**Синдромы при психических заболеваниях.**

**Галлюцинаторные** **и** **бредовые** **синдромы**

Галлюциноз – состояние, характеризующеесл обилием галлюцинаций в пределах одного какого-то анализатора и не сопровождающееся помрачением сознания. Больной тревожен, беспокоен или, наоборот, заторможен. В поведении и отношении больного к галлюцинациям находит отображение острота состояния. По остроте выделяют острый и хронический галлюциноз, а по содержанию – слуховой, тактильный, зрительный.

Слуховой галлюциноз бывает обычно вербальным: слышатся голоса, разговаривающие между собой, спорящие, осуждающие больного, договаривающиеся его уничтожить. Слуховым галлюцинозом определяется клиническая картина одноименного алкогольного психоза; синдром может быть выделен при других интоксикационных психозах, при нейросифилисе, у больных с сосудистым поражением головного мозга.

Больные с тактильным галлюцинозомчувствуют ползание насекомых, червей, микробов по коже и под кожей, прикосновение к половым органам; критика к переживаемому обычно отсутствует. Отмечается при психозах позднего возраста, при органическом поражении центральной нервной системы.

Зрительный галлюциноз – нередкая форма галлюциноза у стариков и лиц, внезапно утративших зрение, бывает также при соматогенных, сосудистых, интоксикационных и инфекционных психозах. При галлюцинациях Шарля Бонне больные вдруг начинают видеть на стене, вкомнате яркие пейзажи, освещенные солнцем лужайки, клумбы с цветами, играющих детей, удивляются этому, хотя сознанйе болезненности переживаний и понимание того, что видеиие вследствие потери зрения невозможно, остаются сохранными.

Обычно при галлюцинозе не нарушается ориентировка больного в месте, времени и собственной личности, нет амнезии болезненных переживаний, т.е. отсутствуют признаки помрачения сознания. Однако при остром галлюцинозе с угрожающим жизни больного содержанием резко повышается уровень тревоги, и в этих случаях сознание может быть аффективно суженным.

**Паранойяльный синдром –** синдром бреда, характеризующегося первичностью появления (первичный бред), интерпретацией в бреде фактов окружающей действительности (интерпретативный бред), наличием системы доказательств, привлекаемых для обоснования ошибок суждения (систематизированный бред). Формирование бреда может происходить постепенно из доминирующих идей через этап сверхценных идей. Этому способствуют особенности личности, проявляющиеся значительной силой и ригидностью аффективных реакций, а в мышлении и действиях – обстоятельностью и склонностью к детализации. По содержанию это обычно бред сутяжный, изобретательства, ревности, преследования.

Паранойяльный синдром может быть первоначальным этапом развития шизофренического бреда. На этом этапе еще не бывает галлюцинаций и псевдо-галлюцинаций, нет явлений психического автоматизма. Паранойяльным синдромом исчерпывается психопатологическая симптоматика паранойяльной психопатии, алкогольного параноида.

**Галлюцинаторно-параноидные синдромы –** синдромы, при которых представлены в разных соотношениях галлюцинаторные и бредовые расстройства, органически связанные между собой. При значительном преобладании галлюцинаций синдром именуют галлюцинаторным, при доминировании бредовых идей – параноидным. **Параноидным синдромом** обозначают также параноидный этап развития бреда. На этом этапе прежняя, соответствующая паранойяльному бреду система ошибочных умозаключений может сохраняться, но обнаруживаются признаки ее распада: нелепости в поведении и в высказываниях, зависимость бреда от ведущего аффекта и от содержания галлюцинаций (псевдогаллюцинаций), которые также появляются на параноидном этапе.

**Синдром психического автоматизма Кандинского – Клерамбо** является частным случаем галлюцинаторно-параноидного синдрома и включает псевдогаллюци-нации, явления отчуждения психических актов – автоматизмыибред воздействия. Пребывая во власти нарушений восприятия, больной уверен в их насильственном происхождении, в их сделанности – в этом суть автоматизма. Автоматизм может быть идеаторным, сенсорным или моторным. Больной считает, что его мыслями управляют, «делают» их параллельными, заставляют его мысленно произносить ругательства, вкладывают в его голову чужие мысли, отнимают, читают их. В этом случае речь идет об *идепторном автоматизме.* К этому виду автоматизма относятся псевдогаллюцинации. Сенсорный *автоматизм* касается больше нарушений чувственного познания и соответствует высказываниям больных о сделанности чувств («вызывают» безразличие, вялость, чувство злобы, тревогу) или ощущений («делают» боли в разных частях тела, ощущение прохождения электрического тока, жжение, зуд) . С развитием *моторного автоматизма* у больного возникает убежденность, что он утрачивает способность управлять своими движениями и действиями: по чужой воле на лице появляется улыбка, двигаются конечности, совершаются сложные действия, например суи-цидальные акты.

Различают хронические и острые галлюцинаторно-параноидные синдромы. *Хронический галлюцинаторно-параноидный синдром*постепенно усложняется, первоначальная симптоматика обрастает новой, формируется развернутый синдром психического автоматизма.

*Острьсе галлюцинаторно-параноидные синдромы*способны редудироваться под влиянием лечения и могут быстро трансформироваться в другие психопатологические синдромы. При смене синдрома прежняя психопатологическая симптоматика исчезает и заменяется новой. В структуре острого галлюцинаторно-параноидного синдрома присутствуют острый чувственный бред, бредовое восприятие окружающего, растерянность или значительная насыщенность аффекта; синдром Кандинского – Клерамбо полностью не успевает развиться (наблюдаются его отдельные элементы) .

Острый галлюцинаторно-параноидный синдром нередко оказывается этапом в развитии острой парафрении и онейроидного состояния.

Галлюцинаторно-параноидные синдромы могут быть диагносцированы при всех известных психозах, кроме маниакально-депрессивного.

**Синдромы интеллектуальных расстройств**

Интеллект не является отдельной, самостоятельной психической сферой. Его рассматривают как способность к умственной, познавательной и творческой деятельности, к приобретению знаний, опыта и применению их на практике. При нарушениях интеллекта оказывается недостаточной способность анализировать материал, комбинировать, догадываться, осуществлять мыслительные процессы синтеза, абстракции, создавать понятия, умозаключения, делать выводы. Отмечается недостаточность образования навыков, получения знаний, усовершенствования прежнего олыта и возможности его применения в деятельности. Основные синдромы нарушенного интеллекта – слабоумие и малоумие.

**Слабоумие (деменция) –** вызванная патологическим процессом стойкая, трудно восполнимая утрата интеллектуальных способностей, при которой всегда имеются признаки общего обеднения психической деятельности. Происходит снижение интеллекта от приобретенного человеком в течение жизни уровня, его обратное развитие, оскудение, сопровождающееся ослаблением познавательных способностей, обеднени-ем чувств и изменением поведения. При приобретенном слабоумии иногда нарушается преимущественно память, внимание, а способность к суждениям снижается

нередко, ядро личности, критика и поведение долго остается сохранными. Такую деменцию называют частичной, или л а кун арн ой (парциальная, очаговая дисмнестическая). В других случаях слабоумие сразу проявляется снижением уровня суждений, нарушениями критики, поведения, нивелировкой ха-рактерологических особенностей больного. Такую деменцию называют пол но й, или тотальной, деменцией (диффузная, глобарная). Выделяют варианты слабоумия, характерные для различных нозологических форм.

0 р г а н и ч е с к о е с ла б о у м и е бывает лакунарным и тотальным. Лакунарное слабоумие наблюдается у больных церебральным атеросклерозом, сифилисом мозга (сосудистая форма), тотальное – при прогрессивном параличе, сенильных психозах, при болезнях Пика и Альцгеймера.

Э пил е п т и ч ес к о е ( к о н це н тр и чес к ое) с л а б о у м и е характеризуется крайним заострением характерологических особенностей, ригидностью, тугоподвижностью протекания всех психических процессов, замедлением мышления, его обстоятельностью, трудностью переключения внимания, обеднением словарного запаса, склонностью к употреблению одних и тех же штампованных выражений. В характере это проявляется злопамятностью, мстительностью, мелочной пунктуальностью, педантизмом и наряду с этим – ханжеством, взрывчивостью. При неуклонной прогредиентности патологического процесса, нарастании ригидности и обстоятельности человек оказывается все менее способным к многообразному социальному функционированию, вязнет в мелочах, круг его интересов и деятельности все более суживается (отсюда название слабоумия – «концентрическое») .

*Ш и з о ф р е н и ч е с к о е* слабоумие характеризуется снижением энергетического потенциала, эмоциональным оскудением, достигающим степени эмоциональной тупости. Обнаруживается неравномерность нарушения интеллектуальных процессов: при отсутствии заметных расстройств памяти, достаточном уровне формальных знаний больной оказывается полностью социально дезадаптированным, беспомощным в практических делах. Отмечается аутизм, нарушение единства психического процесса (признаки расщепления психики) в сочетании с бездеятельностью и непродуктивностью.

**Аффективные синдромы**

**Маниакальный синдром** в своем классическом варианте включает триаду психопатологических симптомов: 1) повышение настроения; 2) ускорение течения представлений; 3) речедвигательное возбуждение. Это – облигатные (основные и постоянно присутствующие) признаки синдрома. Повышенный аффект влияет на все стороны психической деятельности, что проявляется вторичными, непостоянными (факультативными) признаками маниакального синдрома. Отмечается необычная яркость восприятия окружающего, в процессах памяти имеются явления гипермнезии, в мышлении – склонность к переоценке своих возможностей и собственной личности, кратковременные бредовые идеи величия, в эмоциональных реакциях – гневливость, в волевой сфере – усиление желаний, влечений, быстрая переключаемость внимания; мимика, пантомимика и весь внешний вид больного выражают радость.

**Депрессивный синдром** проявляется триадой облигатных симптомов: понижением настроения, замедле-нием течения представлений, речедвигательной заторможенностью. Факультативные признаки депрессивно-го синдрома: в восприятии – гипестезия, иллюзорные, дереализационные и деперсонализационные явления; в мнестическом процессе – нарушение чувства знакомости; в мышлении – сверхценные и бредовые идеи ипохондрического содержания, самообвинения, самоуничижения, самооговоры; в эмоциональной сфере – реакции тревоги и страха; двигательно-волевые расстройства включа'ют угнетение желаний и влечений, суицидальные тенденции; скорбные выражение лица и поза, тихий голос.

Тревожно-депрессивный синдром (синдром ажитированной депрессии), маниакальный ступор **и** непродуктивная манияпо своему происхождению являются так называемыми *смешанными состояниями,* переходными от депрессии *к* мании и наоборот. Традиционная для классической депрессии и мании психопатологическая триада здесь нарушается, эффективный синдром утрачивает часть своих свойств и приобретает признаки полярно противоположного аффективного состояния. Так, в синдроме ажитированной депрессии вместо двигательной заторможенности присутствует возбуждение, что характерно для маниакального состояния. Синдром маниакального ступора характеризуется двигательной заторможенностью при повышенном настроении; у больных с непродуктивной манией отмечаются повышенное настроение, двигательная расторможенность в сочетании с замед.пением темпа мышления.

**Депрессивно-параноидный синдром** относят к атипичным для аффективного уровня состояниям. Особенностью является вторжение в аффективный синдром, соответствующий маниакально-депрессивному психозу, симптоматики из других нозологических форм – шизофрении, экзогенных и экзогенно-органических психозов. К атипичным аффективным состояниям можно отнести и парафренный бред громадности, описанный Котаром: ипохондрические переживания, имеющие в своей основе при депрессии чувство собственной измененности, принимают гротескный характер с уверенностью больного в отсутствии внутренних органов, с отрицанием внешнего мира, жизни, смерти, с идеями обреченности на вечные муки. Депрессия с галлюцинациями, бредом, ломрачением сознания описана как *фантастическая меланхолия.* Затемнение сознания на высоте маниакального состояния дает основание говорить о *спутанной мании.* Атипичными по проявлениям аффекта являются и состояния *апатической депрессии,*наблюдающиеся у больных шизофренией с эмоциональным дефектом.

**Астенодепрессивный синдром.** Это понятие некоторые авторы считают теоретически несостоятельным, полагая, что речь идет о сочетании одновременно существующих двух синдромов – астенического и депрессивного. При этом обращается внимание на тот имеющий место клинический факт, что астения и депрессия – состояния, взаимно исключающие одно другое: чем выше удельный вес астенических расстройств, тем меньше тяжесть депрессии; с нарастанием астении снижается суицидальный риск, исчезает двигательная и идеаторная заторможенность. В практической деятельности врача астенодепрессив-ный синдром диагностируется как один из наиболее частых в рамках пограничной психической патологии.

Маниакальные и депрессивные синдромы могут быть этапом в формировании психопатологической симптоматики любого психического заболевания, но в наиболее типичных своих проявлениях они представлены лишь при маниакально-депрессивном психозе.

**Синдромы двигательных и волевых расстройств**

**Кататонический синдром** проявляется кататоническим ступором или кататоническим возбуждением. Эти столь различные внешне состояния на самом деле едины в своем происхождении и оказываются лишь разными фазами одного и того же явления. Для того чтобы понять суть симптоматики, представляющей данный синдром, лучше рассмотреть ее в свете данных об ее патофизиологической основе.

В соответствии с исследованиями И. П. Павлова симптоматика кататонии ляетсяследствием болезненной слабости нервных клеток, для которых обычные раздражители оказываются сверхсильными. Развивающееся в коре головного мозга торможение является защитным и запредельным. Если торможением охвачена не только вся кора, но и подкорковая область, появляется симптоматика к а т а т о н и ч е-с к о г о с т у п о р а. Больной заторможен, себя не обслуживает, не реагирует на обращенную к нему речь, не выполняет инструкций, отмечается мутизм. Некоторые больные неподвижно лежат, отвернувшись к стене, в у т р о б н о й п о з е с приведенным к груди подбородком, с согнутыми в локтях руками, согнутыми в коленях и прижатыми к животу ногами дни, недели, месяцы или годы. Утробная поза свидетельствует о высвобождении более древних реакций, свойственных раннему возрастному периоду развития, которые у взрослого человека тормозятся более поздними, высшего порядка функциональными образованиями. Весьма характерной также является другая поза – лежа на спине с приподнятой над подушкой головой – *симптом* воз*душной подушки*.

Расторможение актуального для детского возраста сосательного рефлекса ведет к появлению *симптома хоботка* при прикосновении к губам они складываются трубочкой и выпячиваются; у некоторых больных такое положение губ бывает постоянно. Растормажи-вается также хватательный рефлекс (свойствен в норме лишь новорожденным): больной захватывает и цепко удерживает все, что случайно коснулось его ладони.

При неполном ступоре наблюдаются иногда эхо-симптомы: *эхолалия –* повторение слоь кого-то из окружающих, *эхопраксия –* копирование движений других людей. В основе эхосимптомов – растормаживание подражательного рефлекса, свойственного детям и способствующего их психическому развитию.

Высвобождение стволовых постуральных рефлексов выражается *каталепсией (восковидная гибкость):*больной долго сохрайяет приданное его телу и конечностям положение.

Наблюдаются *явления негативизма****:*** больной либо вовсе не выполняет требуемого - *па-ссивный негативизм),* либо активно сопротивляется, действует противоположно тому, что от него требуется (*активный негативизм)****.*** В ответ на просьбу показать язык больной плотно сжимает губы, отворачивается от протянутой ему для рукопожатия руки и убирает свою руку за спину; отворачивается от поставленной перед ним тарелки с едой, сопротивляется попытке накормить его, но хватает тарелку и набрасывается на еду при попытке убрать ее со стола. И. П. Павлов считал это выражением фазовых состояний в центральной нервной системе и связывал негативизм с ультрапарадоксальной фазой. При парадоксальной фазе более слабые раздражители могут вызвать более сильную реакцию. Так, больные не реагируют на вопросы, задаваемые обычным, громким голосом, но отвечают на вопросы, заданные шепотом. В ночное время, когда поток импульсации в центральную нервную систему извне резко уменьшается, некоторые ступорозные больные растормаживаются, начинают тихонько двигаться, отвечать на вопросы, есть, умываться; с наступлением утра и возрастанием интенсивности раздражений оцепенение возвращается. У больных со ступором может не быть другой симп-томатики, но чаще имеют место галлюцинации, бредовое толкование окружающего. Это выясняется при растормаживании больного.

В зависимости от характера ведущей симптоматики выделяют три вида ступора: 1) с явлениями восковидной гибкости, 2) негативистический, 3) с мышечным оцепенением. Перечисленные варианты не являются самостоятельными расстройствами, а представляют собой стадии ступорозного синдрома, сменяющие одна другую в указанной последовательности с утяжелением состояния больного.

К а т а т о н и ч е с к о е в о з б у ж д е н и е – бессмысленное, нецеленаправленное, иногда принимающее характер моторного. Движения больного однообразны и по сути являются подкорковыми гиперкинезами; возможны агрессивность, импульсивные действия, эхопраксия, негативизм.

Выражение лица часто не соответствует позам; иногда наблюдается *парамимия:* мимика верхней части лица выражает радость, глаза смеются, а рот злой, зубы стиснуты, губы плотно сжаты и наоборот. Можно наблюдать мимические асимметрии. В тяжелых случаях речь отсутствует, возбуждение немое или больной рычит, мычит, выкрикивает отдельные слова, слоги, произносит гласные. У некоторых больных обнаруживается неудержимое стремление говорить. При этом речь вычурная, высокопарная, отмечаются стереотипии речи, персеверация, эхолалия, разорванность, *вербигерация* ***–*** бессмысленное нанизывание одного слова на другое. Возможны переходы из кататонического возбуждения в ступорозное состояние или из ступора в состояние возбуждения.

Кататонию подразделяют на люцидную и онейроидную. *Люцидная**кататония* протекает без помраче-ния сознания и выражается ступором с негативизмом или оцепенением либо импульсивным возбуждением. *Оиейроидная**кататония* включает онейроидное помрачение сознания, кататоническое возбуждение с растерянностью или ступор с восковидной гибкостью. Кататонический синдром чаще диагностируют при шизофрении, иногда – при эпилепсии или экзогенно-органических психозах.

**Гебефренический синдром** близок к кататоническому *и* по происхождению, и по проявлениям. Характеризуется возбуждением с манерностью, вычурностью движений и речи, дурашливостью. Веселье, кривлянье и шутки не заражают окружающих. Больные дразнятся, гримасничают, сюсюкают, коверкают слова и фразы, кувыркаются, танцуют. Наблюдаются переходы между кататонией и гебефренией. В рамках вялотекущей шизофрении у подростков иногда диагностируется г е б о и д н о с т ь – не полностью развернувшееся гебефреническое состояние, проявляющееся налетом дурашливости, развязностью в поведении, нарушениями влечений и асоциальными тенденциями.

**Невротические синдромы**

Особенностью невротического синдрома является неглубокий уровень расстройств, включающих лишь астенические, аффективные симптомы и собственно невротические (обсессивные, фоб ические, истерические, небредовые ипохондрические) . Эту патологию отличают парциальность психических расстройств, критическое к ним отношение, присутствие сознания болезни, адекватная оценка окружающего и сопутствующая слабости психических функций обильная соматовегетативная симптоматика. Характерно отсутствие грубых нарушений познания окружающего. В структуре невротических синдромов нет расстройств предметного сознания, бредовых идей, галлюцинаций, слабоумия, маниакального состояния, ступора, возбуждения. При истинных невротических нарушениях остается сохранной личность. Более того, действие внешней вредности опосредуется личностью больного, ее реакциями, характеризующими самую личность, ее социальную сущность. Все перечисленные особенности позволяют квалифицировать такого рода нарушения как пограничную психическую патологию*,* находящуюся на границе между нормой и патологией, между соматическими и психическими болезнями.

Каждым из невротических синдромов может быть исчерпана клиническая картина соответствующего невроза. Однако любой из невротических синдромов может быть выявлен в рамках психозов – при слабой степени усложнения психопатологической симптоматики. В этих случаях их нередко именуют н е в р о з о п од о б н ы м и (неврастеноподобный, истериформный) для того, чтобы подчеркнуть иное, непсихогенное их происхождение.

**Неврастенический (астенический) синдром** характеризуется раздражительной слабостью. Вследствие приобретенной или врожденной недостаточности внутреннего торможения возбуждение ничем не ограничивается, что проявляется раздражительностью, нетерпеливостью, повышенной истощаемостью внимания, нарушениями сна (сон поверхностный, с частыми пробуждениями) . Выделяют гипер- и гипостенический варианты астении. При г и п е р с т е н и ч е с к о й астении сохранность возбудительного и слабость тормозного процесса приводит к выдвижению на передний план склонности к взрывным, эксплозивным реакциям. При г и п о с т е н и ч е с к о й астении имеются все признаки слабости не только тормозного, но и возбудительного процесса: крайняя утомляемость при умственной и физической нагрузке, низкая работоспособность и продуктивность, нарушения запоминания.

Состоянию сопутствуют головные боли, обильные вегетативные расстройства, повышается чувствительность ко всем внешним воздействиям.

**Обсессивно-фобический синдром** проявляется психопатологической продукцией в форме разнообразных навязчивостей и фобий. В этот период усиливается тревожность, мнительность, нерешительность, обнаруживаются признаки астенизации.

**Ипохондрический синдром** по своему содержанию может быть: 1) астеническим, 2) депрессивным, 3) фо-бическим, 4) сенестопатическим, 5) бредовым. При невротических состояниях речь идет о простой, небредовой ипохондрии, выражающейся преувеличенным вниманием к своему здоровью и сомнениями в его благополучии. Больные фиксированы на неприятных ощушениях в своем теле, источником которых могут быть само невротическое состояние и вызванные им соматовегетативные сдвиги, депрессия с ее симпатикотонией и другие причины. Больные часто обращаются за помощью к различным специалистам, много обследуются. Благоприятные результаты исследований на какое-то время успокаивают больных, а затем тревога снова нарастает, мысли о возможном тяжелом заболевании возвращаются. Возникновение ипохондрической симптоматики может быть связано с ятро-генией.

**Истерический синдром –** сочетание симптомов любых заболеваний, если по своему происхождению эти симптомы являются следствием повышенной внушаемости и самовнушаемости, а также таких черт личности, как эгоцентризм, демонстративность, психическая незрелость, повышенная игра воображения и эмоциональная лабильность. Состояние характерно для истерического невроза, истерического развития личности, истерической психопатии.

**Психопатический синдром.** Это стойкая, социально дезадаптирующая больного дисгармоничность *в* эмоциональной и волевой сферах, являющаяся выражением патологии характера. Расстройства не касаются познавательного процесса. Психопатический синдром формируется в определенных условиях социальной среды на основе врожденных (психопатии) и приобретенных (постпроцессуальное состояние) изменений высшей нервной деятельности. Для того чтобы подчеркнуть эти различия, изменения характера, вызванные шизофреническим или церебрально-органическим процессом, называют иногда п с и х о п а- т о п о д о б н ы м синдромом. Патология относится к пограничной в психиатрии.

Варианты психопатического синдрома соответствуют клиническим формам психопатии и проявляются возбудимыми чертами или реакциями повышенной тормозимости. В первом случае характерны эмоциональная несдержанность, гневливость, конфликтность, нетерпеливость, неуживчивость, волевая неустойчивость, склонность к злоупотреблению алкоголем и употреблению наркотиков. Особенностью другого варианта являются слабость, истощаемость реакций личности, ее недостаточная активность, заниженная самооценка, склонность к сомнениям.