

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

**ГЛОССАРИЙ
СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ
ДЛЯ УНИФИЦИРОВАННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ
РЕАКТИВНЫМИ ПСИХОЗАМИ**

Методическое письмо

Составили Н. И. Фелинская, Ю. К. Чибисов
на основе работ сотрудников ЦНИИ судебной психиатрии
имени профессора В.П. Сербского.

Москва, 1972 год

Введение

Применение математико-статистических методов и вычислительной техники для решения ряда психиатрических задач сделало реальным обработку больших массивов исходных клинических данных. Однако сбор массового материала исследователями разных школ и направлений до настоящего времени обуславливает существование больших разногласий в квалификации психопатологических проявлений, что затрудняет, а подчас делает невозможным, удовлетворение одного из основных требований научных исследований – получение однородного материала, собранного посредством эпидемиологического, клинического и других методов изучения, и тем самым лишает возможности сопоставления полученных результатов.

Различие в нозологической квалификации реактивных психозов обусловлено неоднозначностью их нозологического понимания, различиями в наборе дифференциально-диагностических критериев, субъективизмом, вносимым в процесс восприятия самих признаков. Унификация диагностических методов в указанных аспектах – задача сложная, требующая длительного времени, большой творческой работы многих научных коллективов.

Как показали результаты международных диагностических семинаров, различия в нозологической оценке в значительной степени превосходят неоднородность синдромологической квалификации заболеваний. Поэтому на данном этапе развития психиатрии наиболее реальным является проведение унификации и стандартизации синдромологических понятий.

В отличие от факторов, обуславливающих различия нозологической трактовки, существующая неоднородность исходного материала на уровне синдромологической оценки в значительной степени в настоящее время обусловлена тем, что за одним и тем же терминологическим обозначением могут скрываться различные по своей синдромологической сущности клинические формы реактивных состояний.

В настоящее время так называемая «малая» психиатрия накопила достаточно клинических описаний синдромов реактивных психозов, что позволяет осуществить классификацию синдромологических понятий и систематизацию их терминологических обозначений.

Настоящий перечень стандартизованных синдромов реактивных психозов представляет собой клиническое описание синдромов, содержащее как наиболее характерные, а в ряде случаев специфические для каждого синдрома особенности, так и более частные психопатологические проявления.

Хотя в представленном перечне синдромов не отведено специального места для дифференциальной диагностики реактивных психозов с другими психозами, в нем содержится ряд клинических характеристик, отражающих специфическую окраску, свойственную психогенным заболеваниям.

Предложенный перечень не содержит данных о динамических изменениях реактивных психогических синдромов. Настоящий глоссарий не претендует на исчерпывающий и окончательный вариант. На следующих этапах он будет дополнен, уточнен и, возможно, в нем будет отражен динамический аспект и введены дополнительные динамические шифры.

Синдром психомоторного возбуждения

Психомоторное возбуждение без указания на его вид 300

Этим шифром обозначаются все синдромы психомоторного возбуждения при остром реактивном психозе, дифференцировка которых на описанные ниже варианты затруднена.

Возбуждение развивается остро, часто в ответ на наиболее патогенные стрессовые ситуации и проявляется в недифференцированных бесцельных движениях, метаниях, бессмысленном бегстве. Временами возникают судорожные движения, тики, гиперкинезы.

Как правило, основной эмоциональный фон соответствует сложившейся ситуации, однако при этом преобладает то тоска, то испуг, то злобное настроение.

Психопатологическая симптоматика резко усиливается при непосредственном или косвенном напоминании о психотравмирующих факторах и отражает в прямой или негативной форме наиболее эмоционально насыщенные особенности стрессовых раздражителей.

Указанная картина возникает на фоне психогенного сумеречного расстройства сознания. При этом отмечается нарушение ориентировки в окружающем и своей личности, а также неотчетливость восприятия окружающего. Поведение часто определяется явлениями двигательного автоматизма. Впоследствии отмечается полная амнезия. Состояние это кратковременное, часто наблюдается критический выход, иногда оно является начальной стадией дальнейшего развития хронических реактивных психотических состояний.

Психомоторное возбуждение с явлениями страха . . . 301

Данная разновидность психомоторного возбуждения в основном по своим психопатологическим проявлениям аналогична описанному выше состоянию и отличается тем, что в структуре его ведущее место занимают эмоции страха, имеющего характер панического, безудержного аффекта.

Эмоции страха выражаются в мимике испуга и тревоги, широко открытых вытаращенных глазах. Больные беспокойно озираются по сторонам, вздрагивают при каждом раздражителе, иногда дрожат всем телом, прячутся с головой под одеяло, шарахаются в сторону от окружающих, пытаются куда-то бежать. Отмечается синдром гиперпатии – всякий звук, прикосновение к больному и т.д. усиливают чувство страха.

Особой выразительностью указанная симптоматика отличается в случаях «прикосновения к больному пункту».

Это состояние находится в тесной зависимости от психогенной ситуации. Оно обычно кратковременно, исчезает через несколько дней, но в дальнейшем всякое напоминание о травмирующем переживании может привести к обострению приступов страха.

Психомоторное возбуждение с явлениями злобы и агрессии 302

Основной особенностью этого состояния является сочетание психогенно возникшего психомоторного возбуждения с преобладающими в клинической структуре явлениями злобы и агрессии.

В этом состоянии больные проявляют бессмысленную неадекватную ярость, цинично бранятся, срывают с себя одежду; у них отмечаются тенденции к самоповреждениям, они разрушают все, что попадет на глаза, нападают на окружающих, оказывают резкое сопротивление попытке удержать их.

Остальные психопатологические проявления в целом аналогичны описанным под шифрами 01, 02 состояниям.

Синдром речевой спутанности

Психогенная речевая спутанность без указания на вид 303

Этим шифром обозначаются все синдромы психогенной речевой спутанности, дифференцировка которых на описанные ниже варианты затруднена.

Речевая психогенная спутанность возникает обычно в рамках истерических реакций в ответ на тяжелую травмирующую ситуацию. При этом появляются бессвязные высказывания на фоне некоторой психомоторной расторможенности. Речь больных льется быстрым темпом, характеризуется нарушением логической связи синтаксического и грамматического построения фраз, состоит из укорочен-

ных предложений, из отрывков воспоминаний о прошлом, беспорядочных перечислений отдельных фактов. Говорят с большой экспрессией.

Временами в бессвязном потоке слов все чаще и чаще повторяются отдельные слова, которые отражают особенности конкретной психотравмирующей ситуации: арест, тюрьма, дальнейшая судьба. Отрывки фраз иногда заменяются обрывками слов.

В момент выражения своих наиболее волнующих переживаний речь больных все более убыстряется. В этих случаях она становится осколочной, бессвязной, слова, произносимые больными, заменяются междометиями, нечленораздельными криками. Интонация речи, жесты, телодвижения крайне экспрессивны, театральны. Нарушения речи могут сопровождать разнообразные аффективные переживания. Больные плачут, мечутся, катаются по полу, скрежещут зубами, плюют, царапают тело, ударяются головой о стены, хлопают в ладоши, обнажаются, усиленно жестикулируют, принимают различные позы, выражающие гнев, горе, негодование, иногда ожесточение.

Речевая спутанность возникает на фоне сумеречного расстройства сознания, в легких случаях – в рамках суженного.

Психогенная речевая спутанность в форме глоссолалии 304

Характер речи напоминает состояние аффективной глоссолалии. У больных происходит полный распад речи на отдельные слоги, не объединенные в словесный звукокомплекс и определенные артикуляционные сочетания. Нередко они произносят не только отдельные обрывки слов и междометия, но и нечленораздельные выкрики или протяжные гласные звуки. Весь этот бессвязный речевой поток имеет однообразный стереотипный характер, выражающий в отрывочной форме их чувства, сопровождается воем или рыданиями. В более тяжелых случаях у больных происходит полный распад речи. Психогенная

глоссолалия появляется на фоне острого истерического психомоторного возбуждения и сумеречного расстройства сознания, сочетается с выраженным аффектом страха и эмоционального напряжения.

Состояние это кратковременно, выход из психотического состояния бывает критическим. В некоторых случаях при любой неблагоприятной ситуации подобные состояния могут повторяться вновь и вновь и протекать совершенно однотипно с предыдущими приступами.

Психогенная речевая спутанность в форме инкогерентности 305

Речевые расстройства развиваются в ответ на психотравмирующую ситуацию и проявляются в однообразности высказываний и ускорении темпа речи. В отличие от предыдущей группы речевая продукция характеризуется большей связанностью. Структура речи отличается непоследовательностью, отражающей эмоциональную напряженность и волнение, но сравнительно правильно грамматически построена.

В клинической картине речевых нарушений вырисовывается определенная узкая тематика, содержание которой прямо или косвенно отражает тяжелую ситуацию. При этом высказывания отличаются однообразием, носят стереотипный характер и не имеют тенденции к расширению или изменению тематики. Формирование определенного содержания находится также в прямой зависимости от соответствующих психотических переживаний больных. Больные почти полностью выключаются из реальной ситуации и бывают целиком поглощены волнующими их переживаниями. Такие больные выступают с патетическими монологами и могут часами говорить без остановки, обращаясь куда-нибудь в пространство.

Речевые расстройства возникают в рамках истерических нарушений на фоне аффективно суженного сознания и нерезко выраженного психомоторного возбуждения. Реже расстройства речи наблюдаются на злобно-тоскливом или

депрессивно-тревожном фоне, а иногда – на внешне дурашливом, приподнятом эмоциональном фоне, за которыми все же скрывается известная напряженность и тревога.

Эпизодически возникающая психогенная речевая спутанность 306

Речевые расстройства возникают у больных, находящихся в психотравмирующей ситуации, со склонностью к некоторой гипоманиакальности и выражаются в речевой расторможенности. Появляются бессвязные высказывания, обычно эпизодически, только в определенной ситуации, например, при демонстрациях на лекциях, во время врачебных обходов, на экспертных комиссиях в связи с желанием больного быть в центре внимания, т.е. при любом аффективном напряжении и возбуждении. Их речь льется быстрым темпом, состоит из укороченных фраз, из отрывков воспоминаний о прошлом, беспорядочных перечислений отдельных фактов, изложений своих требований, взглядов, «научных идей» и т.д. В речи этих больных нет настоящей спутанности, высказывания их понятны и более связны по содержанию. В них всегда можно уловить некоторый смысл, логическое развитие мысли. Их высказывания напоминают «мысли вслух», нередко они протекают по типу свободных ассоциаций. Говорят они в быстром темпе, с большим увлечением и экспрессией, порой задорно, запальчиво. В голосе звучат восторженные интонации, восклицания, пафос, порой тон приобретает характер поучения. Если на них не обращают внимания, больные постепенно умолкают и успокаиваются.

Ступор без указания на его вид 307

Этим шифром обозначаются все ступорные синдромы реактивной природы, дифференцировка которых на описанные ниже варианты затруднена.

Психогенный ступор проявляется в резко выраженной двигательной заторможенности, достигающей степени

полной обездвиженности и в незначительной речевой продукции вплоть до мутизма. Часто отмечается выраженная атония или, наоборот, значительная напряженность мышц. Больные лежат в эмбриональной позе, которую трудно бывает изменить, или неподвижно вытянувшись на спине. Отмечается отказ от пищи, они не опрятны мочой и калом. Иногда совершают отдельные стереотипные движения.

Часто отмечается общий тремор всего тела. Мимика временами отражает напряженный аффект, при этом выражение лица то угрюмое, то тоскливо-печальное, то испуганное. Иногда на лице отмечаются признаки безысходного отчаяния, смятения, страха. Глаза временами широко открыты, больной, не мигая, смотрит в одну точку или лежит, плотно сомкнув веки. Часто на глаза навертываются слезы. Временами прикосновения, уколы и другие раздражители не вызывают ответной реакции.

Однако при упоминании о психотравмирующей ситуации иногда отмечаются выраженные вегетативные сдвиги: больные бледнеют или краснеют, покрываются потом, отмечается учащенное сердцебиение и т.д.

Контакт с больными затруднен. Изредка больные дают краткие односложные ответы, очень медленно, с длительными паузами, тихим, монотонным голосом. Временами ответы носят характер отдельных слов, междометий, чаще же совсем не отвечают на вопросы. Больные не знают по имени окружающих, не узнают своей койки. Чаще эти состояния заканчиваются амнезией.

Характер измененного сознания в рамках острых состояний преимущественно выступает в форме сумеречного расстройства сознания или в виде восклицаний, междометий, носящих чрезвычайно экспрессивный характер.

Синдром психомоторной заторможенности 308

Этим шифром определяется группа реактивных психозов, в психопатологической структуре которых основное

место занимает острая психомоторная заторможенность, не достигающая по степени выраженности ступора.

Отмечается доступность контакту, но больные отвечают с задержкой, растягивая слова, в кратких выражениях, монотонным тихим голосом. Они самостоятельно передвигаются, но чаще при двигательном побуждении со стороны окружающих. При этом моторика скованна, темп движения чрезвычайно замедлен, спина сторблена, руки, как плети, устало опущены вниз, их сопутствующие движения отсутствуют.

Может отмечаться большое разнообразие эмоциональных переживаний, однако основной фон настроения депрессивный. Иногда в клиническую картину бывают вкраплены рудименты других психогенных психопатологических синдромов. Зависимость степени выраженности и характера психомоторной заторможенности от характера изменчивости конкретной психотравмирующей ситуации нерезко выражена. Сознание нарушено по типу оглушенности или суженного на комплексе аффективно окрашенных переживаний.

Ступор с преобладанием эмоции страха. 309

В данном случае картина острого психогенного ступора окрашена выраженным страхом, который находит свое отражение в мимике, выражении лица, жестике, жестикуляции: больные как бы застывают в позе, выражающей ужас, отчаяние, растерянность. В ответ на различные раздражители они со страхом озираются по сторонам, вздрагивают, начинают дрожать всем телом.

Эмоции страха, отражающиеся в выражении глаз, мимике, особенно отчетливо проявляются при упоминании о конкретных особенностях психотравмирующей ситуации. Наряду с явлениями страха иногда встречаются отдельные включения галлюцинаторно-параноидного характера. Больной слышит угрожающие голоса, к чему-то присматривается, прислушивается. Отмечаются большие трудности в квалификации характера расстроенного сознания.

Ступор с поражением эмоций. 310

Это состояние появляется в ответ на внезапно возникшие резкие, тяжелые, психотравмирующие воздействия и характеризуется картиной острой и глубокой общей заторможенности с неподвижностью, оцепенением, замедлением интеллектуальных процессов. Это состояние кратковременное, и наиболее ярким во всей картине является эмоциональное оупение, своего рода «эмоциональный паралич». Больные становятся безразличными к внешним опасностям, не переживают тяжелых утрат, не обеспокоены своей неблагоприятной судьбой.

Ступор депрессивный 311

Этот синдром характеризуется наличием выраженной депрессивной окраски ступора. Выражение лица застывшее в форме глубокой тоски или безвыходного отчаяния. Верхние веки полуопущены с характерной депрессивной складкой. Часто на глаза наворачиваются слезы. Контакт с больными затруднен. Иногда, после настойчивых вопросов, произносимых шепотом, они чрезвычайно медленно, тихим монотонным голосом все же дают краткие односложные ответы. Часто при упоминании об эмоциональных отрицательных раздражителях вместо ответов на вопросы больные произносят отдельные восклицания, междометия, которые носят чрезвычайно экспрессивный характер, отражают психотравмирующие переживания и нередко прерываются стоном и рыданием.

При нарастании психомоторной заторможенности больные все время лежат или сидят, сторбившись, согнув голову и подтянув коленки к подбородку, приобретая эмбриональную позу. Они безынициативны, никогда не обращаются ни с какими просьбами и требованиями к персоналу, не в состоянии себя обслуживать, поправить постель, умыться, взять со стола свою порцию пищи. При попытке заставить больного произвести то или иное движение они не оказывают активного сопротивления. Восприятие

и переработка внешних впечатлений затруднены, явления внешнего мира не привлекают внимания. Сложные вопросы не осмысливаются совсем. Все их поведение и реакции во время беседы позволяют говорить о нарушении сознания типа оглушенности.

Ступор истерический 312

В картине истерического ступора наиболее характерным является аффективная неустойчивость, тесно связанная с особенностями окружающей больного обстановки. Несмотря на неподвижность больных, мутизм и отказ от пищи, их живая мимика отражает аффективную насыщенность, разнообразие эмоционального переживания: то злобу, то тоску, то страх. Моторная заторможенность при истерическом ступоре характеризуется напряженностью всех мышц, выразительной позой, которую иногда бывает трудно изменить.

В тех случаях, когда преодолевается сопротивление больного, отмечается выраженный тремор, они застывают в приданном им положении, что обуславливает сочетание напряженности мышц с их подвижностью. При попытке обследовать их они оказывают резкое сопротивление, упираются стопами о пол, сползают со стула и т. д. Часто больные совершают отдельные стереотипные, зафиксированные в момент действия психической травмы движения: почесывают голову, пощипывают грудь или шею.

Наиболее типичными признаками истерического ступора является значительная изменчивость характера и степени выраженности внешних проявлений в присутствии врача и персонала, выраженная театральность, демонстративность, гротескность и карикатурность симптоматики. Характерными особенностями является наличие распавшихся трансформированных рудиментов предшествующих истерических синдромов.

Иногда больные таращат глаза, отражая этим пережитый псевдодемонстративный этап заболевания. Иногда сохраняется детски-наивный характер выражения лица,

капризное вытягивание губ, выявляющие пуэрильные компоненты перенесенного ранее состояния.

Сознание больного изменено по типу истерически суженного на определенном комплексе переживаний, связанных с травмирующей ситуацией или укладываются в структуру истерически сумеречного расстройства сознания.

Ступор галлюцинаторно-параноидный 313

Этим шифром обозначается ступорозный синдром, в структуре которого отмечаются психогенные галлюцинаторно-параноидные включения, элементы синдрома Кандинского, возникающие на фоне растерянности и страха. Основным симптомом является выраженная психомоторная заторможенность, проявляющаяся в замедленных движениях вплоть до полной неподвижности, отсутствие реакции на внешние реальные раздражители. О наличии бредовых галлюцинаторных переживаний можно судить по отдельным словам и обрывкам фраз, произносимых больным. Часто развивается полный мутизм, но внешняя настороженность больных (которые к чему-то приглядываются или напряженно прислушиваются), мимика, косвенно свидетельствуют о его галлюцинаторно-бредовых переживаниях, по выходе из состояния больные рассказывают об их содержании, которое всегда соответствует психотравмирующей ситуации.

Вялоастенический ступор 314

При данном синдроме отмечается наиболее выраженная заторможенность с полным отказом от еды, мутизм, нарушение мышечного тонуса, вплоть до глубокой атонии, отсутствие эмоциональной насыщенности, а также выразительности в мимике и во всем облике больного. Они неподвижно лежат в постели, изредка меняя положение тела, неопрятны мочой и калом. Совершенно недоступны никакому контакту. Появление новых лиц, прикосновение, неудобная поза, мокрая постель, укол, термические

раздражители, кормление искусственной смесью через зонд, лечебные процедуры не вызывают никакой ответной реакции. Это ступорозное состояние, называемое «пустым» или «вялым», не сопровождается выраженными эмоциональными расстройствами типа тоски или аффективной неустойчивости. Расстройство сознания при этом укладывается в структуру сновидной оглушенности.

Депрессивные синдромы

Психогенный депрессивный синдром без указания на его вид 315

Этим шифром обозначаются все психогенные депрессивные синдромы, дифференцировка которых на описанные ниже варианты затруднена.

В этом состоянии больные резко подавлены, отмечается выраженное тоскливое настроение. Оно проявляется в тихих, монотонно-плаксивых интонациях голоса, в слезах, в характерном выражении лица. Ходят они, сгорбившись, сидят в типичной депрессивной позе, с опущенной на грудь головой или лежат, поджав ноги.

Отмечается выраженная, психологически понятная концентрированность всех переживаний вокруг обстоятельств, связанных с травмирующей ситуацией. Все приятные и радостные представления вытеснены из сознания, которое заполнено мыслями о постигшем несчастье.

Часто отмечаются идеи самообвинения, однако у больных, находящихся в судебной ситуации, они иногда сочетаются со стремлением оправдать себя, больной ищет в своей жизни положительные качества и поступки, нивелирующие его преступления. Мысли о неприятных событиях отличаются обстоятельностью и детализацией, носят часто сверхценный характер и иногда достигают степени бреда. Картины пережитого могут находить свое отражение в сновидениях и галлюцинациях.

Часто можно отметить рудименты синдрома дереализации и деперсонализации, изредка элементы синдрома

Кандинского. Психогенная депрессия может сочетаться с элементами истерических синдромов: псевдодеменцией, пуэрилизмом.

Психомоторная заторможенность может быть разной степени интенсивности. Иногда же депрессия возникает на фоне психомоторного возбуждения, при этом отмечаются явления страха или гневливости. Сознание носит характер суженного на комплексе аффективно насыщенных переживаний.

Длительность и выраженность психопатологической симптоматики находится в тесной связи с особенностями психотравмирующей ситуации.

Субдепрессивное состояние (подавленность) 316

При этом состоянии настроение нерезко снижено, тоска, моторная и идеаторная заторможенность выражены слабо. Инстинкты и влечения (аппетит, жажда, половое чувство и т. д.) подавлены. Больные жалуются на неспособность к деятельности, но, несмотря на это, могут выполнять обычную работу, испытывая при этом недовольство своими действиями. Иногда больные проявляют чувство тоски, печали, самообвинения и унижения, но эти проявления нестойки, не носят большой выраженности и напряженности.

Депрессивное состояние на фоне психомоторной заторможенности 317

Выраженная депрессия возникает на фоне психомоторной заторможенности, которая является одним из основных клинических проявлений этого вида психогенной депрессии. Темп движения больного становится чрезвычайно замедленным, спина сгорблена, руки как плети опущены вниз, движения скованы, отсутствуют сопутствующие движения рук при ходьбе. Мимика малоподвижная. Глаза широко открыты, смотрят в одну точку, не мигая, углы губ опущены. Часто на глаза наворачивают-

ся слезы. Выражение лица скорбное. Контакт с больным затруднен. Голос тихий, речь с большими паузами, иногда состоит из отдельных слов и междометий. Временами наблюдаются явления деперсонализации и дереализации, когда больные с недоумением осматриваются вокруг, рассматривают свои руки, ноги. При упоминании о психотравмирующей ситуации просят молящим голосом оставить их в покое, жалуются на тяжесть в сердце, плачут. При дальнейшем нарастании психомоторной заторможенности этот синдром переходит в ступорозный и обозначается шифром. Изменение сознания укладывается в рамки суженного или в глубоких случаях носит характер оглушенности.

Депрессивное состояние на фоне психомоторной расторможенности 318

Депрессивный аффект таких больных выражается в резко сниженном настроении, сочетающимся с тревогой и страхом, иногда с гневливостью и протекает на фоне психомоторного возбуждения. К эмоциональным нарушениям иногда присоединяются невыраженные бредовые переживания депрессивного содержания, высказываемые больными в форме рудиментов бреда самообвинения, греховности, гибели близких друзей и гибели всего мира и т. п. Внешне поведение больных характеризуется тем, что они находятся в постоянном движении, громко плачут, причитают, заламывают руки, отказываются от еды, приема пищи. В выраженных случаях больные мечутся по помещению, бьются головой о стены, пытаются выскочить в окно и т. д., громко выкрикивают отдельные слова и междометия, из которых можно заключить о депрессивном характере их переживаний. Содержание последних тесно связано с психотравмирующей ситуацией, причем обычно больные в таком состоянии резко преувеличивают ее значение. Эти состояния наиболее часто приводят к суицидальным попыткам.

Депрессивный раптус. 319

Этим шифром обозначается возникший в стрессовой психотравмирующей ситуации крайне выраженный аффект тоски, сопровождающийся неистовым буйством. Больные отчаянно кричат, рвут на себе волосы и платье, бегают по комнате, наносят увечья себе и окружающим. Длительность обычно невелика.

Депрессивно-астенический синдром 320

Депрессивное настроение возникает на фоне специфических проявлений этого синдрома, который можно охарактеризовать как нервно-психическое истощение, достигающее степени общей астении. Депрессивный аффект носит характер глубокого уныния и подавленности, тоска выражена в меньшей степени. Больной не раскрывает своих переживаний, связанных с психотравмой, поэтому такое состояние можно квалифицировать как «атипичную реактивную депрессию». Иногда сознание больных достигает состояния оглушенности. Они становятся сонливыми, безвольными, не справляются с работой, рассеянны, забывчивы. Монотонно жалуются на несвойственную им ранее лень и отсутствие энергии, на чувство уныния, скуку или подавленность. Отмечается общая психомоторная заторможенность с бедной моторикой, с незавершенными действиями. Мимика больных вялая, лицо маскообразное, мигания редкие. Мышление их замедленно, высказывания односложны.

Клиническая картина этого синдрома обычно носит стабильный стереотипно-однообразный характер с замедленной, малозаметной динамикой болезненных проявлений. Психогенная окраска этого синдрома наиболее отчетливо выявляется на выходе из болезненного состояния, когда уменьшается психомоторная заторможенность, отчетливее депрессивный аффект с жалобами на пониженное настроение, тревогу и беспокойство, адекватные реальной ситуации. В этот период доминирующее положение в высказываниях занимают травмирующие переживания.

Депрессивно-истерический синдром 321

Депрессия здесь проявляется в неглубокой психомоторной заторможенности и аффекте тоски и отличается большой выразительностью внешних клинических симптомов, степень которой не соответствует субъективным переживаниям больного. При нерезко выраженной подавленности, угнетении, больные назойливо жалуются на гнетущее чувство тоски, патетическим голосом заявляют, что «давит грудь», «болит душа». Театрально хватаются за голову, жалуются на постоянную головную боль, на плохое общее самочувствие, тяжесть во всем теле. Больные стараются поделиться своими переживаниями. Много времени проводят в постели в трагической позе, часто вздыхают или театрально плачут, наносят себе легкие повреждения, прибегают к демонстративным суицидальным попыткам.

Во время беседы, характер которой затрагивает травмирующие переживания, оживляются, бранят своих обидчиков, бьют себя в грудь. При уговорах еще больше возбуждаются вплоть до приступов истерического отчаяния с тенденцией к агрессии, и тоскливый аффект проявляется уже на фоне психомоторного возбуждения.

Все мысли больных сконцентрированы вокруг конкретной психотравмирующей ситуации, к которой проявляется глубокая заинтересованность. Несмотря на депрессивный аффект, больные склонны к обвинению во всем других лиц и оправданию себя. Возможны ситуационно-окрашенные зрительные и слуховые галлюцинации. Нередко отмечаются отдельные пугающие, псевдодементные проявления. Сознание больного часто изменяется по типу истерически суженного, а иногда доходит до степени истерического сумеречного расстройства.

Депрессивное состояние с преобладанием явлений деперсонализации и дереализации. 322

У больных этой группы на фоне угнетенного настроения выступает снижение чувственного компонента переживания-

ний, их неполнота, недостаточность, незавершенность; при этом больные страдают от своей бесчувственности. Нередко у больных наблюдается расстройство переживания времени – субъективное замедление его течения. Окружающее часто воспринимается необычно, как нечто новое. Иногда возникает безотчетный страх. Выражены явления деперсонализации: руки, ноги, голова, все тело кажется не своим, голос чужим. Больные испуганно ощупывают себя, подходят к зеркалу.

Депрессивно-ипохондрический синдром 323

Этим шифром обозначается состояние, при котором ведущее депрессивное переживание сопровождается яркими симптомами, отражающими различные болевые и другие неприятные ощущения, которые могут быть обычными, устойчивыми и с определенной локализацией, а также необычными, странными для больного, трудно формулируемыми, неустойчивыми и нелокализованными. Кроме ощущений высказываются и различные соматические опасения или уверенность в наличии неизлечимой болезни. Больные тревожны, угнетены, целиком погружены в свои ощущения и переживания, внимание сосредоточено на мыслях о тяжелом недуге, неспособны отвлечься и сосредоточиться на другом. Тревога может сопровождаться агитацией, больным свойственны суицидальные тенденции. Они достаточно ориентированы во времени, месте, в личной и окружающей ситуации (за исключением состояния здоровья).

Депрессивно-параноидный синдром 324

Это состояние формируется постепенно, проявляясь вначале в форме нерезких аффективных сдвигов, с чертами подавленности, тревоги, отдельными доминирующими идеями отношения, преследования, самообвинения, соответствующими конкретной травматизирующей ситуации. В дальнейшем, обычно в связи с каким-либо незначитель-

ным психогенным поводом, наступает изменение первоначального состояния. На фоне нарастающей депрессии с тревогой и страхом формируются бредовые идеи особой значимости, отношения, преследования, обвинения в тяжелых, якобы совершенных больными преступлениях.

Бред носит интерпретативный характер, его содержание черпается из комплекса неправильно трактуемых фактов поведения окружающих, отдельных случайных внешних впечатлений. Вплетаются также элементы символического толкования. Сравнительно медленное формирование параноидного синдрома при психогенной депрессии определяет его большую систематизацию, чем при других формах психогенных параноидных синдромов.

Содержание бредовых идей отражает не только данную актуальную психогенную травму, явившуюся непосредственным поводом к возникновению психотического состояния, но и целый ряд других травмирующих переживаний, предшествовавших развитию психоза.

На всем протяжении заболевания депрессивный аффект тесно спаян с параноидным синдромом, непосредственно отражаясь в содержании бреда и его интенсивности.

БРЕДОВЫЕ СИНДРОМЫ

Параноидный синдром без указания на его вид. 325

Этим шифром обозначается психогенное параноидное состояние, протекающее без галлюцинаторных явлений. Основными симптомами в клинической картине являются бредовые идеи преследования, воздействия и отношения, тематика которых в прямом или негативном виде отражает психотравмирующую ситуацию. Больной утверждает, что его должны расстрелять, это он знает из газет и из радиопередач, его предупреждают об опасности или, наоборот, говорят о его больших заслугах перед обществом, о его значимости, которая оправдывает совершенное им деяние. Все происходящее вокруг подвергается бредовой интер-

претации. Обычно бредовые идеи сопровождаются аффективными переживаниями в форме страха, тревоги и т.п. Сознание больных изменено по бредовому, все становится непонятным или приобретает особую значимость.

Синдром развивается остро, продолжительность его обычно невелика.

Галлюцинаторно-параноидный синдром без указания на его вид 326

Этим шифром обозначаются галлюцинаторно-параноидные синдромы, дифференцировка которых на описанные ниже варианты затруднена.

При этом состоянии на фоне психогенно обусловленного изменения сознания, которое по своей структуре приближается к ступорозному или суженному, возникают обильные обманы восприятий как слуховых, так и зрительных. Кроме истинных галлюцинаций бывают псевдогаллюцинации и другие элементы синдрома Кандинского. Параллельно нарастанию аффекта страха возникают бредовые идеи отношения, преследования, физического воздействия.

Галлюцинаторно-бредовые переживания отражают психотравмирующую ситуацию, картины детства, не исполненные надежды или устрашающее будущее.

Галлюцинаторно-параноидный синдром с преобладанием зрительных галлюцинаций 327

Данное состояние развивается остро, на фоне депрессии и измененного сознания по типу истерически суженного. На первый план выступают обильные, яркие, конкретные сценические образы, содержание которых прямолинейно отражает ситуацию. Зрительные обманы иногда сочетаются со слуховыми, содержание которых полностью совпадает с мнимыми образами, как бы дополняя их и конкретизируя. Обманы восприятий особенно обильны, аффективно насыщены, динамичны, нередко принимают нелепый

фантастический характер. Вместе с тем, несмотря на богатство и фантастичность, мнимые восприятия отличаются непосредственно связью с психогенно травмирующей ситуацией, идеи отношения и преследования неразрывно связаны с обманами восприятия. Ведущее место занимают элементы тревожного толкования окружающей обстановки в соответствии с ситуационными опасениями и страхами больных.

Галлюцинаторно-параноидный синдром с преобладанием слуховых галлюцинаций 328

Развивается обычно в условиях следственного заключения на фоне тревоги и растерянности. На высоте психотического состояния ведущее место в клинической картине занимают слуховые галлюцинации. Больные слышат голоса родных и знакомых, плач детей. Голоса носят множественный характер, обычно как бы разделяются на два лагеря – голоса враждебные и дружественные. Интенсивность галлюцинаций колеблется, обычно они усиливаются по ночам. Наряду с галлюцинациями имеют место псевдогаллюцинации и другие проявления синдрома психического автоматизма Кандинского–Клерамбо – явления чтения, вытягивания мыслей, а также лишенные четкой локализации необычные тягостные ощущения. С галлюцинаторным синдромом и многообразными проявлениями синдрома психического автоматизма сочетаются бредовые идеи отношения, преследования, самообвинения.

После перевода больных в условия стационара, то есть выключения фактора относительной изолированности, наступает обычно быстрое выздоровление.

Синдром психического автоматизма Кандинского–Клерамбо 329

Развитие этого состояния начинается остро с явлениями наплыва мыслей, дереализации и ложного узнавания. Данный синдром возникает при психогенном параноиде или психогенной депрессии.

Наряду с синдромом ментизма большое место занимают слуховые псевдогаллюцинации. Обычно это отдельные слова, упреки, перечисление разнообразных фактов, подтверждающих или отвергающих совершенное правонарушение. Описываемые явления произвольны, отличаются текучестью, непреодолимостью и относятся большими к разряду акустических восприятий. Они звучны, обладают чувственной яркостью и вместе с тем отличаются большими от реальных слуховых восприятий. К этому же ряду симптомов относится ощущение постоянного наблюдения и контроля, передачи мыслей, явления внутренней открытости.

Псевдогаллюцинации и явления наплыва мыслей сочетаются с сенестопатиями. Больные жалуются, что внутри у них все сжимается, говорят о волнах вибрации, непонятном дребезжании и т.п. Эти ощущения сопровождаются резким беспокойством, страхом, чувством собственной измененности.

Синдром психического автоматизма, возникающий в рамках реактивных психозов, обладает некоторыми особенностями, отличающими его от психического автоматизма процессуального генеза.

К характерным структурным признакам относятся: а) ограниченное количество элементов этого синдрома – явления наплыва мыслей, слуховые псевдогаллюцинации, необычные ощущения; б) иное качество сходных компонентов синдрома – преобладание во всех его проявлениях компонента насильственности, нарушения активности при отсутствии явлений чуждости собственных мыслей, чувств и действий; в) иное содержание псевдогаллюцинаций, характеризующихся определенной связью с конкретной травмирующей ситуацией, отсутствие «безыдейных», аффективно нейтральных, лишенных определенного содержания псевдогаллюцинаций.

Психогенный парафренный синдром 330

Психопатологическую картину парафренного синдрома в основном определяют психогенно обусловленные фантастические идеи изобретательства, реформаторства, мес-

сианства, отражающие положение больного в данный момент или проецирующиеся в его прошлое. Больные утверждают, что совершили чрезвычайно важные, недоступные даже «великим людям» открытия, призваны спасти мир от надвигающейся катастрофы, предлагают проекты социальных реформ переделки вселенной. Речь больных экспрессивна, насыщена множеством метафор, сравнений и сопровождается яркой мимикой и выразительной пантомимикой. Весь облик больных во время беседы производит впечатление известной экзальтации. Не позволяя себя перебивать вопросами, больные могут говорить часами и, еще не закончив предыдущей беседы, они обычно начинают договариваться с врачом о времени следующей беседы. Часто у больных возникает склонность и к письменному «творчеству», причем «труды» их наполнены теми же бредоподобнофантастическими идеями, что и спонтанные высказывания. Развитие психогенного парафренного синдрома связано с активной своеобразной личностной переработкой психотравматизирующих воздействий, при этом, как правило, ситуация, окрашенная отрицательными эмоциями, вытесняется из сознания больного. Характерны моносюжетность, стойкость, склонность к систематизации этих идей и сочетание их с соответствующей их содержанию ретроспективной интерпретацией прошлого. Психогенно обусловленные парафренные картины формируются на фоне суженного измененного сознания и, по мере дальнейшего течения заболевания, нередко довольно продолжительного, не претерпевают существенно-го развития, приобретая со временем все более застывший и однообразный характер. Отсутствует генерализация психогенных парафренически-фантастических идей, не происходит их подлинной разработки и детализации. Последние, несмотря на пролонгированное течение реактивного психоза, характеризуются определенным содержанием, ограниченным длительно не разрешающейся психотравматизирующей ситуацией.

Паранойяльный психогенный синдром с тенденцией к систематизации без указания на его вид 331

В рамках этого синдрома у больных развивается стойкий, наклонный к систематизации бред при осмысленном и правильном поведении; в развитии бреда играют роль особенности личности и неблагоприятная жизненная ситуация. Для начальных этапов характерно возникновение паранойяльных идей, не выходящих за рамки травмирующей ситуации и психологически понятных, сопровождающихся живой эмоциональной реакцией. Эти идеи доминируют в сознании, но больные еще могут поддаваться некоторому разубеждению. В дальнейшем сверхценный характер идей все больше уступает место бредовому. В течение длительного периода полного обратного развития их не происходит. В отличие от паранойяльного синдрома при шизофрении здесь преобладают сверхценные идеи, отсутствуют расстройства восприятия, эмоциональная сфера не нарушается, больные остаются в жизни, несмотря на длительное течение заболевания.

Истерические синдромы

Истерические бредоподобные фантазии 332

Это нестойкие, психогенно обусловленные, изменчивые бредоподобные идеи, не складывающиеся в определенную систему и имеющие фантастическое содержание. Они носят неправдоподобный, нелепый, наивный характер и отражают определенные опасения, стремления и желания личности. Бредоподобные фантазии отличаются сценичностью и сочетаются с гипногическими галлюцинациями. Содержание бредоподобных фантазий противоречит основному фону настроения. Идеи величия, реформаторства, помилования сочетаются с депрессивным состоянием; часто больные обнаруживают страх, тревогу, растерянность. Отмечается недостаточная координация, суетливость и торо-

пливость больных при выполнении инструкций, а также в ходе беседы и обследования. Возникают бредоподобные фантазии, чаще при наличии нерезко выраженной преморбидной психической неполноценности и на фоне легко измененного сознания, которое может быть обозначено как суженное. При этом внимание сосредоточено на узком круге комплексных переживаний с частичным выключением из сознания всего остального. В отличие от парафренного синдрома основной чертой бредоподобных фантазий является отсутствие стойкой убежденности в соответствии их с действительностью, изменчивостью, неспаянностью с личностью. Они не занимают на длительное время доминирующего, господствующего положения в сознании больных, не поглощают все их стремления и помыслы. Отмечается более тесная зависимость их от травмирующей ситуации.

Синдром Ганзера 333

Этот синдром проявляется в остро возникающем истерическом сумеречном расстройстве сознания, явлениях «миморечи», «мимодействия», истерических расстройствах чувствительности и иногда истерических галлюцинациях.

Явления «миморечи» выражаются в том, что больной на самые простые вопросы дает нелепые ответы, которые, однако, всегда лежат в плоскости поставленного вопроса. Больные не узнают самых обыкновенных предметов: ручка с пером – это спички, чернильница – чайник. Также неправильно называют изображения предметов на картинах. Особенно поразительны результаты счета. Больные не могут сосчитать свои пальцы. На вопросы, сколько у него ног, больной может ответить «восемь» и т. д. Давая ответы, больные не замечают грубых неточностей и противоречий в своих утверждениях.

Иногда ответы больных носят характер отрицания: «не знаю, не помню», или же персевераций в виде повторения одного и того же слова, цифры. При этом всегда в со-

держании ответа можно уловить связь с травмирующей ситуацией.

Наряду с явлениями «миморечи», отмечаются явления «мимодействия». Больные пытаются надеть правый ботинок на левую ногу, руку, вставляют папиросу в ухо. При просьбе коснуться рукой уха будет указывать на глаз и т. д. Для больного характерны: вытаращенные глаза, удивленное или бессмысленное выражение лица, иногда с постоянной глупой улыбкой.

Порой отмечается эхомимия, когда больной в зависимости от реакции окружающих вслед за изменением их мимики то смеется, то хмурится.

Поведение больных в таких состояниях отличается выразительностью, театральностью и производит впечатление нарочитости, преднамеренности. Психомоторный фон, на котором развивается данная симптоматика, носит различный характер. То больные малоподвижны, вялы, то, наоборот, расторможены, суетливы, совершают много лишних движений, жестикулируют.

Нередко наблюдаются истерические расстройства чувствительности в виде парестезий и иногда отмечаются истерические галлюцинации.

Клиническая картина этого состояния развертывается на фоне сумеречного расстройства сознания. Больные растеряны, находятся в мире воображаемой ситуации. При синдроме Ганзера отмечается неотчетливое, неполное, избирательное восприятие отдельных частей окружающего и проявляются расстройства ориентировки: больной не знает, где находится и кто его окружает. Однако, с другой стороны, обнаруживается «окно» в реальность, что проявляется в сохранности известной связи с окружающей обстановкой, которая может выражаться в элементарно-дифференцированном отношении к окружающим больным, персоналу, врачам. После выхода из реактивного состояния отмечается амнезия.

Синдром псевдодеменции без указания на вид 334

Данный шифр ставится при невозможности выделения одного из описанных ниже вариантов синдрома псевдодеменции.

Это психогенная реакция из круга истерических, характерным симптомом которой является внезапно наступившее мнимое слабоумие. Этот симптом проявляется в неправильных ответах (миморечь) и действиях (мимодействие) и имеет специфическую окраску – яркость, гротескность, театральность, характерную для истерического психоза.

Психомоторный фон синдрома может быть непостоянен, возбуждение сменяется торможением или наоборот. Эмоциональный фон меняется от депрессивного до повышено-веселого с дурашливостью. Вся клиническая картина синдрома тесно связана с психотравмирующей ситуацией, особенно ярко ситуационные моменты находят свое отражение в высказываниях больных и их ответах на поставленные вопросы.

В отличие от синдрома Ганзера описанная картина возникает на фоне не истерически сумеречного сознания, а суженного, на комплексе аффективно-насыщенных переживаний.

Синдром псевдодеменции на фоне психомоторной заторможенности 335

Этим шифром обозначается депрессивный вариант синдрома псевдодеменции, для которого наиболее характерными симптомами являются мнимое слабоумие, выражающееся в миморечи и нарушении процессов чтения и письма, и изменение сознания в форме легкой оглушенности. Миморечь выражена в виде неправильных, но всегда лежащих в плане вопросов, ответах больного, чаще в виде отрицательных ответов: «не знаю», «не помню» или в виде эхололий, персевераций. Синдром формируется постепенно, на фоне депрессивно-тревожного настроения и общей психомоторной заторможенности. Больные

малоподвижны, выражение лица страдальческое. Изредка наблюдаются рудиментарно выраженные явления мимодействия в виде невозможности выполнения простых привычных действий или, чаще, упорного отказа от их выполнения. Внимание постоянно фиксировано на психотравмирующей ситуации.

Синдром псевдодеменции на фоне психомоторного возбуждения 336

Это ажитированный вариант синдрома псевдодеменции, возникающего на фоне психомоторной расторможенности (ажитированная псевдодеменция). Обязательными для этого варианта симптомами также являются внезапно наступившее мнимое слабоумие и изменение сознания по истерически суженному типу. Слабоумие, в отличие от депрессивного варианта, выражается более яркими явлениями миморечи, мимодействия, носящими гротескную, нарочито-нелепую истерическую окраску (больные надевают туфли на руки, брюки вместо рубашки и т.д.). Миморечь здесь чаще носит нелепый и случайный характер, ответы прямо противоположны правильным. Кроме этого резко нарушаются процессы чтения и письма, больные не могут прочитать даже короткие слова и пишут неровно, пропуская буквы. Синдром формируется чрезвычайно быстро, фон настроения повышен, больные становятся беспечными, дурашливыми, суетливыми, совершают много ненужных движений, гримасничают, таращат глаза. Выражение лица удивленно-веселое. Упоминание о психотравмирующей ситуации вызывает гримасу плача и высказывания негативного по отношению к ситуации характера (отрицание правонарушения, ареста, смерти близких и т.п.). Ажитированный вариант псевдодеменции внешне напоминает дурашливость гебефреника, однако в отличие от шизофрении ответы больного всегда стоят в плане поставленного вопроса, производят впечатление нарочитости, носят оттенок театральности, утрировки, гротеска.

Синдром пуэрилизма без указания на вид 337

Наиболее выраженными симптомами пуэрилизма являются детская речь, моторика и детские эмоциональные реакции. Больные говорят тонким голосом с детскими интонациями, шепелявят, не выговаривают отдельных букв, неправильно произносят слова, по-детски строят фразы, ко всем обращаются на «ты», называют всех «дядями», «тетечками». Моторика приобретает детский характер, больные бегают мелкими шажками, подвижны, трогают все предметы руками, тянутся к блестящим предметам, прячут их под халат, строят домики из хлеба, играют в куклы. При этом эмоциональные реакции также оформляются по-детски: больные капризничают, обижаются, надувают губы, стучат ногами, плачут. Несмотря на детскую речь и поведение, настроение подавленное, тоскливое – оно резко контрастирует с внешней подвижностью. Наряду с очерченностью и развернутостью пуэрильного синдрома сохраняются отдельные привычки и навыки, приобретенные в прошлом. Например, больной ест и курит привычными жестами взрослого человека. Психическая симптоматика отличается характерными для истерических проявлений демонстративностью, карикатурностью, утрированием. В картине пуэрилизма иногда удается проследить рудиментарные черты психогенной депрессии, псевдодеменции, свидетельствующие о перенесенных в прошлом этапах заболевания. Наиболее частым и важным условием следует считать психогенное по типу «вытеснения» нарушение памяти и расстройства сознания в форме истерического суженного и сумеречного сознания. Пуэрильная симптоматика строится на фоне психомоторного возбуждения или торможения.

Синдром пуэрилизма на фоне психомоторного возбуждения 338

Данный синдром встречается в рамках истерического психоза. Основным, ведущим симптомом в картине это-

го состояния является детскость поведения, преобладает игровой компонент. Больные строят домики из хлеба, играют в куклы, трогают все предметы руками, тянутся к блестящим предметам, просят, чтобы с ними поиграли, очень любят книги с картинками, в карманах хранят обертки конфет и т.д. Отмечается известная продуктивность и разнообразие в играх. Характерна истерическая окраска этих проявлений в виде демонстративности, подвижности и карикатурности. Описанная симптоматика развивается на фоне психомоторного возбуждения, которое носит яркий и выразительный характер. Больные подвижны, суетливы, производят множество лишних выразительных движений, активно жестикулируют, стучат ногами. Иногда в картину этого состояния включаются рудиментарные, осколочные псевдодементные черты, свидетельствующие о соответствующих перенесенных этапах заболеваний. Они могут появляться в виде удивленно-непонимающего выражения глаз, ответов мимо поставленного вопроса и т.д. У больных этой группы отмечаются функциональная ретроградная амнезия по типу истерического вытеснения наиболее поздно приобретенного опыта и аффективно окрашенных переживаний, реже общее ослабление памяти. Нарушение сознания оформляется по типу истерически суженного или сумеречного расстройства сознания. Все пуэрильные проявления становятся особенно яркими и выразительными на высоте аффективного напряжения: во время комиссии, беседы и при всех раздражениях прямо или косвенно напоминающих психотравмирующую ситуацию.

Синдром пуэрилизма на фоне психомоторной заторможенности 339

Основным и ведущим симптомом в картине этого состояния являются детскость поведения, «игры», детская моторика. Однако большой продуктивности и разнообразия в играх не проявляют. Истерические проявления бледны и невыразительны. Описанная симптоматика развивает-

ся на фоне психомоторной заторможенности. Движения замедленны, отличаются незавершенностью, неточностью и мало подчинены цели. Передвигается большой мелкими шажками, широко расставляя ноги и неуклюже размахивая руками. Истерическая окраска синдрома невыразительна, бледна. Больные тревожны, подавлены, тоскливы, по-детски плаксивы. В картине этого состояния иногда удается проследить рудиментарные черты психогенной депрессии, депрессивной псевдодеменции, свидетельствующих о перенесенных в прошлом этапах заболевания. Сознание больных носит характер истерически суженного.

Синдром одичания без указания на его вид. 340

Синдром одичания является самостоятельной формой истерического психоза и относится к числу наиболее редко встречающихся видов психогений. Основные специфические особенности, определяющие структуру указанного синдрома, представляют собой явления «одичания», истерическое расстройство сознания и неравномерное нарушение остальных психических функций. Явления «одичания» в структуре синдрома выступают как в форме отдельных реакций, так и сложных поведенческих актов, которые внешне напоминают поведение животных. Больные ходят на четвереньках, лакают из миски, лают. В структуре синдрома «одичания» можно отметить «осколки» распавшихся предшествующих синдромов псевдодеменции, пуэрилизма и др. Так, вместо «миморечи» отмечается распад речи, утрачивается смысловая связь, грамматически правильное построение фраз, больные произносят малопонятные слова, отдельные слоги, междометия, произносят нечленораздельные звуки. Остатки пуэрилизма проявляются в форме отдельных рудиментарных детских реакций. Больные тянутся к ярким блестящим предметам, игрушкам, но производят с ними не адекватную игру, а подбрасывают их кверху, трясут в руках или стучат ими об пол, пробуют их зубами и т. д. Наряду с этим отмечается и общее нарушение психических функций.

На фоне утраты наиболее поздно приобретенного опыта и навыков в их двигательном и речевом проявлении включаются преобладание наиболее примитивной формы реагирования и влечений (пищевой, ориентировочный, инстинкта самосохранения и т. д.). Эта инстинктивная деятельность не только преобладает, но и нарушается, она представлена в рудиментарном виде. Все отмеченные нарушения могут возникать на фоне расстройства сознания, которое оформляется по типу истерически суженного или сумеречного. Этим шифром обозначаются синдромы «одичания», дифференцировка которых на описанные варианты затруднена.

Синдром одичания на фоне психомоторного возбуждения. 341

Этим шифром обозначается синдром «одичания», структура которого отличается большим разнообразием внешних проявлений поведения, напоминающего поведение животного. Отмечается психомоторное возбуждение, больные бегают на четвереньках, временами быстро ходят, сторбившись, низко опустив руки, напоминая человекообразную обезьяну, иногда сидят в позе четвероногого животного или лежат на полу, свернувшись калачиком. Часто спонтанно произносят звуки, напоминающие то лай собак, то хрюканье свиньи, то ржание лошади, то крик гусей или петухов. Питаются они, уткнувшись в тарелку, с жадностью лакая из нее, обнюхивают различные предметы. Иногда озлобляются, скалят зубы, издают звуки, напоминающие рычание. Некоторые принимают позу животного, «готовящегося к нападению», другие совершают движения руками наподобие взмахов крыльями, третьи уползают, произнося звуки, похожие на скуление. Во всех случаях указанную симптоматику характеризует яркая выразительность, красочность, театральность, утрировка, накладывающая отпечаток карикатуры и гротеска на всю клиническую картину этого состояния. Отмечается выраженная диссоциация в последовательности нарушений бо-

лее элементарных и более сложных функций. Описанная картина возникает на фоне истерически суженного сознания, больные сосредоточены на узком круге аффективно-насыщенных представлений, отражающих в прямой или негативной форме психотравмирующие переживания. Иногда же нарушения сознания приобретают характер истерически сумеречного расстройства сознания, что проявляется в полном нарушении ориентировки в своей личности, а также в неотчетливости восприятия окружающего.

Синдром одичания на фоне психомоторной заторможенности 342

Явления «одичания» отличаются невыразительностью, однообразием, отсутствием театральности, карикатурности, демонстративности, бедностью клинических проявлений. Явления истерического перевоплощения, символизирующего целостное поведение животного, при этом варианте синдрома «одичания» не отмечается. Ползание, лежание в эмбриональной позе, неопрятность, вставание на четвереньки, нечленораздельные звуки лишь отдельно могут напоминать поведение животного.

Нарушения психических функций в данном варианте представлены в основном утратой более поздно приобретенных навыков и появление постепенно упрощающихся форм реагирования, которые отражают каждый последующий этап углубления болезни. Эти формы реагирования характеризуются элементарностью и однообразием. В основном преобладают хаотические движения, хватание предметов, прожорливость, двигательные стереотипии. Изменение сознания, на фоне которого возникает указанный вариант синдрома «одичания», по своей структуре приближается к нарушению сознания типа оглушенности. Больные не воспринимают и не реагируют на большинство внешних раздражителей (обращение, звуки, перемена обстановки, тактильные раздражители). Иногда отмечается нерезко выраженная реакция на сильные, неоднократно

повторяющиеся раздражители. Ориентировка резко нарушена. Больные не находят своей палаты, койки, не знают местоположения предметов. В последующем отмечается полная амнезия периода болезни.

Постреактивные изменения психики

Постреактивное состояние в форме кратковременной астении. 343

В большинстве случаев реактивные состояния оставляют после себя переходящие явления постреактивной астении, подобные постинфекционной психической слабости, которые постепенно ликвидируются. Ведущим симптомом при этом состоянии является астения, проявляющаяся клинически в повышенной утомляемости, истощаемости, снижении работоспособности, некоторой замедленности темпа психических процессов, а также неустойчивости настроения, повышенной возбудимости, раздражительности. Следует также отметить выраженную физическую слабость и связанную с этим адинамию. Больные с трудом вступают в контакт, они стараются как-то отгородиться от внешних раздражителей. Они малоподвижны, жалуются на головные боли, повышенную утомляемость, апатию, растерянность, несобранность, отмечают несвойственную им ранее невыносимость к различным раздражителям – шуму, свету, движению в палате. Фон настроения чаще понижен со склонностью к колебаниям под влиянием незначительных поводов. Возникновение этого синдрома обычно наблюдается после однотипной формы течения реактивного состояния. Характер этого синдрома обратимый, закономерна его кратковременность. В ряде случаев эта постреактивная астения является тем фоном, на котором формируются более сложные постреактивные изменения психики.

Постреактивное астено-депрессивное состояние 344

Характерной особенностью его является преобладание явлений астении, общей слабости, истощаемости наряду с депрессивным фоном настроения. Состояние больных характеризуется малоподвижностью, медлительностью, сонливостью, неспособностью к длительному физическому и психическому напряжению. С этим также связано наблюдающееся у всех больных этой группы снижение психического тонуса, затруднение и замедленность интеллектуальной деятельности, невозможность сколько-нибудь длительной концентрации внимания. Больные невыносимы к любым внешним раздражителям. Часто наблюдаются отдельные ипохондрические включения в виде алгических, гиперпатических, сенестопатических ощущений. Подавленность, тоска, носят монотонный, маловыразительный характер и производят впечатление вялости, безразличия.

Постреактивное состояние расторможенности и возбуждения 345

Наиболее характерным проявлением этого синдрома являются кратковременные колебания состояния, когда депрессивный аффект сменяется периодом приподнятого настроения, сопровождающегося говорливостью, некоторым ускорением речи, облегченностью ассоциаций. Двигательная заторможенность сменяется суетливостью, излишней подвижностью, активностью, стремлением к деятельности. Больные стремятся к контакту, проявляя при этом иногда назойливость, охотно поют, декламируют, предлагают свои услуги персоналу, но никакое дело не доводят до конца. В беседе они проявляют несвойственные им ранее фамильярность, переоценку своих возможностей, строят нереальные планы на будущее. Такие периоды длятся от нескольких часов до суток и сменяются выраженным угнетением, в период которого особенно отчетливо проявляется астенический синдром. Настроение становится по-

давленным с оттенком раздражительности, подвижность и активность сменяется адинамией. В этом периоде больные проявляют озабоченность своим будущим, беспокоятся о родных, легко плачут.

Постреактивное состояние, формирующееся по типу органического дефекта 346

Такое состояние наблюдается у больных, перенесших затяжной реактивный психоз с вяло-прогредиентным типом течения. Этот исход считается неблагоприятным.

Состояние больного характеризуется чувством постоянной усталости, утомляемостью, сопровождающимся неприятным отношением к окружающим, постоянным недовольством, беспокойством, подавленным настроением. Пониженная активность и постоянно преобладающий пониженный эмоциональный фон сочетаются у них с резким сужением кругозора, с утратой большинства прежних интересов.

Внимание больных сосредоточено на собственном физическом состоянии, характере физиологических отклонений. Настроение их нередко колеблется в зависимости от малейших отклонений в этой области. Утрата прежней энергии и активности в сочетании с другими сформировавшимися особенностями психики – резкой истощаемостью, невозможностью мобилизации и использования запасов памяти, прежних знаний и навыков, а также приобретения новых, приводит к профессиональному снижению. Наряду с этим наблюдаются и стойкие изменения аффективности, проявляющиеся в недержании аффекта, слабодушии, повышенной реактивности на внешние раздражители, в склонности к колебаниям настроения. Такие постреактивные изменения личности формируют структуру дефекта по типу органического.