

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ

(ЛЕКЦИЯ)

Профессор Литвинцев Сергей Викторович
Заведующий кафедрой социальной психиатрии и
психологии
ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ - КАК КЛИНИЧЕСКИЕ ПОНЯТИЯ

В любой области познания понятия не только составляют «тело науки», но и находятся между собой в определённых отношениях, образуя, в конечном итоге, систему понятий.

Психопатологические симптомы и синдромы как клинические понятия отличаются от прочих неклинических (например, психологических) тем, что, конституируя психическую болезнь, они находятся между собой в определённых закономерных отношениях, образуя устойчивую системную связь.

В то же время отношение психологических понятий к болезни не носит такой закономерности, а потому их констатации придаётся факультативный, иногда даже случайный характер, без какой-либо обязательности.

Психопатологический синдром представляет собой систему взаимосвязанных типовых расстройств, образующих психическое заболевание, складывающихся из симптомов (элементов), подчинённых некоему особому закону формирования образования этой системы. Отдельный симптом, вне данной системы, представляющей по своей сути динамический психопатологический процесс, представляет интерес лишь в учебных целях, с пониманием того, что его диагностическая ценность приобретает смысл необходимости проведения клинического анализа только в рамках указанной системы.

Вне составной части синдрома и вне закона участия в синдромокинезе психопатологический симптом практически не существует, в отдельности он представляется признаком чего-то неопределённого, рассматривается как «аналог психопатологического симптома».

При выявлении психопатологических феноменов, являющихся симптомами и синдромами, а на последующем диагностическом этапе и в установлении нозологической формы психической болезни необходимо использовать последовательные ступени клинического познания последней.

При этом к врачу-психиатру по мере движения его клинической мысли от отдельных симптомов к синдромам, а затем и к нозологии, в результате осмысления динамики формирования происходящего психопатологического процесса происходит осознание определённой объективности выявленной им клинической симптоматики и необходимости проведения её анализа.

РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ

Ощущения являются начальным, исходным пунктом восприятия. Возникают они в результате воздействия на органы чувств соответствующих раздражителей: слуховых, зрительных, обонятельных, тактильных и др. В той или иной степени они присущи всему живому.

Они представляют собой элементарный акт познавательного процесса, состоящий в отражении свойств объективного мира, то есть отдельных качеств и свойств отражающей действительности.

Ощущая, человек осознаёт лишь цвет, звук, запах, консистенцию предмета, но не предмет в целом. Например, про ручку он может сказать лишь, что это что-то плотное, чёрное, удлинённое.

Расстройства ощущений или сенсопатии как группа наиболее элементарных симптомов психических болезней с преимущественным нарушением чувственного познания рассматриваются в рамках рецепторных расстройств.

В психопатологии различают обострённую чувствительность к различным воздействиям (гиперестезия) и противоположную ей пониженную чувствительность (гипестезия, анестезия).

Даже при самом простейшем виде психического расстройства, например, *гиперестезии*, речь идет не просто о расстройстве ощущения, а об изменении эмоциональности, отношения к отражаемому, об истощаемости познания и многом другом.

СЕНЕСТОПАТИИ

Сенестопатии являются достаточно распространенным видом патологии восприятия. Их проявление полиморфно. Это - разнообразные, крайне неприятные, мучительные, тягостные ощущения: дрожание в различных частях тела, как на его поверхности, так и во внутренних органах, стягивание, жжение, давление, раздражение, переливание, переворачивание, щекотание, шевеление и пр., исходящие из различных областей тела, отдельных внутренних органов и не имеющие констатируемых соматическими методами исследования причин.

Э. Дюпре и П. Камю (1907), которым принадлежит приоритет введения термина «сенестопатия» в клиническую психиатрию, обратили внимание на тягостный характер особых ощущений, испытываемых больными, а также на то, что они очень трудны для точного описания - *эссенциальные сенестопатии*. Если трудно квалифицировать необычные сенестопатические ощущения - это вычурные ощущения.

КОНВЕРСИИ

Конверсии - это феномен превращения психического в физическое, мысли в ощущение. Феномен этот чрезвычайно распространен. Более того, он относится к числу важнейших сторон психической деятельности нормального человека.

Самым распространенным примером конверсии, т.е. превращения психического в физическое, является эмоциональная сфера. Одна мысль об опасности не только приводит в движение аффект, страх, тревогу, но и вызывает могучий вегетативный ответ. Известно, что каждая отрицательная эмоция сопровождается мощным гипердреналовым рефлексом, а также симпатикотропным вегетативным симптомокомплексом.

Возможны и другие примеры физиологических конверсий, относящихся к явлениям нормы и представляющих собой не что иное, как один из важнейших механизмов витальной (автоматической, непроизвольной) адаптации к внешней среде.

В клинических условиях явления конверсии относятся к числу, пожалуй, самых распространенных. Здесь в первую очередь необходимо отметить, что под влиянием кататимных факторов, т.е. аффективной заряженности, преобладания того или иного эмоционального фона (как положительного, так и отрицательного), возникают физические эффекты.

ПСИХОСЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Этот вид патологии чаще всего относят нарушениям восприятия. По мнению М. О. Гуревича (1949), психосенсорные расстройства являются следствием нарушения сенсорного синтеза, в результате чего возникают искажения сложных восприятий внешнего мира и собственного тела при сохранности всех ощущений, получаемых непосредственно органами чувств.

Психосенсорные расстройства достаточно четко отличаются от других форм расстройств восприятия. От агнозий они отличаются тем, что при них не нарушено узнавание; от галлюцинаций — тем, что при галлюцинациях отсутствует реальный объект восприятия, а при психосенсорных расстройствах объект существует и лишь искажается его отражение; от иллюзий они отличаются тем, что при иллюзиях нарушается узнавание, но иллюзорные ошибки легко исправляются, в противоположность психосенсорным, при которых предметы хотя и узнаются, однако воспринимаются в стойко искаженном виде.

Отличаются психосенсорные расстройства и от простых, элементарных сенсорных нарушений, при которых наблюдаются лишь явления выпадения или раздражения, но не извращение, искажение в результате дезинтеграции. Вследствие структурного своеобразия и интегральной сложности психосенсорных функций в патологии происходит не простое их уничтожение и ослабление, а сложная дезинтеграция, снижение на низшую ступень.

При дезинтеграции психосенсорных функций не только нарушаются эти синтетические формы восприятий, но, кроме того, выявляются патологические феномены распада в виде искажённых компонентов, входящих в состав нарушенной высшей функции. Так, при нарушениях восприятия пространства обнаруживаются оптико-вестибулярные симптомы, т.е. явления, относящиеся к компонентам, входящим в состав данной синтетической функции, Больному кажется, что всё кругом рушится, стены колеблются, предметы на него валятся. Психосенсорные расстройства - такая патология, при которой происходит нарушение восприятия размеров, формы, взаимного расположения окружающих предметов в пространстве и/или размеров, массы, формы, расположения отдельных частей собственного тела.

СЛОЖНЫЕ РЕЦЕПТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ГРАНИЧАЩИЕ С РАССТРОЙСТВАМИ САМОСОЗНАНИЯ

Излагаемые ниже симптомы в отличие от относительно элементарных рецепторных расстройств являются более сложными по генезу. Они определяются как расстройства чувственного познания, так и интрапсихической патологией и занимают между ними промежуточное положение.

Дереализация - чувство призрачности окружающего. Внешний мир воспринимается отдаленным, ненастоящим, неотчетливым, застывшим, бесцветным, силуэтным. Окружающее кажется неопределенным, неясным, как бы скрытым вуалью. В более тяжелых состояниях утрачивается чувство действительности, появляются сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей, всего мира.

Дереализация нередко сочетается с деперсонализацией.

Близки к дереализации и явления *Deja-vu* («ранее виденного»). В незнакомой местности, помещении, обстановке возникает чувство, как будто все это уже было.

Родственны дереализации и явления *Jamais-vu* («никогда не виденного»), отчуждения восприятия. Хорошо знакомая местность, помещение, обстановка, кажутся незнакомыми, чуждыми, воспринимаемыми как бы впервые.

Deja-entendu («ранее слышанное»). Впервые услышанное содержание кажется когда-то уже слышанным.

К кругу дереализационных расстройств относится изменение так называемого *олицетворения неодушевленных предметов*. В обычном состоянии люди наделяют окружающую природу и предметы своими чувствами, своим настроением - «море смеется», «лес печальный», «стены унылые», «сад радуется», «деревья грустные». В патологии олицетворение ослабляется, усиливается или особым образом видоизменяется. Все окружающее становится безжизненным, мертвым, лишенным эмоционального резонанса (обычно сочетается с *anesthesia psychica dolorosa*). При некоторых состояниях все окружающее принимает зловещую настороженность, мистическую таинственность или, напротив, необычную радость.

Олицетворенное осознание - возникновение чувства присутствия в помещении, где больной находится один, кого-то постороннего. Присутствие этого постороннего не воспринимается, а непосредственно переживается с одновременным сознанием ошибочности возникшего чувства. Может сопровождать чувство страха.

Расстройство осознания времени - исчезновение сознания непрерывности и последовательности времени, чувство безвременной пустоты. Время движется медленно, идет быстро. В ряде случаев оно ускоряется до молниеносного течения; в других случаях утрачивается различие между настоящим, прошлым и будущим. Далекое прошлое переживается как настоящее (*экмнезия*): глубокие старухи считают себя молодыми девушками, начинают готовиться к предстоящей свадьбе. В случаях *бредового осознания времени* больные утверждают, что они живут уже несколько тысячелетий, помнят всемирный потоп.

Расстройство апперцепции - нарушение способности восприятия, выражающееся в невозможности устанавливать связи явлений и понимать смысл происходящего.

ИНТРАПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (РАССТРОЙСТВА ОРИЕНТИРОВКИ)

Расстройство ориентировки - неспособность больного ориентироваться во времени, окружающем и в собственной личности. Обычно сначала нарушается возможность ориентироваться во времени, по мере углубления расстройства - в окружающем. В последнюю очередь утрачивается способность ориентироваться в собственной личности.

Дезориентировка во времени - неспособность больного определить год, месяц, число, время года, день недели. Развивается в результате помрачения сознания, расстройства памяти или апатии. При нетяжелом расстройстве больной с трудом восстанавливает события последних дней, не может последовательно воспроизвести главные события собственной жизни.

Дезориентировка в ситуации может быть кратковременной - в первое мгновение пробуждения после глубокого сна, по миновании помрачения сознания; стойкой - у больных, страдающих тяжелыми органически обусловленными психическими расстройствами.

Расстройство ориентировки в месте - в нетяжелых случаях утрачивается ориентировка в сравнительно новом для больного месте; при выраженных нарушениях утрачивается ориентировка в городе, улице и квартире постоянного жительства. Симптом характерен для органических поражений головного мозга, для сосудистой деменции, болезни Альцгеймера.

Расстройство ориентировки в собственной личности возникает на очень короткое время после окончания помрачения сознания; длительно - вместе с другими видами дезориентировки, в результате массивного органически обусловленного расстройства психической деятельности.

Вариантом расстройства ориентировки в собственной личности является *ложная ориентировка*, наступающая в случаях развития конфабуляций, а также бреда - фантастического, депрессивного или величия.

ИНТРАПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА)

Растерянность (аффект недоумения) - мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое. Наступает при остром расстройстве психической деятельности, вызывающем стремительное нарушение самосознания и отражения окружающего. Может преобладать чувство необъяснимого, необычного изменения всего окружающего с появлением нового, но еще не ясного для больного смысла совершающегося. Больные выглядят беспомощными, выражение лица недоумевающее, взгляд блуждающий, беспокойный, ищущий. Движения и ответы неуверенные, речь вопрошающая, непоследовательная, порой бессвязная, прерываемая молчанием. Больные в таком состоянии вновь и вновь спрашивают: «Что со мной случилось? Что такое произошло? Я ничего не могу понять» или, недоуменно осматриваясь вокруг, повторяет: «Что же теперь происходит? Что-то случилось? Почему мне ничего не скажут?»

Деперсонализация (отчуждение от самого себя) - расстройство сознания личности, сопровождающееся отчуждением психических свойств личности. То есть, это расстройство самосознания. В сравнительно легких случаях осознание себя становится блеклым, безжизненным, приглушенным, лишенным реальности. Больные как бы наблюдают себя со стороны. В более тяжелых случаях деперсонализация проявляется отчуждением мыслей, чувств, представлений, воспоминаний, поступков, которые воспринимаются больными не как их собственные, а как чужие, «сделанные», искусственно созданные путем воздействия извне. Деперсонализация обычно наступает вместе с дереализацией.

Сознание личности при некоторых бредовых синдромах может полностью на короткое время или на длительное изменяться (*бредовая деперсонализация*). Больные перестают быть для себя прежней личностью и становятся в своем сознании богом, властителем Вселенной, посланцем иных планет и т.д. Возникающие при этом противоречия не вызывают у них сомнений.

В более широком понимании к сознанию личности (самосознанию) относят все содержание психической деятельности, ее развитие, отношение к внешнему миру, социальные связи. В таком широком понимании сознание личности изменяется при любом психическом заболевании. Расстройство самосознания наступает при каждом психозе в разной форме в зависимости от его вида, особенностей течения, периода развития.

Самосознание изменяется и в форме мучительного для больного ощущения утраты всех чувств (anaesthesia psychica dolorosa): «У меня теперь нет больше никаких чувств ни к родным, ни к природе, нет ни радости, ни печали - все во мне умерло».

Наблюдается *расстройство самосознания в виде раздвоения «Я»*: больные жалуются на постоянное сосуществование у них двух несогласованных «Я», находящихся в постоянном противоречии, борьбе.

ИНТРАПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (РАССТРОЙСТВА САМОСОЗНАНИЯ)

Самосознание не ограничивается сферой психического, оно распространяется и на физическую (телесную) область. К расстройству самосознания относится чувство отчуждения своего голоса: больной слушает себя, наблюдает за своими действиями как бы со стороны. В некоторых случаях больные жалуются, что их тело или его отдельные части стали чужими, не принадлежащими им. Такие расстройства необходимо отличать от нарушений схемы тела - аутометаморфозии.

Расстройство самосознания витальности - снижение или исчезновение чувства собственной жизненности; в тяжелых случаях больные утрачивают уверенность в том, что они еще живут, что они еще есть. В более легких случаях ослабляется переживание телесной жизнедеятельности, физического благополучия, тонуса телесного существования.

Расстройство самосознания активности - чувство затруднения, замедления, ослабления интенции мышления, чувств, моторики. Субъективно затруднены повседневные решения, действия, речь.

Расстройство самосознания целостности - нарушение осознания себя как единого неразрывного целого. Возникает переживание внутреннего распада, дивергенции, раздвоения, вызывающее панический страх. Больные жалуются на постоянное сосуществование у них двух несогласованных «Я», находящихся в постоянном противоречии, борьбе. Подобное расстройство иногда сопровождается отчуждением частей собственного тела.

Расстройство границ самосознания - ослабление вплоть до полного исчезновения различия между «Я» и не «Я», между миром внутренним и внешним, между реальностью и образами, созданными аутистическим миром больного. Больные чувствуют себя беззащитными, открытыми всем внешним влияниям.

Расстройство идентичности самосознания. Неуверенность в непрерывности самосознания от рождения до данного момента. В легких случаях возникает отдаленность своего «Я». В тяжелых случаях исчезает уверенность «Я есть, Я сам». Больной перестает осознавать, кто он.

Изменение самооценки - нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью. Подразделяется на конституциональное и нажитое.

Конституционально обусловленная пониженная самооценка в качестве постоянной особенности обнаруживается у лиц, неуверенных в себе, уязвимых от сознания собственной неполноценности, конституционально депрессивных. Повышенная самооценка свойственна личностям типа гипертимных, паранойяльных, псевдологов.

Нажитое изменение самооценки возникает в течение аффективных сдвигов: депрессивным соответствует понижение самооценки, маниакальным - повышение; при бреде ущерба, виновности - понижение, при бреде величия, богатства - повышение.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ И СОСТОЯНИЯ

Эмоции пронизывают все психические процессы и состояния, обеспечивают силу (стеничность) или слабость (астеничность) в поведении, активность его или пассивность. Они играют очень важную приспособительную роль в жизни животных и человека, участвуя в двух основных формах оборонительного поведения: пассивная защита - убежание от опасности с чувством страха или активная защита путём нападения с чувством злобы, гнева, ярости.

В попытках систематики чувственных реакций недостатка нет.

- приятные и неприятные (удовольствие и неудовольствие).
- стенические и астенические (возбуждающие и угнетающие).
- предметные и беспредметные.
- корковые и таламические.
- гностические и ноцицептивные.
- адекватные и неадекватные и др.

Особое место среди эмоциональных состояний занимают:

- витальные (жизненные) чувства физического и психического благополучия или неблагополучия. Существует также витальное чувство жизни и смерти;

- чувства здоровья или чувства болезни;
- бодрости или недомогания.

Обращаясь к расстройствам эмоциональной жизни, обусловленным различными заболеваниями, мы встречаемся со всеми видами обычных эмоциональных реакций здорового человека. И, тем не менее эти реакции в связи с их неадекватностью, несоответствием познавательному процессу - явление патологическое, нездоровое.

СИНДРОМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Синдромами эмоциональных расстройств являются депрессия, мания, дисфория, апатия, синдром страха, синдром тревоги, эйфория. Все они могут быть двух психопатологических уровней: без психотических расстройств (без бреда, без галлюцинаций) и с психотическими нарушениями (эмоциональные отклонения сочетаются с бредом и галлюцинациями).

Депрессивный синдром - один из наиболее частых видов эмоциональной патологии. Проявляется сочетанием пониженного настроения (гипотимии) с заторможенностью мышления, умственной и моторной деятельности, а также с соматоневрологическими расстройствами (учащение пульса, расширение зрачков, склонность к запорам - триада В.П. Протопопова; встречаются и многие другие соматические нарушения: алгии, вегетативные дисфункции, нарушения ритма сердца и дыхания и т.д.).

Существует большое разнообразие депрессивных состояний в зависимости от их этиологии. Типичные проявления депрессивного синдрома наблюдаются в рамках МДП, инволюционного и шизоаффективного психозов. Во всех остальных случаях депрессия отличается своими особенностями: реактивная (психогенная) депрессия; соматогенная депрессия (например, при сердечно-сосудистых заболеваниях, при бронхиальной астме, вследствие гриппа и т.д.); посттравматическая депрессия (вследствие ЧМТ); алкогольная депрессия; наркоманическая депрессия (особенно у лиц, зависимых от психостимуляторов); шизофреническая депрессия; невротическая депрессия; психопатическая депрессия и др.

МАНИАКАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

«Мания» с греческого переводится как безумие или страсть, как безумное влечение. При маниакальных состояниях речь идёт о безумном возбуждении в форме следующей триады: повышенного радостного настроения с усилением влечений; ускорения всех психических процессов, включая мышление и речь - вплоть до их скачки; повышенной моторной активности - вплоть до неистовства.

Больные пребывают в превосходном самочувствии, в приподнятом настроении. У них обычно не бывает соматических жалоб. Окружающее для них приобретает особую привлекательность, особый интерес, всё воспринимается ярко, насыщенно, чувственно. Хочется новых впечатлений, больные проявляют сверхобщительность, пускаются в поездки, заводят неожиданные знакомства, вступают в легкомысленные связи. Благодаря ускоренности мышления, они находчивы, остроумны, подмечают слабости и странности окружающих, шутят и насмеваются. Речь отрывистая, ускоренная, торопливая и нередко высокопарная. Больные чувствуют в себе недюжинные способности и поэтому сравнивают себя с какой-либо знаменитостью. Идеи переоценки собственной значимости могут перерасти в бред величия и тогда они приписывают себе великие подвиги или открытия, заявляют о решении ими больших социальных проблем. Одновременно с этим они считают себя неотразимо привлекательными, прихорашиваются, кокетничают, неумеренно пользуются косметикой. Чтобы выразить себя и привлечь внимание, они пишут и читают стихи, поют, рисуют, сочиняют музыку, танцуют. Такая многоплановая деятельность называется *полипрагматической*, она очень характерна для маниакальных состояний. Однако деятельность эта в целом непоследовательная, отрывочная из-за чрезмерной отвлекаемости больных буквально на всё, что происходит вокруг них. Настроение при мании не всегда благорасположенное. Больные часто раздражаются, реагируют аффектом гнева, особенно когда им возражают, и могут быть агрессивными (*гневливая мания*).

Маниакальные состояния встречаются намного реже депрессивных. В основном они наблюдаются при маниакально-депрессивном и шизоаффективном психозах, но могут быть также и при органических заболеваниях головного мозга.

Так же, как и депрессия, мания может быть без психотических симптомов и с психотическими симптомами.

ЧТО ТАКОЕ МЫШЛЕНИЕ?

Мышление - надчувственная форма отражения объективной реальности в виде *целенаправленного, опосредованного и обобщенного* познания связей и отношений вещей и явлений.

Мышление возникает в процессе общественно-производственной деятельности и протекает преимущественно в форме понятий и категорий, в которых закреплён и обобщён социально-исторический опыт человечества.

Опираясь на чувственное познание, мышление преобразует его, позволяя получить знания о таких свойствах и отношениях объектов, которые недоступны ощущению и восприятию. Тем самым оно неизмеримо расширяет познавательные возможности человека, повышает его интеллект, позволяя проникать в закономерности природы, общества и самого мышления

Именно на основе абстрактных идей, разрабатываются законы физики и механики, осуществляются сложные математические расчёты, прогнозируется будущее, изучается прошлое, постигается галактический мир.

Образные представления, встраиваясь в той или иной степени в структуру рационального мышления, способствуют закреплению новых полученных знаний.

НАВЯЗЧИВЫЕ ЯВЛЕНИЯ (ОБСЕССИИ)

Суть явлений навязчивости (обсессий - от obsido - захватить, завладеть) заключается в принудительном, насильственном, неодолимом возникновении у больных мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, действий, движений при осознании их болезненности, наличия критического к ним отношения и борьбы с ними.

Навязчивые состояния, обсессии или ананкастические явления - мысли, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, действия, движения, возникающие независимо и вопреки желанию, притом непреодолимо, и отличающиеся постоянством (Озерецковский, 1950). Больные относятся к ним критически, понимают их болезненный характер и бессмысленность, но освободиться от них не могут. Впервые были описаны Платтером в 1617 г.

О навязчивостях, по мнению K. Schneider (1973), следует говорить в тех случаях, если «нечто» не может быть вытеснено из сознания, хотя оно представляется бессмысленным или не имеющим основания к тому, чтобы владеть сознанием.

Определение В. П. Осипова (1931): «Под навязчивыми явлениями подразумеваются такие представления и идеи, страхи или фобии и влечения, которые возникают в сознании страдающего ими человека независимо и против его желания, неожиданно и часто внезапно, припадочным образом, не находясь в видимой связи с содержанием его мышления, и от которых он часто не в состоянии освободиться, несмотря на все усилия: возникая в теснейшей связи с эмоциональной сферой больного, они не вступают в ассоциативную связь с другими элементами мышления, препятствуют правильному течению мышления и тормозят его; навязчивость явления, его болезненный характер обыкновенно сознается больным, обнаруживающим критическое отношение к явлению, и определяется как чуждый, несвойственный его мышлению».

СВЕРХЦЕННЫЕ ИДЕИ

Сверхценные идеи выделены как самостоятельный симптомокомплекс К. Вернике в 1882 г. Это мысли или комплексы их, возникающие в связи с той или иной реальной ситуацией, но в дальнейшем доминирующие над другими в течение длительного времени и занимающие не свойственное их действительному значению преобладающее положение в сознании больного благодаря тому, что они сильно затрагивают эмоциональную сферу (Бумке О., 1929).

По своему содержанию, - это представления, которые особенно затрагивают личность и обнаруживают тенденцию застревать в сознании. Они оказывают большое влияние на все течение мыслей. По своему существу они не представляют ничего странного, нелепого и психологически понятны (Гиляровский В.А., 1938).

Два самых существенных, неразрывных между собой качества сверхценной идеи:

- 1) сильнейшая *аффективная* окраска по сравнению со всеми остальными мыслями и представлениями и как бы «монополизирование аффекта в пользу одного содержания»;
- 2) как следствие этого, господствующее центральное положение, которое занимает сверхценная идея во всей душевной жизни и деятельности субъекта.

Сверхценные идеи характерны для психопатических личностей. Существуют состояния, переходные между сверхценными идеями и паранойяльным бредом. Отдельные авторы называют их «сверхценным бредом». При заболеваниях с прогрессивным течением возможна трансформация сверхценных идей в бредовые.

Сверхценные идеи отличаются от бреда толкования тем, что в их основе лежат реальные факты и события, тогда как для интерпретативного бреда объяснения с самого начала его возникновения характерны ошибочные умозаключения, так называемая «кривая логика».

ПРОБЛЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ БРЕДА

Среди всех симптомов и синдромов, наблюдаемых в клинике психических заболеваний, бред занимает особое место, ни с чем не сопоставимое положение. Общая психопатология не знает ни одного феномена, сущность и механизм возникновения которого были бы так непонятны, загадочны, мало изучены, как сущность и механизм возникновения бреда.

Сложность изучения «проблемы бреда» связана с рядом весьма значимых обстоятельств. К ним, прежде всего, относится то, что бредовые расстройства возникают, формируются в связи с болезненным искажением мыслительного процесса, сущность которого до настоящего времени неизвестна. Планомерное изучение бредовых феноменов включает исследование состояний сознания, особенностей мышления, антропологических, этнографических и ряда других факторов. Границы между соответствующими редуцированными и абортивными бредовыми феноменами, сверхценными и навязчивыми переживаниями нередко весьма трудно определимы.

Определение, дефиниция бреда относится к трудной области. Это иногда проявляется и на практике. Нередко психиатры расходятся в оценке состояния больного, например, одни считают, что имеется бред ревности, а другие говорят, что «на самом деле муж изменил больной».

Бред - некорректируемое установление связей и отношений между явлениями, событиями, людьми без реальных оснований на болезненной основе. Неоднозначность такого определения очевидна.

Идею считают бредовой тогда, когда она не соответствует действительности, искаженно ее отражает и полностью овладевая сознанием, становится, несмотря на явное противоречие с действительностью, недоступной исправлению. Она приобретает свойство априорной данности, не нуждающейся в обосновании. Совокупность таких идей называется бредом.

СИСТЕМАТИКА ИЛЛЮЗИЙ

Иллюзии в патологии разделяются на аффективные, вербальные и парейдолии, или фантастические иллюзии.

Аффективные иллюзии наступают при патологических изменениях аффекта, чаще всего при страхе, тревоге, ажитированных депрессивных состояниях. Больной в состоянии ажитированной бредовой депрессии ждёт казни, возмездия, осуждения. Тень в углу палаты или висящий там халат воспринимается в качестве притаившегося человека.

При *вербальных иллюзиях*, которые также чаще наблюдаются при депрессивных состояниях, обыденный разговор, не относящийся к больному, радиопередача, речевое сопровождение передачи по телевизору воспринимается больным так, что он слышит в этих передачах обвинения по своему адресу, предупреждение, приговор, сообщение о предстоящей ему казни и т.д. Некоторые авторы склонны относить такие вербальные иллюзии скорее к бреду отношения.

От иллюзий надо отличать собственно *ошибки суждения*, неправильные умозаключения, как бы иллюзорные суждения. Например, стекло, блестящее на солнце и принимаемое за обломок золота - будет не иллюзией, не обманом чувственного познания, а ошибочным суждением, другими словами - ошибкой суждения (К. Ясперс).

Вербальные и аффективные иллюзии имеют чувственный характер.

К *парейдолиям* (название предложил К. Ясперс, 1913) относятся преимущественно искажённое восприятие беспредметных рисунков и изображений (пятна и подтёки на стенах превращаются в образы животных и людей, неподвижные объекты становятся движущимися и т.д.). Это не только подмена отсутствующего, реального восприятия искажённым его отражением, а подмена восприятия представлением, пример экстраполяции сенсорного опыта. С этой точки зрения парейдолии - не только иллюзии, галлюцинации, но и, по-видимому, класс так называемых психосенсорных расстройств, проявляющихся в виде микропсий, макропсий, метаморфопсий, порропсий и т.п. (А.А. Портнов).

СИСТЕМАТИКА ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ

Истинные галлюцинации разделяются на зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, общего чувства и комплексные (возникающие в нескольких анализаторах).

Тактильные (осязательные) галлюцинации - ощущение ползания по телу насекомых, появления на поверхности тела или под кожей посторонних предметов.

Висцеральные галлюцинации - ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ - неподвижных, шевелящихся, передвигающихся.

Гаптические галлюцинации - отчетливое мнимое ощущение резкого прикосновения, схватывания (обычно сзади).

Гигрические галлюцинации - ощущение появления влаги на поверхности тела.

Температурные галлюцинации - ощущение температурного (холод, тепло) воздействия на поверхность тела.

Функциональные галлюцинации появляются только при существовании реального внешнего раздражения и, не сливаясь, сосуществуют с ним до прекращения его действия. Ряд авторов относят их к иллюзиям.

Рефлекторные галлюцинации (выделены Э. Блейлером). Возникают в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на другой анализатор. Имеют сходство с физиологическими синестезиями, когда люди «видят звуки» а, что слышимые ими звуковые эффекты воспринимаются ими как бы в цвете. Не исключается, что в построении рефлекторных галлюцинаций действует тот же самый физиологический механизм, который лежит в основе синестезии.

Элементарные галлюцинации (фотопсии и акоазмы) - это галлюцинации с незавершённой предметностью. Зрительные (фотопсии) - в форме беспредметных образов; слуховые (акоазмы) - в форме отдельных звуков.

ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Псевдогаллюцинации, по мнению В.Х. Кандинского, в отличие от галлюцинаций лишены характера объективной действительности, не сопровождаются чувством внутренней активности, они видимы «внутренним зрением», «духовными очами», они не обладают внешней проекцией.

Таким образом, псевдогаллюцинации Кандинского занимают промежуточное положение между представлениями и восприятиями. Сам В.Х. Кандинский неоднократно подчёркивал, что псевдогаллюцинации хотя и похожи на обычные галлюцинации, но всё же ближе не столько к расстройствам восприятия, сколько к расстройствам мышления.

Споры о том, какими границами клиницист должен очерчивать симптомокомплекс псевдогаллюцинаций, не кончаются до самого последнего времени, что порождает тенденцию довольно произвольного их толкования.

Вместе с тем В.Х. Кандинский даёт чёткое определение псевдогаллюцинациям: «...то, что я называю настоящими псевдогаллюцинациями, есть весьма живые и чувственно до крайности определённые субъективные восприятия, характеризующиеся всеми чертами, свойственными галлюцинациям, за исключением существенного для последних характера объективной действительности; только в силу отсутствия этого характера они не суть галлюцинации».

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ И ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Общие отличия псевдогаллюцинаций от истинных галлюцинаций заключаются в:

В различии самосознания, в отношении больного к галлюцинациям. Так, при истинных галлюцинациях больной идентифицирует видения, голоса с реальными явлениями, не различает их. При псевдогаллюцинациях больные говорят об особых видениях. Об особых голосах, то есть они не идентифицируют их с реальными явлениями, не различает их.

Это, однако, не значит, что они критически к ним относятся. Нет, больным «показывают» видения, эти видения существуют, но всё же это особые видения, они лишены реальности. Следовательно, отсутствует лишь идентификация с реальными явлениями, а потому больной и относится к псевдогаллюцинациям как к явлениям особым.

Псевдогаллюцинации возникают с характером сделанности. Больной не слышит голоса, а ему «передают» голоса, «делают» голоса, «вызывают» звучание мыслей, «вызывают» видения во сне, внутри головы, но во всяком случае их «вызывают». Характер сделанности, характер воздействия истинным галлюцинациям не сопутствует.