

Максим МАЛЯВИН

# ПСИХИАТРИЯ для САМОВАРОВ и ЧАЙНИКОВ



#Psychology#KnowHow

# **Максим Иванович Малявин**

## **Психиатрия для самоваров и чайников**

### **Серия «#Psychology#KnowHow»**

*Текст предоставлен правообладателем*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=28327606](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=28327606)*

*Психиатрия для самоваров и чайников / Максим Малявин: АСТ;  
Москва; 2018*

*ISBN 978-5-17-106423-5*

### **Аннотация**

Максим Малявин в психиатрии около двух десятков лет. В последние годы известен в Рунете; вместе с женой Оксаной, тоже психиатром, ведет в Живом Журнале «Блог добрых психиатров»: <http://dpmmax.livejournal.com>.

Если верить довольно расхожей сентенции, то в психиатрии кто первый надел халат и занял место по нужную сторону рабочего стола – тот и доктор. По слухам, желательно еще иметь кое-какое представление о матчасти: кого заслуженно, а не со зла, назвать дебилом, кого – параноиком. С халатом проще – можно запасть заранее в магазине спецодежды. Что же касается матчасти – я дам вам... нет, не парабеллум. И пулемета тоже не дам, извините, ребята. А вот тот объем информации, который должен иметь любой начинающий психиатр, – это пожалуйста.

Причем изложу его так, чтобы было понятно даже тому, кто сроду отношение к медицине имел в лучшем случае в качестве пациента. Что же до полноты сведений – знайте: прочитав эту книгу, уже многие студенты успешно сдали экзамен по психиатрии. Останется лишь научиться быстро надевать халат.

# Содержание

Пролог	6
Немного истории	8
Общая психопатология	13
Симптомы. Вступление	13
Симптомы расстройства сознания	20
Симптомы расстройства восприятия	24
Симптомы расстройства внимания	38
Расстройства памяти	41
Расстройства мышления	49
Патология ассоциативного процесса	49
Патология суждений (содержания мышления)	57
Бредовые идеи	81
Симптомы расстройств эффекторно-волевой сферы	90
Патология влечений (потребностей)	90
Патология инстинкта самосохранения	92
Патология сексуального влечения	93
Патология ориентировочного инстинкта	95
Патология цели и мотивов деятельности	96
Патология двигательной сферы	97
Расстройства сна	102
Пресомнические расстройства –	103

Извращение ритма сна и бодрствования – бодрствование ночью и сонливость днем	
Синдромы. Вступление	107
Позитивные синдромы	112
Астенический синдром	112
Аффективные синдромы	117
Невротические синдромы	135
Галлюцинарно-бредовые синдромы	171
Конец ознакомительного фрагмента.	185

# Максим Малявин

## Психиатрия для самоваров и чайников

### Пролог

*Под грустное мычание, под грозное рычание,  
Под дружеское ржание рождается на свет...*  
© Юнна Мориц, руководство к творческому процессу

Любой предмет можно изложить скучно, сухо и непонятно. А можно – весело, увлекательно и доступно. Вспомните хотя бы пособие по географии Швеции. Не читали? Да не может быть! А «Чудесное путешествие Нильса с дикими гусями», написанное Сельмой Лагерлеф? Да-да, это именно учебник географии для шведских первоклассников.

Психиатрия, как и все прочие дисциплины, невероятно интересна. Правда, знания ее погребены под культурным слоем малопонятных терминов – это очень удобно, когда надо блеснуть уровнем общей осведомленности, либо коротко и доступно (для посвященных) обрисовать клиническую картину, либо произвести неизгладимое впечатление на собеседника.

Моя задача – попытаться изложить психиатрию так, что-

бы она стала понятной любому читателю, не растеряв при этом тех тонкостей и подробностей, что были бы важны для специалиста. И пояснить, наконец, откуда взялись все эти загадочные термины.

Начну с описания общей психопатологии – с описания симптомов и синдромов, которые вообще в психиатрии встречаются и из которых складывается клиническая картина болезни, а уже потом перейду к психопатологии частной, то есть к описанию собственно психических болезней.



# Немного истории

*Вспомним мезозойскую культуру:  
У костра сидели мы с тобой,  
И ты мою разорванную шкуру  
Зашивала каменной иглой.*

© А. Мень

Говорят, что пятидесятые годы кардинально изменили облик психиатрии. Почему? Да потому, что появился *аминазин*<sup>1</sup>. А следом – другие *нейролептики*. А еще – антидепрессанты. И пошло-поехало. Если верить преподавателям, с началом эпохи нейролептиков психически больных людей не осталось – в своем классическом варианте, который существовал до этого многие столетия. Теперь у психиатра под рукой имеется целый арсенал волшебных таблеток и уколов: от плохого настроения, от слежки спецслужб, от космических лучей и вторжения пришельцев – да от чего угодно. Нет только зелья интеллекта, порошка харизмы, прививки совести и еще чего-нибудь по мелочи. И да, по-прежнему никто так толком и не знает, что происходит в голове и откуда берется шизофрения. Зато теперь появилась возможность не

---

<sup>1</sup> *Аминазин* – первый синтезированный нейролептик (психотропный препарат, предназначенный, в основном, для лечения психотических расстройств), один из основных и наиболее типичных препаратов этого класса.



держат больных в изоляции от общества пожизненно.

Закономерный вопрос: чем же лечили пациентов психиатрических больниц до пятидесятых годов? Приведу краткий обзор методов – чтобы вы составили о них общее представление.

Древние греки к психически больным были довольно суровы – могли и камнями побить. По некоторым сведениям, особо бесноватых они даже заковывали в цепи или сажали на электрического ската (как видим, основы электросудорожной терапии восходят к пятому веку до нашей эры).

Римляне предлагали свои варианты: следить, чтобы не было запоров (это при меланхолии), связывать и держать в темноте (при буйстве и неистовстве), давать рвотное средство и вовремя связывать при галлюцинациях и бреде (если не помогает, прописывать «лечебное голодание и целебные люли», рекомендовал Цельс<sup>2</sup>). А эпилепсию предлагали лечить кровью гладиатора. Нет-нет, не проливать. То есть проливать, конечно, а потом поить ею умалишенного.

Довольно разнообразны были подходы к лечению душевных болезней в средневековой Европе. Больных часто содержали при монастырях и пользовали экзорцизмом. Каленое железо и лечебное аутодафе применялись нечасто. Для лечения меланхолии предлагали съесть свиное сердце, фаршированное целебными травами. Применялись также розги (дабы

---

<sup>2</sup> *Цельс Авл Корнелий* – древнеримский ученый-энциклопедист (около 25 г. до н. э. – около 50 г. н. э.).

переключить мысли больного на телесное неудобство), горчичники на всю персону (для разжижения крови, застоявшейся при меланхолии), кровопускания и, как акт снисхождения, – теплые ванны. В Швейцарии, в приюте в окрестностях Цюриха, практиковалось содержание на цепи и ежедневная выдача вина в лечебных целях. Чемеричная вода использовалась довольно широко – как от вшей на голове, так и от «тараканов» внутри (сейчас ее, кстати, иногда подливают алкоголикам заботливые жены, в полном соответствии с прилагаемой инструкцией).

В Европе XVIII века продолжают активно пользоваться чемеричной водой (она применялась в психиатрии еще долго) и практикуют холодные обливания. Англичане вместо веревок и кандалов начинают использовать смирительный жилет – прообраз смирительной рубашки. Правда, в Бедлам<sup>3</sup> все еще пускают зевак (по одному пенсу за вход), и в выходные здесь аншлаг. Французы, стараниями Филиппа Пинеля<sup>4</sup>, тоже отказываются от содержания больных в кандалах и начинают использовать смирительные рубашки – к началу XIX

---

<sup>3</sup> *Бедлам* (сокращение от слова Bethlehem) – дом для умалишенных в Лондоне, название которого обратилось в нарицательное имя для всех подобных заведений. Первоначально это было общежитие братства «Господа нашего из Вифлеема», построенное в 1246 г. в Бишопсгете, за городскими воротами; но в 1547 г. Генрих VIII подарил здание городской общине, которая устроила в нем помещение для 50–60 душевнобольных.

<sup>4</sup> *Филипп Пинель* (1745–1826) – французский врач, член Парижской АН (1803), основоположник научной психиатрии во Франции.

века. Фасон этого рода одежды актуален и по сей день.

В XIX веке доктора начинают проявлять к душевнобольным уже больший интерес, сочетавшийся с неумемной фантазией. Благодаря этому появляются смирительный стул, смирительная кровать, вращательная кровать и вращательная машина (чтобы кровь прилиwała к голове и лучше работал мозг), устройство для неожиданного погружения в бассейн с холодной водой, а также ледяной душ на голову из брандспойта (прототип душа Шарко<sup>5</sup> – этот метод появиться в том же веке немногим позже). Популярностью пользуются пиявки (10–12 штук на голову) в сочетании с обертыванием холодными мокрыми полотенцами и слабительной солью (практика древних греков была в употреблении еще довольно долго). Входит в моду лечение морфием и каннабисом. Начинают пробиваться первые ростки психотерапии. Все шире практикуется гипноз. Появляются препараты брома и барбитуровой кислоты: *веронал*, *мединал*<sup>6</sup>. Начинают использоваться *паральдегид* и *хлоралгидрат*<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> *Душ Шарко* (синоним «душ струевой») – водолечебная процедура, заключающаяся в воздействии узконаправленной струи воды под давлением попеременно на различные части тела; процедура начинается и заканчивается воздействием веерной струи воды. Был введен в практику французским врачом Жаном Мартеном Шарко (1825–1893), одним из основоположников современной невропатологии и психотерапии.

<sup>6</sup> *Веронал*, *мединал* – наиболее употребительные снотворные лекарства.

<sup>7</sup> *Паральдегид* – лекарственное вещество, обладающее снотворным и противосудорожным действием; применяется в качестве снотворного у психически больных людей, а также для прекращения судорог у больных столбняком; *хлоралгидрат*

В XX веке (его первой половине) копилка методов лечения психических заболеваний пополняется маляриотерапией (прививкой малярии лечили прогрессивный паралич), а затем и инъекциями *сульфозина*<sup>8</sup>, а также электросудорожной и инсулинокоматозной терапией. Конечно, не считая *лоботомии*. И наконец, появляются *нейролептики*, *антидепрессанты* и прочее содержимое волшебного психиатрического чемоданчика. Вакцину от болезни Альцгеймера мы с нетерпением ждем в этом новом XXI веке, а вот на создание прививок совести и зелья интеллекта можно пока даже не надеяться.



---

рат – успокаивающее и снотворное средство.

<sup>8</sup> *Сульфозин* – препарат серы, использующийся для деинтоксикации. В настоящее время применяется только с согласия больного.

# Общая психопатология

## Симптомы. Вступление

– А теперь постарайтесь расслабиться и вспомнить, с чего все началось.

– Ну, вначале я сотворил небо и землю...

© На приеме у психотерапевта

В эту часть я попробую, так сказать, впихнуть невпихуемое, потому запаситесь терпением, дальше будет проще и веселее. Ну, поехали.

Если рассматривать, из чего складывается картина заболевания, то условно ее можно разделить на три уровня сложности:

1. Симптомы как отдельные проявления болезненного состояния.

2. Синдромы как совокупность нескольких симптомов (и не с потолка набранных, а гармонично соседствующих).

3. Собственно болезнь, характеризующаяся:

а) непременно либо чаще всего встречающимися синдромами (что называется, «облигатными» – от лат. *obligatus* – обязательный, непременный);

б) синдромами, встречающимися время от времени, но

необязательно должныствующими здесь быть (факультативными), и

в) их сменой по мере течения болезни, или *патокинезом*.

Терминология, приведенная ниже, не преследует цели вводить в заблуждение пациентов или повергать в легкий транс охмуряемых девиц. Основная, если не единственная, ее задача – привести к некоему общему знаменателю такие емкие и образные, но слишком уж самобытные и живописные выражения, как *заколбасило*, *вставляет не по-детски*, *улетный трип*, *планка рухнула*, *крыша отъехала*, *кукушка слетела*, *вся на нервозе*, *глюки*, *бред сивой кобылы в тихую лунную ночь* и т. п., чтобы специалисты разных школ и регионов могли хоть о чем-то, помимо совместной выпивки, договориться.

Проясняя вопрос, что же в психической деятельности человека может пойти не так, представим себе то, как выглядит и на какие условные фрагменты делится сия деятельность в норме. Итак:

**1. Сознание**, куда же без него. Высшая форма отражения человеком окружающей действительности, характеризуется ориентировкой человека а) в пространстве; б) во времени; в) в собственной личности.

**2. Восприятие** окружающего мира: сначала в виде ощущений как элементарных составляющих процесса, а затем собственно восприятие как более сложный и целостный процесс, не только охватывающий предметы и явления целиком,

но и раскладывающий их, что называется, по полочкам (тут же включаются осознание, понимание и осмысливание предмета и явления), а также представление (когда человек мысленно воспроизводит образы предметов и явлений, которые воспринимал ранее).

**3. *Внимание*** – не в смысле *всеобщий ахтунг*, а способность сосредоточиться на каких-либо событиях, предметах и видах деятельности.

**4. *Память*** – обобщающий, интегративный процесс, охватывающий результаты ощущений, восприятия и мышления. Обеспечивает запоминание (фиксацию), сохранение (ретенцию) и воспроизведение (репродукцию) прошлого опыта. Выделяется кратковременная (пока есть источник сигнала – есть его следы; исчез источник – следы вскоре угасли) и долговременная память. Можно, конечно, принять умный вид и отметить, что она по срокам ретенции делится на иконическую (четкий, полный отпечаток на 0,25 сек.), кратковременную, оперативную (когда избирательно сохраняется и воспроизводится информация, необходимая для достижения определенной цели) и долговременную (см.), но электорат может справедливо взбунтоваться.

**5. *Мышление*** – отражение в сознании окружающей действительности, когда человек устанавливает взаимосвязь предметов и явлений не только исходя из лежащих на поверхности фактов (солнце встало – людям жарко-жарко), но и пользуясь способностью к абстракции, анализу и

синтезу, как учит нас диалектический материализм. Кстати, судя по огромному количеству граждан, обогатившихся на бирже, способность к абстрактному мышлению сегодня обретает просто пугающие масштабы. По виду мышление можно разделить на *наглядно-действенное* (чисто конкретное), *наглядно-образное* (созерцательно-мечтательное) и *абстрактно-теоретическое* (один кот Шредингера<sup>9</sup> чего стоит!). Можно также на конкретно-ситуационное и отвлеченно-словесное. Или на аффективное и логическое. Или еще как-нибудь. Формы мышления бывают следующие: а) *понятие* – выделение существенных свойств однородной группы предметов или явлений; б) *суждение* – выявляется связь предмет – признак, отношения между предметами. Здесь имеет место движение от частного к общему, от явления к сущности; в) *умозаключение* – вывод нового суждения из других суждений, получение нового знания из имеющихся знаний.

**6. Речь** – процесс общения людей посредством языка (имеются в виду слова, а не что-либо еще). Разделяется на внутреннюю и внешнюю. Внешняя речь, соответственно, бывает устная и письменная. Устная, соответственно, – монологическая и диалогическая.

**7. Интеллект** (кто-то предпочтет сказать – ум, кто-то,

---

<sup>9</sup> *Кот Шредингера* – герой научного эксперимента Эрвина Шредингера (1887–1961), австрийского физика-теоретика, стремившегося доказать однобокость квантовой механики. Согласно эксперименту, кот одновременно является с определенной вероятностью и живым и мертвым.



более политкорректный, – способности) – это способность человека успешно применять имеющиеся знания и опыт на практике. Сюда можно отнести и способность генерировать новые идеи, а также критику и самокритику.

**8. Эмоции:** высшие и низшие, положительные и отрицательные. Немного отвлекусь, чтобы разобрать их подробнее. Схему деятельности человека, как вариант, можно представить следующим образом: потребность – мотивация – действие – результат – эмоция. Соответственно результату, положительная или отрицательная. Далее, уже сами эмоции могут формировать новые потребности (раз понравилось – то оно мне надо), порою становясь потребностью *per se* (да, да, еще!), плюс добавилось осознание дао и любование процессом достижения результата – и вот уже простая схема закольцевалась и обросла фракталами<sup>10</sup>. Все как в жизни, все как положено... Что касается высших и низших эмоций, вот еще схема. По мнению А. Маслоу<sup>11</sup>, потребности можно разделить на три уровня: а) *биологический* – дышать, питаться, пить, выделять продукты жизнедеятельности, двигаться, продолжать род или иметь половые контакты (находится на границе со следующим уровнем); б) *социальный* – создать семью, занять место в обществе, получить признание; в) *ду-*

---

<sup>10</sup> *Фрактал* – (дробная размерность), геометрическая фигура, в которой один и тот же мотив повторяется в последовательно уменьшающемся масштабе.

<sup>11</sup> *Абрахам Маслоу* (1908–1970) – американский психолог, один из лидеров так называемой «гуманистической психологии»; известен как создатель иерархической теории потребностей.

*ховный уровень* – познать себя и свое место в мире, определиться в своем отношении к религии, обрести мировоззренческие ориентиры. Низшие эмоции имеют отношение к удовлетворению потребностей биологического уровня, а высшие – соответственно, социального и духовного. Можно также упомянуть деление эмоций на *стенические* (мобилизующие) и *астенические* (дезорганизирующие), *реактивные* (как реакция на внешний процесс) и *витальные* (в силу внутренних причин), а еще по силе и продолжительности – на настроение (длительное, ровное), страсть – сильное, стойкое и глубокое эмоциональное состояние и аффект – бурная кратковременная эмоция.

**9. Воля** – это способность к целенаправленной организованной деятельности для достижения сознательных (а порою и бессознательных) целей. Окончательно формируется где-то к двадцати годам. Потребности и их уровни я только что приводил, воля задает направление в осуществлении деятельности, удовлетворяющей эти потребности. На всех этапах, начиная от мотивации и заканчивая результатом и эмоциями.

**10. Сон** – физиологическое состояние организма, чередующееся с бодрствованием и характеризующееся отсутствием сознательной психической деятельности и значительным снижением реакций на внешние раздражители.

Теперь попробуем рассмотреть, как именно может нару-

шаться каждая из составляющих психической деятельности.



# Симптомы расстройства сознания

*Когда знакомишься на улице, тирады о погоде не проходят, устарели как идея. Предпочитаю для начала выразительный какой-нибудь вопрос философического свойства, например: «Где я? Скажите, девушка, где я?» На многих действует, а этой хоть бы что, не удивилась, как не удивился бы реаниматор или милиционер.*

© М. Щербakov

Симптомы нарушения сознания (наберитесь терпения, такие вкусности, как, например, *кома* или *делирий*, будут рассмотрены в разделе синдромов). Они еще в 1911 году были четко описаны Карлом Ясперсом<sup>12</sup>. Это:

**1. Нарушение ориентировки** во времени, ситуации, пространстве, окружающих персонах и собственной личности. Попробуем немного раскрыть суть каждого из пунктов дезориентировки.

*Во времени.* Конечно, забыть, какое сегодня число или день недели, случалось каждому из нас, особенно если работа или ситуация (отпуск, например) не предполагает необходимости четко за ними следить. Другое дело, если вы мучительно пытаетесь понять, какой же на дворе сезон или год.

---

<sup>12</sup> Карл Ясперс (1883–1969) – немецкий философ-экзистенциалист, психолог, культуролог.

Или почему сейчас вечер, хотя только что было утро, – хотя тут тоже могут быть варианты...

*В ситуации.* Сразу вспоминается дурачок, которому участники похоронной процессии навешали за пожелание «таскать вам – не перетаскать». Иными словами, настораживает, если человек не в состоянии оценить, какого рода обстановка и отношения (хотя бы в общих чертах) складываются вокруг него: юбилей или поминки.

*В пространстве.* Конечно, никто не требует от вас знать с точностью долготу, широту, высоту над уровнем моря и порядковый номер галактики, но город, район, а также дорогу домой – следовало бы.

*В окружающих персонах.* Общее правило любвеобильных людей: если не помните, как зовут партнера, зовите зайчиком, солнышком или лапулей – дольше проживете. Хуже, если не удастся идентифицировать, кто из окружающих брат, сестра, мать, отец (хитросплетения сюжетных линий оставьте героям индийского кино), вызывает много вопросов.

*В собственной личности.* В отличие от Ху эм ай<sup>13</sup>, отлично сыгранного Джеки Чаном, пациент, действительно дезориентированный в собственной личности, вряд ли будет приставать к вам с проблемами самоидентификации. И вообще вряд ли поймет хоть слово из обращенной к нему речи – от-

---

<sup>13</sup> Фильм Who am I? / Кто я? (1998). По сюжету, один из солдат (Джеки Чан) выживает после авиакатастрофы и теряет память. Затем он старается справиться со своими мыслями и вспомнить, кто он. В этом ему постоянно мешают, и он не знает, кому можно верить.

реагирует, как на звук, но не более. Обычно такое бывает при грубом расстройстве сознания.

Следует добавить, что приведенные пункты даны в такой последовательности не случайно. Они – некое подобие шкалы нарастания глубины и выраженности расстройства сознания: от дезориентировки во времени, как наиболее легкой (если только промах не в полвека), до дезориентировки в собственной личности, когда все очень и очень плохо и сама жизнь пациента оказывается под вопросом.

**2. Отрешенность** от окружающей действительности. Это ситуация, когда реальность сама по себе, пациент сам по себе. События, факты и внешние стимулы воспринимаются, словно обрывки разговоров с улицы, – фрагментарно, на самой грани восприятия, человек не в состоянии всерьез и надолго привлечь к себе внимание, не говоря уже о четком и целостном их осознании. Преобладают растерянность, нерешительность – как себя вести в ситуации, когда действительность машет ручкой? Недоумение, удивление: ой, а что это? А где это? Ох, ни фига себе!

**3. Нарушения осмысления.** Поскольку сознание и процесс мышления друг с другом неразрывно связаны, то любые нарушения сознания непременно найдут отражение в стройности мышления. Это и упрощение ассоциативного процесса (до сложных ли рядов, когда все плохо!), и проблемы с абстрагированием, и нарушение последовательности – в той или иной мере, в зависимости от глубины расстройства.

**4. *Нарушения памяти***, касающиеся самого периода расстройства сознания, или конградная амнезия. Могут быть как полными, когда из памяти выпадает весь болезненный промежуток, так и частичными, когда кое-что из воспоминаний все же остается. По этой причине многие алкоголики, перенесшие *делирий*, божатся, что больше – ни-ни! А мы делаем вид, что верим.



# Симптомы расстройства восприятия

*Известный чародей и магистр тайных сил нынче в Петербурге много шуму наделал... Фрейлине Головиной из медальона вывел образ ее покойного мужа, да так, что она его осязала и теперь вроде как на сносях.*

© К/ф «Формула любви»

Сообразно уровням сложности самого восприятия, симптомы его расстройства можно условно поделить на три группы: а) расстройства ощущений; б) расстройства собственно восприятия и в) расстройства представления (или галлюцинации). Теперь по пунктам.

## *Расстройства ощущений*

*Гиперестезия* (от греч. *hyper* – чрезмерно и *aesthesia* – ощущение, чувствование) – повышенная чувствительность при действии обычных или даже слабых раздражителей, при этом ощущения возникают яркие, вплоть до дискомфорта и даже болезненности. По тому, какие органы чувств задействованы, выделяют гиперестезию оптическую, акустическую, вкусовую, обонятельную и тактильную (или гиперестезию кожного чувства). Соответственно, первым в глаза фонариком не светить, на вторых не кричать, третьим и четвертым не давать чеснока, пятым не щекотать. И не перепу-



тать!

*Гипостезия* (от греч. *hypo-* – и *aesthesia* – ощущение, чувство) – понижение восприимчивости к внешним раздражителям, когда блекнут краски окружающего мира и притупляется острота ощущений. Это словно секс в гидрокостюме. непонятен смысл всех этих физических упражнений...

*Гипералгезия* (от греч. *hyper* – чрезмерно и *algos* – боль) – повышение болевой чувствительности. Мечта инквизитора.

*Анестезия* (от греч. *an-* отрицательная частица и *aesthesia* – чувство) – потеря чувствительности. Тут следует отдельно выделить истерические невротические симптомы: психическую *амблиопию* (слепоту), психическую *аносмию* (нечувствительность к запахам; с точки зрения пассажира общественного транспорта в летний период это уже скорее благо), психическую *агеюзию* (утрату чувства вкуса), психическую глухоту, психическую *аналгезию* (утрату болевой и тактильной чувствительности, соответственно – кошмар инквизитора). Не следует путать их с неврологическими симптомами, когда анестезия вызвана поражением нерва или соответствующего участка коры головного мозга.

*Сенестопатии* (от лат. *sensus* – чувство, греч. *pathos* – недуг, страдание) – крайне тягостные и неприятные, неопределенные телесные ощущения при том, что в реальности телесных повреждений либо патологии нет, то есть ощущения, которые пациент проецирует внутрь собственного телесного «Я»: боль есть, страдание очень даже есть, а поражения

органа нет. При этом описания страданий яркие, образные и красочные, необычные и вычурные. Так, пациент может жаловаться на стягивание, разрывание, бульканье, закупоривание, пульсацию, сверление, сковывание и даже покусывание! Чаще всего эти ощущения не имеют четкой локализации, размыты или мигрируют по телу. Как правило, с подобными жалобами идут куда угодно, но не к психиатру, к которому попадают уже с пухлой от анализов амбулаторной картой и рефреном массовой подтанцовки врачей других специальностей: «НЕ НАШ, НЕ НАШ!»

**Расстройства восприятия:** а) психосенсорные расстройства; б) иллюзии.

**Психосенсорные расстройства** – когда окружающие предметы, собственное тело либо течение времени воспринимаются искаженными по величине, форме, объему, весу либо скорости течения (для времени). При этом человек точно знает, что это тот самый предмет (скажем, чайник – он и в Африке чайник) или что тело – его собственное, что и отличает их от иллюзий. Выделяют:

**Метаморфозии** (от греч. *meta* – за, после; *morphe* – вид, форма; *opsis* – зрение) – искаженное по внешнему виду восприятие величины: *микро-* и *макропсии* (людишки вокруг мелкие, а тараканищи в квартире – просто слоноподобные); формы: *дисморфозии* (шкафообразный дяденька с контрабасоподобной тетенькой); увеличение количества: *полиоп-*

сии (сколько лун? а в каком ряду?) и пространственного расположения предметов.

*Дереализация* – искаженное восприятие окружающего мира в целом или отдельных его предметов по более обобщенным характеристикам. При этом окружающий мир может представляться *мертвым, безжизненным, плоским, как бы нарисованным, неестественным, ненастоящим*. Может отмечаться необычайная контрастность (*галеропия*), окраска всего окружающего в желтый цвет (*ксантопия*) или в красный (*эритропия*, не путать с «Все красное» у И. Хмелевской<sup>14</sup>). Сюда же относят явления «уже виденного», или *déjà vu*, когда незнакомое место или ситуация воспринимается как уже случавшаяся ранее; «никогда не виденного», или *jamaïs vu*, когда знакомая ситуация воспринимается совершенно новой и неизвестной; «уже слышанного», а также ложное узнавание окружающих лиц – *симптом положительного двойника* (какого лешего наш шурин-алкоголик делает в Госдуме?); *симптом отрицательного двойника*, когда знакомые лица не опознаются как таковые (могут набить лицо, если вы у них что-то занимали).

*Нарушения схемы тела (соматопсихическая дереализация)* – когда есть неприятное, мучительное ощущение изменения формы, величины, количества, консистенции, про-

---

<sup>14</sup> И. Хмелевская – польская писательница в жанре иронического детектива. Ее роман «Все красное» для данного контекста характерен тем, что героиню преследует красный цвет, – от названия города, где происходят описываемые события, до регулярных мнимых и реальных кровопролитий.

странственного расположения частей тела: голова неестественно большая, пальцев больше, чем положено, предмет мужской гордости размером и консистенцией не устраивает – да мало ли!

*Обманы ориентации в пространстве* – когда окружающее видится повернутым на 90 или 180 градусов в той или иной плоскости. Наверное, особенно впечатляюще должно смотреться шоссе, уходящее в небо. Или море над головой.

*Расстройства восприятия времени* – когда оно начинает течь быстрее или медленнее, а также утрачивает плавность хода и движется скачками или рывками.

**Иллюзии** – извращенные ощущения и восприятия реально (!) существующих предметов и явлений, когда понимание этих предметов и явлений не соответствует действительности и имеет искаженный смысл (в отличие от галлюцинаций, здесь предмет, звук, чувство реально существуют, но воспринимаются иначе). Различают иллюзии физические, физиологические, психические.

Психические иллюзии: *слуховые* – когда слышатся человеческие голоса вместо шума (тот же «белый шум» радио, если долго в него вслушиваться) либо искаженно воспринимается человеческая речь (как-как ты меня назвал?); *зрительные* и другие. Есть *аффективные иллюзии*, возникающие при аффективных состояниях (страхе, тревоге, депрессии, экстазе), – тогда их содержание вполне соответствует текущему настроению; *парейдолические иллюзии*, при кото-

рых игра света и тени, пятна, морозные узоры, трещины, щели, сплетения ветвей деревьев замещаются фантастически-ми, причудливыми образами.

Всякий придурок, уверявший, что Господь Бог говорил с ним, на самом деле слышал мой голос... или свое воображение.

© К/ф «Догма»

***Расстройства представления*** – это, собственно, и есть галлюцинации.

***Галлюцинации*** – это представления, достигшие чувственной силы и яркости реальных предметов и явлений, это «восприятие без объекта». То есть – целиком и полностью творение пациента. Не прорыв в иную реальность, вроде форточки в альтернативную Европу, не козни ангелов и демонов (посменно, согласно утвержденному графику), не локальное овеществление астрального плана (демонстрашка, бета-версия, копирайт отсутствует). Конечно, нельзя исключить, что в этот момент обитатели иных реальностей и планов вкупе с ангело-демонической общественностью негодуют или же, напротив, мерзко хихикают – мол, погодите, посмотрим, что вы скажете через век-другой... Но сложившийся на настоящее время взгляд официальной науки на природу галлюцинаций я изложил.

По анализаторам галлюцинации делят на слуховые, зрительные, обонятельные, тактильные, вкусовые, висцераль-

ные (от лат. *viscera* – внутренности), кинестетические.

По сложности – простейшие, простые и сложные.

Простейшие, или элементарные, галлюцинации располагаются чуть особняком. Их объединяет незавершенность того, что человеку чудится. Зрительные – *фотопсии* (от греч. *phōs, phōtos* – свет и *opsis* – зрение) – в виде кругов, пятен, искр, шаров и т. п.; слуховые – *акоазмы* (шаги, шорохи, скрипы) и *фонемы* (от греч. *phōnēta* – звук) (нечленораздельные звуки, оклики, слоги, местоимения). То есть отдельные фрагменты, детали, которые не складываются в какой-то определенный образ.

**Простые** – когда галлюцинации рождаются в одном анализаторе<sup>15</sup>: только слуховые, только зрительные – и ни шагу в сторону.

**Сложные** – несколько анализаторов, связанных общей фабулой (видит во дворе убийц, слышит их голоса или слышит за стенкой, что соседи замышляют отравить его, при этом чувствует запах ядовитого газа).

Также можно отдельно выделить односторонние, или *унилатеральные*, галлюцинации (зрительные и слуховые), когда человек видит или слышит их только с одной стороны. Они бывают, когда кора головного мозга поражена в виде очага с

---

<sup>15</sup> *Анализатор* (от греч. *analysis* – разложение) – система нервных образований, состоящая из органа чувств с соответствующим ему участком головного мозга и соединительных нервных волокон, воспринимающая и анализирующая раздражения, поступающие из внешней и внутренней среды. Термин был введен в физиологию академиком И. П. Павловым.

какой-либо из сторон.

*Галлюцинации с завершенной предметностью* (в отличие от простейших):

*Вербальные* (словесные) – по принадлежности: знакомые, незнакомые, мужские, женские, детские, принадлежащие иным существам; по громкости: тихие, громкие, оглушающие, натуральные, шепотные; по содержанию: угрожающие, обвиняющие (не путать с голосом совести), хулительные (как правило, с преобладанием ненормативной лексики), комментирующие (гляди – встал; вот он пошел; опаньки – упал; ишь ты – снова встал; ну ты посмотри – сейчас на нас ругается...), контрастные (одни голоса хвалят и обещают медаль, другие матерят и грозят пристрелить как бешеную собаку), стереотипные (изо дня в день одно и то же), императивные (те, что приказывают, – показание к немедленной госпитализации, хочет того пациент или нет); по форме: монологи, диалоги, беседы на родном и иностранном языках; по продолжительности: эпизодические, постоянные, наплывающие; по направленности – с любых направлений и дистанций.

Интересны *слуховые галлюцинации Алеништеля* – когда человек напряженно ждет стука в дверь или телефонного звонка и затем начинает их слышать. Встречается у здоровых людей и рассматривается как вариант «акустической памяти».

*Зрительные* – разных цветов или без оных, подвижные

и неподвижные, сценические (они же сценopodobные, где все, что видит больной, увязано в одну тему, сцену с четким сюжетом), ландшафтные, портретные, калейдоскопические, демономанические (персонажи все сплошь фольклорно-мифологической направленности); по содержанию: угрожающие (а чего это она в балахоне и с косой тут стоит?), индифферентные (ну стоит и стоит – может, трамвая ждет...), обвиняющие (сцены суда, в том числе Страшного); аутоскопические (появление галлюцинации – вашего двойника), отрицательные аутоскопические (исчезновение отражения в зеркале, может вызвать соответствующую трактовку); по величине: нормальные, лилипутские, гигантские и прочие, прочие, прочие...

Отдельно можно выделить *педункулярные галлюцинации Лермитта*, возникающие при поражении ствола мозга (а если быть точным, то в области ножек и III желудочка): в вечерние часы видятсядвигающиеся некрупные картинки, быстро сменяющие друг друга (насекомые, животные и пр.), при этом больные не боятся того, что видят, и четко осознают, что это галлюцинации; *галлюцинации Ван-Богарта*, характерные для *лейкоэнцефалита*<sup>16</sup>: видятся окрашенные в разные цвета животные, рыбки, бабочки, все это ярко расцвечено эмоциями и перемежается приступами сонливости; *гал-*

---

<sup>16</sup> *Лейкоэнцефалит* (от греч. leukos белый и encephalitis – энцефалит[ы]) – прогрессирующее воспалительно-дегенеративное поражение белого вещества головного мозга.



*люцинации Берце*: на стене видятся светящиеся письма, написанные чьей-то невидимой рукой; *галлюцинации Пика* (при поражении дна IV желудочка): больные заявляют, будто видят сквозь стену: «Вон один сквозь нее прошел, вон он за стеной ходит, вон кошка тоже сквозь стену шмыгнула – гнездо у них там, что ли?» *Тактильные*: на коже и под кожей; *дерматозоидные*: восприятия предметов, насекомых, животных, паутины, веревок; *температурные*: жар, холод; *гаптические*: ощущение схватывания, прикосновения, ударов и толчков извне; *гигрические*: ощущение влаги.

*Обонятельные* – часто восприятие неприятных, резких, смрадных запахов гниения, разложения, нередко будто бы исходящих от самого больного (при этом существуют две странности: во-первых, я почти не встречал описания приятных обонятельных галлюцинаций – в виде запахов, к примеру, «Chanel № 5», а также, судя по личным наблюдениям, у массы людей имеются отрицательные обонятельные галлюцинации на реально исходящий от них запах; во всяком случае, с благами цивилизации в виде душа и дезодоранта они не спешат знакомиться). *Висцеральные – эндоскопические* – видение своих внутренних органов (мечта или кошмар врача-эндоскописта); *галлюцинации трансформации* – измененность внутренних органов, их перемещение, удлинение, укорочение (также мечта или кошмар, в зависимости от локализации и характера); *генитальные* (ощущение, будто с половыми органами творят нечто бесстыдное и непотреб-

ное).

*Кинестетические* – восприятие либо отсутствия конечно-стей, либо наличия дополнительных (для томика Конфуция и сотового телефона при езде на машине), насильственных движений, в том числе речедвигательных (ощущение движения языка, произнесения слов).

У галлюцинаций часто имеются объективные признаки, когда возникновение галлюцинации можно определить по поведению пациента: при зрительных больной присматривается, следит за галлюцинаторным образом; при слуховых прислушивается, затыкает уши либо переговаривается (следует убедиться, что человек не использует в этот момент гарнитуру для сотового телефона или mp3-плеера); при тактильных что-то с себя стряхивает.

Как-то раз, гуляя с женой по городу, мы наблюдали такую картину: навстречу нам, активно жестикулируя и увлеченно разговаривая с невидимым собеседником, шла дама. Поравнявшись с нами, она кивнула, указывая этому собеседнику на нас:

– А это знаешь кто? Доктора, психиатры, так что води себя прилично! – и продолжила свой моцион.

По условиям, при которых они возникают, галлюцинации делятся на:

*Функциональные* – чаще слуховые, которые возникают при реальном звуковом раздражителе (в шуме воды – шепот

отравителей, в перестуке колес – заговор соседей по купе на тему «убьем-убьем» и т. п.).

**Рефлекторные**, или **отраженные**, – когда действие реального раздражителя на анализатор дает толчок к началу галлюцинаций (именно толчок, а не постоянный фон, как при функциональных). Могут возникать при действии на со- анализатор: слуховые галлюцинации при раздражении зрительного, зрительные галлюцинации при акустическом раздражителе и т. п.

**Гипнагогические** (от греч. *hypnos* – сон, *agogos* – вызывающий) – при засыпании (встречаются в норме).

**Гипнопомпические** (от греч. *hypnos* – сон, *pompos* – сопутствующий) – при пробуждении, а также в промежутке между сном и бодрствованием (также могут встречаться у здорового человека).

**Типа Шарля Боне** – при повреждении периферического отдела анализатора, например, «видения» при выраженной катаракте.

**Апперцептивные** – вызываемые волевым усилием («Я сказал – белочки! В три шеренги! На подоконнике!»).

**Психогенные**: **доминантные** – при аффективно насыщенных переживаниях, например, «голос» умершего супруга; **воображения Дюпре** – при мечтаниях и фантазиях, особенно легко возникают у детей и у лиц с болезненно обостренным воображением; **индуцированные** – внушенные галлюцинирующим больным (то есть от одного больного другому больно-

му); *внушенные* (не путать с индуцированными) – навязанные врачом при исследовании, например, у больного алкогольным делирием – *симптом Липмана*, когда внушаются зрительные образы («Ой, смотри, какой гоблин!»); симптом *Ашаффенбурга* – когда больной в белой горячке разговаривает по предварительно отключенному телефону.

Характерно, что в детском возрасте чаще бывают зрительные галлюцинации, а если возникают слуховые, то они чаще простые или элементарные.

***Псевдогаллюцинации*** – отличаются от истинных характером искусственности, сделанности, отсутствием свойства объективности: если «голоса» – то чаще звучащие внутри головы, если «видения» – то будто кино или мультфильм.

Хотя галлюцинации как изолированный симптом не могут позволить с точностью определить, что же за болезнь у пациента, тем не менее их наличие (кроме *гипнагогических*, *гипнопомпических* и *слуховых Алеништеля* – эти могут быть в норме) – это серьезно и не есть хорошо. Кроме того, можно сказать, к примеру, что слуховые псевдогаллюцинации более характерны для шизофрении (хотя могут встречаться и при многих прочих психотических расстройствах), а зрительные галлюцинации – для интоксикационного процесса или сосудистой катастрофы. Это задает направление дальнейшему диагностическому поиску.



# Симптомы расстройства внимания

*Я вас люблю! (Следите за рукой.)*

© В. Вишневский

**Гипопрозекия** (от греч. *hupo* – под, внизу и *prosexis* – внимание), т. е. пониженное внимание. Ее представляют следующие виды:

**Истощаемость** – уменьшение интенсивности внимания через некоторый отрезок времени, при этом активное внимание быстро себя исчерпывает, сменяясь пассивным. Это как если спринтера заставить рвануть на марафонскую дистанцию. Легче пристрелить из соображений гуманности к исходу первого километра.

**Рассеянность** внимания – ухудшение способности длительно сохранять целенаправленность внимания, способность фиксировать его на заданном объекте; при этом снижается общий объем внимания. Это все равно что пытаться собрать себя в кучу после суток напряженной работы.

**Отвлекаемость** – чрезвычайная подвижность, быстрая смена направленности, сосредоточенности, интенсивности внимания при уменьшении его глубины. Внимание при этом словно порхает с цветка на цветок. Или с кувшинки на кувшинку. Или шарахается по предоставленному объему в броуновском движении, как толпа школьников на перемене.

**Гиперпрозексия** (от греч. *hyper* – над, сверх и *prosexis* – внимание) – патологически усиленная концентрация внимания на отдельных предметах, явлениях, мыслях или ощущениях, при этом усилено преимущественно пассивное, непроизвольное внимание. Часто эта концентрация бывает односторонней, направленной на то, что беспокоит пациента больше всего: его недомогания, страхи, идеи. Нередко сопровождается таким явлением, как *тугоподвижность*, – когда внимание инертно, прилипчиво, фиксированно, при этом его сложно перенаправить с одного объекта на другой. Оно напоминает авианосец: колоссальный тоннаж, умопомрачительное вооружение, но начать уворачиваться от берегового маяка с одним зрителем и канарейкой лучше заранее.

**Парапрозексия** (от греч. *para* – около, мимо и *prosexis* – внимание) – извращение внимания. Извращение не в том смысле, что оно зафиксировано на болезненных переживаниях, а в том, что имеется несоответствие ожидания результату. Каким образом? Человек так напряженно и трепетно ждет какого-то события, что, когда оно происходит, он уже просто не в состоянии его заметить. Это все равно что убеждать себя не прозевать приближение поезда и в итоге проделать увлекательный тормозной путь, равномерно распределяясь по ландшафту.

**Апрозексия** характеризуется полностью выключенным

вниманием – как активным, так и пассивным, и привлечь его не представляется возможным. Как правило, это сигнализирует о довольно серьезном заболевании, если только перед вами не гуру в состоянии самадхи. Впрочем, у него тоже все серьезно, но по другой причине.

Как правило, расстройства внимания не встречаются изолированно. Они входят в симптомокомплекс самой разнообразной психопатологии.





# Расстройства памяти

*Ах, решето – не память! Где же мои проценты?  
Где золотые ночи в розах, серые дни во мхах?  
Где граммофон стозвонный – чисто рояль  
концертный?  
Диззи Гиллеси, Фрэнк Синатра... ах, эти ночи,  
ах!*

© М. Щербаков

Если на все гневные расспросы ваша половина твердит мантру «небылонишегонишегонебыло», не спешите браться за предметы кухонной утвари, ставя перед собой диагностические и воспитательные задачи. Возможно, человек и вправду ничего не помнит.

Нарушения памяти можно условно разделить на количественные и качественные.

Количественные нарушения памяти – это гипермнезия, гипомнезия и амнезия.

**Гипермнезия** (от греч. *hyper* – сверх и *mnesis* – память). Это не означает, что субъект вдруг обзаводится феноменальной памятью, позволяющей ему стать супершпионом или успешным карточным игроком. Способность к запоминанию у него чаще всего никак не меняется. Зато резко усиливается воспроизведение воспоминаний, которые, помимо воли че-

ловека, начинают вторгаться в сознание и отнюдь не способствуют ясности мысли и четкости поставленных задач, скорее, напротив – дезориентируют, сбивают с толка.

**Гипомнезия** (от греч. *hypo* – недо и *mnesis* – память). В этом случае ослабевает запоминание текущей информации или воспроизведение прошлых событий.

**Амнезия** (от греч. *a-* как отрицание и *mnesis* – память) характеризуется отсутствием способности сохранять, воспроизводить и (в ряде случаев) фиксировать пережитые пациентом события – на том или ином отрезке времени. Особо подчеркну – это не ослабление памяти, как при гипомнезии, а полное ее исчезновение на какой-то период. А в зависимости от того, что это за период, выделяют следующие ее виды.

**Конградная амнезия** (от лат. приставки *con-* совместно и *gradior* – идти) – выпадение воспоминаний на период помраченного сознания (в большинстве случаев – если оно выключалось само по себе или в силу непреодолимых внешних обстоятельств). **Ретроградная амнезия** – выпадение из памяти всего, что было ДО болезненного состояния (травмы, приступа и т. п.).

**Антероградная амнезия** – утрата воспоминаний на период ПОСЛЕ травмы, приступа или острейшей стадии болезни, повлекшей нарушение сознания, то есть забывается период восстановления. Что интересно, в этом периоде пациент, как правило, адекватно себя ведет, беседует и отвечает на вопросы, но в дальнейшем все это у него из памяти сотрется.

*Антерогретроградная*, или тотальная, амнезия – тут уж вы сами понимаете...

В зависимости от того, какая из функций памяти страдает больше, можно также особо выделить следующие виды амнезии.

*Фиксационная амнезия* – сильное ослабление или полное отсутствие способности запечатлевать и удерживать в памяти новую информацию, текущие события (в таких случаях говорят, что «память как решето»).

*Анэпфория* (от греч. *an-* + *ekphorio* – выносить) – неспособность вовремя вспомнить известный факт, невозможность воспоминания без подсказки (не путать с состоянием студента во время сдачи сессии!).

По динамике амнезии делят на следующие:

*Прогрессирующую* – когда происходит распад памяти в соответствии с *законом Рибо*<sup>17</sup>, от текущего ко все более давнему прошлому; при этом человек может не помнить, где он живет, но прекрасно перечислять всех соседей из той дерев-

---

<sup>17</sup> *Закон Рибо* – сформулирован в конце XIX в. французским психологом Т. Рибо; именуется также законом регрессии, или обратного «развития памяти»; характеризует определенную последовательность процесса разрушения памяти, наблюдаемого при прогрессирующей амнезии в случаях заболевания или в пожилом возрасте. Разрушение памяти протекает, согласно закону Рибо, всегда в одном и том же порядке, начиная с неустойчивого и кончая стойким. Сначала разрушение касается недавних воспоминаний. Затем оно распространяется на все то, что связано с умственной деятельностью личности. Позднее оно захватывает чувствования и привычки. Заканчивается этот процесс распадом памяти инстинктивной, отличающейся самой стойкой организацией.

ни, где он жил в юности. Особенно если кто из них когда-то задолжал.

*Стационарную* – когда уже имеющееся нарушение памяти не усугубляется, но и не проходит. *Регрессирующую* – когда со временем после выраженного ухудшения памяти постепенно улучшается и запоминание с усвоением, и воспроизведение прошлого. *Ретардированную* – когда события выпадают из памяти не сразу, а спустя некоторое время после болезни или травмы.

По объекту можно выделить:

*Аффектогенную*, или *кататимную*, амнезию – когда из памяти выпадают только особые, значимые для человека события, повлекшие за собой очень сильные переживания (как правило, неприятные, те, с которыми этот человек не может дальше спокойно жить).

*Истерическую* амнезию, которая в чем-то похожа на предыдущую, когда избирательно стираются из памяти (Фрейд бы сказал – вытесняются) только неприемлемые для личности события (при этом переживания по поводу них, в отличие от таковых при кататимной амнезии, могут быть слабыми или вовсе отсутствовать – стоит ли переживать по поводу того, чего не было!).

*Скотомизацию*, которая похожа на предыдущую разновидность амнезии, при ней воспоминания выпадают частично, участками, но сама личность не является истероидной.

*Эпохальную* – она возникает обычно после шоковых со-

стояний и охватывает длительные периоды жизни (месяцы, годы).

Отдельно можно было бы выделить *алкогольный палимпсест* (от греч. *palimpsestos* – текст, рукопись, написанная поверх той, что соскоблили с пергамента – что зря материал переводить, – но при этом кое-что из предыдущих надписей можно угадать). Это состояние, когда некоторые детали и события, имевшие место во время возлияний, стираются из памяти, оставляя после себя только туманные намеки и чувство смутной тревоги пополам с тягостным осознанием собственной неправоты, только вот еще бы припомнить, в чем конкретно... *Алкогольный палимпсест* – первый звоночек, предупреждающий, что не за горами алкогольная амнезия и прочие прелести алкогольного поражения головного мозга.

Качественные нарушения памяти – это *парамнезии*. Это искажение, извращение воспоминаний. К парамнезиям относят *псевдореминесценции*, *конфабуляции* и *криптомнезии*.

***Псевдореминесценции*** (от греч. *pseudos* – ложно-, лат. *reminiscentia* – воспоминание) – возникают обычно у больного, страдающего фиксационной амнезией. Прорехи в памяти он старается восполнить как может, в итоге заполняет их событиями, РЕАЛЬНО имевшими место в его жизни, но не в тот период времени, о котором он пытается вспомнить. Так, в качестве «заплаток» могут вполне сгодиться студенческие или даже школьные годы либо те из более недавних событий,

что смогли удержаться в памяти.

**Конфабуляции** (от лат. *confabulari* – болтать, рассказывать) – в этом случае больной заполняет дыры в памяти тем, чего никогда не существовало, а зачастую и вовсе не могло существовать. Так, попросив рассказать про бурную юность, вы можете получить в ответ рассказ о партизанских действиях в белорусских лесах с точным указанием лично загрызенных фашистов, а также скромное упоминание о том, что полет на Марс таки был, просто в целях секретности не афишировался, и кто бы вы думали туда летал? Да, и победу над третьим межгалактическим оккупационным корпусом не забудьте. Вот этими руками шашкой в невесомости махал. Бывают *замещающие конфабуляции* – когда прорехи заполняются чем-то близким к реальности, повседневно-приземленным (ходил в баню, пил пиво, сразу после рыбалки – такой был клев!). Кстати, генерал Иволгин в романе Ф. М. Достоевского «Идиот» демонстрирует именно замещающие конфабуляции. Бывают *фантастические конфабуляции* – это как раз про Марс, шашку и невесомость.

**Криptomнезии** (от греч. *kryptos* – скрытый, тайный и *mneme* – память, воспоминание) – когда лучше не давать в руки фэнтези. И телевизор убрать подальше. Иначе вам расскажут о похождениях в духе главного героя романов Сапковского, с усекновением всяких чудищ, посещением гульбищ и высматриванием зрелищ. А также строго спросят, что делает на кухне эта старая грымза и куда девалась просто Ма-

рия. Больной, будучи не способен ни вспомнить, ни нафантазировать, черпает события из тех источников информации, что под рукой: книг, газет, телевидения, — не делая различий между собственной жизнью и всеми прочими событиями. Увиденное во сне, кстати, тоже может расцениваться как имевшее место быть на самом деле, так что «верните взад Багамы и ту мулатку с пышной грудью».

*Эхомнезия* — когда у больного присутствует ощущение, что событие многократно повторяется. Чаще всего возникает при интоксикационных психозах. В общих чертах может быть описано песней:

Вот на первом Стенька Разин,  
Стенька Разин на втором.  
Вот на третьем Стенька Разин,  
На четвертом снова он.

Вот на пятом Стенька Разин,  
Стенька Разин на шестом.  
На седьмом вот Стенька Разин,  
Стенька Разин на восьмом.

На девятом Стенька Разин,  
На десятом тоже он...  
Это ж надо так напиться,  
Чтобы плыть со всех сторон! ©





# Расстройства мышления

*Выискивает, собака,*

*Мыслящих инако.*

© Л. Филатов

Положа руку на сердце, следует признать, что отыскивать какие-то закономерности в мыслительном процессе – дело чрезвычайно сложное и неблагодарное. Если уж одно и то же яблоко, пав на голову хомо сапиенса, может дать на выходе что угодно – от набора виртуозных непечатных выражений до закона всемирного тяготения, – что уж говорить о предпосылках, дающих в сумме такой результат! А нарушений, которые могут произойти в столь сложном процессе, так и вовсе легион. Но, тем не менее, некоторые общие закономерности были выявлены.

Рассматривая симптомы нарушения мышления, уместно будет выделить отдельно нарушения (патологию) ассоциативного процесса мышления и нарушения (патологию) суждений.

## Патология ассоциативного процесса

В зависимости от того, какая часть ассоциативного процесса мышления пострадала, можно условно разделить эти нарушения следующим образом.

## **По темпу:**

*Ускорение* темпа мышления, когда человек совершает обработку информации, принимает решение и генерирует идеи заметно быстрее окружающих. Характерно для маниакальных состояний, где это ускорение может быть выражено вплоть до «скачки идей». *Замедление* темпа мышления. Обдумывание и принятие решений затягивается, иногда настолько, что попытка беседы превращается в обоюдную пытку для ее участников, а если второй собеседник будет к тому же еще и в маниакальном состоянии (см. предыдущий абзац), недалеко и до членовредительства.

*Ментизм* – непроизвольный наплыв мыслей, когда эти самые мысли вторгаются помимо воли человека в его размеренный мыслительный процесс, основательно мешают его деятельности, зачастую полностью ее дезорганизуя. Как бы вам понравилось, скажем, если бы наплыв размышлений о судьбах отечества застал вас за просмотром порнофильма?

*Остановка* (закупорка, *инперрунг*) мышления – непроизвольный обрыв, остановка течения, отсутствие мысли. Думали-думали – и все. Тупик. Обрыв. И никаких мыслей. И ни диалог продолжить, ни дело сделать нет никакой возможности. Застыли, ждем, когда все снова тронется.

## **По подвижности, живости процесса:**

*Детализация* – в процесс мышления постоянно вовлекаются второстепенные несущественные подробности. Это как если бы вас в непринужденном разговоре о погоде осчастли-

вили классификацией облаков и среднегодовыми нормами температуры и осадков.

*Обстоятельность* – выраженная детализация с систематическим застреванием на деталях и побочных ассоциациях. К предыдущим деталям наверняка добавилась бы роза ветров, обсуждение испорченной экологии и координаты наиболее достойных доверия бюро прогноза.

*Вязкость* – ярко выраженная обстоятельность, при которой мышление становится непродуктивным, отследить изначальную мысль не представляется возможным, равно как и то, в каком направлении шел разговор изначально, – в общем, к четвертому часу дискуссии вы, скорее всего, будете мучительно решать, кому бить морду: Гринпису, метеорологам или собеседнику.

### **По грамматическому строю речи:**

*Речевые стереотипы* – штампованные обороты или использование вопроса для построения ответа; это когда в речи используются клишированные, шаблонные обороты («итак, о чем я говорил...», «ну, как говорится, вернемся к нашим баранам», «как говорил один мой знакомый – впрочем, вы его не знаете...»), а также использование вопроса для построения ответа: «Как моя фамилия? А фамилия моя слишком известная, чтобы я вам ее тут называл!» *Вербигерация* – бессмысленное повторение одних и тех же слов, фраз, окончаний слов или отдельных звуков. *Бессвязность* – «словесная крошка», набор отдельных слов или словосочетаний,

лишенных логического и грамматического строя (не путать со стихотворением «Мама, папа, ложка, кошка»).

### **По целенаправленности:**

*Витиеватость* – в этом случае для выражения даже простой мысли пациент прибегает к массе сравнений, выдержек из различных источников, метафор и поговорок, формул и научных терминов. А надо всего-то сказать «иди в задницу». Теперь представьте, как у такого человека будет звучать объяснение в любви.

*Соскальзывание* – это расстройство можно представить следующим образом. Пациент рассуждает, к примеру, о кошках. Рассуждает вполне связно и здраво. Вдруг, зацепившись за то, что некоторые из них бывают серыми, вспоминает сентенцию «в темноте все кошки серы» и далее выдает пространное рассуждение на тему взаимосвязи кошек, темноты, демонического начала в кошачьей душе... после чего как ни в чем не бывало возвращается к обсуждению того, какие они, в сущности, милые и пушистые создания. Почему соскальзывание? Потому что такой ход мыслей выглядит будто пациент, идя по дорожке рассуждений, поскользнулся, опершись на незначительную ассоциацию, и какое-то время проехался на ней, после чего вернулся на прежнюю, проторенную дорожку.

*Резонерство* – многословное мудрствование, переливание из пустого в порожнее, пространные словоизвержения на незначительную тему – без цели, без какой-либо направленной

ности. Кто встречался с флудом (болтовне не по теме) в комментариях, реплик этак на двадцать-тридцать, меня поймет.

*Формализм мышления* – когда все внимание и вся сила интеллекта брошены не на постижение сути вопроса, а на четкое исполнение протокола и буквы устава.

*Разноплановость* – в этом случае пациент может рассматривать предмет или явление с нескольких точек зрения, исходя из нескольких критериев оценки, постоянно меняя уровни обобщения, но так и не способен прийти к решению, чему же в данной конкретной ситуации стоит отдать предпочтение. Так, попросив его исключить из картинок с изображением зámка, замкá и шалаша что-то одно, вы не добьетесь от него ответа. Он скажет, что в той или иной мере все картинки взаимосвязаны, ничего лишнего на них нет, и вообще, специально, что ли, такую неразрешимую задачку подбросили?.. *Аморфность* – нечеткое, противоречивое использование понятий. При этом речь построена синтаксически и грамматически правильно, но понять, О ЧЕМ в ней говорится, не представляется возможным. Нет ни основной идеи, ни выводов – только набор фраз, которые самому пациенту кажутся логичными. Если вы спросите его «как жизнь», ответ вполне может оказаться: «Ну, как сказать? То есть сказать обязательно надо. Потому что, сам понимаешь, где разница между тем и этим. Нельзя ведь все только в одну сторону. Справедливость хоть и восторжествует, но это когда еще мы второго такого вождя найдем – объективных условий не на-

пасешься. Когда верхи не могут, низы не хотят. А когда переполнится – уже поздно будет говорить. Так-то».

*Паралогическое мышление* – это нарушение логики мышления, так называемая «кривая логика», когда страдают либо предпосылки, либо доказательства, либо процесс установления связи между причиной и следствием (это разграничение условно). Пример? Пациент принципиально не пьет соки. Почему? «Сок – это здоровье. Здоровье – это спорт. Спорт – это много денег. Много денег – много женщин. Много женщин – это СПИД. СПИД – это смерть. На фиг мне такое счастье?» *Символическое мышление* – мышление, основанное на псевдопонятиях, на символах, смысл которых понятен и доступен только самому пациенту. Так, он может говорить об особом значении того, в какую цветовую гамму сегодня одеты его сотрудники, и что это может означать. Или заявлять, что для него все цифры имеют, помимо основного, еще и дополнительное, тайное значение, благодаря которому каждая новая дата – это зашифрованное послание с руководством к действиям.

*Патологический полисемантизм* – когда пациент обнаруживает в словах новый смысл, основываясь на том, сколько в них, к примеру, гласных или согласных, рифмуются ли они с тем или иным словом – скажем, с такими, как «смерть», «любовь», «измена»...

*Аутистическое мышление* – это мышление, мало соприкасающееся с окружающей пациента реальностью, понятное

и доступное только ему, отражающее его мир, в который посторонним вход воспрещен. Мышление фантастическое и причудливое, но не лишенное собственной вычурной логики, «пир за закрытыми шторами» © Е. Блейлер. Вот пример, приведенный Блейлером<sup>18</sup>: «Пациентка Б. С. в работе Юнга о раннем слабоумии является Швейцарией, она также – Ивиков журавль; она – владелица всего мира и семиэтажной фабрики банковых ассигнаций; она также – двойной политехникум и заместительница Сократа. Все это кажется, на первый взгляд, полной бессмыслицей, и действительно является бессмыслицей с точки зрения логики. Но если мы присмотримся внимательнее, то мы найдем понятные связи: мысли, по существу, подчиняются аффективным потребностям, т. е. желаниям, а иногда и опасениям; пациентка является Ивиковым журавлем, потому что она хочет освободиться от чувства виновности и порочности; она Швейцария – потому что она должна быть свободна».

*Архаическое мышление* – в этом случае за основу построения берутся суждения «времен очаковских и покоренья Крыма», взгляды и стереотипы, к примеру, тех же раскольников-староверов. Или неандертальцев – тут уж как повезет...

*Персеверация* (от лат. *perseveratio* – настойчивость, упор-

---

<sup>18</sup> Эйген Блейлер (1857–1939) – швейцарский психиатр и психолог. Защищал теорию развития жизни, согласно которой приобретенные свойства могут передаваться по наследству благодаря «мнемизму» живой субстанции. Описал в 1911 г. шизофрению как самостоятельное заболевание.

ство; от *persevere* – упорствую, продолжаю) – наиболее ярко это расстройство характеризует анекдот: «Доктор, я все делаю четыре раза, четыре раза, четыре раза, четыре раза, я очень устаю, очень устаю, очень устаю, очень устаю, но жена довольна, жена довольна, жена довольна, жена довольна...» Это устойчивое повторение или продолжение однажды начатой деятельности, фразы, причем это повторение продолжается даже тогда, когда уместный для него контекст исчерпан. Например: «Как тебя зовут? – Леша. – Сколько тебе лет? – Леша. – Ты тормоз, что ли? – Леша. – Где ты учишься? – Леша. – А кто твои родители? – Я не тормоз...»

*Разорванность* – отсутствие логической связи между отдельными умозаключениями, суждениями, понятиями при формальном сохранении грамматического строя речи. Если разорванность мышления приобретает крайнюю степень выраженности – начинает страдать и речь. Пример: «Я считаю необходимым применение крайних географических, конституционных и нецензурных условий, чтобы всякого рода, и вида, и пола, и вероисповедания вы сами поняли кто не могли помешать выполнению возложенной на нас великой, ужасной, но крайне приятной миссии членства в Совете Федерации».

Если выше были описаны нарушения ассоциативного процесса мышления, касающиеся того, КАК человек думает, то сейчас речь пойдет о том, ЧТО он думает. Итак,



# Патология суждений (содержания мышления)

Это *навязчивые, сверхценные и бредовые идеи*, если рассматривать их по степени усугубления. Как их различить?

**Навязчивые идеи** возникают непроизвольно, вопреки воле, и дезорганизуют логический ход мышления. Важно: они воспринимаются пациентом как болезненные, и к ним сохраняется критическое отношение, они НЕ определяют направленности деятельности этого человека, то есть не подчиняют ее себе, хотя и дезорганизуют психическую деятельность в целом.

Основные отличительные черты навязчивых мыслей выделены С. А. Сухановым (1912) и В. П. Осиповым (1923).

1. Навязчивые мысли возникают в сознании человека непроизвольно и даже вопреки воле. Сознание при этом остается непомраченным, ясным.

2. Навязчивые мысли не находятся в видимой связи с содержанием мышления, они носят характер чего-то чуждого, постороннего мышлению больного.

3. Навязчивые мысли не могут быть устранены волевым усилием больного. Больной не в состоянии от них освободиться.

4. Навязчивые мысли возникают в теснейшей связи с эмоциональной сферой, сопровождаются депрессивными эмо-

циями, чувством тревоги.

5. Оставаясь чуждыми мышлению в целом, они не отражаются на интеллектуальном уровне больного, не приводят к нарушениям логического хода мышления (С. А. Суханов называл навязчивые мысли паразитарными), но их наличие сказывается на продуктивности мышления, умственной работоспособности больного.

6. Болезненный характер навязчивых мыслей осознается больным, к ним существует критическое отношение.

**Сверхценные идеи.** Понятие сверхценных идей было выдвинуто К. Вернике<sup>19</sup> (1892). Они аффективно насыщены, занимают большое (непропорционально большое) место в сознании пациента, дезорганизуют его психологическую деятельность и подчиняют себе в значительной мере его поведение. Занимая промежуточное положение между навязчивыми и бредовыми идеями, они, в отличие от последних, всегда имеют в основе своей реальную (не фантастическую, не вымышленную) подоплеку, хотя критика к ним уже формальная либо вовсе отсутствует.

**Бредовые идеи** – болезненные, нелепые, непоколебимые суждения и умозаключения, не соответствующие объективной реальности, дезорганизующие психическую деятельность и подчиняющие себе поведение больного, не поддаю-

---

<sup>19</sup> Карл Вернике (1848–1905) – немецкий врач-психиатр, основатель психиатрической школы и открыватель многих психоневропатологических явлений. С 1885 по 1904 г. был профессором душевных болезней в Бреславле.

щиеся критике и коррекции.

Образно говоря, муж, страдающий навязчивыми идеями ревности, мучается вопросом – а не изменяет ли ему жена, но, поскольку не может найти реальных тому подтверждений, мучается про себя. Муж со сверхценными идеями ревности убежден в том, что жена ему неверна, может привести несколько вполне реальных, хотя и косвенных фактов и немалую часть свободного времени посвящает детективной самодеятельности, отдавая себе отчет в том, что, даже найдя оные, убивать никого не будет. Муж с бредовыми идеями ревности ни в чем не сомневается. Он ЗНАЕТ – любовник у нее мэр. Или сосед снизу. Или специально вызванный ею, ведьмой, инкуб. Поэтому доказательства можно даже не искать, но если кто-то еще сомневается – то вот: цвет одежды, в которой она пошла на работу, духи, которые наверняка нравятся не только ей, окурок с ее помадой, брошенный на нижний балкон, а также следы астрального присутствия. И эфирного, быстро испаряющегося, эякулята. А в случае парафренного бреда супруга и вовсе организатор, идейный вдохновитель и единственный волонтер всегалактического борделя. И вообще, «убью стерву-курву-лярву».

Теперь подробнее.

*Навязчивые явления* можно поделить на *идеаторные, фобические и двигательные*. Идеаторные, или *обсессии*, – отвлеченные навязчивые мысли, навязчивые сомнения (выключила или не выключила плиту-воду-свет) и воспомина-

ния, навязчивый счет (а здесь девять ступенек, а за мной на остановке вошли пять человек, а на следующей восемь) и мысли, чаще всего хульные или кощунственные (а покойник-то лучше всех устроился, ему уже не жарко; а вон та девица в черном – ну так бы и...), навязчивое мудрствование (хотя бы с целью угадать, влияет ли настроение наблюдающего на то, жив или мертв кот Шредингера).

Навязчивые страхи, или *фобии*. Не удержусь, оглашу весь список (на самом деле их еще больше, но для общего представления хватит и приведенных ниже).

## А

Аблютофобия – страх мыться.

Агирофобия – боязнь перейти оживленную улицу.

Агорафобия – боязнь открытого пространства.

Агрофобия – боязнь открытых пшеничных полей.

Айлурофобия – боязнь кошек.

Айхмофобия – боязнь острых предметов.

Аквафобия (также гидрофобия) – боязнь воды.

Акнефобия – боязнь кожных угрей.

Акрофобия – боязнь высоты.

Акрибофобия – боязнь не понять смысл прочитанного.

Акустикофобия – боязнь громких звуков.

Альгофобия, алгофобия – боязнь боли.

Аматофобия – боязнь пыли.

Амихофобия – боязнь повредить кожу.

Ангинофобия – боязнь стенокардических приступов.

Андрофобия (также аррхенфобия, гоминофобия) – боязнь мужчин.

Анемофобия – боязнь быть застигнутым врасплох бурей.

Апейрофобия – страх перед бесконечностью.

Апифобия – ужас перед пчелами, осами, шмелями.

Арахнофобия – боязнь пауков.

Аритмофобия (также нумерофобия) – фобия числа (определенного).

Аррхенфобия – см. андрофобия.

Астрапофобия (также бронтофобия, кераунофобия) – боязнь грозы, грома и молнии. В большей степени свойственна детям.

Астрофобия – страх перед ночным небом, звездами; частично астрапофобия.

Атаксиофобия – боязнь нарушения координации движений.

Атазагорафобия – боязнь забыть или быть забытым.

Аутофобия – боязнь одиночества (например, боязнь находиться одному в комнате); страх собственной эгоистичности.

Афобофобия – боязнь отсутствия фобий.

Аэрофобия – боязнь полетов на летательных аппаратах (*авиафобия*).

## Б

Базистазифобия (базостазофобия, стазобазофобия) – боязнь стояния.

Базифобия (амбулофобия, базофобия) – боязнь ходить пешком.

Бактериофобия (бациллофобия, верминофобия, вермифобия, гельминто-, сколецифобия) – боязнь заразиться бактериями от зараженных предметов, боязнь червей, заразных насекомых.

Баллистофобия – боязнь пули, ракет, метательных предметов.

Барофобия – боязнь подъема тяжестей, земного притяжения, гравитации.

Батеофобия (acroфобия, аэроacroфобия, аэроносифобия, гипсифобия, гипософобия) – боязнь высоты. Проявляется при нахождении на высоте (на крыше, балконе высокого этажа, над пропастью). А также боязнь глубины (водоема). Проявляется при плавании в водоемах с большой глубиной.

Батрахофобия (буфонофобия) – боязнь лягушек и жаб.

Баттофобия – боязнь глубоких водоемов.

Бациллофобия – см. бактериофобия.

Беленофобия (белонепфобия, белонофобия, оксифобия) – боязнь острых предметов, уколаться.

Библиофобия – боязнь книг, библиотек.

Блаптофобия – боязнь нанести кому-либо поражение.

Бленнофобия – боязнь слизи.

Богифобия (фазмофобия) – боязнь призраков, духов, дьяволов, пугал.

Ботанофобия (ботонофобия) – боязнь растений.

Бромгидрофобия (аутодизомофобия, бромидросифобия) – боязнь собственного запаха, потливости.

Бронтофобия (кераунофобия) – боязнь грозы, грома, молнии, шторма.

Буфонофобия – см. батрахофобия.

Барбафобия – боязнь усов, бороды, растительности на лице.

## **В**

Венерофобия – страх заразиться венерическими заболеваниями.

Вертигофобия – страх головокружения.

Винофобия – страх употребления алкоголя.

Вомитофобия – боязнь рвоты в неподходящем месте.

Виккафобия – боязнь колдунов и колдуний.

## **Г**

Гаптофобия – боязнь прикосновения окружающих.

Гастерофобия – боязнь гастарбайтеров.

Гафепобия – боязнь нечаянных прикосновений.

Гексакосиойгексеконтагексафобия – боязнь числа 666.

Гексакосиойгексеконтагексапараскаведекатриафобия – боязнь числа 666 в пятницу, 13-го дня месяца.

Гелиофобия – боязнь пребывания на солнце.

Гемофобия – боязнь крови. В случае, когда человек видит кровь, он может или упасть в обморок, или начать кричать.

Гетерофобия – собирательный термин, обозначающий не фобию в клиническом смысле, а негативное отношение к гетеросексуалам или гетеросексуальности.

Геронтофобия – боязнь общения со стариками; боязнь старения.

Гефирофобия – боязнь проходить по мосту (разновидность батеофобии).

Гидрозофобия – боязнь вспотеть и простудиться.

Гидрофобия – боязнь воды, боязнь жидкостей, а также устаревшее название бешенства, когда гидрофобия считалась одним из главных симптомов бешенства.

Гимнофобия – боязнь наготы.

Гинекофобия – боязнь женщин (разновидность анахоретизма).

Гипенгиофобия – боязнь ответственности.

Гленофобия – боязнь кукол (боязнь взгляда куклы).

Глоссофобия – боязнь выступать перед публикой.

Гомилофобия – боязнь общения, страх проявить несо-



стоятельность, показаться смешным, подозрительным, привлечь к себе внимание.

Гоминофобия – см. андрофобия.

Графофобия – боязнь писать, брать в руки письменные принадлежности.

## Д

Демофобия – боязнь толпы, большого скопления людей.

Дерматопатофобия – боязнь заболеть кожной болезнью.

Динофобия – боязнь головокружения.

Дисморфобия – боязнь своего уродства (часто мнимого), неприятие своей внешности.

## З

Зоофобия – боязнь животных, чаще всего какого-либо определенного вида (кошек, кур и пр.).

Зоифобия – боязнь жизни.

## И

Иерофобия – боязнь встречи с предметами религиозного культа.

Изолофобия – боязнь одиночества в жизни.

Иофобия – боязнь случайного отравления.

## К

Кайрофобия – боязнь новых ситуаций, незнакомого места.

Кардиофобия – навязчивый страх самопроизвольной остановки сердца.

Канцерофобия – боязнь заболевания раком.

Кенофобия – понятие близкое к агорафобии, боязнь больших незаполненных пространств, например пустой площади.

Кераунофобия – см. бронтфобия.

Кипридофобия – см. венерофобия.

Клаустрофобия – боязнь замкнутого пространства.

Клептофобия – боязнь воров, часто в пожилом возрасте, сочетается с навязчивыми идеями обворовывания.

Климакофобия – боязнь ходьбы по лестницам.

Коинофобия – боязнь заходить в помещение, в котором много людей.

Контрафобия – навязчивое провоцирование ситуации, вызывающей страх, например, страх высоты сочетается со стремлением стать летчиком, стюардессой и пр.

Копофобия – фобия переутомления.

Космософобия – страх космических катастроф.

Криминофобия – боязнь совершить преступление.

Криофобия – боязнь холода и льда.

Ксенофобия – обозначает не фобию в клиническом смысле, а неприязненное, негативное отношение к «чужакам», иностранцам и т. д.

Ксерофобия – боязнь сухости, засухи.

## Л

Лалобия – боязнь говорить из-за страха возникновения заикания.

Латеробия – боязнь лежать на левом боку (при кардиофобии).

Лепрофобия – боязнь заразиться проказой.

Лигиробия – боязнь громкого шума.

Лиссофобия – навязчивый страх сойти с ума.

Логофобия – боязнь разучиться говорить слова.

Лутрафобия – страх перед выдрами.

## М

Малевзиобия (также токофобия) – страх перед родами.

Маниобия – боязнь заболеть психическим расстройством.

Менофобия – боязнь менструации и сопровождающих болей.

Металлофобия – боязнь металлов и металлических предметов.

Метифобия – боязнь алкоголя.

Мезофобия – навязчивый страх заражения, попадания инфекции и последующего заболевания.

Мизофобия – боязнь загрязнения.

Микофобия – боязнь грибов.

Микрофобия – страх перед микробами.

Миксеофобия – боязнь полового акта из-за страха обнажения половых органов, прикосновения к телу партнера.

Монофобия – страх перед одиночеством, боязнь быть отторгнутым и нелюбимым, а также фобия, которая не сочетается с прочими фобиями.

Морфинофобия – боязнь стать морфинистом.

Моторофобия – боязнь автомобилей.

## Н

Некрофобия – боязнь трупов, похорон, похоронных принадлежностей.

Неофобия – боязнь всего нового.

Нефофобия – боязнь облаков.

Никтофобия (скотофобия) – боязнь темноты, наступления ночи, мучительное ожидание бессонницы.

Нозофобия – навязчивый страх заболеть неизлечимым заболеванием.

Нумерофобия – см. аритмофобия.

## О

Одонтофобия – боязнь обратиться к стоматологу, лечения зубов.

Омброфобия – боязнь попасть под дождь.

Омматофобия – боязнь «порчи» и «сглаза».

Онанофобия – боязнь негативных последствий онанизма.

Охлофобия – см. демофобия.

## П

Паразитофобия – боязнь глистов, блох, клопов и др. паразитов.

Пантофобия (панфобия, панофобия) – боязнь всего, что может произойти.

Паралипофобия – боязнь причинить вред близким людям в результате каких-либо беспечных и ошибочных действий.

Параскаведекатриафобия – боязнь пятницы, 13-го дня месяца.

Партенофобия – боязнь девственниц.

Патройофобия – боязнь наследственности, наследственных заболеваний.

Пейрафобия – страх перед публичным выступлением.

Педофобия – 1) боязнь детей; 2) боязнь рождения ребенка в семье; 3) боязнь кукол, похожих на грудных младенцев.

Пеладофобия – боязнь облысения.

Пенияфобия – боязнь стать нищим.

Пенисофобия – боязнь мужских гениталий (чаще всего у женщин, бывает и у мужчин).

Пентерафобия – боязнь тещи.

Петтофобия – боязнь неудержания кишечных газов в присутствии посторонних.

Пирофобия – боязнь пожара.

Погонофобия – боязнь бород.

Потамофобия – боязнь быстрого течения, водоворотов.

Полифобия – боязнь нескольких вещей.

Психофобия – боязнь душевных заболеваний и душевно-больных.

## Р

Рабдофобия – боязнь наказания.

Радиофобия – боязнь радиации и рентгеновских лучей.

Ректофобия – боязнь затруднений при дефекации.

Рипофобия (также мезофобия) – боязнь грязи.

Руброфобия (также эритрофобия) – боязнь красного цвета.

Русофобия – обозначает не фобию в клиническом смысле, а неприятие или же отрицание всего, что связано с «рус-

## С

Селафобия – боязнь вспышек яркого света.

Семитофобия – боязнь евреев.

Сифилофобия – навязчивый страх заболеть сифилисом.

Спидофобия – навязчивый страх заболеть СПИДом.

Сатанофобия (также демонофобия) – боязнь Сатаны.

Сидеродромофобия – боязнь езды на железнодорожном транспорте, особенно в период ускорения.

Ситофобия – боязнь приема пищи, например при язвенной болезни, упорном поносе, тошноте, расстройствах желудка, при неврозах, психопатиях; а также полный или частичный отказ от пищи по бредовым мотивам при наличии сохранного аппетита; наблюдается при психозах.

Скабиофобия (также акриофобия) – боязнь чесотки.

Скопофобия (также скоптофобия) – боязнь казаться смешным, привлекать к себе внимание.

Скотофобия – см. никтофобия.

Социофобия – боязнь общества или людей вообще.

Спектрофобия – боязнь зеркал.

Стазобазофобия – боязнь стояния и ходьбы.

## Т

Таласофобия – боязнь моря, морских путешествий.

Танатофобия – боязнь смерти.

Телефонофобия – боязнь говорить по телефону.

Теофобия – боязнь Бога, Божьей кары.

Термофобия – боязнь жары, натопленных помещений.

Тетрафобия – боязнь числа 4.

Технофобия – боязнь засилья техники (особенно электронной); негативное восприятие социальных последствий технического прогресса.

Тикетофобия – боязнь некорректного формирования квитанций.

Токофобия – см. малевзиофобия.

Токсикофобия – боязнь отравиться.

Топофобия – страх остаться одному в помещении, страх, что не удастся спастись при пожаре, землетрясении или каком-либо еще стихийном бедствии.

Тремофобия – боязнь дрожания.

Трипанофобия – страх перед уколами.

Трискайдекафобия (также тердекафобия) – боязнь числа 13.

Трихофобия – боязнь попадания волос в пищу, на одежду, на тело.



## У

Уранофобия – боязнь смотреть на небо.

Урофобия – боязнь позыва к мочеиспусканию в условиях невозможности его реализации.

## Ф

Фагофобия – боязнь подавиться пищей.

Фазмофобия – боязнь привидений, духов и других фантастических существ.

Фармакофобия – боязнь приема лекарственных препаратов.

Фенгобобия – боязнь солнечного света.

Филемафобия – страх перед поцелуями.

Фобофобия – страх фобий.

Фотофобия – боязнь света.

## Х

Харпаксофобия – боязнь разбойников.

Хилофобия – боязнь леса (заблудиться, встретиться с дикими зверями).

Хипенгиофобия – страх перед ответственностью.

Хрематофобия – боязнь прикасаться к деньгам (часто в сочетании с мезофобией).

Хроматофобия – боязнь какого-либо цвета.

Хронофобия – боязнь времени (форма тюремного невроза).

## Э

Эйзоптрофобия – см. спектрофобия.

Эйхофобия – боязнь выслушивать или произносить добрые пожелания.

Эозофобия – боязнь наступления дня (времени суток).

Электрофобия – боязнь электричества.

Эмихофобия – боязнь царапин.

Эпистаксофобия – страх носового кровотечения.

Эргазиофобия – боязнь совершения какого-либо действия, движения.

Эргофобия – боязнь работать.

Эритрофобия – 1) страх покраснеть; 2) невротический страх, возникающий при рассматривании предметов, окрашенных в красный цвет.

Эротофобия – боязнь секса.

# **Зоофобии (боязнь животных)**

## **А – Е**

Айлурофобия (также гатофобия, галеофобия) – боязнь кошек.

Апифобия (также мелиссофобия) – боязнь пчел, ос.

Агризоофобия – боязнь диких животных.

Алекторофобия – боязнь кур, цыплят.

Арахнефобия (также арахнофобия) – боязнь пауков.

Бактериофобия (также бациллофобия, сикрофобия) – боязнь заражения микробами.

Бактрахофобия – боязнь рептилий, пресмыкающихся.

Бациллофобия – см. бактериофобия.

Бленнофобия – боязнь слизи.

Буфонофобия (батрахофобия) – боязнь лягушек и жаб.

Верминофобия – боязнь бактерий, микробов, заразиться, червей, заразных насекомых.

Герпетофобия – боязнь рептилий, пресмыкающихся, змей.

Гиппофобия – боязнь лошадей.

Дорафобия – боязнь обрасти волосами после прикосновения к шкуре животного, меха или кожи животных.

## Ж – П

Земмифобия – боязнь крыс.

Изоптерофобия – боязнь насекомых, поедающих древесину, термитов.

Инсектофобия – боязнь насекомых.

Ихтиофобия – боязнь рыб.

Кинофобия – боязнь собак, укуса бешеной собаки.

Книдофобия – боязнь жалящих насекомых, укусов.

Лутрафобия – боязнь выдр.

Микрофобия – страх перед микробами.

Мирмекофобия – боязнь муравьев.

Моттефобия – боязнь моли.

Мусофобия – боязнь мышей.

Остраконофобия – боязнь моллюсков.

Офидиофобия (также эпистемофобия) – боязнь змей.

Паразитофобия – боязнь глистов, блох, клопов и др. паразитов.

Педикулофобия (фтириофобия) – боязнь вшивости.

Птеранофобия – боязнь птичьих перьев.

## Р – Я

Ранидафобия – боязнь лягушек.

Селахофобия – боязнь акул.

Сикрофобия – см. бактериофобия.

Сколецифобия – боязнь червей, заразных насекомых.

Сфексофобия – боязнь ос.

Таурофобия – боязнь быков.

Тениофобия – боязнь заражения ленточными гельминтами; разновидность нозофобии.

Фтириофобия – см. педикулофобия.

Эквинофобия – боязнь лошадей.

Элуорофобия – боязнь кошек, котов.

Энтомофобия – боязнь насекомых.

Эпистемофобия – см. офидиофобия.

## **Прочие фобии**

Апопатофобия – страх заходить в уборные.

Викифобия – боязнь ссылаться на Википедию вследствие недоверия ее источникам.

Гравидофобия – боязнь встречи с беременной, боязнь забеременеть.

Гедонофобия – боязнь удовольствий.

Гелленологофобия – боязнь сложной научной греческой терминологии.

Гелофобия – боязнь смеха.

Генуфобия – боязнь колен.

Гипнофобия – боязнь заснуть (страх умереть во сне).

Гомофобия – собирательный термин, обозначающий не фобию в клиническом смысле, а негативное отношение к гомосексуальности или гомосексуалистам.

Гопофобия – собирательный термин, обозначающий не фобию в клиническом смысле, а негативное отношение к гопникам.

Декстрофобия – боязнь предметов, расположенных справа от больного.

Дорофобия – боязнь получать или делать подарки.

Дромофобия – боязнь переходить улицу.

Копрофобия – боязнь дефекации.

Кейрофобия – боязнь парикмахеров, боязнь порезать клиента при бритье.

Кионофобия – боязнь снега.

Коулрофобия – боязнь клоунов.

Лаканофобия – боязнь овощей.

Милитарифобия – боязнь службы в армии.

Ойкофобия – фобия возвращения домой после выписки из психиатрической лечебницы.

Панофобия – боязнь всего, что может произойти.

Пеладофобия – боязнь лысых.

Папафобия – боязнь Папы Римского.

Сингенесофобия – боязнь родственников.

Тестофобия – боязнь экзаменов.

Хайрофобия – боязнь засмеяться в неподобающей обстановке (например, на похоронах).

Циклофобия – боязнь велосипедистов, двухколесного транспорта.

Двигательные (волевые) расстройства делятся на следующие категории:

**Навязчивые влечения** – желание совершать ненужные, асоциальные, порой опасные действия, что сопровождается внутренним дискомфортом, если не реализуется. Чаще всего они не реализуются, особенно те, что представляют опасность:

*Гомицидомания* – навязчивое влечение к убийству, часто близкого человека; *суицидомания* – навязчивые стремления к самоубийству; *копролалиомания* – стремление всех вокруг отматерить как следует. Кстати, навязчивое желание шагнуть из окна или с балкона относится к этой же группе, оно практически никогда не реализуется.

**Навязчивые действия** – реализованные навязчивые влечения, нередко ритуальные (сделал – навязчивость прошла). Среди них *аблютомания* – навязчивое мытье рук при *мизофобии*, *бациллофобии*. Встречаются и другие самостоятельные навязчивые действия: *аутодепиляция* – выдергивание собственных волос (не путать с наведением красоты и аутодепиляцией сакрально-седалищной области, поскольку цели совершенно разные); *онихофагия* – обгрызание ногтей, заусенцев, *навязчивые тики*.

**Сверхценные идеи** – выделяют по содержанию дисморфо-

фобические («мой нос – это шнобель, не грудь, а два прыщика, ноги как у потомственного кавалериста, а за авторство над формой ушей дерутся эльфы с Чебурашкой»); гипохондрические («ой, где-то что-то хрустнуло, булькнуло, кувыркнулось и соприжилось – не иначе кирдык на подходе»); изобретательства («не бозонный двигатель для летающих тарелок, что-то более приземленное, вроде особого фасона головки заклепки, но патентное бюро задолбает»); реформаторства (поправки в закон о пенсии, предложения всевозможным партиям о смене устава, руководства и основной линии); сутяжничества (кверулянтства, в прокуратуре их творчество исчисляется томами и тоннами); эротические (начиная от желания осчастливить браком Мисс Мой Родной Город и заканчивая патологической убежденностью в собственной неотразимости и сексуальном всемогуществе); сексуальной неполноценности («один я это делаю не по-людски и, вообще, такие, как у меня, хороши разве что оптом»).

Следует отличать сверхценные идеи от *доминантных, доминирующих* – которые встречаются у психически здоровых людей и представляют собой преданность какому-либо научному, культурному либо религиозному идеалу, идее, ради торжества которой человек готов пренебречь всем остальным (вспомните пламенных борцов во имя чего бы то ни было). М. О. Гуревич<sup>20</sup> (1949) доминирующие идеи сверхценными в строгом понимании этого термина не считал.

---

<sup>20</sup> Известный советский психиатр.



*Если вы параноик – это еще не значит,  
что ОНИ за вами не гонятся.*

Каждому борцу с карательной психиатрией искренне желаю хотя бы один раз в жизни оказаться вплетенным в бредовую систему кого-нибудь из наших пациентов. Незабываемые ощущения при этом гарантированы, левел ап (повышение уровня) в мировоззрении и нетерпеливое «когда же придут эти замечательные люди в белых халатах?» в качестве бесплатного бонуса.

## **Бредовые идеи**

Можно особо выделить следующие основные признаки бреда.

1. Бред – это следствие болезни, ее продукт. Это не ошибка, не самообман, не заблуждение здорового человека – это продукция человека больного, такая же, как, скажем, лихорадка для инфекционного больного или судороги для эпилептика.

2. Несмотря на возможную правильность отдельных постулатов и фрагментов, бред – всегда ошибочное, не соответствующее реальности, искаженное отражение действительности. Утверждая, что соседи нехорошо к нему относятся и в гробу его видали, больной может быть не так уж и неправ – в плане угадывания вектора отношения. Но вот вся та сложная конструкция, которую он надстроил над этой предпосылкой,

которая стала его мировоззрением, подчинила себе, изменила его личность и обеспечила многолетний холивар (от англ. *holy war* – священная война), не имеет к реальности никакого отношения.

3. Бредовые идеи непоколебимы, железобетонны, они абсолютно не поддаются коррекции либо переубеждению. Попытки разубедить, доказать пациенту неправильность его бредовых построений, привести неоспоримые аргументы, включая рукоприкладство, бесполезны. Больной лишь еще более утвердится в собственной правоте, причем используя ваши же доводы и аргументы как дополнительные доказательства в свою пользу. «Что значит, она мне верна? А почему вы это мне говорите? Так-так-так, что-то здесь нечисто! На кого работаем? Я все понял! Вы тоже получили доступ к телу!» Кстати, разубедить путем гипнотического внушения такого пациента тоже не удастся.

4. Бредовым идеям присущи ошибочные основания («паралогика», «кривая логика»). Этих нарушений мы касались, рассматривая нарушения ассоциативного процесса мышления.

5. В большинстве случаев (за исключением отдельных категорий вторичного бреда) бред возникает при ясном, непомраченном сознании больного. И это порой приводит в замешательство: как, он же вполне здраво рассуждает, в датах не путается... Да, но только до того момента, пока вы не коснулись фабулы его бреда.

6. Бредовые идеи и личность неразрывно связаны. Под влиянием бредовых идей меняется и личность больного – его самосознание, система ценностей, отношение к окружению и к самому себе. Ну посудите сами: какое может быть отношение императора Галактики к себе и к своему окружению? Несколько иное, чем то, которого ждут от, казалось бы, рядового безработного.

7. Бредовые идеи не обусловлены интеллектуальным снижением. Напротив, бред, особенно сложный и систематизированный, как правило, свидетельствует о том, что с интеллектом все в порядке. И напротив – чем интеллект ниже, тем реже встречается бред. А если встречается – то он проще и не столь актуален для больного. Кроме того, если слабоумие нарастает у человека, который имел бредовую продукцию, то сам бред становится проще, занимает в переживаниях пациента все меньше места, вплоть до полного его исчезновения. Что и понятно – нечем продуцировать.

Бред классифицируют по **стадиям развития**:

а) *бредовое настроение* – бредовая убежденность в изменении окружающего, в неизбежности надвигающейся беды, опасности: «Ой, что-то будет, ой, чует мое сердце»; б) *бредовое восприятие* – бредовое истолкование значения отдельных явлений окружающей действительности в связи с надвигающейся тревогой: «Эти взгляды неспроста, и кучкуются граждане явно с какой-то целью, и машины подъезжают не

просто так, а с особыми номерами, не иначе как шифруются»; в) *бредовое толкование* – бредовое объяснение значения воспринятых явлений: «Это они что-то нехорошее затеяли: глядят осуждающе, шепчутся с целью проработать план действий, а детали плана зашифрованы в номерах подъехавших машин»; г) *кристаллизация бреда* – определенная стойкость и содержание бредовых идей, их законченность и «логическая» последовательность: «Я все понял! Это сообщество черных трансплантологов! Сейчас меня похитят и разберут на запчасти, которые переправят в Америку и обменяют на кокаин!»; д) *стадия затухания бреда* с появлением критического отношения: «Ффуххх, пронесло... Хорошо, вовремя в больницу загребел. И все же, что это было? Ведь не могло оно вот так, ни с того ни с сего? Или могло?»; е) *резидуальный (остаточный) бред*: «А трансплантологи все же сволочи!»

По механизму возникновения выделяют бред:

1) *первичный*, обусловленный непосредственно нарушением мышления в виде «озарения», чувства, представления, восприятия, убеждения, бредовой интуиции, бредовой интерпретации воспоминаний и наблюдений окружающей действительности (да хоть про тех же черных трансплантологов);

2) *вторичный*, чувственный, обусловленный галлюцинационными, иллюзорными, аффективными и другими переживаниями: слышит из розетки «голоса», которые угрожают

убить, – считает, что соседи объединились в преступный синдикат;

3) *голотимный* (вариант вторичного бреда), возникающий при эмоциональных расстройствах. Так, при депрессивном синдроме пациент может заявлять, что это все неспроста, это все ему за грехи (и список на пяти листах может предоставить), и что вообще он червь и мастдай. А при маниакальном – практически Бэтмен, только миссия посерьезнее;

4) *кататимный*, он же сенситивный бред отношения (по Кречмеру<sup>21</sup>), вытекающий из волнующих и значимых конкретно для этой личности эмоциональных переживаний у повышенно-чувствительных и психопатических людей (бред отношения, преследования, возникающий у паранойяльного психопата, бред ревности у психопата эпилептоидного);

5) *катастетический*, возникающий на основе ощущений от внутренних органов: жжет в груди – это соседи облучают смертельными лучами; стало загадочно булькать в животе – это спец агенты отравили воду, причем только у меня в квартире;

6) *индуцированный* – наведенный, внушенный другим лицом, чаще всего психически больным. Как это действует? Вот рецепт для среднего обывателя: бегаем по торговому центру с выпученными глазами и всех спрашиваем, где про-

---

<sup>21</sup> Эрнст Кречмер (1888–1964) – немецкий психиатр и психолог, создатель типологии темпераментов на основе особенностей телосложения.

даются соль, спички и крупа. Грузим все это в оптовых количествах в тележку для покупок. Для полноты картины подключаем пару-тройку единомышленников. Думаю, результат не замедлит себя ждать;

7) *бред тугоухих*, когда человек додумывает то, что не слышит. По содержанию – это чаще всего бред отношения или бред преследования.

Начиная с голотимного, были перечислены варианты вторичного бреда.

По **содержанию** бред можно условно поделить на:

1) *перsecуторный* (от лат. *persecutio* – преследовать) бред, он же бред преследования, к которому можно также отнести: бред воздействия (лучами, радио, гипнозом, телепатией, колдовством); отношения (чаще негативного, но бывают и исключения), отравления, ревности; антагонистический, или манихейский, бред (когда больной считает, что он находится в центре противостояния сил – добра и зла, света и тьмы, либо когда он считает, что за него борются две или более конкурирующие группы, даже государства или миры); бред двойника (когда больной считает, что у него есть двойник, живущий не зависящей от него жизнью и совершающий поступки, которые самого больного позорят или ставят в неловкое положение); бред метаморфозы (когда больной считает, что под влиянием внешнего воздействия он во что-то превращается – в животное, дерево, предмет интерьера); бред одержимости (когда больной считает, что в него вселя-

ется кто-то, кто им управляет).

2) *депрессивный бред* (бред с пониженной самооценкой) включает бред самообвинения, самоуничужения, нигилистический (я неизлечимо болен, у меня сифилис-СПИД-проказа, у меня все органы сгнили-отсохли-рассыпались в прах, мои страдания вечны и бесконечны), ипохондрический (у меня рак-саркома-другое неизлечимое заболевание, но этого никто не видит, а я мучаюсь, вот прямо сейчас помру), дисморфоманический (я уродлив, от меня смердит хуже чем от трехдневного трупа на жаре, выдохом можно убить на месте, а выпускаемые газы давно запрещены Международной конвенцией по оружию массового поражения).

3) *группа бреда с повышенной самооценкой* (мегаломанический бред) – бред величия (начиная от представителя президента и заканчивая императором всех галактик), высокого происхождения (на самом деле царь, просто потеряшка), изобретательства (да-да, лекарство от рака и штатный телепорт тоже запишите на мой счет), притязания (теорию относительности помните? Эйнштейн, падла, у меня украл), реформаторства (ну, как реорганизовать рабкрин, не мне вам объяснять), альтруистический, или мессианский, бред – вот сидите вы, пятый прокуратор, на приеме, и приводят к вам человека...

4) к *смешанным формам бреда* относят бред протекции (мы тебя готовим к новому крестовому походу, так что ничего не бойся и ни в чем не сомневайся), бред благожелатель-

ного воздействия (вот тебе пять очков харизмы, двадцать ма-  
ны, тридцать здоровья и так, по мелочам – ловкость, устой-  
чивость к магии), бред инсценировки (весь мир – конкрет-  
но для этого большого театр, все люди в нем актеры, и такую  
фигню поставили, что автору бы сказал пару ласковых), кве-  
рулянтства (сутяжничества), бред обвинения (больному ка-  
жется, что окружающие косо на него смотрят и презирают за  
то, чего он и не совершал вовсе).

По **структуре** бред делится на ***систематизированный*** и ***несистематизированный***.

Систематизированный бред довольно строен внешне, у  
него есть собственная особая логика, система доказательств  
и доводов в свою пользу.

Несистематизированный бред – это просто болезненное  
утверждение, лишённое системы доказательств и сложных  
логических построений: это так, потому что я знаю, что это  
так. Обычно это вторичный бред, проистекающий из испы-  
тываемых больным галлюцинаций, сенестопатий, либо обу-  
словленный депрессией или манией.

Строго говоря, разновидностей и наименований у бреда  
значительно больше, чем уже приведено, что и неудивитель-  
но, – ведь объект, на который направлено мышление, – это  
целый мир, во всем его многообразии. Но общее впечатле-  
ние получено.





# Симптомы расстройств эффекторно-волевой сферы

– Месье желает блондинку, брюнетку или шатенку?

– Месье желает курицу под соусом бешамель!

– О. Месье знает толк в извращениях.

© Из разговора в фойе борделя, принятого туристом за ресторан

Всю патологию этой сферы можно поделить на патологию влечений (или потребностей), патологию целей и мотивов деятельности и, наконец, собственно патологию действий, или же патологию двигательной сферы. Таким образом, все пункты цепочки (потребность – мотивация – цель – действие – результат) нашли свое отражение, и можно рассмотреть их подробнее.

## Патология влечений (потребностей)

Расстройства влечений (потребностей, инстинктов) могут проявляться в виде их патологического усиления, ослабления или извращения.

При усилении влечения могут носить характер:

а) *навязчивых* – при этом побуждения к деятельности возникают помимо воли больного, когда он понимает, что вле-

чение ему, в общем-то, чуждо, не соответствует ни моральным установкам, ни интересам, при этом даже сохраняется критика к этому чуждому явлению: мол, не мое это, не мое! Яркий пример – это когда только-только начинает формироваться алкогольная зависимость, и человек чувствует, что выпить бы хотелось, но пока еще осознает, что сие исходит явно не изнутри, и он явно с этим не согласен.

б) *компульсивных* – побуждения к деятельности в данном случае уже доминируют, они изничтожили на корню борьбу мотивов: зачем, когда вот оно, искомое, и оно мне жизненно необходимо (иными словами, имеет витальный характер), дайте же его сюда! То есть, если выпить – то не просто можно – НУЖНО. Ergo bibamus!

в) *импульсивных* – когда широкие горизонты сознания свернулись в сеточку прицела, и человек, получив внутренний пендель (он же импульс), подхватывается, не рассуждая: надо, не надо... Он просто устраняет досадный экономическо-географический ляпсус: деньги должны быть в магазине, а спиртное – в организме.

### ***Патология пищевого влечения:***

*Булимия* (греч. *bulimía*, от *bús* – бык и *limós* – голод) – непреодолимо сильное влечение к пище, постоянное чувство голода.

Анорексия (от греч. *an* – без и *orexis* – позыв к еде) – снижение, отсутствие аппетита или отвращение к пище.

*Парарексия* – извращение пищевого влечения, проявляющееся поеданием несъедобных субстанций (земли, извести), – *парарексия* *ника* беременных, кала (*копрофагия*). Одна дама, будучи беременной, так и вовсе предпочитала кексик. Трудно сказать, чем думал супруг, из раза в раз передавая ей в больницу бутылочку желанного горячего, но, пока нелегальные поставки углеводов не пресекли, дама успела пережить несколько выкидышей.

## Патология инстинкта самосохранения

*Усиление* инстинкта самосохранения может проявляться в двух противоположных формах поведения:

а) *пассивно-оборонительной* – когда человек от опасности бежит, прячется, роет окопы и блиндажи, обходит ее за квартал либо прикидывается шлангом, трупом (реакция мнимой смерти), «вещью, вошью, междометьем» © М. Щербаков;

б) *активно-оборонительной* – когда лучшим методом защиты объявляется нападение, и теперь «в лесу самые страшные – это мы».

*Ослабление* инстинкта самосохранения – когда жизнь становится неинтересна, безразлична, а то и вовсе в тягость, а уж если еще и настроение ни к черту – все, прячем веревки и острые предметы, убираем уксус и лекарства.

*Извращение* инстинкта самосохранения – это когда товарищ убить себя не убьет, но понадкушает изрядно, нежиз-

данно найдя нечто необычайно притягательное в самоистязании, членовредительстве, глотании всяких неудобоглотаемых предметов, вроде фамильного серебра. Иногда, правда, последнее имеет строго определенную цель: скажем, когда заключенный глотает привязанный к нитке обломок бритвы, чтобы, подергав, вызвать желудочное кровотечение и оказаться в лазарете, – это уже не извращение инстинкта самосохранения, а симуляция и эковская смекалка.

## Патология сексуального влечения

*Гипосексуальность* – сексуальное влечение или снижено, или отсутствует как класс. У мужчин это некоторые формы импотенции (когда дело не столько в проблемах исполнительных органов, сколько в кризисе, что называется, «законодательной власти»), у женщин – фригидность.

*Гиперсексуальность* – повышение сексуального влечения с соответствующим поведением как у мужчин (сатириазис), так и у женщин (нимфомания).

*Сексуальные перверзии (извращения)*

*Аутоэротизм* – это мастурбация, онанизм и нарциссизм. Здесь следует сделать важное примечание: извращением это следует считать не когда имеют место эпизоды, вызванные тем, что партнер недоступен или отсутствует, а когда, кроме «себя любимого», больше никто НИКОГДА не нужен.

*Альголагния* (от греч. *algos* – боль и *lagneia* – соитие, по-

хоть) – потребность причинить физическую боль или моральное страдание, чтобы достичь сексуального удовлетворения (вплоть до оргазма), себе (*мазохизм*) или половому партнеру (*садизм*).

К *заместительным формам* сексуальных перверзий ранее относили гомосексуализм (у мужчин педерастия, у женщин лесбиянство, трибадизм), но теперь, в силу некоторых нюансов, как обоснованных в диссертациях, так и политически выстраданных, принято считать это признаком широты взглядов и собственных сексуальных предпочтений. Остались *визионизм*, *вуайеризм* (подглядывание за обнаженными лицами противоположного пола, запасаемся биноклями, а также сверлами и микрокамерами), *эксгибиционизм* (обнажение половых органов в присутствии лиц противоположного пола – «а посмотрите, ЧТО У МЕНЯ ЕСТЬ!»), *трансвестизм*, *фетишизм* (кумира не только сотворили, но и поимели), *фроттеризм* (вот уж кому давка в общественном транспорте только в радость).

По направленности полового влечения на неадекватные объекты выделяют:

*Педофилию* – половое влечение к малолетним;

*Геронтофилию* – половое влечение к старикам;

*Зоофилию*, или *скотоложество*, – половое влечение к животным;

*Некрофилию* – половое влечение к трупам;

*Пигмалионизм* – половое влечение к фотографиям, ста-

туям, картинам (идеальное место работы – художественный музей, такому человеку можно и зарплату не платить).

## Патология ориентировочного инстинкта

*Усиление* исследовательского инстинкта проявляется многообразием и крайней изменчивостью интересов и устремлений: «драмкружок, кружок по фото, а еще мне петь охота»; включает также *дромоманию* – патологическое влечение к постоянной перемене места обитания, бродяжничеству (цыгане и профессиональные путешественники не в счет. Ну или почти не в счет); *ониоманию* (от греч. *onios* – для продажи, *mania* – безумие) – неудержимое влечение совершать покупки, приобретать вещи без материальной и личной заинтересованности, не глядя на последствия – просто ПОКУПАТЬ.

*Снижение* исследовательского инстинкта – когда неинтересно не только что-то делать и узнавать, это когда и ты сам себе, в общем-то, уже неинтересен.

*Извращение* исследовательского влечения включает *клептоманию* – патологическое влечение к кражам, зачастую ненужных, бесполезных и однообразных вещей (например, двадцать восьмой по счету портрет президента страны); *пироманию* – влечение к поджогам или созерцанию пламени. Помните, как у Гребенщикова: «он сжег офис Лукойл вместе с бензоколонкой. Без причин, просто так, из уваженья к

ОГНЮ...».

Посему, испытав насущную потребность в чем-либо, не возрадуйтесь преждевременно, а строго спросите себя: «А оно мне надо?»

## **Патология цели и мотивов деятельности**

*Гипербулия* (от греч. *hyper* – сверх и *bule* – воля) – в этом случае целей, поставленных задач, устремлений и планов становится патологически много, и все это громадьё, вовлекая человека в водоворот непрерывной деятельности, перестаёт соответствовать как возможностям самого человека, так и окружающей реальности. Скажем, неплохо затевать строительство моста через Берингов пролив. Но начать сбор подписей и привлечение акционеров можно и чуть позже, после выписки из психбольницы.

*Гипобулия* – заметное сужение круга целей и мотивов деятельности. Это практически есенинское «я теперь скромнее стал в желаньях», только еще отчетливее, с переходом скромности в прямо-таки болезненную застенчивость.

*Парабулия* – извращение побуждений и целей деятельности. Может проявляться очень по-разному. Это может быть изобретательство ради изобретательства, без всякой практической пользы (трепещите, патентные бюро!), или же собирательство всякой всячины – без системы и смысла, без того общего замысла, который лежит в основе любой кол-



лекции, – просто собираем и тащим к себе, к вящему восторгу домочадцев. К парабулии относится и *амбитендентность*, когда одновременно присутствуют два противоположных мотива, две совершенно разнящиеся цели, два различных *modus operandi*: например, жадность, скарედность по отношению к собственным детям в сочетании с готовностью спустить все состояние на спа-процедуры и личного парикмахера для любимой болонки. В списке парабулий есть также *ктиномания* (от греч. ktino – убивать) – стремление к живодерству, *гомицидомания* – стремление к убийству людей.

*Абулия* – в этом случае остались одни побуждения к инстинктивной деятельности (поесть, погреться), а вот предпринять что-либо большее, чтобы даже себя, любимого, как-то в жизни устроить, не дать пересчитать задом ступеньки социальной лестницы, – это увольте. Не путать с адептами мистических восточных школ, которые поотсекали напрочь свои привязанности: у них-то как раз и цели, и мотивы есть, но вряд ли они вам об этих целях расскажут.

## Патология двигательной сферы

Представлена угнетением, усилением и извращением двигательной активности.

*Угнетение двигательной активности*

*Гипомимия* – когда мимические движения становятся

скудными и маловыразительными, *амимия* – они полностью отсутствуют, лицо больше напоминает маску.

*Гипокинезия* (двигательное торможение, ступор) – замедление произвольных движений, а также уменьшение их объема и амплитуды. Полная обездвиженность – это *акинезия*.

Встречается *депрессивная* гипокинезия, при которой возникает замедление и общее уменьшение количества произвольных движений, сопровождающихся бедной-скудной депрессивной мимикой (человек застыл от горя и прилагает немалые усилия уже к тому, чтобы просто пошевелиться, не говоря уже о прочем); *маниакальная* гипокинезия (она обычно ненадолго сменяет маниакальное возбуждение): человек настолько переполнен обуревающими его чувствами, что застыл в экстазе, и только богатейшая мимика передает, как же ему сейчас хорошо. Существует также *галлюцинаторная* гипокинезия, особенно если галлюцинации императивные или угрожающие (или же то и другое вместе), – больной застывает, прислушиваясь и ужасаясь («КОМАНДА БЫЛА СИДЕТЬ!!!»); и *бредовая* гипокинезия, сопровождающая обычно бредовые идеи воздействия, с мимикой тревоги и страха («а-а-а, ОНИ опять принялись за меня!»).

*Мутизм* (помните кнопку *mute* на пульте телевизора?) – это когда человек не может говорить спонтанно или же ответить на вопрос, притом что он понимает речь, а также В ПРИНЦИПЕ способен говорить.

### *Усиление двигательной активности*

Представлено навязчивыми, компульсивными и импульсивными действиями, а также различными вариантами гиперкинезии и судорогами.

*Навязчивые действия* – это реализованные навязчивые влечения, часто носящие характер ритуальных действий (поздоровался – вымыл руки, шагнул через порог – трижды коснулся косяка).

*Компульсивные действия* – это реализованные компульсивные влечения (тот же поход за пивом в ларек на второй стадии алкоголизма или за дозой к пушеру у больного с оформившейся героиновой зависимостью). Здесь борьбы мотивов уже нет, но цель еще присутствует.

*Импульсивные действия* – это действия внезапные, без мотива, без выбора цели, без особой окраски эмоциями: только что все было спокойно – и вдруг человек словно взорвался изнутри, словно получил невидимый толчок, и вот он уже куда-то метнулся, что-то порушил, – агрессивность и тенденция к разрушению при импульсивных действиях встречается очень и очень часто.

*Насильственные действия* – это движения и действия, которые возникают сами по себе, без каких-либо мотивов, произвольно, но при этом воспринимаются больным как чуждые ему, мешающие и лишние, при этом сознание остается ясным (нелепые движения руками, ногами, головой, насильственный крик, плач, смех и т. п.).

*Гиперкинезия* – это повышенная двигательная активность, вплоть до возбуждения с потерей целенаправленности и целесообразности движений.

Различают *эйфорическую* (маниакальную) гиперкинезию, когда оживление движений происходит на фоне мании («ой, дел куча, ой, я побежал»), эйфории; *тревожно-депрессивную* гиперкинезию (ажитацию), возникающую на высоте тревожно-депрессивного аффекта и проявляющуюся нецеленаправленной суетливостью («ох, что сейчас будет-то, ох, что делать, что делать?»), переходящей в возбуждение (меланхолический раптус); *галлюцинаторную* гиперкинезию – когда галлюцинации пугают больного или вызывают в нем ярость, и тогда он либо спасается бегством, либо пытается напасть на их предполагаемый источник; *бредовую* гиперкинезию (обычно при бреде преследования, когда больной либо скрывается от преследователей, либо сам вышел на охоту); *кататоническую* гиперкинезию – при ней действия хаотичные, повторяющиеся (больной может часами раскачиваться из стороны в сторону, или ходить из угла в угол, или садиться-вставать), с негативизмом (попробуйте заставить его прекратить это делать или же куда-то отвести).

*Извращение двигательной активности (паракинезии).*

*Негативизм* – немотивированное противодействие, активный (когда можно и огрести) и пассивный (когда пациент будет пассивно препятствовать вам что-либо сделать в отношении него).

*Пассивная подчиняемость* – патологическая склонность к выполнению любого указания без осмысления; сказал «иди за мной» – будет ходить хвостом хоть весь день.

*Восковая гибкость* (она же *каталепсия*, от греч. *katalēpsis* – схватывание, удерживание) – длительное сохранение больным приданной или возникшей позы, когда тело словно сделано из воска, включая симптом «воздушной подушки» (пациент, если убрать подушку из-под головы, долго будет держать голову на весу, не касаясь кровати), позу «эмбриона».

*Речевые стереотипии* – это монотонное, многократное повторение отдельных слов (мантры не в счет); их еще называют стоячие обороты или симптом граммофонной пластинки.

*Двигательные стереотипии* – произвольные, многократные повторения нелепых поз и движений, лишённые всякого смысла.

*Эхопраксия* (от греч. *echo* – отзвук и *praxia* – действие) – бессмысленное копирование действий окружающих.

*Эхомимия* (эхо + греч. *mimía* – подражание) – бессмысленное копирование мимики окружающих.

*Эхолалия* (эхо + греч. *lalia* – речь) – бессмысленное копирование речи окружающих.



# Расстройства сна

*Крибля-крубля-крабля! Все, ...! Спать, ...!*  
© В хлам пьяный сказочник из «Снежной королевы»  
*Е. Шварца*

Вообще зачастую нарушения сна являются чутким и четким индикатором непорядка в психической деятельности; при возникновении болезни либо ее обострении сон одним из первых нарушается и одним из первых восстанавливается. Многообразие и широкая распространенность симптомов нарушения сна позволили выделить в целому направлению в медицине и нейробиологии – оно называется *сомнология*. С геральдической подушкой, геральдической колыбелью и геральдической же кнопкой массы. И международной классификацией расстройств сна в качестве учредительного документа.

Прежде всего, имеет смысл выделить *инсомнию*, или собственно бессонницу («расстройство сна, проявляющееся нарушением засыпания, прерывистым поверхностным сном и/или преждевременным пробуждением») и *гиперсомнию* (патологическую сонливость). Список заболеваний и синдромов, при которых встречаются оба состояния, весьма обширен, равно как и причины, провоцирующие и то и другое

(взять хотя бы истинный и ложный *Пиквикский синдром*<sup>22</sup>), поэтому пока ограничимся только их упоминанием.

Поскольку принято рассматривать три периода сна (*пресомнический* – засыпание, *интрасомнический* – собственно сон, *постсомнический* – пробуждение), то и нарушения сна, соответственно, можно поделить на три группы.

## **Пресомнические расстройства – Извращение ритма сна и бодрствования – бодрствование ночью и сонливость днем**

*Нарушения засыпания*: когда человек долго не может заснуть, сон приходит в середине ночи или под утро, на этом фоне ощущается дискомфорт и тревога.

*Парадоксальная сонливость* – человек хочет спать, ложится, но (вот ведь гадство!) сонливость тут же исчезает.

*Вытесненная сонливость* – когда человек хочет спать и даже успевает заснуть, но сновидения и переживания во сне столь сильны и волнительны, что сон бежит прочь – и более не наступает.

*Навязчивые страхи – агрипнофобия* («а вдруг не усну, а

---

<sup>22</sup> *Пиквикский синдром* – расстройства сознания, непроизвольные приступы сонливости с мышечными подергиваниями и ускоренным или поверхностным дыханием, возникающие в связи с гиповентиляцией при ожирении и некоторых заболеваниях легких.

вдруг будет бессонница?»), *гипнофобия* («а вдруг засну?»), *никтофобия* («ночь, темно, страшно!»), *сомнотанатофобия* («а ну как засну и помру во сне?»), *летаргиофобия* («вот так заснешь, а тебя и похоронят без контрольного вскрытия, проснешься – а уже в гробу, поздняк метаться!»); *онейрофобия* («а вдруг во сне кошмары будут показывать?»), *сомнилоквифобия* – боязнь проговориться во сне (кошмар шпиона и налевоходца), *никтамбулофобия* – боязнь снохождения.

*Катаплексия засыпания* (или *прегипноплегия*) – когда пациент в момент засыпания, еще находясь в сознании, вдруг ощущает, что не может ни пошевелиться, ни произнести что-либо, ни – о ужас – толком вдохнуть.

### ***Интрасомнические расстройства:***

*Диссоциированный сон*, который может сопровождаться двигательными нарушениями (беспокоимся, лапками дрыгаем, ножками сучим, зубками скрежещем), висцеро-двигательными нарушениями (тут вообще хоть не ложись – ночной энурез, рвота, кашель, понос), болями (гипналгии, или никталгии), ночными страхами, приступами сердцебиения, одышки, а также остановками дыхания – апноэ.

*Прерывистый сон* – как правило, чуткий, с затруднением засыпания, частыми пробуждениями от малейшего шороха или прикосновения; нечто поверхностное на границе между сном и бодрствованием. Чаще всего – с обилием сновидений.

*Изменения продолжительности сна* – сокращение или



увеличение продолжительности сна.

Сновидения при психической патологии могут быть особенно яркими, образными, отличаться живостью, что отмечал еще В. Х. Кандинский. Они могут как отражать то, о чем человек бредил или галлюцинировал днем, так и, наоборот, – приснившись ночью, давать больному пищу для его галлюцинаций и бреда в дальнейшем.

*Сновидный ментизм* – случается, что вместо сновидений у человека возникает наплыв мыслей, размышлений. В ряде случаев то, о чем думалось во сне, может в дальнейшем отразиться в содержании бредовых или невротических переживаний.

*Снохождения (сомнамбулизм, лунатизм)* – когда пациент совершает действия, вполне связанные и последовательные, автоматически, будучи во власти глубокого сна. Чаще всего, если только их не разбудили во время этих действий, пациенты своих действий не запоминают.

### ***Постсомнические расстройства:***

*Просоночные состояния*, когда пациент, перейдя от сна к бодрствованию, еще не осознает того, что он проснулся, не отличает реальность от сна, при этом совершает автоматические неосознаваемые действия, часто опасные для себя и окружающих (особенно если снились кошмары, от которых надо было срочно отмахаться чем потяжелее), воспоминания о которых не сохраняются.

*Катаплексия пробуждения* (или *постгипноплегия*), когда пациент, проснувшись и хорошо ориентируясь в пробуждении, в течение нескольких секунд или минут не может открыть глаза, пошевелиться, заговорить.

*Утрата чувства сна* (*агнозия сна, гипнагнозия*) – отсутствие ощущения сна, его продолжительности.

Примечание. Вещие сны, «сны в руку», а также сны индейских шаманов выше представлены не были, дабы не давать простора богатой фантазии и бесплодному резонерству, а также чтобы не множить и без того многочисленные психопатологии.



# Синдромы. Вступление

– Я тут на днях киви кушал.

– А это кто такой?

– Помидор знаешь?

– Такой спелый, красный?

– Точно.

– Знаю.

– Так вот – ничего общего!

© Курс сравнительной биологии

Если бы картину болезни нужно было условно разделить по уровням сложности, я бы предпочел три основных градации: симптомы – синдромы – собственно болезнь во всей полноте ее проявлений. Причем болезнь должна включать в себя не только набор симптомов и синдромов, характерный для каждой конкретной *нозологии*<sup>23</sup>, но и отражать динамику этих симптомов и синдромов: что было, что будет, чем сердце успокоится – и к гадалке уже можно не ходить.

Итак, синдромы – это следующий (после симптомов) шаг к пониманию того, что же приключилось с пациентом. Синдром (от греч. *syndrome* – скопление, стечение) – это не просто набор симптомов. Не бывает их произвольного сочетания, просто потому, что карта так легла. Патогенез с раскла-

---

<sup>23</sup> *Нозология* (от греч. *posos* – болезнь и *logos* – учение) – раздел медицины, изучающий виды заболеваний и их классификацию.

дом не шутит, тут клич «крупью на мыло!» не прокатит. Все симптомы сочетаются в строгом соответствии с тем, что это за болезнь, и какую ее стадию мы сейчас наблюдаем. А если еще и диагноз был поставлен правильно – так и вовсе можно делать осторожные прогнозы.

Безусловно, синдром – это еще не болезнь, и для полноты клинической картины зачастую необходимо многое: от правильно собранного анамнеза (родился-крестился-женился-на что сгодился) до анализов и матерно-восторженных отзывов узких специалистов. Однако правильное распознавание синдрома может помочь определиться с тактикой дальнейшего ведения больного (*делирий*, *онейроид* и *кататонический синдром* – в стационар, *астенический* – можно полечить и амбулаторно)<sup>24</sup>, с назначениями лекарств (да, уже на этом этапе). Что там говорить – международная классификация болезней 10-го пересмотра, она же МКБ-10,

---

<sup>24</sup> *Делирий* (от лат. *delirium* – безумие) – вид помрачения сознания. Проявляется ложной ориентировкой в окружающем, сноподобными зрительными, реже слуховыми галлюцинациями, яркими бредовыми представлениями, двигательным возбуждением и др. *Онейроид* (от греч. *oneiros* – сновидение и *eidōs* – вид) – расстройство сознания, характеризующееся причудливой смесью фрагментов отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких фантастических представлений, подобно тому, как бывает во сне; характерно для шизофрении и других острых психозов. *Кататонический синдром* – состояния ступора и возбуждения, наблюдающиеся, главным образом, при кататонической шизофрении. *Астенический синдром* – состояние нервно-психической слабости, которая выражается повышенной истощаемостью, снижением тонуса психических процессов и замедленностью восстановления сил. Делирию в дальнейшем будет посвящена отдельная глава.

построена преимущественно на синдромальном подходе к классификации. И еще: зная синдромы, можно легко выявить симулянта, который демонстрирует отдельные симптомы, но не может показать цельной картины заболевания (встречаются, конечно, мастера в этом деле, но таких единицы).

Есть и еще одна тонкость врачебного дела: каждый синдром надо хоть раз в жизни увидеть в присутствии учителя, который скажет тебе: «Смотри и запоминай, это парафренный синдром, а это синдром Кандинского – Клерамбо, это астенический синдром у невротика, а это истощение психической деятельности у шизофреника, почувствуй разницу в каждой паре и смотри, смотри на пациентов, есть то, чего не передать словами и не описать так, чтобы можно было избежать разночтений и двояких толкований». Потому и нет заочной учебы на врача. Только лично, очно, через стадию радостного узнавания – «вот оно, меня этому учили!» – к сияющим вершинам интуиции и безошибочной врачебной догадке (это практически то же самое, что и воинская смекалка, – позволяет по одному мимолетному взгляду на влетевшую в окоп гранату определить, что на самом деле это мимикрировавший северный пушной зверь).

Все психопатологические синдромы можно разделить на *позитивные и негативные*.

*Позитивные психопатологические синдромы* (они же «плюс-симптомы») – это новые, отсутствовавшие до этого в

психике синдромы, которых в норме быть не должно. Иными словами, не было – появилось, приплюсовалось (однако на этом плюсы и позитивизм заканчиваются).

Признавая некоторую условность диспозиции, по степени нарастания сложности, выраженности и тотальности проявлений, а также по степени нарушения психической деятельности и по мере уменьшения обратимости, позитивные синдромы можно было бы расположить в следующем порядке:

- астенические синдромы (как позитивные); аффективные синдромы; невротические синдромы; гебоидный синдром; синдромы сверхценных идей; галлюцинаторно-бредовые синдромы; люцидные кататонические синдромы; синдромы нарушения сознания; судорожные синдромы; паранестические синдромы; психоорганический синдром (он же органический психосиндром – Фаберже, автопортрет, фрагмент, разные ракурсы).

***Негативные психопатологические синдромы*** (они же дефицитарные синдромы, они же «минус-симптомы») характеризуются тем, что из психической деятельности (такой, как ей положено быть в норме) с присущей нормальному человеку совокупностью качеств и свойств что-то из оных выпадает, утрачивается. Соответственно, наносится ущерб психической деятельности и формируется дефект личности.

По степени нарастания негативные синдромы можно расположить так:

- астенический синдром (как негативный); субъективные

изменения «Я» (или субъективно осознаваемые изменения «Я»); объективные изменения личности; дисгармония личности; редукция энергетического потенциала (РЭП); снижение уровня личности; регресс личности; амнестические расстройства; тотальное слабоумие; психический маразм.

Вот теперь можно приступить к более-менее вдумчивому рассмотрению каждой группы синдромов.



# Позитивные синдромы

## Астенический синдром

*Вдруг война, а я уставший?*

© *Сунь-Цзы, не вставая с кровати*

Название данного синдрома происходит от греческого слова *astheneia* – то бишь «бессилие, слабость». Пожалуй, это самый распространенный в психиатрии синдром, и неважно – идет ли речь о психозах, неврозах или о других расстройствах психики. По сути, он также один из наиболее простых в психиатрии синдромов (конечно, с точки зрения понимания) и отражает преимущественно количественные, а не качественные изменения психики. Не забываем, что речь идет о позитивной, или продуктивной, симптоматике. Отличия от него астенического синдрома, который является негативным, или *дефицитарным*, я поясню, когда настанет его черед для описания.

Что такое астенический синдром по своей сути, легко понять, если рассматривать психику человека как открытую термодинамическую систему. Предвосхищая массовое погружение читателей в транс или кататонический ступор от обилия терминологии, рискну прибегнуть к простому при-



меру. Есть дырявое ведро. Это психика. В него постоянно льется вода. Это пополняющийся запас психических сил (до предела условно, но суть отражает). Вытекающая вода – это та сумма психических сил, которая затрачивается: на учебу, работу, взаимоотношения с окружающими, любовь, вражду, переживания по пустякам и заботу о насущном, – словом, вся наша психическая деятельность.

Если поступление воды достаточное, а расход невелик, то устанавливается равновесие, которое можно считать нормой. Если же запас воды на исходе (приток мал или расход увеличился) – возникает истощение психической деятельности, которое и проявляется астеническим синдромом. Соответственно, и подходов к лечению, как минимум, два: заткнуть дырку или сделать напор побольше.

Причин, ведущих к истощению психики, довольно много. Это и психозы, и неврозы, которые оттягивают на себя много энергии, и напряженная умственная деятельность, и бурные эмоции, а уж о повседневных мелких пакостях жизни и говорить не приходится – они порой растаскивают силы по мелочам быстрее стаи пираний. Кроме того, не следует забывать и факторы, которые могут ослабить организм в целом или мозг в частности: травмы, инфекции, интоксикации, долгие хронические болезни, голодание и недосып.

Всего принято рассматривать два варианта астенического синдрома: *гиперестетический* и *гипостетический*.

***Гиперестетический вариант*** (от лат. *hyper-* и греч.

*aesthesis* – ощущение, чувство, т. е. буквально «повышенная чувствительность»). Помните выражение «добродота – привилегия сильных»? Оно хорошо иллюстрирует суть этого варианта. Истощение, слабость здесь проявляются в том, что у человека не хватает сил сдерживать себя, держать себя в руках.

Человек вспыхивает, как спичка, легко, с полуоборота, от того, что для большинства кажется пустяком, не стоящим внимания: не так сказал, не так посмотрел, НЕ ТАК ПРОМОЛЧАЛ... Правда, вспышка тоже быстро себя исчерпывает – топлива-то на доньшке. Эмоции тоже в разладе, они лабильны, как походка пьяного матроса, смена их легка и мало-предсказуема. Так же легко наворачиваются слезы на глаза, стоит мелькнуть мало-мальски душещипательному эпизоду на экране, волнительной теме в воспоминаниях или сентиментальной сцене в книге: слабодушие – ничего не попишешь. Большую часть времени такие люди ходят мрачные и чем-нибудь недовольные, оставшуюся его часть употребляют на поиски для причин недовольства и мрачного вида. Как правило, находят. Капризны: ведь на то, чтобы по-настоящему хотеть и мочь (ну ладно-ладно, просто хотеть), тоже нужны силы. Отсюда изменчивость аппетита, прихоти в меню (это сегодня хочу, а вон то уже не переношу на дух), прочие причуды. Как правило, с либидо и потенцией тоже возникают проблемы: возбудился-истощился-погас.

Такие пациенты плохо переносят все яркое и резкое: цве-

та, запахи, вкусовые ощущения; от резкого звука вздрагивают, подпрыгивают на месте или дают по шее источнику звука (тут уж как повезет). Равно плохо переносят ожидание и монотонную работу – и то и другое требует терпения, а его катастрофически мало.

Внимание тоже страдает, поскольку силы нужны и на него. Нарастает отвлекаемость, рассеянность, становится все труднее сконцентрироваться, сосредоточиться на чем-либо. Из-за этого снижается способность как что-то запомнить, так и быстро что-либо вспомнить, при этом такие пациенты часто жалуются на «дырявую память», хотя в данном случае проблемы с памятью как раз обратимы – стоит только хорошенько пополнить запас сил. Нарушение внимания и памяти влечет за собой трудность в решении бытовых и социальных вопросов. Все чаще эти решения становятся стереотипными и неглубокими (не забываем – на творческий подход и оригинальность нужны силы), все больше времени требуют для принятия сами решения, хочется побыстрее все с себя свалить, и отдохнуть, и чтобы не дергали!

Подобно народным массам, лишившимся идейного руководства, светлой цели и гарантированно лучшего будущего, идет вразнос вегетативная нервная система<sup>25</sup>. Тут складыва-

---

<sup>25</sup> *Вегетативная нервная система* (от лат. *vegeto* – возбуждаю, оживляю), часть нервной системы позвоночных животных и человека, регулирующая деятельность внутренних органов и систем: кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, размножения и др., обмен веществ и функциональное состояние (возбудимость, работоспособность и др.) тканей организма. Делится на сим-

ется полный набор незабываемых ощущений: и головные боли, и потливость, и бледные холодные руки, и сюрпризы со стороны сердца, которое то замрет, то пустится вскачь, а то защемит, будто уже совсем-совсем инфаркт, – только электрокардиограмма как у спортсмена, и скорая устало матерится... Сон тоже ни к черту – пробуждения частые, снится всякая повседневно-бытовая тягостная дрянь, а то и вовсе одолевает бессонница. И если ранее такой человек был чувствителен только к прямому попаданию молнии или, как вариант, сносу ураганом, теперь начинает чувствовать настолько тонкие нюансы погоды, что могут вполне успешно делать на нее ставки.

***Гипостетический вариант*** (от лат. *hypo*– и греческого *aesthesia* – ощущение, чувство, то есть буквально «пониженная чувствительность»). Здесь на первом плане не вспышки и взрывчатость, а полное бессилие – как физическое, так и психическое, опустошенность, истощенность, вялость, ощущение будто все пашни необъятной родины вспаханы лично и сил не просто нет: ИХ НИКОГДА НЕ БУДЕТ. Отсюда общий пессимизм и нулевая, если не отрицательная, работоспособность. От сна ни проку, ни удовольствия – только разбитость и тяжесть в голове, как с похмелья.

Сочетаться астенический синдром может с целым рядом других синдромов (маниакальный не в счет), в этом случае

их называют, исходя из сочетания: астено-субдепрессивным, астено-депрессивным, астено-ипохондрическим, астено-фобическим и прочими страшными словами.

## Аффективные синдромы

*Лучше плакать на приеме у психолога, чем смеяться в кабинете психиатра.*

© Народная мудрость

При рассмотрении структуры аффективных синдромов (от лат. *affectus* – душевное волнение, страсть) принято ориентироваться на три основных параметра:

1. *Полюс аффекта* – депрессивный, маниакальный или смешанный;
2. *Состав, структура синдрома* – типичный или атипичный, простой или сложный, гармоничный или дисгармоничный;
3. *Глубина, сила проявления* – психотический или непсихотический уровень.

С типичными синдромами все более или менее просто, для них характерны триады. Это

### *Депрессивная триада:*

- 1) пониженное настроение;
- 2) замедленное по темпу мышление;
- 3) двигательная заторможенность и *гипобулия* («Могу ли я? Хочу ли я? Оно мне надо?»).

### *Маниакальная триада:*

- 1) повышенное настроение;
- 2) ускоренное по темпу мышление;
- 3) двигательное возбуждение и *гипербулия* («Ох, как могу!

Эх, как хочу! Всего, и побольше!»).

Как бы то ни было, именно настроение – основной, ведущий симптом. Да, могут быть идеи собственной наполеоноподобности при маниакальном синдроме и собственной же планктонообразности и кабыздохнутости при депрессивном, желания и влечения – соответственно игого или бугага, а также намерения или попытки покинуть бренный мир при депрессивном аффекте. Но это будут дополнительные, или *факультативные*, синдромы. То есть они могут присутствовать, а могут и нет.

Эталоном *типичного* маниакального или депрессивного синдрома вполне могут выступать таковые при *эндогенном психозе*<sup>26</sup> – скажем, МДП (хорошо-хорошо, пусть будет БАР<sup>27</sup>). И, раз уж речь зашла об эндогенности, стоит упомянуть характерные для нее признаки: во-первых, суточные колебания («Утро добрым не бывает!»), когда субъективно человек себя чувствует лучше во второй половине дня, нежели с утра, а во-вторых, *триада Протопопова*<sup>28</sup>:

---

<sup>26</sup> *Эндогенный психоз* – общее название психозов, не обусловленных явными внешними причинами (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз).

<sup>27</sup> Биполярное аффективное расстройство.

<sup>28</sup> В. П. Протопопов (1880–1957) – известный русский, украинский и совет-

- 1) учащение пульса;
- 2) расширение зрачков;
- 3) склонность к запорам.

Это обусловлено сбоем работы вегетативной нервной системы с преобладанием тонуса ее симпатической части. Нарушения менструального цикла, изменение веса тела – это уже вдогонку, равно как и сезонность (ну хотя бы просто периодичность) и *аутохтонность* (от греч. *autochthon* – местный, тут рожденный), – то бишь состояние возникло само по себе, а не всякие сволочи его спровоцировали.

Для *атипичного* аффективного синдрома характерно то, что на первый план выходят не основные, а факультативные признаки (тревога, страх, *обсессивные*, или навязчивые, явления, галлюцинации либо дереализация с деперсонализацией и пр.).

Для *смешанного* аффективного синдрома свойственно присоединение к основным признакам одного аффекта какого-нибудь одного из противоположной триады: например, *ажитированная депрессия*<sup>29</sup> (когда положена была бы заторможенность) или маниакальный ступор (когда следовало бы ожидать возбуждения).

К аффективным синдромам непсихотического уровня относят *субаффективные синдромы* – *гипоманию* и *субдепрес-*

---

ский психиатр, академик АН УССР. Воспитанник патофизиологической школы В. М. Бехтерева. Основал патофизиологическую школу в советской психиатрии.

<sup>29</sup> *Ажитированная депрессия* – депрессия, сопровождающаяся двигательным возбуждением, иногда доходящим до неистовства.

сию.

Когда же речь идет о *сложных аффективных синдромах*, то имеют в виду их сочетание с синдромами из других, не относящихся к аффективным групп: маниакально-бредовый, депрессивно-бредовый, депрессивно-галлюцинаторный, депрессивно-параноидный, депрессивно- или маниакально-парافренный и прочие страшные выражения, способные надолго ввести слушателя в ступор.

Давайте рассмотрим каждую из групп аффективных синдромов – *депрессивных, маниакальных и смешанных*.

Почему так плохо – и все мне?!

© Крик души

Итак, **депрессивные синдромы**. Сразу оговорюсь, чтобы не вводить читателя в соблазн найти у себя нечто подобное без достаточного на то основания. Депрессивный синдром – это не просто дурное настроение из-за плохо проведенной ночи, избыточно экспрессивного продавца в магазине, обилия моральных уродов вокруг и одной отдельно взятой вороны-снайпера, прицельно отбомбившейся на голову единственного вменяемого человека в радиусе ее дежурного барражирования. Депрессивный синдром – действительно болезненное, тягостное и выводящее из строя нарушение психической деятельности. Его невозможно устранить, просто применив плотный зенитный огонь, пальнув по пернатой бандитке или выпустив пар на того, кто толкнул вас в метро, посредством геноцида (ну или хотя бы мордобоя) с евгени-



ческой целью.

Депрессивные синдромы условно можно разделить на *типичные*, представленные классическим депрессивным и классическим субдепрессивным синдромами, и *атипичные*. Атипичные, в свою очередь, представлены атипичными субдепрессивными синдромами, простыми, сложными и маскированными атипичными депрессиями. Теперь вкратце по пунктам.

### ***Классический депрессивный синдром.***

Это *депрессивная триада*:

- 1) пониженное настроение;
- 2) замедленное по темпу мышление;

3) двигательная заторможенность и *гипобулия* («Могу ли я? Хочу ли я? Оно мне надо?»). Это суточные колебания состояния, характерные для эндогенного процесса (т. е. процесса, возникшего внутри, вне связи с внешними причинами): очень плохо с утра и немного легче к вечеру. Это *триада Протопопова*:

- 1) учащение пульса;
- 2) расширение зрачков;
- 3) склонность к запорам

или преобладание тонуса симпатического отдела<sup>30</sup> вегета-

---

<sup>30</sup> У вегетативной нервной системы, регулирующей деятельность внутренних органов, сосудов и желёз условно выделяют два отдела – симпатическая и парасимпатическая. Симпатическая нервная система активируется при стрессовых реакциях. Для нее характерно генерализованное влияние, при этом симпатические волокна иннервируют все без исключения органы. Основные нейромедиа-

тивной нервной системы.

Это также бессонница. Мысли в духе «Я – никто, червь, тварь дрожащая, ничего в жизни не добился и недостойн ее самой, и во всех своих бедах виноват только я» (возможно, в чем-то эти мысли и справедливы, но уж очень деструктивны). Это безысходность, это тоска, которая настолько сильна, что ощущается как реальная боль, рвущая, раздирающая грудь изнутри, когтями процарапывающая себе выход наружу (ее еще называют *витальной тоской*), тоска настолько нестерпимая, что человеку порой проще покончить с собой, чем ее выносить. Это *симптом Вергаута* – когда кожная складка верхнего века и бровь на границе средней и внутренней третей не образуют, как обычно, плавную дугу, а делают угол – этаким скорбным домиком, от чего выражение лица пациента становится еще печальнее. Это полное отсутствие видимых перспектив. И – да, это всегда опасность суицида.

### ***Классический субдепрессивный синдром.***

При нем настроение снижено не столь резко. Тоска присутствует, но не витальная, не мучительно рвущая на части, а больше похожая на грусть, на подавленность, пессимизм (не воинствующий, а уже поднявший лапки).

Заторможенность в двигательной и мыслительной сфере имеет место, но больше в виде вялости, снижения желания напрягать разум, память и тело – не оттого, что быстро выдыхаешься, а оттого, что сил и не было, и не предвидится.

---

торы ее – ацетилхолин и норадреналин.

Желания есть, но (*гипобулия*, помните?) какие-то несмелые, вялые, уже изначально с поправкой на общую усталость всего драгоценного себя.

Самооценка, естественно, снижена. Принятию решений, помимо прочего, мешают еще и постоянные сомнения в их правильности (для уверенности нужны сила и настроение).

Теперь к атипичным синдромам.

***Атипичные субдепрессивные синдромы.*** Это:

***Астено-субдепрессивный синдром.*** В его составе, помимо черт, характерных для классического субдепрессивного синдрома, будут отчетливо проступать черты синдрома астенического: слабость, быстрая физическая и психическая истощаемость, утомляемость, эмоциональная лабильность (легко взрывается, легко раздражается, легко плачет, но относительно быстро успокаивается) и *гиперестезия* (пациент крайне чувствителен либо к резким звукам, либо к ярким цветам, либо к резким запахам, либо подскакивает от прикосновения).

***Адинамическая субдепрессия.*** При ней настроение понижено, но преобладает чувство физического бессилия, невозможности сделать лишнее движение, общее безразличие («Что воля, что неволя – все равно...»), вялость, сонливость, медузоподобность и желеобразность.

***Анестетическая субдепрессия.*** Здесь, помимо сниженного настроения и общей пессимистической направленности, исчезают всякие побуждения что-либо делать, предприни-

мать, а также происходит так называемое сужение *аффективного резонанса*: прежде всего это заметно по исчезновению чувств симпатии и антипатии, близости и родства, способности сопереживать – на это просто нет эмоций и чувств, есть один лишь унылый продукт пищеварительной деятельности, который болезненно переживает их утрату.

О *маскированных депрессиях* я подробнее расскажу в разделе частной психопатологии.

### *Простые атипичные депрессии*

От классической депрессии они отличаются тем, что на первом месте у них присутствуют и доминируют один-два дополнительных, *факультативных* симптома, по которым они и называются, а не классическая депрессивная триада, отдельные симптомы которой либо отсутствуют, либо стерты и мало выражены. По тому, какие из факультативных симптомов преобладают, и принято называть простую атипичную депрессию. Не забываем, что сглаженность и неярко выраженность депрессивных симптомов не означают, будто атипичная депрессия безобидна: уровень психотический, и забывать этого не стоит. Как и маскированная, она всегда может внезапно изменить свое течение, усугубиться и даже привести к суициду. Но вернемся к разновидностям.

*Адинамическая депрессия.* Симптомы схожи с таковыми при одноименной субдепрессии, но вялость, бессилие и от-

сутствие побуждений более глобальны и всеобъемлющи; сил не просто нет – их словно бы никогда и не было и не предвидится в принципе; а способностью удерживать занятые горизонтальные поверхности пациент вполне может поспорить с полипами Большого барьерного рифа. Не забываем также о признаках эндогенности (утром хуже, вечером лучше, плюс *триада Протопопова*, плюс сальные волосы и кожа лица).

*Анаклитическая депрессия* (*depressio anaclitica*; от греч. *anaklitos* – прислоненный, опирающийся). Ее можно встретить у детей в возрасте от 6 до 12 месяцев, которым по какой-либо причине пришлось расстаться с матерью, и условия их жизни далеки от нормы. Такие дети заторможены, погружены в себя, отстают в развитии, их ничто не радует, они не смеются, плохо едят.

*Ангедоническая депрессия*. От чего в жизни вы привыкли получать удовольствие? Представили? А теперь представьте, что есть и достойнейшие представители противоположного пола, и изысканные напитки, и возможность пройтись по магазинам, причем не вприглядку, а по-взрослому, но... Секс представляется набором бессмысленных гимнастических упражнений, жидкость в бокале просто туманит мозг, но не имеет того, прежнего, вкуса, запаха и игры, а покупки просто потеряли смысл, поскольку ничего, кроме подсчета потраченного и перечня приобретенного, мозг от этого занятия не получает. Не говоря уже о воздушных шариках, которые впору возвращать обратно в магазин – не радуют!

*Анестетическая депрессия.* Как и *анестетическая субдепрессия*, протекает с мучительным осознанием того, что чувств нет – к родному ребенку, к родителям, к супругу или супруге. Должны быть, но на их месте зияет болезненная дыра. Плюс, опять же, признаки *эндогенности*.

*Астеническая депрессия*, или *астено-депрессивный синдром*. Похож на астено-субдепрессивный, но, помимо того, что расстройства настроения интенсивнее и глубже, а утомляемость и истощаемость проявляются при любой даже минимальной деятельности, астенические признаки (когда с утра все более-менее, но, чем позже, тем хуже, поскольку весь устал) наслаиваются на эндогенные, когда плохо с утра, а к вечеру немного отпускает. В итоге равномерно плохо весь день.

*Витальная депрессия* (от лат. *vita* – жизнь). Если точнее, основой названию послужил синдром витальной, или предсердечной, тоски – той самой, раздирающей, расцарапывающей грудь, рвущей сердце – с ощущениями именно физической боли в груди, от которой ничто не помогает.

*Ворчливая депрессия.* Можно даже не расшифровывать, основной симптом – ворчание, брюзжание, недовольство всем – начиная с правительства и заканчивая личным гено-типом.

*Дистимическая депрессия.* Она, как правило, недотягивает до критериев собственно депрессии, поскольку основной ее симптом – это сниженное настроение. Но! Оно длится ме-

сяцы и годы, с короткими (день, неделя) тайм-аутами на более-менее приемлемое состояние. При этом внешних причин для такого настроения вроде бы нет. Или же где-то в прошлом имела место какая-либо травма или утрата, но времени прошло столько, что все сроки для реактивной депрессии давным-давно вышли.

*Дисфорическая депрессия.* При ней мрачное настроение носит взрывоопасный оттенок подавленно-озлобленно-го, неприязненного, недовольного всем и вся, – вот вам, к примеру, «так и съездил бы по наглой довольной роже».

*Ироническая депрессия.* Это депрессия со скорбной улыбкой на устах, с горькой иронией к себе самому и, что делает эту депрессию довольно опасной, – с готовностью вот так вот, улыбаясь, уйти из жизни. Риск суицида при ней довольно высок.

Выделяют также *слезливую депрессию*, с преобладанием слезливости и слабодушия, и *тревожную депрессию*, с преобладанием тревоги на общем тоскливом фоне.

## Сложные атипичные депрессии

В их структуре сочетаются депрессивные симптомы и синдромы из других психопатологических групп (*параноидный, парафренный*).

Наиболее часто встречаются:

*Депрессивно-параноидный синдром*, когда депрессия соче-

тается с бредом (если вас хотят убить, отравить, трижды расстрелять в особо извращенной форме – какое уж тут веселье).

*Депрессивно-галлюцинаторно-параноидный синдром*, когда, помимо всего прочего, имеют место и галлюцинации, лишь подкрепляющие убежденность пациента, что все плохо (слышны голоса и топот копыт дикой охоты, чуется запах газа, который уже начал проникать в помещение, слышен inferнальный голос, который говорит обидные, но в целом справедливые пакости).

*Депрессивно-парафренный синдром*, когда депрессия налицо, бред тоже, но главная особенность – это характер бреда: он фантастический, с феноменальным размахом, его масштабы поражают воображение – это космические, апокалиптические и эпохальные события с пациентом в главной роли. Как правило, виновника или потерпевшего. В любом случае, страдать ему вечно, много и за дело.

Если ж осенят тебя блаженство и отрада,  
Знай, что дело плохо, и скорей беги к врачу...  
Да нет, не надо, я шучу!

© М. Щербаков

По выражению одного из пациентов, больных маниакально-депрессивным психозом, «болезнь была бы совершенно невыносимой, не будь в ней этих прекрасных маниакальных фаз». В самом деле, одна из основных проблем лечения ма-



ниакального синдрома заключается в том, что пациент чувствует себя замечательно – как физически, так и психически, и искренне недоумевает: от чего тут можно лечить, с чего это все вдруг ко мне привязались, а ну брысь, противные!

Как и в случае с депрессивными, маниакальные синдромы также можно разделить на несколько групп: *классические, атипичные и сложные*.

***Классический маниакальный синдром.*** Это, прежде всего, *маниакальная триада*:

1) *повышенное настроение*. По сути, оно не просто повышено, оно не хорошее и даже не отличное – оно лучезарное. Это счастье, которое хочется дарить другим. Это восторг, местами и временами переходящий в экстаз. Это радость от каждой секунды бытия. Это ощущение из разряда «вот поперло!»;

2) *ускоренное по темпу мышление*. Ассоциативный процесс ускоряется, решения и выводы принимаются с головокружительной быстротой и легкостью – в психотическом состоянии чаще всего во вред их глубине, объективности, продуктивности и соответствию реалиям текущего момента. Все подчинено стойкой убежденности, что **ВСЕ ОТЛИЧНО** и **ВСЕ ЛУЧШЕ ВСЕХ** – и плевать, что для открытия новой фирмы по выращиванию осетров в очистных сооружениях продана квартира – через десять лет будем купаться в черной икре и грести деньги лопатой (уже, кстати, прикуплена по такому случаю).

3) *двигательное возбуждение и гипербулия*. Это когда сложно усидеть на месте, когда энергия просто пронизывает все тело, когда кажется, будто ноги не касаются земли, будто один толчок – и полетишь. К тому же идей и планов так много, и все они требуют немедленного исполнения... Кстати, об идеях и планах. Их действительно много. Мозг рождает все новые и новые с лихорадочной быстротой, от чего порой наблюдается «скачка идей»: не успел облечь в слова одну, как ее сменяет другая, а на очереди уже перетаптывается третья, – какая тут реализация, когда генерировать-то толком не успеваешь! Посему довольно часто *гипербулия* остается непродуктивной либо сразу несколько грандиозных проектов зависают в стадии прожекта (если повезет) или же на этапе подготовительных работ (если повезет меньше). В отношении противоположного пола – та же песня. Кажется, будто готов любить если не всех, то подавляющее большинство. А учитывая горящий взор, необычайную легкость в общении и бьющую через край энергию (в том числе и через НУЖНЫЙ КРАЙ) – ищущий приключений на свой шилом уколотый базис обычно их находит.

Кстати, существует явление, объясняющее, каким образом маниакальный товарищ легко находит со всеми общий язык и многим нравится, – *синтонность*. Это поразительная способность проникаться настроением и чаяньями собеседника, быть с ним на одной ноте и словно отражать в зеркале малейшую тонкость его настроения и поведения. Ну и

как такой визави может не очаровать? Правда, наибольшую степень выраженности и тонкости *синтонность* имеет при гипоманиакальном состоянии – при маниакальном пациент местами начинает просто идти напролом, словно бронепоезд с пьяными анархистами-машинистами, но тем не менее.

Не забываем о *триаде Протопопова*:

- 1) учащение пульса;
- 2) расширение зрачков;
- 3) склонность к запорам.

Она присутствует и здесь как показатель *эндогенности* (если речь идет о маниакальной фазе МДП). Кроме того, как и при большинстве психозов, нарушается сон. Интересен отенок этой бессонницы. Если при депрессивном или параноидном синдромах подобное нарушение сна переносится тяжело и мучительно, то при маниакальном любой пациент вам скажет: «Да вы что! Какой сон! У меня все прекрасно, просто моему организму не нужно столько времени, чтобы отдохнуть! Час, от силы два-три – и я снова свеж и бодр». И ведь в самом деле свеж и до омерзения бодр...

***Классический гипоманиакальный синдром.*** Это практически то же самое, разве что нет такой скачки идей, и громадьё планов не столь пугающе выглядит. Просто устойчиво повышено настроение, мышление ускорено – но не настолько, чтобы стать непродуктивным. Да, на сон нужно меньше времени, да, отношение к себе, своему состоянию и своим проблемам несколько облегченное, но даже профессионал

порой может не заметить разницы со здоровым человеком, особенно если пациент отчаянно не хочет, чтобы его лечили: «ЗАЧЕМ??? Ведь так хорошо!» И в самом деле, если бы не риск того, что все перерастет в психотического уровня маниакальный синдром – было бы жаль что-то корректировать.

### *Атипичные маниакальные синдромы.*

*Веселая, или непродуктивная, или «чистая»* (как называл ее Леонгард<sup>31</sup>) *мания*. Настроение при ней повышено, с этаким эйфорическим оттенком. Пациент ведет себя так, будто познал дао: все, высшая мудрость обретена, человек счастлив, посему можно уже ничего не делать – и так все отлично. Вот и не делает, просто наслаждается бытием.

*Гневливая мания*. Представьте себе слегка хмельного веселенького прапорщика с вверенным ему подразделением тормозов-новобранцев, которые не просто тормозят, а еще и гонор пытаются показать. Пока, блин, приведешь в соответствие с уставом и общими понятиями внутренней службы, не одну швабру о хребет обломаешь. А уж горло сорвать тут и вовсе проще простого. Непродуктивность деятельности и непоследовательность мышления – это так, в виде бонуса.

*Экспансивная мания*. Кроме повышенного настроения и ускоренного мышления с идеями величия присутствует непреодолимая жажда все планы немедленно воплотить в

---

<sup>31</sup> *Карл Леонгард* (1904–1988) – немецкий невролог, психиатр и психолог. Профессор неврологии в неврологической клинике университета им. Гумбольда в Берлине. Специалист в области психологии акцентуированных личностей.

жизнь, что доставляет немало хлопот окружающим, а особенно домочадцам, поскольку деньги на возвращение полноводности Аралу силами любителей пива и посредством распития пары эшелонов с пенным напитком изымаются из отдельно взятого семейного бюджета.

*Резонерствующая мания.* При ней неутолимая жажда деятельности отсутствует. Но окружающим от этого не особо легче, поскольку словами можно задолбать не меньше, чем делами. Если не больше. А говорить пациент будет много, вне зависимости от вашей готовности его выслушать. Рассуждения будут столь же пространными, сколь и бесплодными, мудрствование – исключительно лукавым. Заткнуть фонтан красноречия возможно только механическим способом.

### *Сложные маниакальные синдромы.*

*Маниакально-параноидный.* Сочетание мании с бредом величия, или отношений (меня ненавидят за то, что я такой, – далее перечень достоинств), преследования (мой чертеж баллистической каучуковой ракеты-попрыгунчика хотят украсть спецслужбы аж шести государств, по которым она, предположительно, будет прыгать).

*Маниакально-галлюцинаторно-параноидный.* То же плюс вербальные истинные либо псевдогаллюцинации (спецслужбы грязно матерятся, подсчитывая предполагаемый ущерб, пускают дурнопахнущие газы).

*Маниакально-парафренный.* Тут бред приобретает фанта-

стические черты и поистине галактический размах: если уж богат, то «Форбс» отказывается печатать размер состояния, чтобы не расстроить остальных включенных в список, если важен – то не меньше чем император Галактики. Ну ладно, пусть будет любовник императрицы. Если внебрачные дети – то миллион, не меньше. Да, одним взглядом.

***Смешанные аффективные синдромы*** представлены *ажитированной депрессией* и *маниакальным ступором*. Почему смешанные? Потому что в их структуре, помимо основной, присутствует симптоматика из противоположного по знаку синдрома: возбуждение и двигательная расторможенность при депрессивном и, напротив, двигательная и психическая заторможенность при маниакальном.

*Ажитированная депрессия*. Настроение при ней резко снижено, идеи самообвинения, собственной ничтожности, никчемности и прочего присутствуют, НО. Вместо того чтобы, как это положено при классической депрессии, все было чинно, степенно, с маскообразностью лица, скудными движениями и мыслями в час по чайной ложке, здесь все иначе. Вместо заторможенности – беспокойство, тревога и суета, с брожением по комнате и вздохами «ох, как же это!», «ох, что же это я!», «ох, что будет, что будет!». И ведь вполне вероятно, что будет. На пике этого суетливого шебуршения очень даже может возникнуть *меланхолический раптус* (от греч. *melas* – темный, черный, *chole* – желчь и от лат. *raptus* – захватывание, резкое движение) – когда пациент словно

взрывается изнутри своей тоской, болью и отчаянием. Он рыдает, он стонет, он мечется, рвет на себе одежду и волосы, бьет себя или в прямом смысле убивается об стену. Риск самоубийства в такой момент чрезвычайно высок. Подобное состояние впервые в психиатрической литературе было описано Ю. В. Каннабихом<sup>32</sup> в 1931 году.

*Маниакальный ступор.* Настроение повышено настолько, что хватит на одну небольшую субдепрессивную народность. У человека все не просто хорошо: ему лучше всех. Так хорошо, что просто не передать словами. Будде под его *figus religiosa* в момент просветления и близко так хорошо не было. Все прочие маниакальные граждане фонтанируют идеями, скачут мыслями (да-да, всем шальным эскадроном) и совершают множество каких-то лишних телодвижений – ну чисто детский сад, штаны на лямках! А человеку уже хорошо, он уже обрел, познал и вовсю вкушает. Куда торопиться-то? Разрешено позавидовать.

## Невротические синдромы

– *Вона, опять у нашего парня ипохондрия сделалась!*

---

<sup>32</sup> Ю. В. Каннабих (1872–1939) – советский психиатр, заслуженный деятель науки РСФСР (1937). В 1896 году окончил естественно-историческое отделение, в 1899 году – медицинский факультет Московского университета. Специализировался в клинике Э. Крепелина. Автор исследований по психотерапии. Каннабиху принадлежит капитальное исследование по истории психиатрии.

– Пора. Ипохондрия всегда на закате делается.  
– Отчего же на закате, Степан Степанович?  
– От глупых сомнений, Фимка. Вот глядит человек на солнышко и думает: взойдет оно завтра аль не взойдет?  
© К/ф «Формула любви»

Принято выделять собственно *невротические синдромы и невротический уровень психических расстройств*. В чем схожесть и где разница? Невротические синдромы характерны, как следует из их названия, для клиники неврозов. Кроме того, они укладываются в невротический уровень расстройств, то есть не достигают силы, выраженности и качественных характеристик психоза.

К невротическим синдромам можно отнести:  
*синдромы навязчивых состояний; деперсонализационно-дереализационные синдромы; сенестопатические и ипохондрические синдромы; истерические синдромы; синдромы сверхценных идей.*

Невротический уровень расстройств, помимо этих синдромов, включает также астенический синдром (если он позитивный, не забываем) и аффективные синдромы, не достигающие психотического уровня (то есть субдепрессивный и гипоманиакальный). Рассмотрим теперь каждый из синдромов по порядку.



# Синдромы навязчивых состояний

Это

- *обсессивный синдром, или обсессии; фобический синдром, или фобии; навязчивые влечения, движения и действия, или компульсии;*

а также их сочетания.

***Обсессивный синдром*** (от лат. *obsessio* – осада, блокада)

Купи слона!

© Начало детской приставалки.

Основными, ведущими симптомами этого синдрома являются навязчивые, обсессивные:

- *сомнения* («Могу ли я? Хочу ли я? А тому ли я? И вообще – а чего это я...»);

- *припоминания* («Авраам родил Исаака; Исаак родил Иакова; Иаков родил... кого? И главное – какого...?»);

- *представления* («Я выключил плиту? Точно, выключил. А вдруг не выключил? Ну и что? Как что? Котлеты подгорят и воспламенятся, огонь перекидывается на полки, оттуда падает бутылка масла, факел огня взмывает под потолок, начинают рваться бутылки с водкой, коньяком и виски в баре, и вот уже огнем охвачен весь этаж. Прибывшие пожарные погибают от сдетонировавшей бутылки самогона, прибывший

на подмогу расчет гибнет под градом пуль из раскаленного оружейного сейфа, начинают рушиться бетонные перекрытия... Ой, мамочки, надо срочно поглядеть новости – я же не расплачусь, меня ж посадят!»);

- *чувство антипатии* («Вот вроде бы всем хорош себе-седник, но что же так и хочется дать ему в глаз? А вон то ангелоподобное создание – отматерить. А вон ту девушку... Бли-ин, срочно в церковь! Ой, нет, нельзя, я ж там совсем с катушек слечу!»);

- *навязчивые размышления, то бишь умственная жвачка* («А вдруг (нет-нет, такого не может быть, но вдруг?) я прибью старшую по дому, когда она придет агитировать за субботник, – куда мне деть труп? Расчлененка или щелочь в ванне? А чем замывать полы? Или вот, как вариант: если Бог абсолютен, то он и самое светлое добро, и самое темное зло несет в себе – так чего же он ждет от нас?»);

- *навязчивый счет* (номеров машин (например, суммируем), номеров домов (а эти – вычитаем), номеров телефонов (это уже пойдет высшая математика, эти просто запоминаем));

Дополнительными, *факультативными* симптомами обычно выступают:

- *душевный дискомфорт* – поскольку навязчивые явления всегда ощущаются, как чуждые, неприятные, насильственные по отношению к человеку;

- *эмоциональное напряжение* – поскольку человек прила-

гает усилия, чтобы противостоять этим явлениям;

- *чувство бессилия и беспомощности* – поскольку навязчивые явления, несмотря на усилия, возникают вновь и вновь;

- *субдепрессивный фон настроения* – ну, так откуда ему быть радужным!

## **Фобический синдром** (от греч. *phobos* – страх)

Всем бояться!

© Сигнал со станции «Фобос-грунт»

Основной симптом – навязчивый страх. Тематики фобий мы уже касались, когда речь заходила о симптомах расстройства мышления. Чаще всего фобии представлены какой-то одной тематикой, хотя могут встречаться и сложные – как систематизированные (боязнь вечером пятницы тринадцатого числа встретить покойника, несущего пустые ведра), так и хаотично-бессистемные (всем всего бояться!).

Дополнительные симптомы:

- *сомато-вегетативные*: тахикардия, гипергидроз, или потливость, повышение артериального давления, поносы (раньше такую реакцию на сильный испуг называли «медвежьей болезнью»), рвота;

- *поведение, направленное на избегание ситуаций, в которых может возникнуть страх* (хорошо, когда фобия одна, плохо, если даже с ней одной приходится мучиться постоянно, – страдания клаустрофоба, снимающего внаем кладовку

полтора на полтора на двадцать пятом этаже, не описать словами);

- все те же *душевный дискомфорт, эмоциональное напряжение, чувство бессилия перед страхом, субдепрессивный фон настроения.*

***Компульсивный синдром*** (от лат. *compello* – принуждаю)

– Юдифь, солнышко, что значит – «рука сама дернулась»?

© Голова Олоферна

Основной симптом – навязчивые влечения, действия и движения. Если они изолированы и не являются ритуалами, облегчающими состояние пациента, то это собственно *компульсии*, но в таком виде они встречаются не столь часто. Это может быть стремление прыгнуть с балкона, убить кого-нибудь из любимых, в общем-то, людей – если речь о влечениях. Это могут быть почесывания, подмигивание, перешагивание трещин на асфальте, облизывание губ – если речь идет о действиях и движениях.

Чаще всего можно наблюдать сочетание их с *обсессиями* или *фобиями*, и тогда это будет *обсессивно-компульсивный синдром*, в котором навязчивые мысли (*обсессии*) или страхи (*фобии*) будут сочетаться с навязчивыми действиями или же ритуалами: «Я мою руки, чтобы не заразиться. Что с того, что они кровоточат от мочалки и щетки и начали гноиться, – надо еще чаще мыть. И боже упаси поздороваться с кем-то

за руку!»

Ритуал может быть и более сложным, охватывая, при определенной степени педантичности, весь распорядок дня – от пробуждения с четко отмеренными сантиметрами зубной пасты и алгоритмом чистки зубов (плюс обязательный кофе с двумя с половиной ложечками сахара на завтрак) до вечернего отхода ко сну и запланированного (безопасного, естественно) секса с четкой последовательностью смены поз и строго дозированным лимитом фрикций. Что любопытно, далеко не всегда ритуалы вторичны по отношению к обсессиям или фобиям. Не так давно выяснилось, что зачастую возникает вначале непреодолимое желание мыть руки, а уже потом мозг находит обоснование этому действию в виде страха заражения – ведь пустоту, даже если это пустота в объяснении поведения, надо чем-то заполнять.



## Синдромы деперсонализации и дереализации

Снимок за снимком, дым, клочки,  
скулы, виски, очки, зрачки,  
дети, отцы, мужа, зятя...  
Кто же из оных – я?

Разве, быть может, тот, в углу,  
что, прижимая лед к челу,  
битые сутки, гриб грибом,  
тупо глядит в альбом.

© М. Щербаков

Подобные синдромы встречаются при целом ряде психических заболеваний, как психотического спектра (например, шизофрении), так и при неврозах либо депрессиях. Объединяет эти синдромы одно: при *деперсонализации* ведущим является ощущение изменения либо утраты собственного «Я», а при *дереализации* – нарушение восприятия реальности окружающего мира. Оба синдрома могут встречаться как вместе, и тогда речь будет идти о *синдроме деперсонализации-дереализации*, так и по отдельности.

Некоторые авторы, например, Ю. Л. Нуллер<sup>33</sup>, предлагают не выделять дереализацию а рассматривать, как частный вариант деперсонализации (так называемая «*аллопсихическая дереализация*»). Это не меняет сути вопроса, являясь одной из точек зрения.

### ***Синдром деперсонализации***

Обязательным, или *облигатным*, симптомом здесь является собственно дереализация. В чем же она заключается?

Прежде и чаще всего – это утрата либо изменение эмоци-

---

<sup>33</sup> Ю. Л. Нуллер (1929–2003) – российский врач-психиатр, психофармаколог, доктор медицинских наук, профессор, автор книг и монографий. Посвятил много лет исследованию феномена тревоги.

ональной окраски, которая ранее сопровождала все то, что человек делал, то, как воспринимал окружающий мир и результат своей деятельности: теперь он вроде бы и продолжает любить жену и детей – но не так, как раньше: не конкретно, а в принципе, а совесть щелкает бичом и приговаривает: «Ай, какая сволочь, ай, какой нехороший мальчик!» Он смотрит на красивую девушку, идущую мимо, любит формы – но как-то все неярко: «Ну, красивая, ну, формы, ну и все» – ни тебе подъема в душе и прочих локализациях, ни тебе фантазий с собой в главной роли. Жена, правда, говорит, что это мудрость... Да и прочие краски, запахи, ощущения и вкусы доносятся словно сквозь пелену. Или презерватив на всего любимого себя. Пресно, тускло и без той остроты, что придавала жизни вкус. И от всего этого плохо и больно – это ощущение называют болезненной психической анестезией, или *anaesthesia psychica dolorosa*.

Сами эмоции тоже меняются. Точнее, возникает ощущение, будто их яркость убавили либо вовсе отключили. Причем не только радость: гнева, печали, тревоги и тоски это тоже касается: вроде бы они в общих наметках есть, вроде бы формально человек понимает, что вот в этом месте нужно хлопнуть сервис об пол, а вот тут уже пять минут как бить морду, но нужный настрой так и не появляется – и это гнетет. Но опять же – на среднем уровне, даже не взвыть.

В более серьезных случаях может меняться и само «Я», эта незыблемая, казалось бы, твердь, которой нипочем це-

ны на нефть, смены правительств и глобальное потепление. Человек уже не чувствует себя прежним: у одного исчезает легкость и спонтанность на грани внезапности, и он сам себе напоминает станок на числовом программном управлении, заточенный под какую-то производственно-бытовую хрень, другой вдруг с ужасом обнаруживает, что куда-то запропастилась душа. Нет, когда она была, позиционировать он ее не мог – ни в районе желудка, ни в аджна-чакре, ни в предмете художественного вдохновения Фаберже, да и она себя особо не проявляла: не поражала широтой, не умиляла добротой, а вот поди ж ты – как только пропала, так сразу ощущается ее острая нехватка. Третий вдруг понимает, что наблюдает за собой словно со стороны, как в компьютерной игре с хорошей графикой и отличным движком, – вот только с сюжетом и выбором главного героя полный швах. Может вдруг ощутиться отсутствие мыслей – не отнятие, будто кто-то взял и забрал, как это бывает при *синдроме Кандинского* – *Клерамбо* (его мы рассмотрим более внимательно чуть позже), а просто отсутствие: не родятся, и все тут.

Иногда при *деперсонализации* страдает чувство сна: вроде бы и спал, а ощущения, что выспался, – никакого; чувство голода: ну это как в классическом примере с зятем, который не поймет после тридцатого тещиногo блина – то ли ел он, то ли не ел; чувство холода и жары: они есть, но доносятся словно издалека. Может изменяться и чувство времени: прошлого будто и не было, а настоящее тянется, словно сироп,



местами умудряясь застывать до полной неподвижности.

Набор *факультативных*, или вторичных, симптомов будет зависеть от того, в рамках какой болезни проявился синдром: может преобладать сниженное настроение вкупе с замедлением темпа мышления и заторможенностью движений – если деперсонализация депрессивная; может преобладать тревога и сильное внутреннее напряжение, если деперсонализация была ответом психики на сильную, выраженную тревогу; может сопровождаться эмоционально-волевым снижением (это уже из класса негативных синдромов, мы их еще коснемся) и особенностями мышления, характерными для шизофрении, – при ряде ее форм деперсонализация довольно частое явление.

## Синдром дереализации

Далеко не всегда наличие этого синдрома говорит о том, что пациент любит особые грибы или не менее особую траву (хотя и они тоже бывают причиной подобной симптоматики, не без того). Данный синдром вполне возможен при эпилепсии, при последствиях поражения головного мозга и при ряде других психических расстройств.

Основной симптом – нарушение чувства реальности внешнего мира. Окружающая реальность может прикинуться, будто совершенно с вами не знакома. Вы станете искать прежние краски – они окажутся либо слишком яркими, ли-

бо тусклыми. Вы будете искать объемность и перспективу – а вашим глазам предстанет паршивенькая диорама а-ля халтур-продукт. Город перестанет быть узнаваемым: вместо того, прежнего, кто-то понаставил декораций, а кое-где даже напутал с порядком их расположения. Солнце тоже на что-то подменили, причем явно сэкономили на ваттах. А главное – не у кого спросить дорогу обратно, в настоящее.

Память тоже в таком случае может сыграть злую шутку, подсунув либо дежавю («Черт, ведь это со мной уже было, и я даже могу вспомнить, когда, и даже что я тогда делал, – вот-вот, сейчас, – эх, ускользает, но все равно – было, было!») или жамевю («А какого хрена они все делают вид, будто меня знают, причем не с лучшей стороны? Не было у нас с вами отношений, девушка, и нечего показывать на свой живот, это у вас газы!»). Факультативными симптомами могут выступать растерянность, страх, тревога, снижение настроения.

Оба синдрома, несмотря на замысловатость и неординарность, все же поддаются лечению, что позволяет в итоге вернуть пациенту не только самого себя, но и знакомую реальность в придачу.

## **Ипохондрический и сенестопатический синдромы**

Ой, стрельнуло в ухе!  
Ой, в боку кольнуло!  
Ой, поганки-мухи  
Свалили со стула!  
Нету сил подняться...  
Полежу немного...  
Ой, пора мне, братцы,  
В дальнюю дорогу.

© Л. Сергеев

Эти синдромы – как Ленин и партия. Или дуалистическая сущность электрона. Одним словом, довольно часто где один, там и второй, хотя возможны варианты, в том числе и изолированно *ипохондрический*, и чисто (и вполне конкретно) *сенестопатический* синдромы.

***Ипохондрический синдром.*** Название его происходит от греческого слова *hypochondrion*, то есть «подреберье», где, по убеждениям древнегреческих медиков, и прячется душа. Оттуда же она имеет привычку ныть и там же болеть. Не путать: душа – слева, а у кого болит в подреберье справа – это печень, это от дозволенных излишеств.

При всем многообразии проявлений, *облигатным* (ведущим) симптомом является одно: болезненная, до трясучки, забота о своем драгоценном здоровье, в симбиозе с непоколебимой уверенностью в том, будто с этим здоровьем что-то не так. Поведение такого пациента можно сравнить с человеком, который поклоняется вечно недовольному, сварливому, всегда с похмелья божеству, раздражая его своим молит-

венным нытьем и удивляясь, отчего его так не любят – вон опять ритуальный шлем оплавился... А божеству всего-то и надо было, что тишина и стопка водки. На алтарь, а не в себя, идиот!

В поисках болячек эти люди готовы обойти всех врачей, залезть не то что под томографы – под ультрамикротомы – ну ведь не может такого быть, что организм здоров! Отчего же так отвратительно тогда на душе и в организме? Нет, вы явно что-то скрываете – не зря у вас почерк неразборчивый и половина на латыни! Доктор, миленький, ну давайте проведем ма-аленькое контрольное вскрытие! Только наркоз помягче, а то он, говорят, вреден для здоровья...

Что самое интересное – неприятные ощущения и убежденность в том, будто с организмом все плохо, крайне стойки и очень неохотно поддаются лечению, что убеждает пациента: на самом-то деле самый больной человек в мире – вовсе не Карлсон. Мысли о здоровье приобретают характер сверхценных, а в ряде случаев достигают силы ипохондрического бреда.

**Сенестопатический синдром.** Его основа – *сенестопатии* (от греч. *koinos* – общий, *aesthesia* – чувство, ощущение и *pathos* – страдание, болезнь). Термин предложен французскими психиатрами Э. Дюпре и П. Камю в 1907 году. Что он означает? Представьте себе, что вы забивали в стену гвоздь и попали молотком по пальцу. Если опустить не имеющие прямого отношения к делу, но от этого не менее эмоционально

насыщенные речевые обороты, то остается следующее: *конкретный* палец, по которому ударили *конкретным* молотком, и этот палец вполне *конкретно* болит. Налицо *этиология*, *патогенез* и четкая локализация болезненного процесса, с четкими ощущениями. Так вот *сенестопатии* **СОВСЕМ НЕ ПОХОЖИ**, за исключением, пожалуй, одного: они тоже тягостны и мучительны.

Во всем же прочем – ничего общего: локализация либо «где-то здесь», «вот-вот-вот, только что было тут, а теперь вроде как сместилось»; яркость – словно воспринимаемая через призму сознания, чуть матированная; сами ощущения – без четкости, присущей тем, что бывают от реальной болезненной причины, что довольно показательно прослеживается в том, как пациент их описывает: тут у него подергивает, там булькает, вот здесь переливается и как бы при этом покусывает. В ряде случаев ощущения, напротив, довольно локальные и четкие, но при этом настолько вычурные, что на их фоне комок в горле, камень на сердце и шило в заднице бледно выглядят и мелко плавают. Для полноты картины не хватает только сбоку бантика. И будьте уверены: даже разобрав несчастный организм по клеточке, вы не найдете причину этих ощущений. Вскрытие, как говорится, покажет, что пациент умер от вскрытия, а так – был вполне себе телесно здоров!

Ну и как, скажите, тут обойтись без сопутствующего ипохондрического синдрома? Как не озаботиться своим здоро-

вьем, которому угрожает аморфно-анонимное нечто?

*Факультативными симптомами для обоих синдромов могут выступать:*

- *субдепрессивное настроение* (с чего бы ему быть хорошим, когда самый больной в мире человек столь долго и безуспешно ищет корень своих бед, а находит лишь хрен?);
- тревога, страхи, которые могут носить характер навязчивых и сопровождаться ритуалами (в том числе ритуальным обследованием и ритуальными капельницами – чисто на всякий случай);
- бессонница (заснешь тут, когда там булькает, тут похрустывает, да еще и свистит, когда скрипеть заканчивает!);
- вегетативные расстройства – тахикардия, потливость, скачки артериального давления (не то чтобы кризовые, но довольно неприятные по ощущениям) и прочее.

– А ты меня спросишь, как я себя чувствую, а я тебе скажу: я самый больной в мире человек, и мне больше ничего не надо!

© Карлсон, который живет на крыше

Название *истерического синдрома* берет начало от греческого слова *hystera*, что означает «матка». Древние греки считали, что болезни этой подвержены исключительно женщины, и исключительно по причине разлада своего детородного органа, с его особым мнением и альтернативным взглядом на реальность, со всем остальным организмом. Мужики,

по мнению греков, таким не должны были болеть: гоппит-истерик – находка для перса и мастдай. Термин *диссоциативное*, равно как и *конверсионное* расстройство, появился много позже. Уже в эпоху развитого феминизма и стыдливой политкорректности.

Для истерического синдрома ведущий симптом выделить сложно. Дело в том, что его проявления крайне разнообразны и могут напоминать массу абсолютно непохожих друг на друга, но внешне ярких и грозно выглядящих болячек. Не зря истерию называют «великой симулянткой». Вот сферы, которые, как правило, затрагивает истерическая симптоматика:

- *психика,*
- *моторика,*
- *речь,*
- *органы чувств,*
- *соматика и вегетативная система.*

Как видно, сферы совершенно разные. Какие особенности роднят симптоматику?

Прежде всего, это причина симптоматики. Она всегда психогенная, то есть обусловлена именно деятельностью (точнее, разладом) психики и не имеет под собой реальной телесной причины, хоть обыщись. Зато психотравмирующую причину отыскать очень даже можно. И чем больше она задевает личность пациента, тем ярче будет симптоматика.

Характерно усиление (да и вообще появление) симптомов в присутствии зрителя, их нарочитость («Для вас ведь стараюсь!»). Правильно, какой смысл актеру играть для зеркала? Все симптомы яркие, переживания полны драматизма и накала страстей. Станиславский рыдает и скандирует символ веры.

Как правило, везде присутствует субдепрессивный фон: страдание есть страдание, даже если оно больше исполняется, нежели имеется.

Внушаемость и самовнушаемость присутствуют и порой развиты очень сильно, но, что характерно, – там и тогда, где и когда в том имеется подспудный (хоть и не осознаваемый) профит для самого пациента.

Вообще, целесообразность и выгода – вот две постоянные спутницы истерического синдрома. Пусть вычурные и непонятные, пусть неприемлемые для здорового человека и более приличествующие ребенку трех-четырех лет – но они есть. Надо заболеть, чтобы не пойти в садик и получить конфетку? Да пожалуйста! Надо, чтобы не ругали? «А-а-а, вот умру и будете плакать!» Причем, даже если все эти причины для окружающих как на ладони, сам пациент не будет видеть их в упор. Что там Фрейд писал про вытеснение?.. Итак, коснемся подробнее каждой из сфер.

## **Психика**

Это *астения* (как правило, слабость наступает перед необ-



ходимостью делать что-то неприятное), это *субдепрессивная* симптоматика, это *амнезии* (особенно в том, что не хочется вспоминать), это *ипохондрия* – но со всеми приведенными выше дополнительными условиями; это патологическая лживость, часто в сочетании с беззастенчивым фантазерством (*синдром Мюнхгаузена*, как частный вариант). Это и *истерические фуги*<sup>34</sup> (собрал вещи, пропал, обнаружился в другом городе – и ничего не помнит, хотя все это время внешне действовал очень целенаправленно, барышни подтвердят); истерические трансы с состояниями овладения (не путать с таковыми при эпилепсии, интоксикациях и *синдроме Кандинского – Клерамбо!*) – достаточно вспомнить кликушество и страшного демона Икотку (есть такая старая колдовская техника в Сибири и на Урале. Выращивают сущность на остатках пищи или определенном виде еды, это особый вид плесени. Считается, что до попадания в носителя «бес» находится в туеске с квасом, приготовленном колдуном. Затем эту сущность направляют жертве) – его именем даже назван один из национальных синдромов. Это и постоянные приготовления к повешению, вскрыванию вен, испи-

---

<sup>34</sup> *Фуга* (лат. fuga – бегство) – редко встречающееся истерическое расстройство, близкое диссоциативному расстройству идентичности. Проявляется внезапным уходом, бегством индивида из привычной, но ставшей тягостной и кажущейся ему невыносимой далее обстановки, амнезией всех связанных с ней и более ранних впечатлений (включая иногда свое имя, возраст, профессию и т. п.), присвоением новой идентичности (полной или частичной) и совершенно другими, не свойственными ему до этого характером, манерами, привычками и поведением. Длится дни, недели, иногда годы.

тию яда и прочим прощально-суицидальным мероприятиям – был бы сочувствующий наблюдатель. Сюда же относят *синдром Ганзера* (садимся мимо стула, ложку проносим мимо рта, отвечаем нарочито невпопад и вообще создаем впечатление глубокого инвалида умственного труда), *пуэрилизм* (поведение практически как у ребенка, разве что навыки прикурить и открыть бутылку пива никуда не делись), *псевдодеменцию* (пациент дурашлив, нарочито бестолков, нарочито неправильно отвечает на элементарные вопросы, хотя тут же может на автомате выдать правильное решение сложной задачи).

## Моторика

Это классическая *истерическая дуга* (тело напряжено, выгнуто, опирается только на пятки и затылок), это истерический припадок, который по незнанию легко принять за эпилептический (в отличие от последнего, реакция на ватку с нашатырным спиртом здесь будет). Это всевозможные параличи и парезы, которые можно чудесным образом излечить, сказав повнушительнее, мол, встань и иди... и иди, и иди, а то сейчас наложение рук сделаю! Это и нарушения глотания, и *астазия-абазия*: стоять не можем, ходить не можем, зато в постели руки и ноги очень даже прилично двигаются. Кривошея, косоглазие, кривобокость, которые можно все тем же чудесным образом вылечить, – это тоже отсюда.

## Речь

Заикание, *мутизм* (когда вообще не разговаривает), *афония* (когда только шепотом), *дизартрия* (вдруг начинает искажаться речь, не проговариваются отдельные согласные, слоги, теряется членораздельность). Повторюсь – все перечисленное может быть и не истерическим, поэтому важно учитывать все симптомы.

## Органы чувств

Это слепота (в упор не вижу), глухота (та же причина), потеря обоняния (выражение «потерять нюх» не совсем отсюда, но общую ситуацию отражает), вкусовой чувствительности, потеря кожной чувствительности – по типу «перчаток», «чулок», «трусов», «пенсне, галстука и презерватива»... Впрочем, последнее вряд ли, забудьте.

## Соматика и вегетативная система

А вот этих проявлений **ОЧЕНЬ** много. Тут и спазмы, симулирующие астму, и непроходимость пищевода, и икота. Тут все, что может отмочить желудочно-кишечный тракт, начиная от изжоги с отрыжкой и заканчивая метеоризмом и поносом (запор тоже, как опция). Со стороны сердечно-сосудистой системы – колебания артериального давления, предобморочные и предынфарктные состояния (не на кардиограмме, там все в порядке), тахикардия и аритмия, бледность или краснота кожи. *Викарные кровотечения*<sup>35</sup>. Как вариант,

---

<sup>35</sup> *Викарное кровотечение* – кровотечение из мелких сосудов слизистой оболочки стенок полости носа, из вен прямой кишки, вызванное избыточным кро-

который ныне встречается редко, – кровотечения из ступней и ладоней, а также с кожи лба и из межреберья, куда копьем ударил Христа римский солдат. Появляющаяся и исчезающая без следа импотенция и фригидность, ложная беременность – это тоже отсюда.

## Сверхценные идеи

Ceterum censeo Carthaginem esse delendam!<sup>36</sup>

© *Сверхценная идея Катона Старшего*

С некоторыми допущениями можно сказать, что сверхценные идеи занимают промежуточное положение между навязчивыми и бредовыми: в отличие от навязчивых, они уже не воспринимаются как нечто чуждое и мешающее кушать жизнь большой ложкой, но при этом, в отличие от бредовых, не столь нелепы и фантастичны. Они чуть-чуть недотягивают до того революционного момента, когда мировоззрение оказывается полностью ими захвачено. Вместе с почтой и телеграфом.

Основным, облигатным симптомом являются собственно сверхценные идеи. Наиболее часто среди оных встречаются:

- *сверхценные идеи ревности*, когда в целях собственной же безопасности даже телеграфным столбам лучше лежать,

---

вяным давлением, например при гипертоническом кризе.

<sup>36</sup> Кроме того, полагаю, Карфаген должен быть разрушен (*лат.*).

чем стоять;

- *сверхценные идеи реформаторства*; носители таких идей – настоящая головная боль для общественных организаций («Не так работаем, не теми управляемся, и вообще – почему я не в президиуме?»), партий и правительств (возможно, инстанции, секретарей и бюрократию как таковую создали не в последнюю очередь с целью поставить между идефикс и его светлой целью как можно больше барьеров);

- *сверхценные кверулянтские идеи*, когда поток жалоб, телег и прочих «считаю долгом довести до вашего сведения» достигает критической величины и вполне способен вывести из строя даже четко отлаженную бюрократическую машину;

- *сверхценные идеи изобретательства*. Особенно это касается принципа работы вечного двигателя, усовершенствования гравиаппы<sup>37</sup> для стандартного пепелаца, а также поисков универсального топлива, пригодного как вовнутрь, так и в бензобак, и чтобы можно было гнать прямо из городского отстойника;

- *сверхценные ипохондрические идеи*, когда человек не сомневается, он уверен: в желчном пузыре у него не просто камни, а целая каменная кладка. А за ней прячется рак. И это не считая прионной болезни, второго рака, засевшего в простате, сплошной мозаики из атеросклеротических бля-

---

<sup>37</sup> Гравиаппа, гравиапа – фантастическое устройство, изображенное в кинофильме «Кин-дза-дза!». Будучи установленным в двигатель пепелаца – межзвездного корабля – позволяет совершать на нем практически мгновенные межпланетные, межзвездные и даже межгалактические перемещения.

шек в сонных артериях у себя и большого геморроя у всего не успевшего поспрятаться медперсонала.

Сюда же относятся:

- *метафизическая интоксикация*, когда человека одолевают мысли о собственном предназначении, об устройстве мира, о том, откуда взялось человечество, и куда девалась его совесть, о том, что если Бог всеведущ, то отчего не надаёт по сусалам своим элохима́м или как их там, которые учинили беспредел и тянут каждый на себя конфессионное одеяло. И все бы ничего, но дальше мучительного резонерства, которое съедает время, силы и возможность хоть как-то пристроить себя в социуме, дело не идет. Оно и неудивительно: если даже необходимым для жизни кислородом запросто можно уконтрапупить при должном усердии, то уж десятью заповедями довести до ручки и вовсе проще простого, главное – иметь цель и не знать меры;

- *дисморфоманические и дисморбофобические сверхценные идеи*: тут оттопыривается, этому бы торчать поменьше, а вот в этом месте – категорическая нехватка сантиметров, кожа какая-то крокодилья и годится разве что на сапоги и сумочки, глаза какие-то маленькие («Не смейте переубеждать, я хентай смотрела!»), волосы на голове какие-то редкие... Словом, находка для пластического хирурга и косметолога.

Говоря о дополнительных, факультативных симптомах, следует отметить, что субдепрессивный фон, в отличие от

большинства невротических синдромов, при *синдроме сверхценных идей* присутствует далеко не всегда (за исключением *ипохондрических, дисморфоманических и дисморфофобических* идей, где его наличие вполне понятно). Оно и неудивительно: какая субдепрессия, когда человек столь целеустремлен! Набор же прочих симптомов вариабелен и зависит от того, что за идея взяла да и овладела нагло человеком.



## Гебефренный и гебоидный синдромы

Ему б хотя бы две-три бомбы —  
уж он тогда бы эти нимбы!  
Он бы им бы... уж он бы задал им тогда!..  
Его подошвы набок сбиты.  
Он спотыкается и бредит.  
Спит и грезит — не о погромах ли? Ну да,  
они мерещатся ему. А что стесняться?  
И казни тоже снятся...  
Но только после чтобы лавры  
и непременно сразу праздник:  
мавры в красных ливреях, люстры ходуном...  
И шелку чтобы для медовой

ежесезонной куртизанки  
вдоволь в замке... и все что хочешь за окном!..  
Ему не кровь важна, важней любовный голод.  
Он мал, он зол, он молод.

© М. Щербаков

Знала бы богиня Геба<sup>38</sup>, какую сомнительную честь оказали ей психиатры! Лично я бы уже больше века как дрался. Кувшинчиком для нектара. А то и отцу родному заложил бы засранцев, чтобы тот устроил им электросудорожную терапию, не сходя с Олимпа!

Вообще, в психиатрической терминологии существует целый ряд созвучных как внешне, так и близких по смыслу и клинике понятий. Основной их корень один и тот же – от греческого слова *hēbe*, что означает «юность». Кто-то добавляет – также половое созревание, но Ехидну мне в тещи, если древние греки так широко трактовали это слово!.. Итак, можно встретить такие термины, как *гебефрения* (от греч. *phren*— ум, душа), *гебоидофрения* (от греч. *eidōs* – вид, подобный), *гебоид* и даже *криминальный гебоид*.

И все это не считая вариаций. Чтобы не отягощать читателя академическими выкладками и экскурсом в этапы развития взглядов психиатрии на некоторые из болезней, пред-

---

<sup>38</sup> *Геба, Гебея* (греч. *Hebe*) – в древнегреческой мифологии богиня юности, дочь Зевса и Геры, сестра Ареса и Илифии. До появления на Олимпе красавца Ганимеда она исполняла роль виночерпия, во время пиров подавала богам чаши и кубки с нектаром и амброзией – пищей богов, дарующей им вечную молодость и бессмертие.



ложу более простую для понимания схему.

Есть два похожих друг на друга в общем и разнящихся в своих деталях и, что более важно, в своем прогнозе синдрома (не будем пока трогать болезни, при которых эти синдромы встречаются, о них чуть позже): это *гебефренный синдром* и *гебоидный синдром*. Что их объединяет? Прежде всего, возраст, в котором они начинаются, или манифестируют. Как можно догадаться из названия – это подростковый, юношеский возраст. Что еще? Вспомните некоторые из отличительных черт, присущих «племени молодому и стремному» (с) Михаил Успенский. Напомнить? Это непризнанный гений, бунтарь от природы, щедро подбрасывающей гормональные петарды в пылающую топку раскочегаренного обмена веществ, это общая нескладность и угловатость, начиная от выпирающих во все стороны коленей, локтей, ушей и кадыка (опционально) и заканчивая невозможностью мыслить или хотя бы выражаться чуть менее радикально. Плюс прыщи на физиономии, которая и без них-то самому себе не нравится, плюс хочется, а нельзя, а – лзья – так не дают... То есть это – вся нескладность, вычурность, карикатурность плюс нарушение влечений, вплоть до их расторможенности и далее – до импульсивности, когда рассудок теряет свою власть и делает вид, будто его тут не стояло. Теперь подробнее о каждом из синдромов.

*Гебефренный синдром*. Описан Кальбаумом<sup>39</sup> в 1863 году

---

<sup>39</sup> Карл Людвиг Кальбаум (1828–1899) – немецкий врач-психиатр. С 1867 г.

и его последователем Эвальдом Геккером в 1878 году. Пациентов с этим синдромом сложно не заметить: они дурашливы, ведут себя словно дети, они гримасничают, копируют жесты, слова и движения окружающих, их выходки нелепы и вычурны, словно у подростка, который либо хочет оказаться заметнее и дурнее всех, либо пытается таким образом обратить на себя внимание понравившейся ему девочки. О. В. Кербиков<sup>40</sup> в 1949 году описал триаду, характерную для гебефренического синдрома:

- 1) «гимнастические» сокращения лицевой мускулатуры, гримасничанье – иными словами, больной корчит рожи;
- 2) феномен бездействия мысли (термин предложен Леви-Валанси в 1926 году) – безмотивные действия, поступки, не являющиеся ни импульсивными, ни обусловленными патологическими мотивами: то есть больной сделал это сам вполне осознанно, но при этом без всякой цели, его к этому не принуждали галлюцинации, да и бредовые идеи никак тут

---

состоял директором частного заведения для душевнобольных в Герлице (в Силезии). Обратил на себя внимание в ученом мире несколькими научными сочинениями, в которых выступил с новыми, оригинальными воззрениями на течение и классификацию душевных болезней и выделил некоторые новые формы таковых.

<sup>40</sup> О. В. Кербиков (1907–1965) – советский психиатр. Академик АМН СССР. Основные труды Кербикова: «Острая шизофрения», «Проблемы организационной психиатрии» (в соавторстве), исследования по различным вопросам терапии и клиники психических заболеваний, исследования в области пограничной психиатрии, психопатий и неврозов. Всего им написано более 70 работ по психиатрии. Автор «Лекций по психиатрии» и соавтор учебника по психиатрии.

не замешаны. Просто взял и сделал – ударил, сломал, разбил, нашинковал мелкой соломкой и т. п.;

3) непродуктивная эйфория, бессодержательно-веселое настроение. «Улыбается как дурак» – это примерно отсюда. Ну, если не принимать в расчет конкуренции со стороны имбецилов.

Факультативные симптомы: бред, галлюцинации, кататоническая симптоматика – часто присутствуют наряду с гебефреническими. Выделяется отдельный вид течения шизофрении – ее *гебефреническая*, или *геккеровская* форма. Ее прогноз, как правило, неблагоприятен, поскольку дефект личности при таком течении формируется быстро, и он довольно глубок.

*Гебоидный синдром*. Описан Кальбаумом в его работах 1884 и 1889 годов. В отличие от *гебефренического* синдрома, более благоприятен по прогнозу и более мягок по своему течению, хотя тоже не сахар. На первый план при этом синдроме выступает не столько дурашливость, сколько вычурность, а также не столько непонятные и безмотивные поступки, сколько антисоциальное поведение (хотя порой столь же безмотивное и непонятное) – отсюда и термин «криминальный гебоид». Каковы основные компоненты гебоидного синдрома? Это:

- расторможенность и зачастую извращенность влечений. Неважно, идет ли речь о сексуальном влечении (чаще всего именно о нем-то и идет), о влечении к алкоголю, о страсти

к бродяжничеству или поджогам, о желании испытать скорость и перегрузки (не путать с попытками суицида путем прыжков с высоты). Что характерно, в сексуальном влечении часто присутствует садистический оттенок, а во влечении к алкоголю – отсутствует столь милый сердцу алкоголика гедонистический компонент, когда выпил – и хорошо на душе, и тепло на сердце. Желание причинить боль, помучить, поистязать;

- утрата моральных ценностей, понятий «добро», «зло», «хорошо», «плохо» – словом, полный беспредел на фоне тотальной отморозенности;

- оппозиционность к общепринятым взглядам и нормам поведения, неважно, по делу, не по делу – «Баба-яга против»!

- эмоциональная тупость, отсутствие таких качеств, как жалость, сострадание, сочувствие, в сочетании с чудовищным эгоцентризмом, когда собственное хочунемогу – царь, бог и конституция, и с готовностью пускать в ход кулаки, зубы и ногти по любому поводу;

- негативно-злобное отношение к тем, кто ближе всего, с желанием сделать побольнее и пообиднее;

- нежелание учиться, работать, стремление к иждивенчеству и тунеядству.

Нередко встречается интерес и влечение к тому, что у большинства людей вызывает чувство брезгливости, отвращения или страха – начиная от привычки брать в руки вся-

кую гадость и заканчивая разведением какой-нибудь особо зловредной мерзопакости. Ну и болезненный интерес к малоаппетитным подробностям войн, катастроф и патолого-анатомических изысканий – как же без этого!

Упомяну здесь еще один немаловажный момент, характерный как для *гебефренического*, так и для *гебоидного* синдромов: зависимость симптоматики от времени возникновения. Поскольку синдром формируется в детстве и отрочестве, то и глубина, и само содержание расстройств в немалой степени связано с тем, насколько психика успела к этому моменту сформироваться, какие установки и ценности уже заложились, а какие – не успели. Так, если начало болезни пришлось на препубертатный период (11–14 лет), у пациентов выражена ненависть к родителям и садистические наклонности; если манифест происходит в период с 15 до 17 лет, то следует ожидать упора на увлечение религией, философией, историей – но лишенное конструктивности, больше соответствующее термину «метафизическая интоксикация», и не столько обогащающее личность, сколько служащее формальным оправданием ее оппозиции всем и вся.

Встречается этот синдром не только при шизофрении. Последствия поражения головного мозга в раннем возрасте, психопатия – все эти болезни вполне могут найти свое выражение в виде *гебоидного* синдрома.

Течение синдрома также может быть различным: либо, раз возникнув, он длится и длится, либо же течет волнооб-

разно, приступами, с периодами ремиссии.

## Синдром нервной анорексии

Ребенок не любит манную кашу? Не беда! Кормите его по ложечке: за маму, за папу, за партию, за президента, за госдуму, за любимую налоговую инспекцию...

© *Руководство по воспитанию юного экстремиста*

*Нервную анорексию* (от греч. отрицательная приставка *an-* и *orexis* – аппетит) в МКБ-10 рассматривают как отдельный синдром, и вполне заслуженно. Если исключить

- психогенную, или невротическую анорексию, при которой отсутствие аппетита вызвано перевозбуждением коры головного мозга, и человеку элементарно не до кофе с булочкой, поскольку волнуют совсем другие проблемы;
- позднюю анорексию, возникающую в пожилом возрасте и связанную либо с развитием онкологии, либо с бредовыми идеями отравления;
- отказ от пищи по бредовым мотивам – он от возраста не зависит, зато четко подчинен какой-либо бредовой идее: либо родня-соседи-министерство пищевой промышленности спят и видят страдальца в гробу, и чтобы ни одна собака не подумала об отравлении, либо в кишечнике поселилась особая колония палочки кишечной разумной, которая устраивает демонстрации против пищевых бомбардировок и гро-

зится заштопать задний проход..., либо пища слезно убеждает, что перспектива стать каловыми массами – это вовсе не та карьера, о которой она мечтает, вот гороскоп, убедитесь сами,

- то останется довольно большая группа пациентов, у которых, помимо упорного отказа от еды, имеется целая группа похожих симптомов, что и позволило выделить этот синдром особо. Тем более что встречается он не столь уж редко: его распространенность 1,2 % среди женщин и 0,29 % среди мужчин. Характерен и состав пациентов: 80 % приходится как раз на тех, кто более всего привык следить за фигурой и рефлексировать по поводу ее реальных и (чаще) мнимых недостатков, то есть на прекрасный пол в возрасте от 12 до 24 лет. Женщины более старшего возраста, познавшие бытовое дао, и мужчины, не привыкшие обращать внимание на живот до тех пор, пока он не мешает оценить визуально наличие и степень эрекции, составляют оставшиеся 20 %.

Откуда берется анорексия? Этиология нервной анорексии известна в той же степени, что и подробный домашний адрес йети – плюс-минус пара тысяч километров, и то нет уверенности, что адресат будет дома. Но предположения имеются: официальная наука просто обязана иметь свое мнение на любой счет и по любому поводу. Итак, принято считать, что причиной нервной анорексии является совокупность сразу нескольких факторов:

- *генетический*, поскольку выявлена не только определен-

ная связь с наследственностью, но и найдены подозрительные гены. Подозреваемые, правда, явку с повинной писать не спешат, но ученые полны энтузиазма;

- *биологический*. Сюда можно отнести избыточную массу тела, раннее наступление первой менструации и нарушение обмена трех нейромедиаторов<sup>41</sup>: *серотонина, норадреналина и дофамина*. Как именно здесь замешаны нейромедиаторы, в подробностях еще не знает никто, но нарушение их обмена и функций установлено достоверно;

- *культуральный*. Волнующие и ласкающие взгляд формы, увековеченные в классике «пин-ап», к настоящему времени капитулировали перед косяками воинственно художных моделей. А массовая культура вызывает у идейно нестойкого индивида вполне ожидаемый обладательный рефлекс: хочу такую же! Машину, бижутерию, одежду, задницу – что чьему сердцу ближе и милее;

- *личностный*. Перфекционизм, склонность к формированию навязчивых идей и стремлений, неуверенность и низкая самооценка – эти черты всегда только и ждут, в чем бы таком себя проявить, и нервная анорексия для них – очень даже перспективное направление.

---

<sup>41</sup> *Нейромедиатор* – биологически активное вещество, выделяемое нервными окончаниями и способное вступать в реакцию со специфическими рецепторами клетки, изменяя ее проницаемость для определенных ионов, вызывая возникновение потенциала действия (активного электрического сигнала). Нейромедиатор участвует в передаче нервных импульсов с нервного окончания на рабочий орган и с одной нервной клетки на другую.



Для того чтобы с уверенностью определить синдром *нервной анорексии*, необходимо наличие всех следующих признаков (сам текст взят из МКБ-10, комментарии к нему набраны курсивом):

а) вес тела сохраняется на уровне как минимум на 15 % ниже ожидаемого – *для данного конкретного роста и возраста* – (более высокий уровень был снижен или так и не был достигнут), или индекс массы тела Кетеле составляет 17,5 или ниже (этот индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах). В препубертатном возрасте может обнаружиться неспособность набрать вес в период роста;

б) потеря веса вызывается самим пациентом за счет избегания пищи, которая «полнит», и одного или более приемов из числа следующих: вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит, и/или диуретиков;

в) искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой страх перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой и/или сверхценной идеи, и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес (*иными словами, речь идет о дисморфоманической и дисморфофобической симптоматике*);

г) общее эндокринное расстройство, включающее ось ги-

поталамус – гипофиз – половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции; могут быть повышенными уровни гормона роста и кортизола, изменения периферического метаболизма тиреоидного гормона и аномалии секреции инсулина (*что определяется на глаз, а что лабораторными анализами, пояснить, я полагаю, излишне*);

д) при начале в препубертатном возрасте проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы и имеет место первичная аменорея, а у мальчиков остаются ювенильными половые органы); при выздоровлении подростковый период часто завершается нормально, но поздно наступает первая менструация.

Кроме того, в общении с пациентом можно заметить, что он, даже находясь в состоянии ходячего пособия для изучения скелета, продолжает сетовать на свою полноту (особенно в области черепа, суставов и поясничных позвонков), при этом болезненность состояния человеком зачастую отрицается начисто: нет-нет, ничего серьезного, так, небольшие проблемки с весом. Искусство устрашения унитаза отточено до совершенства, а для вызывания самой рвоты уже необязательно совать два пальца в рот, достаточно показать один и с расстояния. Как правило, диеты, энергетическая ценность продуктов, а также особо извращенные способы поглощения пищи известны им до мельчайших подробно-

стей. Настроение... чаще подавленное, с субдепрессивным оттенком, но бывают и периоды эйфории, особенно на фоне взятия очередной весовой отметки. И еще – панический страх поправиться. Даже когда это просто необходимо для выживания.

Для скрининг-диагностики (не для того, чтобы установить точный диагноз, а для того, чтобы оный заподозрить) пользуются тестом отношения к приему пищи, или ЕАТ-26.

Лечение – медикаментозное и психотерапевтическое. Однако если пациент довел организм до *кахексии*<sup>42</sup>, сначала его придется спасать от вполне вероятной гибели, которая ранее, при отсутствии адекватного лечения, могла достигать от 5 до 10 % всех больных *нервной анорексией*. И тут потребуются весь арсенал квалифицированной медицинской помощи, вплоть до доставки санитарной авиацией в клинику НИИ питания РАМН.

## Галлюцинарно-бредовые синдромы

Это, можно сказать, самая соль психиатрии. В данную довольно обширную группу входят синдромы, в структуре которых преобладают бредовые идеи и галлюцинации – как вместе, так и по отдельности. Это:

---

<sup>42</sup> *Кахексия* (от греч. *kachexia* – плохое состояние) – крайняя степень истощения организма, характеризующаяся резким исхуданием, общей слабостью, снижением активности физиологических процессов, изменениями психики. Синоним «атрофия общая».

- *паранойяльный синдром*. В основе – первичный систематизированный бред;
- *галлюцинозы*. В основе – галлюцинации, как истинные, так и псевдо. Бред может присутствовать, но он вторичный, возникший на основе услышанного, увиденного, почувствованного, – словом, он интерпретирует имеющиеся галлюцинации;
- *параноидный синдром*. В основе – сочетание бреда, чаще всего персекуторного, и галлюцинаций;
- *синдром Кандинского – Клерамбо*. В основе – триада симптомов: бред, галлюцинации и явления психического автоматизма;
- *парафренный синдром*. В основе – бред фантастического, масштабного содержания (как раз фантастичность и размах – его отличительные для парафренного синдрома черты) плюс все те же галлюцинации и явления психического автоматизма.

Последовательность, в которой приведены синдромы, неслучайна. Если не считать галлюцинозов, которые можно рассмотреть отдельно, прочие синдромы даны именно в том порядке, в котором происходит усложнение и прогрессирующее развитие симптоматики в классическом случае при той же шизофрении (повторюсь – в классическом, это не догма, а, скорее, общая закономерность, допускающая другие вари-

анты начала и развития): паранойяльный синдром – параноидный синдром – синдром Кандинского – Клерамбо – парифренный синдром.

Вот палата на пять коек,  
Вот профессор входит в дверь —  
Тычет пальцем: «Параноик»,—  
И поди его проверь!

© В. Высоцкий

*Паранойяльный синдром.* Он же – *паранойя*. Название происходит от греческого слова *paránoia*, означающего «помешательство». Основным, или *облигатным*, симптомом паранойи является бред. Не навязчивые, не сверхценные идеи, а бред – во всей его фантастичности и нереальности, с железобетонностью убеждения в собственной правоте, с бессмысленностью и бесперспективностью переубеждения: «А почему, собственно, вы лезете со своими контраргументами? Уж не засланец ли вы темных сил? Изыди, сволочь inferнальная!»

Если вспомнить симптомы нарушения мышления, это будет первичный систематизированный бред. То есть здесь имеет место не интерпретация того, что нашептали голоса (которых при паранойе, кстати, не бывает), и не попытка обосновать свое депрессивное состояние («Это мне за то, что я такой бездуховный, бездарный, беспозвоночный и местами членистоногий»). Этот бред кристаллизуется сам по себе: вот человек что-то там себе думал, подозрительно косился

по сторонам, и вдруг: «Эврика! Я в курсе, кто убил Джона Кеннеди и – чтобы дважды не вставать – Лору Палмер! И про микрочипы, которое штампует орден масонов, тоже знаю! А кто не в курсе – лох. А кто слово поперек скажет – масон чипизированный».

По содержанию бредовые идеи могут быть самыми различными – изобретательства, величия (ну или хотя бы особой значимости), ревности, преследования, ипохондрические.

Впервые паранойю выделил как отдельное заболевание в 1863 году К. Л. Кальбаум, подчеркнув, что при этом душевном расстройстве в первую очередь страдает рассудочная деятельность.

Принято различать острый и хронический паранойяльный синдром.

*Острый паранойяльный синдром* обычно протекает в виде приступа. Человека озаряет: вот оно! С этого момента все, что бы ни происходило вокруг, интерпретируется в пользу идеи, имевшей честь пациента осенить. «Машины у подъезда? Да-да, это они специально: и цветовая гамма, и номера, и подбор марок, – все к одному, все к моей межгалактической коронации. Птички вон тоже не просто так летают – репетируют праздничный пролет. Нет, праздничное опорожнение в сценарий не входит, это так, издержки репетиции. Полиция смотрит явно с оттенком подобоострастия – ну так, ясен пень, императора все знают и ценят». Систематизация бреда

при остром паранойяльном синдроме, как правило, неглубока – так, общими набросками. То есть списка вассальных планет и народов, скорее всего, не будет. Равно как и списка личных заслуг и особых примет, подтверждающих притязания на престол. «Царь, просто царь. Очень приятно. Дорогие мои». Зато соответствующее бреду настроение – это да, этого в избытке.

*Хронический паранойяльный синдром* отличается как временем протекания – месяцы и годы, – так и характером бредовых идей. Они более детализированы, они выстроены в четкую бредовую систему с массой подробностей и доказательств (пусть и на кривой логике, но от того не менее зубодробительных). Если это бред преследования – то с четким описанием: кто, почему, что сделал, чего добивается. Если бред ревности – то со списком любовников, хронометражем событий и интерпретацией каждой задержки в лифте, магазине или (не дай бог) на чьем-то дне рождения, а также инвентаризацией нижнего белья: в этом она ходит к соседу снизу, в этом к начальствующему любовнику, а в этом дает бомжам в рамках гуманитарной помощи. Характерна инкапсуляция бреда – по аналогии с занозой или осколком, которые раньше причиняли боль, но со временем были затянuty в соединительнотканную капсулу и беспокоят меньше, – то есть сам-то бред никуда не делся, а вот отношение к нему стало значительно спокойнее. Эмоции менее ярко выражены, но периодически могут накапливаться и давать аффек-

тивные вспышки. Зато активность в поиске доказательств, в борьбе за свою правоту, в обивании порогов и написании писем (при кверулянтской направленности бреда, к примеру) просто поражает. Еще одна характерная черта: со временем, как правило, бредовая система расширяется и включает в себя все новые объекты. Преследовали черные риелторы? К ним подключилась мэрия и ФСБ. Давала жена соседу и начальнику? Теперь взяла на обслуживание рабочее общежитие и цыганский поселок. Ведущий программы новостей был влюблен и делал вот так бровями прямо с экрана? Теперь два оркестра и казачий хор так глазами и раздевают, аж перед благоверным неловко!

Из факультативных симптомов – как правило, аффективные нарушения, в зависимости от содержания бреда: легкая эйфория перед коронацией или мандраж перед инквизицией.

– Доктор, что это у меня?

– АААА!!! Что это у вас?!!!

*Анекдот*

Невозможность на данном этапе развития науки объективизировать галлюцинации – не то чтобы проблема для психиатрии, но, определенно, фактор, создающий дискомфорт в филейной части. Опять же флаг, барабан и якорь оппонентам. Дескать – а как проверить подлинность жалоб? А



вдруг пациент допустил патогномоничную<sup>43</sup> сивому мерину погрешность в отношении истины? Возможно, когда-нибудь мы все же объективизируем галлюцинации. Главное – не пожалеть о содеянном.

*Галлюцинозы.* Основной, преобладающий, облигатный их симптом – галлюцинации. Это могут быть как истинные, так и псевдогаллюцинации, с локализацией в любом из анализаторов: зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные, – а также в любом сочетании. Отличие *галлюцинозов* от *делирия* и *онейроида* – в том, что сознание при галлюцинозах не помрачено, и пациент всегда отдает себе отчет в том, кто он, где он и когда он. Отличие *галлюцинозов* от параноидного синдрома – в том, что при *галлюцинозах* бред хоть и может присутствовать (вторичный, чувственный – должна же психика хотя бы себе как-то обосновать то, что пациент видит, слышит или обоняет!), но он не главенствует, а лишь сопровождает галлюцинации, являясь дополнительным, или факультативным, симптомом. Собственно галлюцинации как симптом уже рассматривались выше в разделе расстройств восприятия. Что же касается классификации *галлюцинозов*, то их обычно делят следующим образом.

### **По течению:**

*Острые галлюцинозы.* Возникают внезапно, остро; наплыв галлюцинаций сопровождается страхом, тревогой;

---

<sup>43</sup> *Патогномоничный* (от пато + греч. *gnomon* – определять, распознавать) – симптомы, являющиеся «маркерами», характерными признаками болезни.

больной не находит себе места, мечется, пытается что-то предпринять или хотя бы спрятаться.

*Хронические галлюцинозы.* Как правило, очень длительные, могут растягиваться на годы. Протекают либо непрерывно, либо волнообразно. Эмоции, которые сопровождают хронический галлюциноз, обычно не столь ярки, как при *остром галлюцинозе*, поскольку к галлюцинациям больной успевает притерпеться, но при усилении галлюцинаций, на их пике, могут быть довольно интенсивными.

*Резидуальный галлюциноз.* Им в ряде случаев заканчивается острый психоз любого происхождения, сопровождавшийся бредом и галлюцинациями. На этапе *резидуального галлюциноза* бред прекращается, остаются только слуховые (в подавляющем большинстве случаев) галлюцинации, к которым у пациента уже сформировалась критика, то есть он понимает, что слышит не соседей, не Метатрона и не чертей, а порождение собственной психики. Далее, как правило, следует выздоровление. Или хотя бы ремиссия.

### **По виду:**

*Вербальный галлюциноз.* Его основа – слуховые галлюцинации, или «голоса». Голос может быть один или несколько, они могут звучать откуда угодно: из соседней квартиры, из проезжающих автомобилей, с Луны, из Кремля (не путать с новогодним обращением президента). Если это *псевдогаллюцинации*, то голоса чаще звучат в голове, ощущаются как навешенные, сделанные, либо напоминают звучащие

мысли, – но озвученные так, что обычный мысленный монолог или диалог, который человек ведет тихо сам с собою, по сравнению с ними куда как более негромок, бледен и невнятен. Хотя пациент нередко может оказаться в затруднении – собственную ли мысль он уловил или же это была галлюцинация.

*Зрительный галлюциноз.* Проявляется наплывами зрительных галлюцинаций – как единичных, к примеру Чебурашки в холодильнике, так и множественных, подчас напоминающих отдельную сценическую постановку, только для одного зрителя и, для его удобства, прямо вокруг него. При этом персонажи могут быть яркими настолько, что отличить их от реальных невозможно. Надавить на глазное яблоко, говорите? Ну что же, при следующем визите Князя Тьмы с его inferнальной подтанцовкой можете так и сделать, их это здорово позабавит.

Как частные варианты, можно выделить следующие виды зрительного галлюциноза:

*Зрительный галлюциноз Ван Богарта*, возникающий при *лейкоэнцефалите*. Для него характерна повышенная сонливость, т. е. приступы сна, с которыми невозможно бороться, а в промежутках между сном возникают красочные зрительные галлюцинации в виде ярко расцвеченных животных, бабочек, рыбок, и все это – на фоне нарастающей тревоги, беспокойства, мол, что за джунгли в палате?!

*Педункулярный галлюциноз, или галлюциноз Лермитта.*

Он возникает, когда поражен ствол головного мозга в районе третьего желудочка и ножек мозга (отсюда название: *pedunculi* по-латыни – «ножки»): кровоизлиянием, опухолью – либо вследствие других причин. При нем галлюцинации возникают обычно к вечеру и носят вид чего-то мелкого, калейдоскопического и шустрого – вроде хоровода тараканов либо военного парада мышей-диверсантов. При этом пациент воспринимает подобные галлюцинации довольно спокойно и отстраненно, вполне осознавая, что это скорее галлюцинации, чем происки империализма. Другие виды зрительных галлюцинаций (*Пи́ка, Шарля Бонне*)<sup>44</sup> упомянуты в разделе симптомов расстройств восприятия.

*Тактильный галлюциноз.* Представлен, соответственно, тактильными, или осязательными, галлюцинациями. Один из его частных вариантов – так называемый *дерматозойный бред Экбома*, при котором пациент (как правило, пожилой) ощущает ползающих по коже и под кожей насекомых, червячков, жучков и далее по энтомологическому справочнику,

---

<sup>44</sup> *Галлюцинации Пика* (1909) – зрительные обманы с восприятием мнимых объектов, событий, находящихся или происходящих за непроницаемыми для света преградами (за стенами, домами, под землей). Синдром Шарля Бонне (1760) – галлюциноз, проявляющийся преимущественно зрительными галлюцинациями, обычно в виде четких реальных изображений людей, животных, предметов (нормальных или уменьшенных размеров). Протекает на фоне ясного сознания и сохранный критики, в связи с этим больные обычно отличают видения от реальности. Как правило, возникает у пожилых больных с резко сниженным зрением. Описан также «слуховой» вариант синдрома: сходные по характеру слуховые галлюцинации у лиц со сниженным слухом.

отчего бывает беспокоен, опечален и одержим ненавистью к оборзевшим членистоногим и иже с ними. Также встречается при кокаиновой и амфетаминовой интоксикации.

*Обонятельный галлюциноз.* Запахи, которые мнятся пациенту, в подавляющем большинстве неприятны, хотя бывают и исключения. Но чаще всего это запахи гниения, разложения либо воспринимаемые как отравляющий газ. Частный вариант – *обонятельный галлюциноз Габекса*, при котором больной (как правило, старше 40 лет) считает, что от него не просто неприятно пахнет, а прямо-таки воняет и разит, в связи с чем предпринимаются попытки либо *паллиативно-го*<sup>45</sup> характера, вроде дезодорантов и парфюма в мегадозах, либо радикального – вроде суицидальных попыток.

### **По причине возникновения, или по этиологии:**

Вообще, причин может быть очень много, но как отдельную единицу принято выделять алкогольный и атеросклеротический галлюцинозы.

*Алкогольный галлюциноз*, в отличие от алкогольного делирия, протекает: а) без помрачения сознания и б) исчерпывается слуховыми галлюцинациями. Длится неделями и месяцами и нередко переходит в хроническую форму, а это уже на годы.

*Атеросклеротический галлюциноз* чаще встречается у

---

<sup>45</sup> *Паллиативный* (от лат. pallio – прикрывать, сглаживать) – ослабляющий проявления болезни, но не устраняющий ее причину (о методе лечения или лекарственном средстве).

женщин. К галлюцинациям – как зрительным, так и слуховым – долгое время сохраняется критика, и они воспринимаются именно как галлюцинации, с долей страха либо иронии, в зависимости от настроения. По мере углубления атеросклеротических изменений, с нарастанием слабоумия, критика к галлюцинациям исчезает, и они становятся для больного альтернативной реальностью.

Помимо вторичного чувственного бреда, факультативные симптомы при *галлюцинозах* представлены аффективными нарушениями – чаще всего депрессивными и субдепрессивными, а также тревогой и страхом.

## Параноидный синдром

И рвется враг подсыпать в водку яд,  
Разрушить нам застолье и постелье...

© Б. Гребенищikov

Бред при *параноидном синдроме*, являясь обязательным, облигатным симптомом, не столь четко систематизирован, как при паранойяльном, и необязательно представлен какой-либо одной идеей (моноидеей). Если для паранойяльного синдрома с бредом отравления, к примеру, отравитель – тот-то и пользуется строго тем-то, то для параноидного количество доброжелателей может быть представлено всем мно-

гочисленным семейством Медичи.

В большинстве случаев при параноидном синдроме бред носит характер *персекуторного* (от лат. *persecutio* – преследование) – это либо бред отношения (когда кажется, что окружающие как-то не так смотрят, что-то не то думают и вообще рады бы придушить, да воспитание не позволяет), либо бред особого значения – когда все в окружающей обстановке не просто так, оно специально так подстроено, чтобы намекнуть пациенту... ну, вы поняли, о чем; либо бред воздействия – на выбор, начиная от колдовства на коварно похищенном волосе и заканчивая тайным обстрелом из бозонной пушки; либо бред отравления (список ядов можете составить сами), либо собственно бред преследования, когда силы зла и правительства от намеков перешли к боевым действиям (ну или хотя задумали поимку пациента с целью совершить что-нибудь сугубо противоестественное).

Галлюцинации при этом синдроме – истинные или ложные, чаще слуховые, но могут быть представлены и в виде запахов; либо вместо галлюцинаций могут присутствовать *сенестопатии* – там кольнуло, тут булькнуло, а вот в этом месте покусывает и чавкает. Главное, что объединяет подобные галлюцинации, – это соответствие содержанию бреда: если травят газом – то будет чувствоваться запах, если воздействуют лучами или колдовством – будет жжение или недомогание, да и голоса при бреде преследования будут вовсе не «многая лета» петь. Из факультативных симптомов – ча-

ще аффективные (из которых, опять-таки, чаще депрессивный, нежели маниакальный, аффект, что и понятно – ведь преследуют-то явно не затем, чтобы вручить медаль за примерное поведение, да и травят чаще все же не веселящим газом), тревога, страх, бессонница.



# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.