюдаются паранойяльные синдромы, которые возникают приступообразно, но по своей клинике (бред толкования с тенденцией к систематизации) в значительной мере сходны с картиной паранойяльного этапа хронического бреда.

В отличие от последнего, протекающего обычно на фоне гипомании, при остром интерпретативном бреде преобладает аффект тревоги. Острый интерпретативный бред возникает преимущественно в рамках шизофренических пубов. Наряду с наиболее часто встречающейся persecutorной тематикой бреда, в позднем возрасте наблюдаются нередко паранойяльные идеи ущерба и ревности.

### **Депрессивно-параноидный синдром . . . . . 141**

Сложный синдром, который характеризуется наличием депрессивного аффекта с чувством страха и тревоги, чувственным бредом преследования, значения, отношения, бредом «инсценировки» и симптомами «двойника», идеями физического воздействия с явлениями психического автоматизма; наблюдаются также вербальные иллюзии и галлюцинации, реже зрительные галлюцинации.

В позднем (особенно пресенильном) возрасте аффективные расстройства бывают очень интенсивными и выражаются страхом или тревогой, как правило, с агитацией.

На высоте развития синдрома могут наблюдаться онейроидные расстройства сознания, однако такой тип усложнения синдрома менее характерен для позднего (и особенно старческого) возраста, чем для среднего.

При затяжном течении приступа (это свойственно позднему возрасту) первоначальный аффект тревоги и страха переходит в монотонное злобно-раздражительное настроение. Такая динамика аффективных расстройств особенно характерна для шизофрении. В позднем возрасте чаще, чем в молодом, отмечается фантастический чувственный депрессивный бред (депрессивная парафрения, см. шифр 103).

### **Маниакально-бредовой, маниакально-галлюцинаторно-бредовой синдром . . . 142**

Первый вариант этого синдрома характеризуется сочетанием маниакального аффекта с бредом преследования, «протекции» (слежки с благожелательными целями), величия и т.д. При втором варианте отмечается присоединение вербальных галлюцинаций к указанным расстройствам. Нередко бред и галлюцинации приобретают «возрастную» окраску: возникают бред ущерба, отравления, эротический; синдром Кандинского редуцирован, преоб-

ладают истинные вербальные галлюцинации, сенестопатические расстройства в области гениталий и т.п. При нарастании возбуждения иногда возникает спутанность.

### **Острый парафренный синдром . . . . . 143**

Отличается от предыдущего синдрома наличием несистематизированного, фантастического бреда величия. При шизофрении, помимо упомянутых признаков, наблюдаются бред преследования и синдром психического автоматизма с бредом воздействия. Острые шизофренические маниакально-бредовые состояния, также как и депрессивно-бредовые, сопровождаются бредом значения, «инсценировки», иллюзиями «двойника», вербальными галлюцинациями и иллюзиями.

Синдром чувственного фантастического бреда при органических психозах значительно проще, имеется лишь фантастический (чаще экспансивный) бред величия с повышенным аффектом, рудиментарные идеи значения, единичные галлюцинации и т.п. В старческом возрасте конфабуляции приобретают наивный, сказочно-фантастический характер. При достаточной остроте маниакально-бредового состояния в позднем возрасте может наблюдаться помрачение сознания (спутанность).

## **IV. КАТАТОНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ**

Кататонические синдромы сравнительно редко возникают в позднем возрасте. Все же, они могут встречаться как при шизофрении, так и при некоторых церебрально-органических заболеваниях. В старости кататонический синдром бывает диссоциирован и не достигает той полноты развития, какая наблюдается у более молодых больных. Особенно часто отмечается редукция двигательных кататонических расстройств (в форме непродолжительности и незавершенности ступорозного состояния и менее интенсивного двигательного возбуждения, неглубоких

и недлительных изменений мышечного тонуса). Поэтому в клинике психозов позднего возраста обычно речь идет об аффективно-кататонических или аффективно-галлюцинаторно-кататонических состояниях, а не о «чистом» кататоническом ступоре или возбуждении. В позднем возрасте картины кататонического возбуждения встречаются значительно чаще ступорозных состояний. При нарастании остроты психопатологических расстройств может возникать онейроидное помрачение сознания – онейроидно-кататонический синдром (см. онейроидное помрачение сознания, шифр 151).

### **Тревожно-боязливое кататоническое возбуждение . . 144**

Больные находятся в состоянии двигательного и речевого кататонического возбуждения (особенности которого описаны выше), растеряны, подозрительны, объаты чувством тревоги и страха. Отмечаются крайне отрывочные галлюцинации, идеи преследования и воздействия, отрывочные бредовые восприятия, иллюзорные расстройства.

### **Кататоно-маниакальное возбуждение . . . . . 145**

Синдром характеризуется сочетанием кататонических расстройств с чертами дурашливости и пуэрильности, на фоне гипоманиакального настроения.

### **Кататонический ступор и субступор . . . . . 146**

Полный ступор, как отмечалось, наблюдается очень редко. В состоянии ступора больные мутничны, негативистичны. Нарушения мышечного тонуса и вегетативные симптомы, наблюдающиеся при кататонии у молодых, выражены незначительно. Симптомы «восковой гибкости» крайне редки.

### **Прочие кататонические синдромы . . . . . 147**

## **Хронические кататоно-галлюцинаторно-бредовые расстройства с выраженными шизофреническими изменениями личности (конечные состояния шизофрении по Крепелину) . . . 148**

В связи с тем, что конечные состояния шизофрении с преобладанием хронических кататоно-галлюцинаторно-бредовых расстройств в позднем возрасте встречаются редко, дифференцирование их согласно классификациям Э. Крепелина, К. Леонгарда, В.Н. Фавориной практического значения не имеет.

Особенностью этих состояний в позднем возрасте является улучшение способности больных к контакту, некоторый регресс продуктивных расстройств при сохранности основных особенностей синдрома и соотношения позитивных и негативных проявлений болезни.

## **V. СИНДРОМЫ ПОМРАЧЕННОГО СОЗНАНИЯ («Экзогенные типы реакций»)**

В позднем возрасте при сосудистых, симптоматических и отчасти сенильно-атрофических психозах могут возникнуть все те основные состояния помраченного сознания, которые встречаются и в предшествующие возрастные периоды, т.е. такие синдромы, как делирий, онейроид, сумеречные состояния, аменция, оглушение. Однако в старости квалификация, а также разграничение одного типа помрачения сознания от другого встречаются нередко значительные трудности.

Можно отметить, что в старости отдельные синдромы помрачения сознания часто проявляются в рудиментарной или видоизмененной возрастом форме. При разных видах помраченного сознания у пожилых больных с постоянством можно наблюдать ряд особенностей моторного возбуждения, сопровождающего эти состояния, преобладают не сложные, координированные двигательные акты, а более простые, нередко элементарные, стереотипно-повторяющиеся движения, напоминающие неврологические расстройства моторики.

Состояния измененного сознания, возникающие при различных психических заболеваниях молодого и среднего возраста, изменяются обычно лишь в пределах одного и того же клинического типа (например, алкогольный делирий сменяется лишь фантастическим делирием или делирием с профессиональным бредом, а не другой формой патологически измененного сознания). В позднем же возрасте, особенно при сосудистых заболеваниях, последовательно могут возникать различные состояния помраченного сознания. Например, инициальный делирий сменяется сумеречным состоянием или аменцией; делирий – онейроидом и т.д.

Особенности состояний помраченного сознания, возникающих в позднем возрасте, значительно затрудняют их квалификацию и заставляют психиатров в ряде случаев ограничиваться их общей оценкой как состояния «спутанного» сознания.

При состояниях помраченного сознания позднего возраста часто появляются вслед за прояснением сознания так называемые «переходные» или «промежуточные» синдромы (см. ниже, в следующем разделе).

## **Синдром оглушения . . . . . 149**

Форма помрачения сознания, при которой отмечается повышение порога восприятия всех видов внешних раздражителей и снижение психической активности. В позднем возрасте часто наблюдается легкая форма оглушения – обнубиляция.

## **Делириозный синдром . . . . . 150**

Характеризуется ложной ориентировкой в окружающем, наплывом ярких, сценopodobных, главным образом, зрительных галлюцинаций (нередко устрашающего характера), большой изменчивостью аффекта, адекватного содержанию переживаний и сохранностью самосознания



больного. При психозах, протекающих без помрачения сознания, в позднем возрасте могут возникать ночные обострения делириозного характера. Часто отмечается скудность зрительных галлюцинаций, ослабление интенсивности аффективных нарушений. Нередко содержание делирия имеет профессиональный характер или относится к далекому прошлому. Иногда отмечается частичная амнезия перенесенного психоза.

### **Онейроидный синдром . . . . . 151**

Это грезоподобное помрачение сознания с чувственным фантастическим бредом и расстройством самосознания, сопровождающимся синдромом Кандинского–Клерамбо. При онейроидных состояниях наблюдается диссоциация между характером аффекта, содержанием бреда и поведением больного.

В позднем возрасте онейроидные расстройства сравнительно редки. Как правило, не наблюдается полного расстройства самосознания, синдром Кандинского ограничивается бредом воздействия. Чаще речь идет об «ориентированном онейроиде». Как и при делирии, после перенесенного онейроидного состояния в позднем возрасте может оставаться частичная амнезия.

### **Аментивный синдром . . . . . 152**

Под аменцией подразумевается полный распад самосознания, аффективных проявлений, целенаправленных действий, мимики и моторики, с бессвязной речью и отрывочными галлюцинаторными расстройствами. Элементы аменции, нередко наблюдающиеся в позднем возрасте в делириозных или онейроидных состояниях, вносят известную атипичность и единообразие в эти картины, которые квалифицируются как делириозно-аментивные или синдромы «спутанного сознания». По выходе из аментивного состояния наблюдается полная амнезия.

### **Сумеречное помрачение сознания . . . . . 153**

Транзиторное расстройство сознания, имеющее резкую границу перехода от ясного сознания к помраченному и обратно. Состояние сопровождается напряженным аффектом (тоски, злобы, экстаза) с острыми бредовыми и галлюцинаторными расстройствами, наличием последовательных действий, иногда резким психомоторным возбуждением с агрессией (эпилептиформное возбуждение). Наблюдается полная амнезия пережитого в сумеречном состоянии. В позднем возрасте при сосудистых заболеваниях сумеречные состояния трудно дифференцировать с делириями, так как наблюдаются переходы одного расстройства в другое.

### **Прочие виды помрачения сознания . . . . . 154**

## **VI. СИНДРОМЫ СЛОЖНЫХ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

Психозы, развивающиеся при органических, в первую очередь сосудистых заболеваниях позднего возраста проявляются часто не одними только синдромами «нарушенного сознания», так называемыми экзогенными типами реакций Бонгеффера. При более затяжном и сложном течении таких симптоматических, «органически обусловленных» психозов возникают и другие, «эндоформные» или «органические» синдромы, которые, так же, как и синдромы помраченного сознания, по существу обратимы, но не сопровождаются помрачением сознания. В течении психоза они то предшествуют синдромам измененного сознания, то следуют за ними («переходные» синдромы, в понимании Вика). Условно можно выделить 3 группы таких «переходных» синдромов: 1) синдромы аффективного ряда – депрессивный, астено-депрессивный, апатически-депрессивный, тревожно-депрессивный и др., (см. шифры 121, 100–114); 2) синдромы «эндоформного» («шизофрени-

ческого») регистра – острые параноидные, галлюцинаторно-параноидные и кататонические (см. шифры 135–147); 3) синдромы «органического» регистра – эйфорический, псевдопаралитический, экспансивно-конфабуляторный, амнестический (корсаковский) и др. (см. шифры 118, 112, 155, 156).

Последовательность смены перечисленных синдромов не носит случайного или хаотического характера, а отражает тенденцию к прогрессивному или регрессивному течению органически обусловленного психоза. Поэтому каждая из трех групп состояний имеет определенное прогностическое значение. Если, например, по выходе из делириозного или аментивного состояния возникает «переходный» синдром аффективного ряда, то прогноз в целом относительно благоприятен; наоборот, переход острого, например, сосудистого психоза делириозного или аментивного типа в синдром «органического регистра», в частности в амнестический синдром, прогностически неблагоприятен и является чаще всего признаком перехода психотического расстройства в деменцию.

Переходные синдромы, выступающие в рамках сложно-симптоматического психоза позднего возраста, видоизменяются в своих проявлениях как возрастом (инволюционным или старческим), в котором они формируются, так и имеющимися негативными изменениями психической деятельности (то есть степенью интеллектуального снижения, на фоне которого они развиваются).

Поскольку большинство «переходных синдромов» уже было приведено в предыдущих разделах, необходимо остановиться на некоторых обратимых расстройствах «Органического ряда», о которых не было упомянуто.

### **Синдром экспансивного конфабулеза. . . . . 155**

Выражается в возникновении изменчивых фантастических мегаломанических конфабуляций, мало связанных между собой, относящихся обычно к прошлому, при негрубых нарушениях памяти и ясном сознании. Настроение,

как правило, повышено, расстройств восприятия и бреда не возникает.

Данный синдром встречается как «переходный» при симптоматических психозах, при травмах головы и других церебрально-органических поражениях.

В позднем возрасте содержание конфабуляций относится к далекому прошлому больных или носит сказочно-наивный характер.

### **Корсаковский синдром . . . . . 156**

Как и в молодом возрасте, характеризуется явлениями фиксационной амнезии (расстройством запоминания) с мнемоническими (замещающими) конфабуляциями или реже – без них. Имеется амнестическая дезориентировка, которая в позднем возрасте часто сочетается со сдвигом ситуации в далекое прошлое. Настроение обычно повышено, реже – понижено. Там, где описанные расстройства проявляются в более «чистом виде», без выраженной деменции (см. раздел VIII) и где сохраняется сознание болезни, корсаковский синдром может быть обратимым (то есть быть «переходным» синдромом). Однако следует оговориться, что в позднем возрасте даже в этих случаях редко наблюдается полное восстановление психической деятельности. По миновании указанных расстройств остаются обычно признаки органического снижения уровня личности. Необратимый корсаковский синдром наблюдается в рамках органических деменций (см. шифры 162, 164).

## **VII. ГАЛЛЮЦИНОЗЫ**

Синдромы галлюцинозов следовало бы рассматривать в разделе галлюцинаторно-бредовых расстройств или «переходных синдромов» по Вику. Однако, в связи с тем, что галлюцинозы являются одним из наиболее частых и характерных проявлений как органических, так и эндогенных психозов позднего возраста, целесообразно выделить

эти синдромы в особый раздел. Тем более, что в старости встречаются и как бы самостоятельные галлюцинозы, но-зологическая природа которых до сих пор остается невыясненной. Различают слуховые, зрительные, тактильные и смешанные галлюцинозы. Обонятельные галлюцинации, часто возникающие при психозах позднего возраста, только очень редко принимают характер сплошного галлюциноза.

### **Слуховые (вербальные) галлюцинозы. . . . . 157**

Вербальные галлюцинозы возникают чаще всего в рамках сложных состояний с бредовыми и аффективными расстройствами. При органических процессах, однако, наблюдаются и более простые, «чистые», в том числе элементарные (в виде акаоазмов) и «музыкальные» галлюцинозы. «Голоса» относятся в позднем возрасте обычно к истинным галлюцинациям, они бывают множественные, сценopodobные, устрашающие и, как правило, обостряются в вечерние и ночные часы. По течению различают острые, рецидивирующие и хронические галлюцинозы. Иногда происходит усложнение галлюцинаторного синдрома с развитием фантастического галлюциноза, который в дальнейшем, как правило, переходит в конфабулез. Такое прогрессивное развитие возможно не только при органических психозах. «Чистые», более простые галлюцинозы характерны для органических процессов. Особое место, возможно, занимают возникающие в глубокой старости и обычно протекающие без выраженного бреда вербальные галлюцинозы у тугоухих (так называемые галлюцинозы типа Шарля Боннэ).

### **Тактильные галлюцинозы. . . . . 158**

Чаще встречаются в сочетании с бредом, как бредовой галлюциноз. При возникновении в инволюционном возрасте, чаще в 50–60 лет, речь идет о бреде «одержимости» (заражения) кожными паразитами (пресенильном дерматозойном бреде Экбома).

В старческом возрасте тактильный галлюциноз проявляется также в виде ощущения поражения кожи мелкими неодушевленными частицами (песком, стеклом и т.п.). При органических психозах синдром тактильного галлюциноза наблюдается в наиболее «чистом» виде и не обнаруживает тенденции к усложнению.

При шизофренических психозах синдром тактильного галлюциноза с бредом одержимости кожными паразитами может иметь более сложное течение. Ему, как правило, предшествуют различные парестезии и сенестопатии, и лишь позднее патологические ощущения постепенно приобретают характер предметности и образности, то есть признаки галлюцинаций. Дальнейшее усложнение синдрома выражается иногда в появлении идей преследования или ипохондрических – вплоть до нигилистически-ипохондрического бреда Котара.

### **Зрительные галлюцинозы . . . . . 159**

Психопатологическое расстройство, встречающееся почти исключительно в глубокой старости (в 75–85 лет). В типичных случаях зрительный галлюциноз начинается с элементарных, обычно «плоскостных» зрительных обманов. Сформировавшийся галлюциноз характеризуется сначала панорамностью, а затем объемностью и при этом множественностью, подвижностью, и необычайной яркостью зрительных галлюцинаторных образов. В этой стадии частично или полностью утрачивается критика, хотя больной, нередко на всех этапах развития психоза, относится к галлюцинациям как зритель, без чувства страха. Хотя ориентировка в окружающей обстановке и не утрачивается, но синдром в этой стадии становится трудно отличимым от рудиментарного (бодрствующего) делирия. Такой относительно «чистый» зрительный галлюциноз обычно не сопровождается бредом или помрачением сознания с амнезией. Он наблюдается нередко, но не исключительно, у слепых (зрительный галлюциноз типа Шарля Боннэ).

## **VIII. СИНДРОМЫ ДЕМЕНЦИИ**

### **Начальные формы деменции**

**(стадия «снижения уровня личности», так называемый «органический психосиндром» иностранных авторов).**

Начальная стадия деменции характеризуется стойким, но относительно нерезким ослаблением психической деятельности. Изменяется личность, индивидуальность больного. В одних случаях возникает нивелировка личностных особенностей, в других отмечается заострение черт, прежде свойственных больному. Характерологические изменения, обусловленные болезненным процессом, сочетаются обычно с общевозрастными личностными сдвигами: ворчливостью, недружелюбным отношением ко всему новому, ригидностью мышления, эгоцентризмом и т. п.

На особенности характерологических изменений, в известной мере, оказывает влияние лежащий в основе заболеваний органический процесс – сосудистый, дегенеративно-атрофический и др.

Характерологические сдвиги в начальной стадии ослабляющих органических процессов могут сопровождаться конституционально-обусловленными реакциями, чаще в форме депрессивных или паранойяльных реакций различного содержания, расстройства влечений. Последние чаще проявляются их снижением, значительно реже – расторможением.

В этой стадии отмечается снижение психической активности, обнаруживаются начальные признаки интеллектуального снижения: понижение уровня суждения и критики, уменьшение объема и четкости восприятий, оскудение представлений и понятий, затруднения при выполнении новых профессиональных или бытовых задач, замедление темпа мыслительной деятельности, обстоятельность и персеверативность мышления, и, наконец, снижение памяти, в первую очередь касающееся элективной репродукции и запоминания новых отвлеченных фактов, а также фактов, не связанных с прежним опытом. Характерологические сдвиги в начальной стадии деменции чаще всего

проявляются в форме псевдоневрастенического синдрома и старческого огрубения личности.

Совокупность нарушений, объединяемых понятием «снижение уровня личности», может быть малопрогрессивной, почти стабильной. Нередко по прошествии многих лет происходит постепенно дальнейшее их развитие с переходом в состояния деменции той или иной структуры. Провести четкую границу между этими двумя состояниями чрезвычайно трудно.

О наличии собственно деменции – стойкого, и, как правило, необратимого обеднения психической деятельности говорят тогда, когда происходит значительное поражение не отдельных сторон интеллекта (памяти, внимания, восприятия, суждений, критики и т. д.), а их совокупности, заметно нарушается свойственный личности прежде эмоциональный резонанс, стираются присущие больному ранее личностные особенности и нарушается его способность к адаптации. Выделяют лакунарное (дисмнестическое) и глобарное (тотальное) слабоумие; псевдопаралитическое, амнестическое, постапоплектическое слабоумие и др. Специфическим для позднего возраста являются сложные синдромы пресенильных деменций при болезнях Альцгеймера, Пика и хорее Гентингтона.

### **Псевдоневрастенический синдром**

**(как начальное проявление деменции) . . . . . 160**

Характеризуется возникновением или усилением бывших ранее астенических черт личности: нерешительности, неуверенности, тревожности, в появлении раздражительной слабости, слезливости, аффективной лабильности и внушаемости, утомляемости, снижения работоспособности и продуктивности с замедлением темпа умственной деятельности, снижением влечений. Описанные изменения обычно сочетаются с соматическими жалобами на головные боли, головокружения, парестезии в конечностях и пр. Синдром чаще наблюдается в начальных стадиях сосудистой деменции.

## **Синдром старческого «огрубения» личности . . . . . 161**

Этот синдром выражается, с одной стороны, в заострении некоторых личностных черт, с другой – в чрезмерном развитии ряда «общевозрастных» свойств личности, нивелирующих индивидуальные особенности человека, которым сопутствует описанное выше интеллектуальное снижение (негрубое на начальных этапах деменции). Заострение черт характера заключается в тенденции к постепенному перерастанию определенных качеств личности в их карикатурные формы (например, твердости – в упрямство, аккуратности – в педантизм, бережливости – в скупость и т.п.). Эти изменения сочетаются с общевозрастными личностными сдвигами в виде: 1) снижения психической активности и работоспособности с непродуктивной деловитостью; 2) ригидности психики; 3) нарастания эгоцентризма, сосредоточения интересов на физиологических отправлениях (сон, еда, действие кишечника), обидчивости, ворчливости, неприязни к окружающему, диффузной подозрительности; 4) снижения живости восприятия и аффективного резонанса; 5) на более поздних этапах – снижение дифференцированных форм поведения, такта, расстройств влечений (прожорливость, сексуальные извращения, бродяжничество, собирание хлама).

## **Синдром глобального слабоумия . . . . . 162**

Его основные признаки:

1) наличие прогрессирующей амнезии, проявляющейся последовательным стиранием запасов памяти, в первую очередь тех, которые были приобретены последними, и оживлением запасов памяти, относящихся к далекому прошлому. В выраженных случаях происходит распад всех запасов памяти;

2) возникновение фиксационной амнезии, обуславливающей потерю способности к образованию новых условных связей, то есть к запоминанию, наличие мнестических расстройств ведет к полной алло- и аутопсихической де-

зориентировке или даже к ложной ориентировке в месте, времени и окружающих больного лицах;

3) прогрессирующая амнезия и оживление прошлых мнестических запасов приводит к так называемой «жизни в прошлом», сопровождаемой экмнестическими (т.е. заимствованными из прошлого) конфабуляциями, а наличие фиксационной амнезии к так называемым мнемоническим (замещающим) конфабуляциям;

4) отсутствие не только критики, но даже сознания болезни;

5) преобладание тупо-безразличного, либо беспечно-эйфорического, либо угрюмо-раздражительного или даже злобного настроения. Синдром наблюдается чаще при сенильных процессах, для которых помимо перечисленных типичны еще два признака:

а) по меньшей мере, на ранних этапах диссоциация между психическим распадом и некоторой сохранностью привычных внешних форм поведения, значительного запаса речи, сохранностью автоматизированных моторных реакций;

б) «обращенность больных вовне», их говорливость, повышенная откликаемость на происходящие вокруг них события, а также их стремление к непродуктивной деятельности.

## **Синдром лакунарной деменции . . . . . 163**

Ее характеризуют: а) нарушения памяти по дисмнестическому типу, при котором расстройство запасов памяти никогда не достигает степени прогрессирующей амнезии, а расстройства запоминания – степени фиксационной амнезии. Характерным является «неравномерность» поражения мнестических функций, при стирании хронологической ориентации достаточно хорошо сохраняется последовательность событий; при невозможности вспомнить какой-нибудь факт в данный момент больной вспоминает его в другой обстановке;

б) почти всегда может быть обнаружена достаточная степень аллопсихической и аутопсихической ориентировки;

в) не характерны для этих больных сдвиг ситуации в прошлое и экмнестические конфабуляции;

г) как правило, больные выглядят старше своего возраста. Их движения неловки и замедленны. То же самое касается и их речи, в которой почти всегда можно выявить явления дизартрии;

д) больные бывают погружены в себя, что проявляется в отсутствии откликаемости на внешние события и стремления к деятельности;

е) имеется та или иная степень сознания своей психической и особенно физической неполноценности, а нередко даже известная критика.

Чаще всего данный синдром встречается при сосудистой деменции. Для последней характерен также пониженный фон настроения с тревожными опасениями, раздражительностью, легко сменяющейся слабодушными реакциями, или с насильственным плачем.

### **Амнестическая деменция (деменция с корсаковским синдромом) . . . . . 164**

Нередко в связи с ухудшением течения сосудистого процесса, после состояний спутанности, дисмнестический тип слабоумия приобретает характер амнестического. Становится выраженной фиксационная амнезия, появляются конфабуляции, амнестическая дезориентировка и ложная ориентировка (нередко экмнестического характера) на фоне общего оскудения психической деятельности со снижением уровня личности и некритическим отношением к болезни.

### **Синдром псевдопаралитической деменции . . . . . 165**

Для этой формы слабоумия характерны благодушие, беспечность или тупая эйфория, двигательная расторможенность и облегчение ассоциаций. Уровень суждений

и умозаключений резко снижен, что проявляется, в частности, полным отсутствием критики. Расторможенность низших влечений. Запоминание и запасы памяти обычно сохранены сравнительно удовлетворительно.

Сочетание перечисленных расстройств с дурашливостью или пуэрилизмом позволяет говорить о мориаподобном слабоумии.

Грубые изменения личности, возникающие при этом варианте сосудистой деменции, сближают его с группой глобального слабоумия.

Указанный тип деменции чаще возникает в среднем возрасте у больных гипертонической болезнью.

Псевдопаралитический синдром вне рамок деменции может встречаться как обратимый, «переходный» синдром при ряде экзогенно-органических психозов (см. шифр 112).

### **Синдром постапоплектической деменции. . . . . 166**

Характеризуется сочетанием признаков лакунарной (чаще), псевдопаралитической или тотальной деменции с очаговыми неврологическими расстройствами.

### **Сенильноподобное слабоумие . . . . . 167**

Данный синдром определяет появление огрубения личности, угрюмости, отгороженности, ворчливой раздражительности, недоверия к окружающим, идей ущерба в сочетании с расстройством памяти по дисмнестическому типу и обычно нерезко выраженной лабильностью аффекта. Синдром возникает главным образом при начале сосудистого заболевания в старости, безынсультном течении процесса и преимущественном поражении мелких сосудов коры.

---

## СЛОЖНЫЕ СИНДРОМЫ ПРЕСЕНИЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЙ

---

Синдром деменции, развивающийся при мозговых атрофиях с преимущественной манифестацией в пресенильном возрасте, то есть при болезни Альцгеймера, болезни Пика, хорее Гентингтона и других, характеризуется рядом клинических особенностей, свойственных также и сенильно-атрофическим процессам (сенильной деменции): медленным началом, хроническим течением, неуклонной прогрессивностью и исходом в тотальный распад психической деятельности. Сохраняя эти общие клинические свойства, синдром деменции отличается при каждой клинической форме, входящей в группу пресенильных деменций, определенными, типичными и в нозологическом отношении клиническими особенностями.

### **Глобальная деменция с афатическо-апрактическими и агностическими расстройствами . . . . . 168**

При болезни Альцгеймера центральное место в процессе распада психической деятельности занимают расстройства памяти, протекающие по типу прогрессирующей амнезии и ведущие к полной амнестической дезориентировке и тотальному опустошению запасов памяти. При сохранности некоторого чувства изменности относительно рано развиваются и постепенно нарастают такие симптомы, как потеря навыков, расстройства пространственной ориентировки, общая моторная растерянность и суетливость. Закономерно, в разные сроки и разной последовательности, к прогрессирующей деменции присоединяются: афатические (амнестически-сенсорно-афатические, распад моторной речи, логоклонии и насильственная речь, нарушения письма и чтения), апрактические и агностические расстройства. Примерно в 1/3 случаев наблюдаются эпилептические припадки.

### **Синдромы деменции при ограниченной атрофии мозга (болезнь Пика) (так называемое «лобное слабоумие») . 169**

В начальной стадии деменции при болезни Пика, в частности в случаях с преимущественным поражением лобных долей, преобладают изменения личности, то в виде развития псевдопаралитического так называемого орбитального синдрома с эйфорией, расторможенностью влечений, снижением критики и неправильным поведением, то в виде развития эмоциональной тупости, общепсихической, моторной и речевой аспонтанности (так называемый синдром выпуклости лобной доли). Интеллектуальные способности поражаются при болезни Пика как бы сверху, в то время как «инструментальные функции» интеллекта, в том числе и память, длительно остаются относительно сохранными. В рамках деменции при болезни Пика, как правило, также развиваются афатические расстройства, в частности своеобразное оскудение речи, эхолоалия и речевые стереотипии (так называемые стоячие обороты); выраженные апрактические расстройства возникают обычно позднее.

### **Синдром хорейической деменции . . . . . 170**

Синдром деменции при хорее Гентингтона отличается, прежде всего, относительно медленным темпом прогрессивности, в силу чего большая часть больных в течение многих лет находится вне больницы, а полная дезориентировка и полная утрата запаса приобретенных знаний наступают редко. Характерны психопатоподобные изменения личности с чертами возбудимости, эмоциональной неустойчивости, черствости. Из-за выраженной неустойчивости внимания больные легко теряют направление и цель умственной работы, а результаты интеллектуальной деятельности в целом бывают крайне неравномерными. В речи встречаются только легкие амнестически-афатические затруднения.

**ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕМЕНЦИИ  
ПРИ НЕКОТОРЫХ ДРУГИХ ОРГАНИЧЕСКИХ  
ПОРАЖЕНИЯХ МОЗГА  
(прогрессивный паралич, опухоли мозга)**

**Паралитическая деменция . . . . . 171**

Хотя количество описанных в литературе случаев прогрессивного паралича, развивающегося в старости, невелико, все же всеми авторами были отмечены определенные возрастные особенности клинической картины деменции. Они выражаются в том, что даже в нелеченных случаях прогрессирует деменция в старости замедляется, а клиническая картина ее утрачивает типичные паралитические, в частности экспансивные черты и в значительной степени становится похожей на синдром деменции при старческом слабоумии и церебральном атеросклерозе.

**Деменции при опухолях мозга . . . . . 172**

В дифференциально-диагностическом отношении представляется важным, что психоорганический синдром или синдром выраженной деменции, является в старости довольно часто (примерно в 50% случаев) единственным клиническим проявлением опухолей мозга. В центре клинической картины деменции при опухолях мозга различной локализации находится, как правило, амнестический синдром. Выраженность деменции, возникающей при мозговых опухолях, увеличивается с нарастающим возрастом больных.

**Эпилептическая деменция . . . . . 173**

**Прочие деменции . . . . . 174**

**IX. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, НАИБОЛЕЕ  
ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНО-  
ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ  
ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

В клинике психозов позднего возраста наибольшее значение имеют следующие неврологические синдромы: парезы и параличи конечностей и черепномозговых нервов, корковые очаговые расстройства, эпилептиформные припадки, паркинсонизм, хореатические гиперкинезы.

Возрастные особенности этих синдромов не изучены, поэтому мы ограничимся лишь перечислением синдромов с указанием их шифров.

**Параличи и парезы черепномозговых нервов . . . . . 175**

**Параличи и парезы конечностей . . . . . 176**

**Корковые очаговые расстройства  
(афазия, апраксия, агнозия, аграфия и т. п.) . . . . . 177**

**Старческая походка . . . . . 178**

**Синдром Паркинсона . . . . . 179**

**Хореатические гиперкинезы – см. «синдром  
хореатической деменции».**

**Прочие гиперкинезы . . . . . 180**

**Эпилептические припадки и эпилептиформный синдром**

Наиболее полный «набор» эпилептических расстройств встречается в позднем возрасте при сосудистых заболеваниях. Здесь могут наблюдаться сумеречные состояния (см. синдромы расстройства сознания); эпилептические развернутые припадки, abortивные, очаговые припадки, малые припадки и абсансы.

При старческом слабоумии наблюдаются (редко) редуцированные припадки со слабо выраженной клонической



фазой. При болезни Альцгеймера в 1/3 случаев наблюдаются генерализованные припадки, как правило, редкие, затихающие и редуцирующие по мере прогрессирования слабоумия.

При болезни Пика наблюдается своеобразная пароксизмальная потеря тонуса, как правило, без судорог.

<b>Синдромы генерализованных эпилептических припадков . . . . .</b>	<b>181</b>
<b>Синдром абортивных судорожных припадков . . . . .</b>	<b>182</b>
<b>Синдром очаговых эпилептических припадков . . . . .</b>	<b>183</b>
<b>Малые припадки и абсансы . . . . .</b>	<b>184</b>
<b>Прочие пароксизмальные расстройства . . . . .</b>	<b>185</b>
<b>Прочие неврологические расстройства . . . . .</b>	<b>186</b>

## **Х. СИНДРОМЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ**

Синдромы умственной отсталости включены в данный глоссарий по той причине, что в позднем возрасте у дебилов могут в некоторых случаях возникать психотические состояния. Они протекают чаще с аффективными или рудиментарными, примитивными и конкретными по содержанию галлюцинаторно-бредовыми расстройствами. Больные с глубокой умственной отсталостью, как правило, не доживают до позднего возраста. В гериатрической психиатрии практически могут наблюдаться лишь больные в состоянии дебильности или легких степеней имбецильности.

<b>Умственная отсталость в степени дебильности и легкой имбецильности . . . . .</b>	<b>187</b>
-------------------------------------------------------------------------------------	------------

Этим шифром обозначается синдром задержки умственного развития с неспособностью к абстрактному мышлению, обобщению, самостоятельному осмыслению ситуа-

ции в целом. Больные легко поддаются чужому влиянию. При разумном руководстве могут овладеть несложной специальностью. Речь примитивна, но достаточно развита (у дебилов). У имбецилов речь, как правило, косноязычна, крайне примитивна. Они способны обучиться лишь простейшему труду.

<b>Психопатологические синдромы, не вошедшие в глоссарий под шифрами 100–187 . . . . .</b>	<b>188</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------	------------